

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**ESTRATÉGIA COLETIVA DE ENFERMEIRAS PARA REIMPLANTAÇÃO DO
PROCESSO DE ENFERMAGEM: uma pesquisa convergente-assistencial**

ILMA PASTANA FERREIRA

**RIO DE JANEIRO
2011**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR

**ESTRATÉGIA COLETIVA DE ENFERMEIRAS PARA REIMPLANTAÇÃO DO
PROCESSO DE ENFERMAGEM: uma pesquisa convergente-assistencial.**

ILMA PASTANA FERREIRA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em convênio de Doutorado Interinstitucional (DINTER) com a Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Universidade do Estado do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Professora Orientadora: Dra. Isaura Setenta Porto.

Rio de Janeiro
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Ilma Pastana.

Estratégia coletiva de enfermeiras para reimplantação do Processo de Enfermagem: uma pesquisa convergente-assistencial / Ilma Pastana Ferreira. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2011.
xix, 237f.: il.

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

Referencias Bibliográficas: f.204 – 218

Orientadora: Isaura Setenta Porto.

1. Enfermagem. 2. Processos de Enfermagem. 3. Julgamento. 4. Equipe de Enfermagem. 5. Serviço Hospitalar de Enfermagem. I. Porto, Isaura Setenta. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Estratégia coletiva de enfermeiras na reimplantação do Processo de Enfermagem: uma pesquisa convergente-assistencial.

CDD 613.73

ILMA PASTANA FERREIRA

ESTRATÉGIA COLETIVA DE ENFERMEIRAS PARA REIMPLANTAÇÃO DO
PROCESSO DE ENFERMAGEM: uma pesquisa convergente-assistencial.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em convênio de Doutorado Interinstitucional (DINTER) com a Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Universidade do Estado do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Rio de Janeiro, RJ, 15 de dezembro de 2011.

Aprovada por:

Presidente, Prof^a. Dr^a. Isaura Setenta Porto - EEAN / UFRJ

Prof^a. Dr^a. Mary Elizabeth de Santana - EEMB / UEPA

Prof^a. Dr^a. Fátima Helena do Espírito Santo - EEAAC / UFF

Prof^a. Dr^a. Mercedes Trentini - DE / UFSC

Prof^a. Dr^a. Márcia de Assunção Ferreira - EEAN / UFRJ

Suplente: Prof^a. Dr^a. Patrícia dos Santos Claro Fuly - EEAAC / UFF

Suplente: Prof^a. Dr^a. Márcia Tereza Luz Lisboa - EEAN / UFRJ

Rio de Janeiro
2011

DEDICATÓRIA

Às enfermeiras e enfermeiros do Hospital Universitário João de Barros Barreto, em especial, as enfermeiras pesquisadoras da Clínica Cirúrgica desse Hospital.

AGRADECIMENTOS

À DEUS pela Conclusão deste Curso de Doutorado e por mais uma etapa de aprendizagem.

As instituições promotoras: UFRJ e EEAN pela oportunidade ofertada a Universidade do Estado do Pará para realização de tão grandiosa parceria e pela confiança depositada nos docentes desta Instituição.

A Profª Drª ISAURA SETENTA PORTO, orientadora deste estudo, que me acolheu com segurança e entusiasmo e, especialmente, pelo convívio harmonioso e de amizade nestes anos de trabalho.

Ao MÁRCIO (meu lindo), seu amor e amizade sustentam minha caminhada e incentivam meu crescimento pessoal e profissional. TE AMO!

Aos meus filhos, MÁRCIA, MARCITO E JOÃO VICTOR, pela alegria e solidariedade proporcionada em todos os momentos.

A minha mãe, IRACEMA que me encaminhou, com tanto amor e sacrifício na interação com o mundo de aprender...;

Às minhas irmãs e irmãos, em especial a querida CARMEM que cuida de mim, desde a infância. Seu amor é um exemplo de vida!

Às Prfs Dras. MÁRCIA ASSUNÇÃO e MÁRCIA LISBOA pelas valiosas contribuições nas bancas de defesa de projeto e qualificação.

Às estudantes do DINTER EEAN / UFRJ, em especial, a Dra. IVONETE PEREIRA e Dra. LUCIRENE BARBOSA. Nossa amizade serenou a saudade!

A equipe de enfermagem do HUJBB, em especial as Enfermeiras HELENA BRANCHES, MARIA JOSÉ NASCIMENTO, MARIA DO SOCORRO VIÉGAS, JANETE TRINDADE, SÔNIA BERNADETE, SOCORRO DAS DORES, que foram incansáveis no incentivo para a realização de mais esta etapa de progressão profissional.

A Profª MARY ELIZABETH DE SANTANA, Coordenadora do Curso de Enfermagem da UEPA, que nos orienta a sermos vencedores por meio do conhecimento.

Aos Prfs CLÉA BICHARA, EMANUEL SOUSA E MARIANE FRANCO que foram amigos e colaboradores generosos neste estudo.

Aos estudantes e residentes de Enfermagem que me ajudaram no levantamento de dados, em especial a ADRIANA e FABIANE.

À equipe de gestão do centro de ciências Biológicas e da Saúde / UEPA, em especial a GILVÂNIA SIROTHEAU, VALDIRENE CHAGAS, SHEYLA BARBOSA, MARCOS ZANATA e DANIELE CAVALCANTE.

A Diretoria da Associação Brasileira de enfermagem, gestão 2011-2013, em especial a amiga Enfa. SOLANGE ANTONELLI pela solidariedade.

Aos AMIGOS DE ORAÇÃO da equipe de nossa senhora auxiliadora

A Universidade do Estado do Pará na pessoa da Reitora, Prf MARÍLIA XAVIER, que efetivamente investiu e viabilizou o DINTER com a EEAN/UFRJ, oportunizando a qualificação do enfermeiro.

AGRADECIMENTO

Consagração à Nossa Senhora de Nazaré



*Ó minha Senhora, ó minha Mãe, eu me
ofereço todo a Vós, e em prova de minha
devoção para convosco, eu vos consagro
neste dia meus olhos, meus ouvidos,
minha boca, meu coração e inteiramente
todo o meu ser.*

*E como assim sou vosso, ó incomparável
Mãe, guardai-me e, defendei-me como
filha e propriedade vossa.*

Amém.

RESUMO

FERREIRA, Ilma Pastana. Estratégia coletiva de enfermeiras para a reimplantação do Processo de Enfermagem: uma pesquisa convergente-assistencial. Rio de Janeiro, 2011. 237 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011. Orientadora: Profa. Dra. Isaura Setenta Porto.

A presente tese de doutorado, inserida no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar, tem por objeto o processo de enfermagem realizado pelas enfermeiras na prática assistencial de uma clínica para pacientes cirúrgicos de um Hospital Universitário, situado no Estado do Pará, buscando alcançar os seguintes objetivos: a) Diagnosticar o modelo assistencial de enfermagem adotado no HU; b) Analisar a viabilidade de reimplantação do PE na clínica de pacientes cirúrgicos de acordo com o modelo assistencial vigente; c) Estabelecer prioridades necessárias à reimplantação do PE; e, d) Elaborar estratégias coletivas com as enfermeiras desta clínica para a operacionalização da reimplantação do PE. Do ponto de vista teórico, buscou-se amparo primordial nas propostas de Meleis (2007) e Horta (1979). Sob o enfoque metodológico, optou-se pela abordagem qualitativa, utilizando o delineamento da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). O cenário da pesquisa foi a Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), hospital público no município de Belém do Pará. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras que atuam na Clínica Cirúrgica. Para o levantamento e análise dos dados, realizaram-se entrevistas não estruturadas com 07 enfermeiras em exercício no Hospital e cinco enfermeiras aposentadas que atuaram na década de 1970 e ainda a estratégia do Grupo de Convergência (GCG). Os dados foram validados pelas enfermeiras entrevistadas. A análise dos conteúdos apresentados gerou 149 unidades temáticas que constituíram cinco categorias, duas das quais compuseram o Capítulo III, em que se apresenta breve evolução da implantação da SAE no HUJBB, ao passo que as demais categorias compõem o Capítulo IV que retrata a reimplantação do PE no contexto da SAE na contemporaneidade. A interpretação confirma a tese de que a reimplantação do PE torna-se possível pela adoção da estratégia coletiva de enfermeiras em sua prática assistencial no contexto da SAE.

Palavras-chave: Enfermagem; Processos de Enfermagem; Julgamento; Equipe de Enfermagem; Serviço Hospitalar de Enfermagem

ABSTRACT

FERREIRA, Ilma Pastana. Collective strategy for the redeployment of nurses from the Nursing Process: a convergent-care research. Rio de Janeiro, 2011. 237 p. Thesis (PhD in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Health Sciences Center, Federal University of Rio de Janeiro, 2011. Advisor: Prof. Dr. Isaura Setenta Porto.

This doctoral thesis, inserted into the Base of Nursing Research Hospital, has for its object the nursing process conducted by nurses in care of surgical patients in a clinic of a university hospital, located in Para, seeking to achieve the following objectives a) Diagnose the nursing care model adopted in the University hospital (UH) b) Examine the feasibility of the Nursing Process (PE) redeployment of in clinical surgical patients in accordance with the current health care model c) Establish necessary priorities for the PE redeployment , and d) Develop collective strategies with the nurses in this clinic for the practice of the PE redeployment . From a theoretical point of view, the background used were based on Meleis (2007) and Horta (1979) ideas. Under the methodological view, we opted for a qualitative approach, using the design of Convergent Care Research (PCA). The research scenario was the Surgical Clinic of the University Hospital João de Barros Barreto (HUJBB), a public hospital in the city of Belém do Pará. The subjects of the research were nurses working in Clinical Surgery. To survey and data analysis unstructured interviews were conducted with 07 nurses working at the hospital and five retired nurses who worked in the 1970s and still the strategy of Convergence Group (GCG). The data were validated by the interviewed nurses. The analysis of the contents generated 149 thematic units that constituted five categories, in which two of them composed the Chapter III, where we briefly outline the implementation's evolution of the SAE in HUJBB, while the other categories that make up Chapter IV which depicts the redeployment of PE in the context of the contemporary SAE. The interpretation confirms the thesis that the redeployment of PE is made possible by the adoption of the collective strategy of nurses in their care practice in the context of SAE.

Key-words: Nursing; Nursing Processes; Judgment; Nursing Team; Nursing Hospital Service.

RESUMEN

FERREIRA, Ilma Pastana. Estrategia colectiva de enfermeras para la reimplantación del Proceso de Enfermería: una investigación convergente-asistencial. Río de Janeiro 2011, 237 p. Tesis (Doctorado em Enfermería), Escola de Enfermería Anna Nery, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal del Río de Janeiro, 2011. Orientadora: Profesora Isaura Setenta Porto.

La presente tesis de doctorado, insertada en el Núcleo de Investigación en Enfermería Hospitalar, tiene por objeto el proceso de enfermería realizado por las enfermeras en la práctica asistencial de una clínica para pacientes quirúrgicos de un Hospital Universitário situado en el estado del Pará, buscando alcanzar los siguientes objetivos: a) Diagnosticar el modelo asistencial de enfermería adoptado en el HU; b) Analizar la viabilidad de reimplantación de la PE en la clínica de pacientes quirúrgicos de acuerdo con el modelo asistencial vigente; c) Establecer prioridades necesarias la reimplantación de la PE y d) Elaborar estrategias colectivas con las enfermeras de esta clínica para la operacionalización de la implantación de la PE. Del punto de vista teórico, se buscó amparo primordial en las propuestas de Meleis (2007) y Horta (1997). Bajo el enfoque metodológico, se optó por la abordagen qualitativa, utilizando el delineamiento en la Investigación Convergente Asistencial (PCA). El escenario de la investigación fue la Clínica Cirúrgica del Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), hospital público en el municipio de Belém del Pará. Los sujetos de la investigación fueran enfermeras que actúan en la Clínica Cirúrgica. Para el levantamiento y análisis de los datos se realizó entrevistas no estructuradas con siete enfermeras en ejercicio en el hospital y cinco enfermeras jubiladas que tutearon en la década de 1970 y aún la estrategia del Grupo de Convergencia (GCG). Los datos fueran validados por las enfermeras entrevistadas. El análisis de los contenidos presentados generó ciento cuarenta y nueve unidades temáticas que constituyeron cinco categorías, dos de las cuales compulseran el Capítulo III, en que se presenta breve evolución de la implantación de la SAE en el HUJBB, mientras que las demás categorías componen el Capítulo IV, que retrata la reimplantación de la PE en el contexto de la SAE en la contemporaneidad. La interpretación confirma la tesis de que la reimplantación de la PE se hace posible por la adopción de la estrategia colectiva de enfermeras en su práctica asistencial en el contexto de la SAE.

Palabras-llave: Enfermería, Procesos de Enfermería, Juício, Equipo de Enfermería, Servicio Hospitalar de Enfermería.

RÉSUMÉ

FERREIRA, Ilma Pastana. Stratégie collective pour le redéploiement du personnel infirmier du processus de soins infirmiers: une recherche convergente de soins. Rio de Janeiro, 2011. 237 p. Thèse (doctorat en sciences infirmières) - Anna Nery École des sciences infirmières, Health Sciences Center de l'Université fédérale de Rio de Janeiro, 2011. Directeur: Prof. Dr Isaura Soixante Porto.

Cette thèse de doctorat, insérée dans le noyau de l'Hôpital de recherche en sciences infirmières, a pour objet le processus de soins infirmiers menée par les infirmières dans les soins des patients en chirurgie dans une clinique d'un hôpital universitaire, situé dans Etat de Para, en cherchant à atteindre les objectifs suivants a) Diagnostiquer le modèle des soins infirmiers adoptée en HU; b) Examiner la possibilité de redéploiement des PE dans les cliniques des patients chirurgicaux en conformité avec la santé de modèle c) Établir les priorités nécessaires pour le redéploiement de l'EP, et d) Développer stratégies collectives avec les infirmières de cette clinique pour l'opérationnalisation du redéploiement des PE. D'un point de vue théorique, nous avons cherché refuge dans les propositions de Meleis (2007) et Horta (1979). Selon l'approche méthodologique, nous avons opté pour une approche qualitative, utilisant la conception de la recherche en soins convergente (PCA). Le scénario de la recherche était de la clinique chirurgicale de l'hôpital universitaire de João de Barros Barreto (HUJBB), un hôpital public de la ville de Belém do Pará Les sujets ont été les infirmières qui travaillent en chirurgie clinique. Pour l'études et analyses des données ont été réalisées entretiens non structurés avec 07 infirmières en charge à l'hôpital et cinq infirmières retraitées qui ont travaillé dans les années 1970 et encore la stratégie du Groupe de la convergence (GCG). Les données ont été validées par les infirmières interviewées. L'analyse du contenu générée 149 unités thématiques qui ont constitué cinq catégories, dont deux qui composaient le chapitre III, dans lequel nous décrivons l'évolution de la mise en œuvre du HUJBB SAE, tandis que les autres catégories qui composent le chapitre IV décrit le redéploiement des PE dans le cadre de la norme SAE contemporaine. L'interprétation confirme la thèse que le redéploiement de PE est rendue possible par l'adoption de la stratégie collective des infirmières dans leur pratique des soins dans le contexte de la SAE.

Mots-clés: soins infirmiers, soins infirmiers processus; Jugement; soins infirmiers équipe, Service des soins infirmiers Hôpital.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: uma problematização para o objeto de estudo.....	20
CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1.1. BASES TEÓRICAS PARA UMA FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	36
1.1.1. O Processo de Enfermagem na estrutura de conhecimento da Enfermagem.....	36
1.1.2. Evolução do Processo de Enfermagem.....	45
1.1.3. Wanda Horta e o Processo de Enfermagem.....	50
1.1.4. O Diagnóstico de Enfermagem de Horta e a Taxonomia da NANDA..	56
CAPÍTULO II. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	60
2.2. MÉTODO DE PESQUISA ADOTADO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO...	61
2.2.1. Fases da Pesquisa Convergente Assistencial.....	63
A.1. Fase de concepção: o começo.....	63
A.2. Fase de Instrumentação: decisões metodológicas.....	64
A.2.1. Sobre o espaço da pesquisa.....	65
A.2.2. A escolha dos participantes.....	66
A.3. Fase de Perscrutação: estratégia para a obtenção de informações.....	68
A.3.1. O trabalho de campo.....	70
A.3.1.1. Estratégias de incentivo para motivar a adesão dos participantes.....	70
A.3.1.2. Preparo para produção de dados.....	72
A.4. Fase de análise e interpretação.....	76
2.3. VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	78
2.4. CUIDADOS ÉTICOS.....	80
CAPÍTULO III. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: BREVE EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE NO HUIBB	
3.1. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: CONTEXTO INSTITUCIONAL DA PESQUISA.....	85
3.2. CATEGORIA I. A DINÂMICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ESEUS PROFISSIONAIS.....	98
3.3. CATEGORIA II. OS PACIENTES E A SAE POR MEIO DO PE	114
3.4. VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS APRESENTADOS NESTE CAPÍTULO	123
CAPÍTULO IV. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: A REIMPLANTAÇÃO DA SAE NA CONTEMPORANEIDADE.	
4.1. O HUIBB COMO CONTEXTO INSTITUCIONAL DESTE ESTUDO NACONTEMPORANEIDADE.....	128
4.2. PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS, O HUIBB / UFPA E A INSERÇÃO INSTITUCIONAL DA SAE POR MEIO DO PE.....	132
4.3. CATEGORIA III. GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E COMPLEXIDADE DA CLIENTELA: DINÂMICA, MOBILIDADE E SUAS INFLUÊNCIAS SOBRE SAE / PE.....	141

4.4. CATEGORIA IV. VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: O RECONHECIMENTO DA SAE, POR MEIO DO PE.....	163
4.5. CATEGORIA V. CONDIÇÕES QUE INFLUENCIAM A REALIZAÇÃO DO PE: MANEIRAS DE REGISTRAR / IMPRESSOS DO PE.....	175
4.6. VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS APRESENTADOS NESTE NO CAPÍTULO IV.....	187
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	195
REFERÊNCIAS.....	204
APÊNDICES	
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E SCLARECIDO.....	220
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	221
APÊNDICE C – REGISTRO DA ENTREVISTA ABERTA OU IVRE.....	222
APÊNDICE D – AGENDA DE PROGRAMAÇÃO PARA O GCG.....	223
APÊNDICE E - CRONOGRAMA DA COLETA DE DADOS / 2010	224
ANEXOS	
ANEXO A. PARECER DO CEP DO HUJBB / UFPA.....	226
ANEXO B. PARECER DO CEP DA EEAN / HESFA / UFRJ.....	227
ANEXO C. IMPRESSO: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – DÉCADA DE 70...	228
ANEXO D. IMPRESSO: PLANO DE CUIDADOS – DÉCADA DE 70.....	229
ANEXO E. IMPRESSO: PAPELETA ÚNICA – DÉCADA DE 70.....	230
ANEXO F. IMPRESSO: EVOLUÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE.....	231
ANEXO G. TRAJETÓRIA DA ENFERMEIRA CLEUZA PASSOS DA SILVA.....	232
ANEXO H. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM / 2010.....	235
ANEXO I. RESOLUÇÃO Nº 2279 / 2010 – UEPA.....	237

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Visão geral externa do HUIBB.....	65
Figura 2.	Sanatório Barros Barreto, 1942.....	87
Figura 3:	Antigo Hospital Domingos Freire.....	88
Figura 5.	Planta baixa 2º Pavimento NUPLAN / HUIBB, 2010.....	131
Figura 6.	Mandala do conhecimento: evolução da implantação da SAE no HUIBB.....	203

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Estrutura Física do HUIBB, 2010.....	130
Quadro 2.	Demonstrativo de Procedimentos Cirúrgicos por especialidades. HUIBB, 2009 e 2010.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das enfermeiras participantes do estudo (N=7) / Clínica Cirúrgica, HUJBB. Belém / Pará, 2011.....	67
Tabela 2	Caracterização das enfermeiras aposentadas participantes do estudo (N= 5), HUJBB. Belém / Pará, 2011.....	84
Tabela 3	Temas ou subcategorias da Categoria IV. Belém / Pará, 2010..	142
Tabela 4	Temas ou subcategorias da Categoria V. Belém / Pará, 2010...	149
Tabela 5	Temas ou subcategorias da Categoria VI. Belém / Pará, 2010..	163
Tabela 6	Avaliação dos impressos do Processo de Enfermagem, Clínica Cirúrgica, 1º trimestre de 2009, 2010 e 2011. HUJBB / UFPA, Belém /Pará, 2011.....	175
Tabela 7	Avaliação dos impressos do Processo de Enfermagem, Clínica Cirúrgica, 1º trimestre de 2009, 2010 e 2011. HUJBB / UFPA, Belém, Pa, 2011.....	192

LISTA DE SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ANA	American Nurse Association
AOSD	Auxiliar Operacional de Serviços Diversos.
APS	Ácido Para Aminosalicito.
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologia.
BCG	Bacille Calmette Guérin.
BIREME	Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
CAPES.	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
CEPEN	Centro de Estudos e Pesquisa de Enfermagem.
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose.
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
COFEN.	Conselho Federal de Enfermagem.
CONSUN	Conselho Superior Universitário.
COREN	Conselho Regional de Enfermagem.
DAME	Divisão de Arquivo Médico e Estatística.
DIP	Doenças Infecto Parasitárias.
DNT	Divisão Nacional de Tuberculose.
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EEMB	Escola de Enfermagem Magalhães Barata.
GCG	Grupo de Convergência
GCV	Grupo de Convivência
GISAE	Grupo de Interesse em Sistematização da Assistência de Enfermagem
HBB	Hospital Barros Barreto.
HU	Hospital Universitário
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto.
IES	Instituição de Ensino Superior.
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
LDB	Lei de Diretrizes e Bases.
MAE.	Metodologia Assistencial de Enfermagem.
MEC	Ministério da Educação e Cultura.
MÊS	Ministério da Educação e Saúde.
MS	Ministério da Saúde.
NPA	Núcleo de Planejamento Assistencial.
NUPENH	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar.
NUPLAN	Núcleo de Planejamento do HUJBB.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial.
PCI	Paciente de Cuidados Intensivos.
PCSI	Paciente de Cuidados Semi
PE	Processo de Enfermagem.
PGH	Plano Gestor do Hospital
PhD	Philosophical Doctor. Doutorado em países de língua anglo
POI	Pós Operatório Imediato.
RH	Recursos Humanos
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem.

SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia.
SBB	Sanatório Barros Barreto.
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes.
SESC	Serviço Social do Comércio.
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública.
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará
SIDA/AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida.
SM	Streptomicina.
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose.
SPVEA	Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia.
SUDAM	Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia.
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFPA	Universidade Federal do Estado do Pará
UR.	Unidade de Recuperação.
USP	Universidade de São Paulo
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO: uma problematização para o objeto de estudo



INTRODUÇÃO: uma problematização para o objeto de estudo

A temática geral dessa pesquisa insere-se no campo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio da aplicação do Processo de Enfermagem (PE) em todas as suas etapas. A atualidade da temática fundamenta-se no movimento das instituições hospitalares em direção à acreditação que, administrativamente, cria nova demanda para a Enfermagem, no que tange à organização do processo e dos cuidados de enfermagem à clientela hospitalizada.

A Ciência da Enfermagem também se baseia numa ampla estrutura, a SAE, no âmbito da qual se operacionaliza o PE, quando aplicado à prática de enfermagem. A abordagem do processo de enfermagem é construída sobre ferramentas de comunicação, interação e processos voltados à prática.

Um dos pressupostos no delineamento da Tese é de que as propriedades distintas do PE e as diferenças de cliente-enfermeiro ou nos domínios da enfermagem não têm sido tão claramente definidas e reconhecidas (MELEIS, 2007). Exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, cuja aplicação está direcionada à satisfação das necessidades do paciente e da família, em consonância com determinado referencial teórico.

Do ponto de vista legal, a Lei nº 7.498 / DOU, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem estabelece, em seu artigo 11, que a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem são atividades privativas da enfermeira (BRASIL, 1986). Fortalecendo esse comando, a promulgação da Resolução nº 272, de 27 de agosto de 2002, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) atualizada pela Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009, reconhecem a necessidade de aplicação da sistematização da assistência por meio do PE, nos diferentes cenários da prática da Enfermagem, como atividade privativa da enfermeira, que utiliza o método científico para identificação das situações de saúde/ doença, subsidiar as ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A mesma Resolução do COFEN afirma ainda que cabe à enfermeira: implantar, planejar, organizar, executar e avaliar o PE. As fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação deste processo relacionam-se e são interdependentes, no contexto assistencial. Dessa forma, incorporar o PE é

uma das maneiras de operacionalizar a natureza científica da Enfermagem, ao promover um cuidado de enfermagem integral, humanizado, contínuo e de qualidade para o paciente/cliente.

Contudo, o cuidado de enfermagem, nas instituições hospitalares, ainda permanece fortemente centrado na doença e não no ser humano, percebido como sujeito ativo e participativo do processo de cuidar, como cidadão que é. Não obstante essa limitação verifica-se crescente abertura para novas metodologias de produção do conhecimento quanto ao processo de cuidar humano, que permite substituir o olhar reducionista e seguro do saber institucionalizado centrado na doença, por outro, dirigido para um sujeito em processo saúde / doença (KOERICH, 2007).

Nesse sentido, algumas condições prévias à implantação do PE podem facilitar ou dificultar seu estabelecimento na prática assistencial de enfermagem em cenários hospitalares. Entre elas, destaca-se a necessidade de conhecer e/ou definir o modelo ou padrão de prestação de cuidados de enfermagem vigente neste cenário, como aquele que apresente melhor adequação ao contexto assistencial de enfermagem (BITENCOURT, 2007 p. 19). Nessa linha de pensamento, os padrões de prestação de cuidados de enfermagem representam a estrutura assistencial de enfermagem na prática. Ainda segundo a autora em tela, os padrões de prestação de cuidados de enfermagem:

(...) são apresentados (1) padrão funcional; (2) padrão de atendimento total, integral ou método de casos; (3) padrão de equipe de enfermagem; e (4) enfermagem primária, enfermeira principal ou enfermagem básica (primary nursing). Ellis e Hartley (1998), além de apresentarem os mesmos quatro padrões encontrados nas autoras anteriores, ainda acrescentam os seguintes padrões: (5) padrão do método do caso; e (6) padrão do gerenciamento de casos (KRON e GRAY, 1989).

A grande contribuição do estudo de Bitencourt (2007) que trata dos *Padrões de prestação de cuidados de enfermagem para a implementação do processo de enfermagem*, foi a articulação estabelecida entre este processo e os modelos assistenciais ou padrões de prestação de cuidados de enfermagem. Essa lacuna serviu de estímulo ao estudo que empreendi na dissertação de mestrado, quando a atenção recaiu na problemática relativa ao ensino de enfermagem (FERREIRA, 2004), na época, e pude identificar indicadores da fragmentação entre os conteúdos

da assistência de enfermagem em centro cirúrgico e os conhecimentos necessários à sua compreensão no ensino de graduação.

Provavelmente esse resultado também pode ser transposto para o ensino dos modelos ou padrões que, na grade curricular dos cursos de graduação, em geral, permanecem desconectados do ensino do PE. Tal situação talvez se reflita na dificuldade que as enfermeiras encontram no que toca a implantar o PE, considerando-se o modelo ou padrão adotado, o que perpetua ou a existência de um PE incompleto e mal aplicado, ou sua inexistência na maioria das instituições hospitalares (BITENCOURT, 2007).

Logo, na definição de um padrão de prestação de cuidados de enfermagem, é premente obter informações básicas, que permitam prever o grau de envolvimento da equipe de enfermagem, algumas estratégias mais úteis para o paciente¹ e o grau de auxílio de outros profissionais que a situação possa demandar. Essa fase preliminar auxilia a dirigir e priorizar o PE e definir o modelo assistencial mais compatível à implantação deste processo, em sintonia com as condições de saúde que o paciente hospitalizado apresenta. A análise prévia à seleção desse modelo leva também em consideração que alguns são mais aplicáveis a indivíduos, outros à família e outros à comunidade; alguns pressupõem que a enfermeira "forneça" a assistência, enquanto outros favorecem o autocuidado. Por certo, tais aspectos influenciam na escolha do modelo assistencial ou padrão de prestação de cuidados de enfermagem, embora haja uniformidade de bases conceituais, marcantes nessa opção, nem sempre consciente.

Porém, para a implementação do PE, além da escolha do padrão de prestação de cuidados de enfermagem, há, pelo menos duas barreiras iniciais a serem transpostas: uma relacionada à operacionalização no contexto da prática, situação em que outras dificuldades surgem; e a outra diz respeito à necessidade de estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados e composição do quadro de pessoal em termos quantitativos e de qualidade, como em relação aos recursos físicos e materiais necessários.

Garcia e Nóbrega (2004, p. 39) apontam outras dificuldades para implementação do PE, desde a formação, devido ao modo como o processo é

¹ Não obstante a polêmica terminológica, no presente estudo, os termos paciente e cliente serão empregados como sinônimos, jamais se admitindo a postura passiva do paciente, até mesmo pela natureza do objeto da pesquisa empreendida.

abordado no ensino, não raro privilegiando excesso de detalhamento e supervalorização de procedimentos burocráticos, em detrimento da essência, naturalidade e empatia do processo de cuidar. A consequência é a desvalorização ou negação do PE na prática assistencial, pois fica difícil operacionalizá-lo na rotina hospitalar pelos seus detalhamentos. Existe ainda outra dificuldade, representada pela racionalidade técnica, emergente das definições ou descrições usuais do PE. Elas podem ser superadas “pela criação de uma epistemologia da prática, em que a solução de problemas ocorra dentro de uma ampla estrutura de prática reflexiva” (ALMEIDA et al, 1989)

Waldow (2004, p.199) corrobora com a dificuldade encontrada no ensino do PE e em sua prática assistencial, amparada em ampla bibliografia, que ressalta as dificuldades relativas a esse processo. Segundo essa autora, o PE é ensinado de maneira irreal, isolada e elitizante, e na prática assistencial surge ainda “a complexidade do assunto e a falta de tempo” das enfermeiras como causas para deixar de realizar algumas de suas etapas. Em contrapartida, Fernandes (1987, p. 92) realizou estudo sobre o tema na área hospitalar, cujas conclusões indicam uma das principais dificuldades para a implementação do PE: a falta de motivação das enfermeiras para a mudança, bem como outras dificuldades fundamentais no desempenho do papel e função das enfermeiras em relação ao PE, tais como:

A redução do número de enfermeiros, a desvalorização da própria metodologia de assistência, a indefinição no âmbito das ações e das condutas da enfermeira, a fundamentação científica insuficiente por parte desse profissional para fazer a prescrição de enfermagem (FERNANDES, 1987, p. 92).

No entanto, para efetivação do PE, a estratégia do “ensino eleva as expectativas, e quando está em harmonia com a prática, cria um clima de autenticidade” (BOWMAN et al, 1986). A estratégia do ensino e suas dimensões: saber-ser, saber-saber, saber-fazer, saber-conviver e saber-sentir são a base do conhecimento científico da enfermagem (KOERICH et al, 2007), através de métodos e técnicas especificamente elaboradas para captar determinados fenômenos a serem estudados, os quais impulsionam e incentivam as profissionais de enfermagem, que fazem uso dessas estratégias, a buscarem qualidade na dimensão prática do conhecimento, ou seja, o saber-fazer e, assim, o uso do PE se torna viável e eficaz.

Ao atuar como enfermeira assistencial em Hospital Universitário (HU), uma instituição de referência para doenças infecto-contagiosas da Cidade de Belém, deparei-me com uma clientela em condição crítica de saúde oriunda de todas as regiões do Estado do Pará. A rotina diária da enfermeira, consciente ou inconscientemente, exige que se confira ênfase ao atendimento e/ou encaminhamento de aspectos relativos ao trabalho de outras categorias profissionais, tais como: viabilizar a alimentação do usuário (Nutrição), resolver dificuldades relacionadas à acomodação, ao abandono, aos acompanhantes e outras (Serviço Social); providenciar equipamentos e materiais para o atendimento de pacientes críticos (Administração institucional), dentre outros aspectos, além das atividades administrativas, voltadas ao gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Esses desafios encontram respaldo nas análises de muitos estudiosos, entre os quais destaco Cecilio e Merhy (2003, p. 204), ao dizerem que:

[...] a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, dialoga com a família, conduz a circulação do paciente entre as áreas, é responsável por uma gama muito grande de atividade que resultam, afinal, no cuidado (CECILIO; MERHY, 2003, p. 204).

Essa coordenação “invisível” do cuidado ao usuário é realizada pela enfermeira que, na maioria das vezes, deixa de aplicar o seu saber-saber na prática cotidiana, para garantir os insumos necessários ao cuidado de outros profissionais. No mesmo sentido, os estudos de Colliere (1989) imprimem ao cuidado um valor social e econômico, o qual, por ser exercido por mulheres, num contexto cultural machista e, por óbvio, conservador, torna-se invisível e desvalorizado. Explicitando a abrangência das demandas, a autora mencionada descreve que, na prática da Enfermagem, oferecer cuidado significa ouvir os pacientes, ter tempo para unir reflexão e ação, expressar sentimentos, construir e avaliar juntamente com os pacientes e as famílias projetos de cuidado e cura de acordo com seus hábitos e crenças.

Como docente da disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico, do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem “Magalhães Barata” (EEMB), da Universidade do Estado do Pará, atuo em atividades práticas no HU, em parceria com outros docentes e alunos, onde observo o cuidar centrado na doença e não no indivíduo. Nestas situações, encontram-se práticas de vários profissionais que deixam de

valorizar o fazer do outro, onde, via de regra, o saber médico é tomado como 'único e central', ao qual devem atrelar-se os saberes e as práticas de outros profissionais. Como em outros contextos institucionais da área da saúde, as intervenções médicas são mais valorizadas do que os atos dos demais profissionais de saúde, reduzindo o objeto de investigação clínica, até mesmo pela dificuldade de escuta do usuário. Assim concebido o trabalho, as categorias profissionais que compõem a clínica não discutem o cuidado de saúde a ser realizado, o que resulta em ações sobrepostas, repetidas e desarticuladas no cuidar do paciente.

O comprometimento do estado de saúde dos pacientes, quando internados na Unidade Cirúrgica, é classificado conforme o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) encontrado na Resolução COFEN nº 293 / 2004 – em seu anexo II. No aludido Sistema, os pacientes, via de regra, podem ser classificados como: paciente de cuidados intermediários (PCI), em geral 60% dos casos, e pacientes que precisam de cuidados intensivos (PCIt), com 5% dos casos, requerendo atenção contínua, no intuito de garantir a qualidade da assistência por parte da equipe de saúde dessa clínica. Os demais pacientes estão distribuídos entre assistência mínima ou autocuidado (19%) e assistência semi-intensiva (13%).

Entretanto, na realidade daquele HU, o condicionamento do cuidado de enfermagem à prescrição de outra categoria profissional (médica) gera crise de identidade manifesta cotidianamente entre as enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica (enfermarias e unidade de recuperação).

Uma das conseqüências relaciona-se ao baixo alcance dos indicadores da qualidade da assistência de enfermagem, refletidos no índice de desconformidade relacionada à administração de medicamentos pela Enfermagem, índice de queda de paciente, de úlcera de pressão, de suspensão de exames por motivos relacionados à assistência de enfermagem e de cobertura de enfermeiros nas 24 horas.

O insucesso visível com clareza nos resultados desses indicadores aponta que a SAE necessita da construção de novos conhecimentos que instrua uma prática assistencial mais adequada e configurem a independência e autonomia para a Enfermagem neste Hospital (como talvez em outros).

No HU cenário dessa pesquisa, apesar de a SAE ser desenvolvida com base numa mescla dos modelos assistenciais, denominados funcional e de trabalho em equipe, as etapas do PE deixam de ser realizadas em sua plenitude, pois, quando

levadas a efeito, ocorrem de maneira mecanizada e as ações são orientadas pela divisão de tarefas entre os profissionais de nível médio, o que remete à fragmentação do cuidado.

Sob o enfoque conceitual, a abordagem de Horta (1979) embasa o modelo de cuidar nesse HU. Porém, tal abordagem é expressa somente nos impressos utilizados para divulgação e orientação e em alguns comportamentos isolados de profissionais de enfermagem. No tocante aos impressos, verifica-se déficit no seu preenchimento, o que já foi detectado pela equipe de auditoria interna do Hospital, que identificou na maioria dos prontuários, impressos de enfermagem não preenchidos e, quando feito, apresentavam muitas siglas de caráter pessoal e não universal.

Ainda sobre os registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes, constata-se separação entre os impressos da Enfermagem e os demais impressos do documento, sendo que a parte referente à Enfermagem somente é incorporada ao prontuário depois da alta do paciente, por ocasião do seu arquivamento e encaminhamento ao setor da Divisão de Arquivo Médico e Estatística (DAME). Até esse momento, os impressos de registro da enfermagem ficam em pranchetas separadas, no balcão do posto de enfermagem, juntamente com o formulário de registro dos sinais vitais, preenchido pelos técnicos de enfermagem.

Todas essas situações que envolvem a SAE e o PE constituem-se em desafios que abrangem, tanto questões institucionais, como assistenciais relativas à equipe de enfermagem, como foco comum entre os profissionais envolvidos no cuidado de saúde, no âmbito hospitalar.

Outra situação diz respeito à missão do HU, estabelecida nos seguintes termos : “[...] formar recursos humanos e gerar conhecimento [...]” (PGH / HUJBB, 2004) no sentido de que as enfermeiras assistenciais da unidade cirúrgica dessa instituição de ensino superior (IES) pouco produzem pesquisa – mergulhadas no cotidiano do trabalho hospitalar, não registram e nem reproduzem os conhecimentos, resultando, assim, em ausência de visibilidade com prejuízo no seu reconhecimento profissional e, por outro lado, em ausência e dificuldades de avaliação de sua prática, o que é talvez mais sério; com isso, não gerando conhecimento escrito e nem atendendo ao preconizado nas políticas públicas definidas para a educação na área da saúde, fundamentadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nas Diretrizes Curriculares e no Sistema Único

de Saúde (SUS) em que todas as unidades de saúde devem ser voltadas para a dimensão educativa.

Atuando em hospital de ensino, as enfermeiras da unidade cirúrgica participam na formação, em nível de graduação de cursos da área da saúde, pós-graduação lato sensu (residência médica em cirurgia e anestesiologia) e ainda com alunos de cursos técnico-profissionalizantes de enfermagem. Na prática, sua participação ocorre desde o acolhimento dos alunos, na viabilização das condições de infraestrutura, na demonstração de procedimentos técnicos e, muitas vezes, no acompanhamento de estágios curriculares.

Porém, os resultados dessa experiência não estão demonstrados em artigos, em grupos de estudo ou na participação em redes de pesquisa. O HU, através das Coordenadorias de Recursos Humanos e Acadêmica proporcionam oportunidades de frequência a cursos e treinamentos, nos quais a participação de enfermeiras (os) ocorre de maneira ativa.

No entanto, apesar dos esforços empreendidos pelos diversos atores que participam da gestão do cuidado de enfermagem, serviço de enfermagem, docentes, grupos de pesquisa, para construir práticas com abordagem centrada na integralidade em saúde, ainda se comportam de maneiras normativas, impositivas no planejamento e no cumprimento da assistência de enfermagem. O enfoque cartesiano implicado na formação profissional está presente na correlação linear estabelecida entre causas e efeitos, ao nortear o julgamento clínico da enfermeira.

Em virtude desse problema, está em curso uma “mudança no paradigma da ciência pós-moderna, colocando em discussão o conhecimento na perspectiva da complexidade, com abordagem não dualista ou dicotômica das situações. Essa abordagem busca apreender os objetos em seu contexto, seu conjunto e totalidade” (SANTOS, 2009 p.64).

É nesse nível que alcança destaque a nova visão das práticas de saúde voltadas para uma formação profissional centrada na atenção à saúde, tendo em vista a concretização da integralidade no cuidado, o leque de competências exigidas no processo de trabalho em saúde, que requer concepção voltada à construção de projetos coletivos. A idéia de cuidado integrado em saúde compreende um saber-fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes, co-responsáveis pela produção da saúde, desenvolvido por gente que cuida de gente (PINHEIRO, 2003).

Com base na problemática exposta em largos traços, o presente estudo partilha de uma premissa de que o campo da saúde não é privativo de um núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas exige a criação de espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado em saúde.

A dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade das práticas assistenciais e a subjetividade da demanda, que é o verdadeiro mote do processo de formulação das políticas de saúde e, possivelmente, da forma de expansão dos serviços de saúde, principalmente, na rede pública.

Esse desafio faz refletir e questionar a qualidade da assistência prestada aos usuários que procuram os serviços públicos de saúde, visto que a enfermeira, que enfatiza o cuidado humanizado, afasta-se do cuidado direto ao paciente pela necessidade de se envolver com outras atividades, cada vez mais administrativas, características do cuidado indireto, considerados importantes para a qualidade da assistência, mas que não devem tomar-lhe todo o dia de trabalho.

Independente de ter percebido mudanças nas ações das enfermeiras, a vivência neste HU - como docente e assistente, sugere que elas estão cumprindo sua jornada de trabalho, de forma rotineira, pouco envolvidas com o contexto assistencial global da Instituição. Na prática, suas atribuições parecem bem distantes daquelas previstas no Manual da Divisão de Enfermagem da Instituição, pois, pressionadas pelo cotidiano, as enfermeiras têm executado as atividades ligadas à assistência direta ao paciente, nem sempre de maior complexidade técnica, simplesmente para suprir o déficit de outros profissionais da equipe de enfermagem. Nesse cenário, tende a submeter-se a realizar atividades emergenciais, sem planejamento, que sugere um trabalho indefinido, no qual não consegue captar o conjunto de providências e atividades assistenciais. Tal situação parece evidenciar aparente descaso com o cuidado de enfermagem, que ocorre sem planejamento e avaliação e reflete a desorganização do trabalho, que confere relevo à realização de tarefas e fragmentação do cuidado ao paciente.

Neste sentido, cumpre retomar as idéias primordiais de Carvalho (2006, p.350), indicativas de reflexão da enfermeira para dirimir conflitos existentes, quando a pensadora assinala atos e ações de cuidar como prática viva, nos seguintes termos:

O quanto mais e melhor aprende-se a cuidar é cuidando. Na enfermagem, o cuidado do paciente é central, é a suposição primeira e última a justificar a presença da enfermeira, no âmbito da arte da enfermagem. A prática de cuidar, na assistência a saúde, em qualquer instituição ou no domicílio, é demarcada pelos cuidados de enfermagem. A enfermeira não pode por lei e nem por dever moral abrir mão de sua responsabilidade de cuidar e de ensinar a cuidar. As necessidades dos clientes é que determinam os cuidados de enfermagem de que carecem (CARVALHO, 2006, p.350).

De acordo com esta perspectiva de análise, é necessário articular e integrar as atividades para uma Enfermagem mais adequada as suas bases teóricas e científicas. O papel da enfermeira, como gerente da assistência e agente de mudança reveste-se de natureza fundamental, cabendo-lhe, portanto, a (re)leitura dos objetivos da organização, adequando-os à realidade de saúde na qual se insere; no caso, voltada para o modelo assistencial preconizado pelo SUS, com seus princípios norteadores, o que implica o requisito de buscar adequação entre as premissas do SUS e o modelo assistencial adotado pela Enfermagem na instituição hospitalar.

Para um trabalho cujo exercício apresenta múltiplas dificuldades, a organização exige montar estratégias para o enfrentamento dessa realidade, nem sempre favoráveis.

Entre as muitas formas de se organizar o trabalho da Enfermagem em sua totalidade, a SAE, viabilizada através do PE, apresenta-se como modelo de ação capaz de organizar o cuidado, em termos de planejamento, implementação e avaliação. Neste sentido, sistematizar é organizar informações, de forma a construir sistemas operativos para atingir um objetivo (AQUINO; LUNARDI FILHO, 2004). Esses sistemas precisam estar associados e dinamicamente atuantes, para que possam dar e receber a sustentação que necessitam para continuar constantemente operantes. A execução da SAE é fundamental, por fornecer diretrizes baseadas em níveis de evidência e graus de recomendação, os quais podem nortear a prática de enfermagem, com qualidade e segurança.

Uma das operacionalizações da SAE materializa-se através do PE, que consiste em uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem, promovendo a humanização, para obter resultados positivos e de baixo custo; além de motivar as enfermeiras a reexaminar continuamente o que estão fazendo e a estudar e decidir sobre como poderiam fazê-lo melhor (ALFARO-LÉFEVRE, 2005. p.29).

O PE, conforme a Resolução nº 358 / 2009 - COFEN compõe-se de cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação interdependentes. Este processo deve ser orientado por filosofia, teorias ou modelos conceituais de enfermagem e, quanto maior o seu nível de abstração, maior a necessidade de interpretação para sua operacionalização; o PE rege-se também pelos conhecimentos científicos e experiências individuais e coletivas. Na prática hospitalar, a implementação da sistematização cabe a enfermeira, competindo a execução das prescrições aos demais membros da equipe de enfermagem, de nível fundamental. Sua participação na elaboração do plano de cuidados apenas diz respeito às informações registradas sobre a clientela e às comunicações verbais estabelecidas com a enfermeira.

Mesmo assim, muitos estudos relatam a insatisfação das enfermeiras, quanto ao desenvolvimento do PE sem maior reflexão crítica. Alegam também que a exclusão dos profissionais de nível médio gera desencontro de informações entre o que é relatado pelo paciente a outro profissional e os registros do enfermeiro como avaliação ou evolução de sua condição de saúde, o que dificulta a resolução dos problemas do paciente.

Brandão (2007) enfatiza que a aplicação da SAE na prática tem se concentrado apenas no PE e em classificações de enfermagem, sem considerar os processos interativos; fato que obstrui a implementação de qualquer instrumento relacionado à SAE.

Por certo, não basta assegurar um método a qualquer custo, já que o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência instrumentalizada pelo PE, à luz de um referencial teórico, será capaz de aprimorar as habilidades cognitivas e psicomotoras, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares e estabelecer relações de trabalho melhor definidas e concretas (CIANCIARULLO, 2008. p. 49). A SAE, por meio do PE, ao valorizar um processo coletivo, estimula a continuidade do trabalho entre equipes e se transforma em processo dinâmico, capaz de estreitar os laços profissionais entre os membros da equipe multiprofissional.

O HU, tratado neste estudo já foi palco de uma enfermagem mais sólida, eficaz e eficiente, segundo a visão dos atores externos, fundamentada no Plano de Desenvolvimento da UFPa - 2001-2010 (PGH / HUJBB, 2004). Esse Hospital foi idealizado e construído em 1957 como sanatório, pela Campanha Nacional de

Tuberculose/MS, para enfrentar o principal problema sanitário em capitais brasileiras – a tuberculose. Progressivamente, absorveu o tratamento das pneumopatias e doenças infecciosas e parasitárias, criando uma tradição de atendimento a esse tipo de clientela junto à rede de saúde. A partir de 1976, o processo de transformação foi significativamente acelerado, com a formalização da assistência voltada para clientela de doenças infecto-parasitárias (DIP). A mudança decorreu da diminuição do número de casos de pacientes portadores de tuberculose, resultante da evolução tecnológica e medicamentosa no tratamento, introdução da finalidade de formar recursos humanos, na residência médica e capacitação em Enfermagem.

A primeira residência em enfermagem do Estado do Pará ocorreu neste hospital no período de 1977 a 1983 com seleção de 04 / residentes de enfermagem / ano. Em 2004 o mesmo foi incorporado definitivamente pela Universidade Federal do Pará, ligado à Reitoria da Universidade, através de Resolução do Conselho Superior Universitário (CONSUN).

Em 1991, com a transformação deste hospital em HU, o que alterou seu vínculo ao Ministério da Saúde (MS), passando à esfera do Ministério da Educação (MEC), evidenciou significativas mudanças administrativas, incluindo a gestão do cuidado de enfermagem. Até então, o PE no contexto da SAE ocorria com base no padrão de prestação de cuidados de enfermagem, denominado método funcional, e o PE estava baseado na abordagem de Horta. Atualmente, esse modelo é usado com as etapas incompletas, tendo-se realizado várias tentativas para aprimorá-lo, embora sem sucesso.

Considerando a problematização em relação ao PE no contexto da SAE, o pressuposto desta tese, denominado **declaração-guia** é o seguinte: a abordagem coletiva de enfermeiras, a partir do conhecimento da realidade institucional e da interação entre os integrantes da equipe de enfermagem é uma estratégia para a reimplantação do PE no contexto da SAE. Nessa linha de pensamento, como **objeto de estudo**, elegeu-se o processo de enfermagem realizado pelas enfermeiras na prática assistencial de uma clínica para pacientes cirúrgicos de um hospital universitário.

Guardando coerência com o exposto, formularam-se os seguintes objetivos:

- a) identificar o modelo assistencial de enfermagem adotado no HU;
- b) analisar a viabilidade de reimplantação do PE na clínica de pacientes cirúrgicos, de acordo com o modelo assistencial vigente;

- c) estabelecer prioridades necessárias à reimplantação do PE;
- d) elaborar estratégias coletivas com as enfermeiras desta clínica para a operacionalização da reimplantação do PE.

A tese defendida é de que a reimplantação do PE é possível pela adoção de estratégia coletiva de enfermeiras, na prática assistencial no contexto as SAE.

Espera-se que o estudo contribua para o aprimoramento do PE na prática assistencial no intento de prestar assistência de enfermagem individualizada, contextualizado e de qualidade. Em paralelo, tal aprimoramento, além de favorecer o cuidado aos pacientes, poderá fortalecer a iniciativa de acreditação deste HU junto ao Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar desenvolvido no âmbito do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade de Saúde, criado pela Portaria MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995, exige dos hospitais que requerem a acreditação qualificação em três níveis, sendo que o primeiro contém exigências mínimas; o segundo contempla padrões de qualidade de atendimento e o terceiro abarca padrões de excelência (BRASIL, 2001). O PE insere-se no último nível de exigência por meio dos planos de cuidados e prescrições de enfermagem, sublinhando as etapas do PE, que devem ser registradas como parte da documentação apresentada pelo HU ao mencionado Programa.

Sob outro ângulo, imagina-se que o estudo possa servir de elemento revigorante ao Programa de Residência Multiprofissional, iniciado em 2010 no HU, do qual participaram enfermeiras.

Como se sabe uma unidade hospitalar cuja enfermagem disponha do PE constitui campo significativo de aprendizagem. No caso, o estudo faz parte do Programa de pesquisa “Enfermagem Hospitalar: uma área de atuação a investigar para a construção de uma síntese do conhecimento” (PORTO, 2006); para o Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, que, desde dez/1999, desenvolve pesquisas tendo como enfoque, entre outros, o eixo temático: Cuidado de Enfermagem Hospitalar, da linha de pesquisa Enfermagem Hospitalar e para consolidação das diretrizes curriculares contidas nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de graduação que traçam o perfil do enfermeiro como reflexivo, crítico e voltado para as necessidades da população.

Deseja-se igualmente contribuir com estudos sobre a prática profissional da Enfermagem, no pressuposto de que o tema é socialmente relevante e academicamente atual e, principalmente, na perspectiva dos que avaliam o PE como instrumento para organizar, fundamentar e dar visibilidade a prática do cuidar desmitificando sua aplicação no cotidiano assistencial.

Nessa linha, o estudo também pode favorecer a motivação dos profissionais interessados em aprofundar conhecimentos sobre o paciente/cliente, seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e educação continuada da equipe de enfermagem, para implementação das ações sistematizadas através do PE.

A Coordenadoria Acadêmica do HU aprovou junto ao MEC, a implantação da Residência Multiprofissional, na qual a Enfermagem conta com o maior número de vagas; o início da residência ocorreu em 2010. O projeto prevê que os residentes de enfermagem utilizem a sistematização da assistência de enfermagem, desde o início do curso.

Nesse particular, o presente estudo será de grande valia, pois fomenta e consolida pesquisas na área da Enfermagem Hospitalar, podendo contribuir na aprendizagem das residentes, entre outros aspectos da gestão hospitalar, atinentes à área.

Em síntese, ao contribuir para a prática assistencial; indicar maneiras de atingir autonomia profissional, a investigação, inserida no Programa de pesquisa “Enfermagem Hospitalar: uma área de atuação a investigar para a construção de uma síntese do conhecimento” traz subsídios ao seu projeto integrado de pesquisa em andamento, no sentido de que apresenta um esquema de cuidado, no qual o PE representa elemento essencial do cuidado de enfermagem. Conforme oportuno esclarecimento de Porto (2008):

(...) os instrumentos (entendidos como a esfera de uma imagem modificada) como: técnica de enfermagem, instrumentos básicos para cuidar, tecnologia de saúde / enfermagem, processo de enfermagem, educação em saúde, relação enfermeira(o) / cliente - família e comunicação verbal e não-verbal. (...) são essenciais no sentido de que são elementos da prática assistencial hospitalar sem os quais o cuidado deixa de ser realizado (PORTO, 2008).

Com relação ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, reitera-se que são essenciais as pesquisas com o enfoque que se insere no eixo temático: “Cuidado de Enfermagem Hospitalar” da linha de pesquisa

Enfermagem Hospitalar. Nessa linha de reflexão especificamente acadêmica, espera-se que as conclusões da pesquisa venham a reforçar achados de outros estudos realizados ou em desenvolvimento, que fortaleçam um caráter científico à assistência de enfermagem na instituição hospitalar, sempre em busca da qualificação desta assistência, assim como contribuir para o entendimento do saber-fazer, para implantar o PE e propiciar melhoria na qualidade da prática assistencial.

Entender o PE como elemento essencial ao cuidado de enfermagem hospitalar implica, acima de tudo, compreender que ele representa uma prática científica de enfermagem, ao mesmo tempo em que evidencia preocupação da instituição hospitalar com a realidade assistencial voltada para a qualidade das ações de saúde, formação e qualificação dos profissionais.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



Visão frontal do HUJBB / UFPA, 2010.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. BASES TEÓRICAS PARA ANÁLISE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

1.1.1. O Processo de Enfermagem na estrutura de conhecimento da Enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, com ênfase no Processo de Enfermagem (PE) têm favorecido estudos e pesquisas sobre a relação entre a teoria e a prática, no intuito de favorecer aos enfermeiros conhecimentos, competências e habilidades para a implementação de um processo de cuidados ancorado em bases sólidas e científicas. Sob outro foco, o reconhecimento social decorre do trabalho da enfermeira nas instituições de saúde, assegurando-lhe visibilidade, autonomia, e identidade na profissão porque favorece a documentação e aplicação de indicadores de qualidade.

Partindo-se dessas premissas, ao estruturar o fundamento conceitual da pesquisa, privilegiou-se a abordagem proposta por estudiosas como Meleis (2007) e Horta (1979); sendo que a opção pela última autora ocorreu em respeito à decisão do Grupo de Interesse em Sistematização da Assistência de Enfermagem/GISAE do HUJBB. Este Grupo preferiu manter em seu cotidiano, os instrumentos empregados pelas enfermeiras da década de 70.

A respeito de bases conceituais, o processo de enfermagem tem sido objeto de reflexão de numerosos pensadores da Enfermagem, nas mais diversas partes do mundo. Entre muitos outros, destaca-se Afaf Ibrahim Meleis, PhD, enfermeira internacionalmente conhecida como a Decana de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia, onde também exerce o magistério de Enfermagem e Sociologia e a direção do Centro Colaborador da OMS para Enfermagem e Obstetrícia. Como "construtora de pontes culturais", tanto nacionalmente, como no exterior, Meleis é reconhecida por seu interesse e produção na pesquisa internacional sobre mulheres e questões de saúde, centrando sua atenção na estrutura e organização do conhecimento em enfermagem, transições de saúde e de enfermagem internacional.

Ademais, é autora de premiada obra, denominada "Theoretical Nursing: Development and Progress" (1985, 1991, 1997, 2004, 2007) e, de outros dois livros,

a saber: "Trabalho da Mulher, Saúde e Qualidade de Vida" e "Caring for Women Cruz"²

Em continuidade, apresentam-se alguns relevantes posicionamentos de Meleis (2007), os quais podem constituir fundamento para melhor compreensão e análise dos resultados da presente investigação. Sem prejuízo das abordagens apresentadas, neste estudo, confere-se relevo às seguintes, que se relacionam direta ou indiretamente ao PE: Enfermagem, uma disciplina do cuidado; o domínio da Enfermagem; o cliente da Enfermagem; as interações e relacionamentos da Enfermagem e o processo de enfermagem. Dentro do domínio da Enfermagem, Meleis (2007) define seus conceitos centrais denominando-os como: cliente de enfermagem, transições, interação, processo de enfermagem, ambiente, terapêutica de enfermagem e saúde.

Segundo a **perspectiva da enfermagem**, o cuidado pode ser definido como a ligação entre os domínios de enfermeiras de instituições públicas e particulares, no sentido de diminuir as discrepâncias existentes entre essas instituições de saúde. A proposição de Meleis (2007) fundamenta-se na estrutura do conhecimento contextual dos fatos científicos, bem como nos marcos conceituais.

Esta estrutura inclui as competências da enfermeira, as intervenções criativas de enfermagem e, as políticas alusivas a outros elementos estruturais, usualmente levados em conta, tanto no leito do paciente hospitalizado, como em sua casa. Em complemento, a arte de enfermagem efetiva-se quando os enfermeiros são capazes de: a) compreender o significado inerente ao seu encontro com o paciente; b) estabelecer conexões; c) executar com habilidade as atividades de enfermagem; d) escolher entre alternativas; e, e) conduzir-se moralmente na prática de enfermagem.

Tanto pesquisadores, como profissionais experientes atualmente hoje afirmam, em consenso que, a Enfermagem envolve mais do que técnica, pois ela depende de observação, sentimentos, imaginação e compreensão. Por isto, ela envolve um processo complexo e desafiador, que extrapola os limites da mera descrição de sinais e sintomas de doença abarcando aspectos subjetivos, vivências, dimensões sócio-culturais, sendo, portanto, holística por natureza.

A dimensão moral é uma fisionomia da arte de enfermagem, que inclui a opinião de que as competências são importantes; porém, elas substituem outros

²Meleis é co-autora neste livro, que pode ser verificado no seguinte endereço: (<http://www.nursing.upenn.edu/faculty/profile.asp>).

aspectos da prática, nem são suficientes para qualificar os cuidados que os pacientes demandam. Se um enfermeiro não fizer escolhas morais ou enfrentar dilemas morais em sua prática, omite-se no que concerne aos aspectos artísticos da Enfermagem.

Com razão, Meleis (2007) assinala que, se o cuidado é parte integrante da perspectiva da Enfermagem, ele poderia ser um componente integral dos aspectos subjetivos do desenvolvimento de teorias, ou a força propulsora das estratégias de desenvolvimento das teorias e pesquisas. Para empreender avanços na “arte da enfermagem” e outras dimensões do cuidado, é necessário tempo, energia e habilidades, nem sempre recompensados através de políticas adequadas.

Quando se analisa o domínio da Enfermagem, encontram-se numerosas indicações de que se trata de uma disciplina e uma prática social, que se caracteriza por uma perspectiva particular e um espaço social institucional definido. Nesse sentido, o domínio da Enfermagem abarca unidades de análise, metodologia congruente, processos de enfermagem, abordagens holísticas para avaliação, inclusive oriundos de outras práticas e procedimentos metodológicos essenciais aos avanços do conhecimento. Sob esse enfoque:

Os componentes centrais do domínio da Enfermagem são: a) Principais conceitos e problemas do campo de trabalho, b) Processos de avaliação, diagnóstico e intervenção; c) Ferramentas para avaliar, diagnosticar e intervir d) Projetos de pesquisa e metodologias mais congruentes com o conhecimento de enfermagem (MELEIS, 2007 p. 465).

Nessa linha de reflexão, merece realce a proposta de que a enfermeira interaja (interação) com o ser humano em situação de saúde-doença (cliente de enfermagem) considerando sempre o contexto sociocultural (meio ambiente). Este cliente vivencia algum tipo de transição ou está a antecipar uma transição (transição). Além disso, é indispensável que a Enfermagem esteja organizada em torno de algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, avaliação holística e ações de cuidado). A partir desses fundamentos, a enfermeira deve planejar e desenvolver algumas ações terapêuticas (enfermagem), para reforçar, provocar ou facilitar o estado de saúde do cliente da Enfermagem.

Focalizando esse aspecto em termos bem amplos, infere-se que as teorias também integram o domínio da Enfermagem e as enfermeiras devem pautar seu

agir na perspectiva da profissão e de seus fenômenos específicos e sócio-culturais superando os fazeres diferentes dessa lógica.

Meleis (2007, p. 467) discorre sobre o **cliente de enfermagem**, definindo-o como o elemento mais importante, no seio dos domínios da profissão. Ele é o destinatário dos cuidados ou o destinatário potencial de atendimento. Essa premissa possui historicidade, o que se confirma pelas práticas dominantes desde a origem da profissão, pois, desde então, as enfermeiras cuidam de pacientes, mesmo quando se dedicavam conforme uma visão caritativa.

Meleis (2007) ainda demonstra como os clientes tendem a definir e interpretar o seu estado de paciente, mencionando que esta tendência conduz a Enfermagem teórica ao futuro, pois os clientes tornaram-se mais informados ao longo dos anos e usam suas vozes para indicar o que precisam de seus prestadores de cuidados de saúde. Os clientes vêm para o sistema de saúde, quer com a consciência orientada sobre os seus direitos de informação e/ou cuidado e para participar na tomada de decisões, mesmo quando chegam aos serviços de saúde sem essas expectativas. Nesse caso, o encontro cuidadoso da enfermeira, através de ações educativas, pode incluir atividades dirigidas à conscientização dos clientes.

Por conseguinte, as teorias de enfermagem que ainda vislumbram clientes como receptores passivos de cuidados, ou seres humanos à espera de informações, evidenciam incongruência com os avanços da Enfermagem.

A par do que já foi exposto acerca do cliente de enfermagem, cumpre acrescentar que se trata de ser humano com necessidades afetadas em constante interação e possibilidade de adaptação ao meio ambiente. Devido à doença, ou vulnerabilidade à doença potencial, ou outros fatores de natureza diversa, passam por desequilíbrio, ou sob o risco de experimentar desequilíbrio, o qual se revela através de necessidades não atendidas, incapacidade temporária de cuidar de si e, não raro, tende a manifestar respostas não adaptativas.

Nesses casos, as teorias devem propiciar oportunidades para refletir sobre medidas que reforcem a hipótese de mudança e, seus níveis de percepção e consciência, devendo igualmente fornecer algumas estratégias, que contemplem muitos aspectos, entre os quais os valores e os sistemas de crenças dos clientes.

Dentre os conceitos centrais do domínio de enfermagem, Meleis (2007) destaca a definição de “**transições**”, que justifica o contato constante das enfermeiras com as pessoas em transição, em suas variadas formas: antecipação

ou condição de transição efetiva. Sob essa ordem de pensamento, a “transição indica uma mudança no status de saúde das pessoas, em suas relações, expectativas ou habilidades”³. Ela denota modificações nas necessidades de todos os sistemas humanos, em consequência de mudanças súbitas, que resultam da passagem de um estado de bem-estar para outro, de doença aguda, do bem-estar à doença crônica ou da cronificação para o de bem-estar, numa situação que engloba a cronicidade. As transições são, portanto, componentes do domínio da Enfermagem.

A esse respeito, há evidências de que os cuidados a pacientes em transição, para alta hospitalar, cujo atendimento exige prática avançada, que explora possibilidade concreta de reforçar a recuperação e até a cura, investindo em pontos fortes, ativos e/ou potenciais, num fazer multidisciplinar e interdisciplinar, contribuindo efetivamente para que alcance níveis ótimos de saúde, função, conforto e auto-realização adequados ao caso concreto, superando conceitos e procedimentos obsoletos.

Sob o enfoque multidisciplinar, cumpre registrar que, atualmente, sociólogos, psicólogos, biólogos e fisiologistas estão interessados em transição nos níveis micro e macro e o objetivo de suas áreas de interesse, no processo de produção do conhecimento. Sob essa abordagem, o domínio em determinada área não se identifica somente pelos tipos de objetos com que lida, vez que contempla igualmente questionamentos originais que sobre as áreas de interesse de diferentes domínios.

Numa visão tradicional, parece que somente o enfermeiro está interessado em articular as transições biopsíquicosócio culturais, não só para saber - conhecer, mas, em última análise, para saber traduzir para o mundo da prática o conhecimento para a melhoria das transições de indivíduos saudáveis. Ao contrário de outras disciplinas acadêmicas, a Enfermagem é responsável perante o público por um cuidado de qualidade; portanto, espera-se que ela integralmente atenda às necessidades desse público (MELEIS, 2007).

Outro conceito importante no domínio da disciplina Enfermagem são as **interações e relacionamentos**. Alguns teóricos centrados no processo de construção de relacionamentos e nas ferramentas de avaliação consideram a

³ Meleis, 2007 p. 470, tradução livre da autora desta Tese.

Enfermagem como disciplina relacional, pois, como ressaltado, seus profissionais atuam em processo de interação permanente. A relação dialógica enfermeiro-paciente, a interação terapêutica, no cenário dos componentes de interação, tais como a detecção, a percepção e validação das necessidades do paciente para a ajuda e a partilha de informação são reconhecidas pela comunidade acadêmica como características da Enfermagem, que explicam as propriedades de percepção, pensamento e sentimentos, na avaliação de situações de saúde e doença.

Meleis (2007, p. 472), ressalta que a interação constitui ferramenta para avaliação e construção de relacionamentos. Nesse sentido, merece relevo a avaliação, pelas seguintes razões:

Um cliente de enfermagem está em constante interação com o ambiente (KING, 1981; NIGHTINGALE, 1946; ROGERS, 1970). Portanto, a enfermagem não se concentra apenas em indivíduos, mas também sobre o acompanhamento, regulação, manutenção e evolução do ambiente.

Interação é o principal instrumento pelo qual as enfermeiras constroem relações de confiança e avaliam as necessidades do cliente e os recursos necessários para o seu cuidado; é também uma ferramenta central na prestação de terapêutica de enfermagem (KING, 1981; ORLANDO, 1961; PATERSON e ZDERAD, 1976; TRAVELBEE, 1971; WIEDENBACH, 1963).

Depreende-se do exposto que a interação é um conceito de domínio, que contempla relações entre pessoa-ambiente e enfermeira-paciente. A interação é considerada aqui, em seu sentido mais amplo, vez que incorpora essas duas dimensões do relacionamento; são fundamentais para a Ciência de Enfermagem.

Como ressaltado, teóricos contemporâneos vêem **o ambiente**, que envolve os campos de energia, sistemas sociais, família, sociedade, cultura, do paciente, a enfermeira, e tudo que envolve o cliente como essencial para a Enfermagem, particularmente no que se refere à análise da condição dos seres humanos e suas respostas. Para esses teóricos, entre os quais destacamos Meleis (2007, p. 475), apoiada em Chopoorian (1986), o ambiente constitui fenômeno significativo no planejamento das intervenções de enfermagem e posiciona-se contra a continuidade de conhecimentos teóricos que tomam os clientes como foco, pois as enfermeiras passam a ter papel limitado nas instituições, no que se refere à mudança política.

Nesse sentido, sugere-se que as enfermeiras desenvolvam consciência do ambiente, que congrega as estruturas sociais, econômicas e políticas, no intuito de explorar o potencial para abertura de novas oportunidades que contribuem para a

resolução dos problemas da sociedade. O foco sobre o ambiente pode levar os enfermeiros a reconsiderar seus objetivos e a missão da disciplina (MELEIS, 2007).

O ambiente, como conceito central do domínio da Enfermagem inclui, mas não se limita ao cliente imediato, abarcando a família, outros profissionais de saúde e o contexto sócio-econômico e político da família do cliente. Ambientes de clientes e de enfermeiros experimentam grandes mudanças que instigam novas teorias.

Nesse sentido, vários tipos de teorias relacionadas ao ambiente precisam ser desenvolvidas: a) para descrever as propriedades, componentes e dimensões do ambiente saudável, que ajudam na manutenção ou mudança de resultados dos cuidados de saúde; b) para descrever o ambiente que promove a capacidade do cliente para o autocuidado e adaptação; e, c) para orientar o desenvolvimento de intervenções eficazes para mudar os sistemas que restringem o acesso e a igualdade das pessoas, para dar e receber cuidados de saúde.

A **terapêutica de enfermagem**, como elemento do domínio de enfermagem, envolve todas as atividades e ações deliberadamente concebidas para a realização dos cuidados de enfermagem com os clientes, considerando-se o conteúdo e os objetivos das intervenções de enfermagem. Nessa linha de pensamento, recomenda-se o desenvolvimento da empatia, a utilização de validação e a utilização do processo de cuidados para lidar com problemas de comunicação e interação. Alguns exemplos de terapêuticas de enfermagem na literatura são: o toque, o cuidado, a proteção, o conforto, o uso de si mesmo como instrumento de terapêutica, maneiras de gestão e cuidados de transição. Cada um dos conceitos relacionados à terapêutica de enfermagem pode tornar-se o núcleo de uma situação específica, nas diferentes estratégias a serem usadas no desenvolvimento de conceitos e teorias.

Ainda no domínio da Enfermagem, o conceito de **saúde** tem objetivo compartilhado por grande número de profissionais da área da saúde. Ele emergiu como um objetivo central em enfermagem, já nos escritos de Florence Nightingale, em meados dos anos 1800. Desde então, os teóricos têm considerado o termo “saúde” em diferentes graus de especificidade, estabelecendo-o como foco central. A saúde tem sido aceita como mais do que a ausência de doença sendo este conceito cada vez mais valorizado na Enfermagem.

Nesse enfoque, identificaram-se várias concepções diferentes de saúde, a saber: saúde como ausência de doença; como homeostase interna; como

adaptação; como execução de tarefas e funções e os aspectos cultural, social e políticos da saúde.

Para o desenvolvimento teórico da saúde como conceito central, a união na diversidade entre esses modelos deve ser abordada, comparada e contrastada para se chegar às várias condições, necessárias ao desenvolvimento teórico da saúde humana. Outro forte argumento também poderia ser elaborado sobre a contribuição exclusiva que a enfermagem pode trazer na construção da ciência da promoção da saúde.

Outro conceito central do domínio da Enfermagem, como muitas vezes é encontrado na literatura e em várias das teorias de enfermagem, diz respeito ao **processo de enfermagem** (PE). Ele é construído sobre ferramentas de comunicação, interação e processos para a prática de enfermagem (MELEIS, 2007).

As proposições sobre o PE, as abordagens mais eficazes para o desenvolvimento de sua avaliação, diagnóstico, a realização de terapêuticas e as proposições sobre seus objetivos podem ser derivados dos trabalhos das teóricas: Abdellah, Henderson e Orem (avaliação, diagnósticos, planos de intervenção, avaliação e evolução), King (processo de definição e alcance de objetivos); Wiedenbach (ênfase sobre a percepção do paciente sobre sua condição de saúde); e, Orlando e Travelbee (relacionamento enfermeiro - paciente). Dentre outras teorias.

Pelo exposto depreende-se que “o processo de enfermagem é uma ferramenta da prática de enfermagem; ou seja, é um conceito central no domínio da enfermagem” (MELEIS, 2007, p. 474), que tem sido considerado estrutura de conhecimento para a prática e o ensino de enfermagem.

Um componente importante do PE, que recebeu particular atenção da disciplina ao longo da década de 80, foi a taxonomia de diagnósticos de enfermagem, movimento que teve início nos anos 1970. E, embora essa taxonomia seja considerada “uma língua unificadora de diagnóstico” para a comunicação entre as enfermeiras, ela deixa de contribuir para o desenvolvimento de soluções científicas, pois os diagnósticos de enfermagem que não se situam dentro de um quadro explicativo devem ser aceitos apenas como descrições, úteis à comunicação e documentação.

Como assinalado, o PE constitui conceito do domínio da Enfermagem e a avaliação, o diagnóstico e a intervenção assumem posição central na missão da

profissão. Porém, ainda há lacunas quanto a aspectos teóricos a eles relacionados. Alguns exemplos destas lacunas destas seriam: teorizações para descrever os processos reais, nos quais a enfermeira utiliza a avaliação, o diagnóstico e a terapêutica, para prestar cuidados a diversos tipos e categorias de clientes; teorizações para descrever os diagnósticos de enfermagem e destacar aqueles que podem dar ordem à nomenclatura; teorizações que expliquem os contatos enfermeira-paciente, no contexto de variáveis do cliente e das categorias de diagnóstico.

Finalmente, deve continuar o diálogo sobre a coerência entre uma abordagem para exibição de fenômenos de enfermagem, como se presume através da utilização do processo de enfermagem e dos pressupostos do holismo. Este diálogo começou com argumentos eficazes de apoio à incongruência entre os pressupostos inerentes às teorias do processo de enfermagem e da natureza do holismo na enfermagem.

Da mesma forma, surgem questões sobre o papel do PE nos currículos e na Ciência, que o apontam como conceito central para a enfermagem. Meleis (2007, p. 475), defendeu a premência de maior clareza acerca das propriedades inerentes ao PE, fora do processo de investigação clínica. Propôs também que tal distinção aumenta a possibilidade de inclusão desses processos na estrutura dos cursos de enfermagem, pois os estudantes estarão mais bem qualificados para se mover entre os diferentes processos, quando estiverem conscientes das semelhanças e diferenças deles e nos objetivos. Eis, então, a relevância dos estudos de enfermagem que tratam do PE, inclusive durante o processo de formação e atualização profissional.

Ibd., p.476 considera que no conceito domínio do PE sejam considerados os estudos de diagnóstico e terapêutica de enfermagem, além de investigações sobre o ambiente do cuidado. Desde que Nightingale relacionou a Enfermagem ao foco do ambiente para promover a saúde, ele se tornou conceito central para o domínio da Enfermagem. Porém, os teóricos de enfermagem têm deixado de abordar esse elemento com a mesma profundidade e convicção de Nightingale. Pelo exposto, o PE apresenta-se intimamente vinculado às teorias de enfermagem, pois elas o fundamentam.

A literatura atual traz várias conceituações sobre o PE. Mas para este estudo, adotou-se a definição da Resolução COFEN n.º 358, de 15 de outubro de 2009, que 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. Especificamente, nesta Resolução o PE é definido como “um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional”. Outra definição pode complementar a anterior entendendo o PE como “(...) uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem. Essencial a todas as abordagens de enfermagem (...) [ele] promove cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo” (ALFARO - LEFEVRE, 2005, p. 29). Em ambas as definições, o PE deve ser orientado por teorias ou modelos conceituais de enfermagem, caracterizados por etapas inter-relacionadas.

1.1.2. Evolução do Processo de Enfermagem

Foi a partir das concepções de Florence Nightingale, em 1852, que a Enfermagem passou a ter clareza sobre a diferença entre as ações de enfermagem e o trabalho médico. Ela estava convencida de que “a maior parte das vezes, os maus cuidados de enfermagem eram muito mais o resultado de uma falta de reflexão, do que de uma falta de atenção aos outros” (COLLIÈRE, 1999, p. 212). Essa distinção marcou a emergência da identidade profissional da enfermagem orientada para uma aproximação aos problemas sociais, com apoio na reflexão sobre seu fazer.

Pesut e Herman (1998), em sua obra intitulada: “Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking”, apresentam a evolução do PE em três gerações classificadas como 1ª, 2ª e 3ª gerações.

a) 1ª geração: dos problemas e processos. O período está compreendido entre 1950 a 1970 caracterizando-se pelo uso do método de solução de problemas, com raízes no método científico de observação, mensuração e análise de dados. A principal característica da primeira geração do processo de enfermagem é o atendimento das necessidades de cuidado de enfermagem e o processo de solução dos problemas, os quais, via de regra se relacionavam a determinadas condições fisiopatológicas e médicas. O marco dessa geração ocorreu em 1973, quando se realizou a primeira conferência para classificação de diagnósticos de enfermagem. Esse movimento de identificação e classificação dos DE marcou o início de nova geração do processo de enfermagem.

b) 2ª geração: do Diagnóstico de Enfermagem e Raciocínio Clínico. Compreende o período de 1970 a 1990, quando houve significativa transformação no pensamento da área, conferindo-se ênfase ao raciocínio diagnóstico e pensamento crítico na identificação e solução de problemas. A segunda geração do PE determinou novas necessidades no ensino e na prática assistencial, orientando-se para entender como o julgamento se processa, aumentar a habilidade profissional no raciocínio diagnóstico. Além disso, a tendência emergente no sistema de saúde para especificar e avaliar os resultados da atenção aos clientes determinou as condições para mudança no modo de pensar e de aplicar o processo de enfermagem.

c) 3ª geração: considerada de especificação e teste de resultados, compreende o período de 1990 até os dias atuais. O foco agora se dirige à especificação e testagem na prática de resultados sensíveis à intervenção profissional. Ocorrendo um diagnóstico de enfermagem, especifica-se resultado a ser alcançado, criando-se dupla obrigação, a de intervir e avaliar a eficácia da intervenção realizada.

Especificamente, a história do PE teve início com a denominação de estudo de caso, precursor dos planos de cuidados (HENDERSON, 1973). A primeira descrição do processo foi publicada em 1929, no *Student's Handbook on Nursing Care Studies*, de autoria de Deborah Jensen. Ela propôs aos estudantes de enfermagem da Universidade de Yale/EUA a elaboração de estudos de casos para fins de aprendizagem. Em 1937, Henderson organizou um Curso de Enfermagem cuja programação incluía uma unidade definida como plano de cuidado individualizado.

O assunto foi abordado em palestras, livros, encontros por todo o país, culminando com a publicação da obra *Enfermagem para o futuro*. Assim, muitos estudos de enfermagem desse período descreveram seus planos de cuidados, valorizando aspectos técnicos da doença, com base no diagnóstico médico. Posteriormente, na segunda guerra mundial, os planos de cuidados passaram a ser mais valorizados, ao enfatizar o trabalho em equipe, em substituição ao trabalho centrado em tarefas.

Em 1950, Lúcia Hall, durante conferência em New Jersey, referiu-se à “enfermagem como um processo” alicerçado em quatro proposições: enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente. O termo “processo de

enfermagem” foi usado pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, numa publicação que destacava a dimensão interpessoal no convívio enfermeiro–paciente, considerando três aspectos básicos: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações da enfermagem destinadas ao benefício do paciente. Esse termo foi usado ainda em 1963, pelas estudiosas da Universidade Católica dos Estados Unidos, Virgínia Bonney e June Rothberg. Elas se referiram a cinco fases do PE, a saber: levantamento (assessment), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (NÓBREGA; SILVA, 2009, p. 18).

A primeira obra que descreveu o PE, considerando quatro fases, a saber: histórico, planejamento, implementação e avaliação, foi apresentada por Yura e Walsh, em 1967. Estas autoras reforçaram as habilidades técnicas, intelectuais e interpessoais na prática de enfermagem. Em 1970, Lucile Lewis apresentou o PE em três fases: levantamento (assessment), intervenção e avaliação.

De um modo geral, em função dos inúmeros referenciais, o PE organiza-se em cinco etapas, no entendimento de autores como King (1960); Kenney (1990), Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993); e Alfaro–LeFevre, (2000) constituindo-se nas fases de: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação da assistência. Outros pensadores, como Leininger e Rogers entendem que o PE consiste de quatro fases, devendo-se referir que outros ainda, como por exemplo, Neunam (1970), que dividem o PE em três estágios. Por sua vez, Horta (1979) identificou seis etapas o PE: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Mas, a partir dos estudos da *American Nurse Association (ANA)*, PE passou a ser empregado como marco teórico para a prática de enfermagem, servindo como guia no desenvolvimento de padrões para a prática de enfermagem. Essa Associação estabeleceu as seguintes etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento dos objetivos, plano de cuidados, ação de enfermagem, renovação da coleta de dados (reassessment) e revisão de plano.

Não obstante o número de etapas ou fases, a divisão tem função “meramente didática, haja vista ser o processo de enfermagem um todo integrado, com as etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes” (HORTA, 1979; KENNEY, 1990; IYER, TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; ALFARO–LEFEVRE, 2000;). Outra posição comum entre os estudiosos é de que o PE representa o mecanismo através

do qual se pode alcançar a autonomia profissional, por meio da formulação de um corpo de conhecimento próprio e identificação de suas bases teóricas, com ênfase na construção de teorias de enfermagem.

Numa perspectiva histórica, a construção do conhecimento da Enfermagem, apresenta uma sequencia cronológica de saberes: “as técnicas foram a primeira expressão do saber e as teorias representam a expressão contemporânea” (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p.119). Porém, técnicas e princípios científicos são, na atualidade, os instrumentos de trabalho dominantes da enfermagem, principalmente no Brasil.

Assim, a característica de trabalho de enfermagem tem por base o modelo funcional, dividido em tarefas e procedimentos. Conforme a reflexão exposta na parte introdutória desta tese, neste modelo tem-se uma prática de enfermagem destituída de uma filosofia norteadora ou pressupostos teóricos específicos, que não passem uma visão da Enfermagem como uma função subsidiária.

Em lugar de se empenhar na reflexão crítica sobre o processo de trabalho da Enfermagem no seio da equipe multidisciplinar, quando acriticamente, acata a enfermeira valoriza apenas uma parte do saber da profissão, ela se afasta do exercício das funções de intelectual na geração de teorias. Entre outros fatores, esse vazio teórico caracteriza a crise de legitimidade da Enfermagem e da enfermeira (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

São muitas as teorias de enfermagem desenvolvidas e utilizadas apresentando conceitos, definições e influenciando o agir das enfermeiras de modo geral. Essas teorias marcaram a passagem de um modo tecnicamente determinado e organizado para a aplicação de princípios científicos e referenciais teóricos do fazer profissional. As teorias, os conceitos e as definições estão em desenvolvimento; porém com uma nova abordagem, que focaliza as necessidades do ser humano como ponto central do saber fazer da enfermeira.

Para subsidiar o delineamento das teorias de enfermagem que fundamentam o PE, foi realizado um levantamento nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), da Associação Brasileira de Enfermagem. Este é um catálogo, composto por todos os resumos de dissertações e teses do período de 2003 a 2007, cuja temática está relacionada aos seguintes descritores: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Integralidade do Cuidado e Pesquisa Convergente Assistencial. Com a adoção

destes descritores de interesse tornou-se possível identificar 62 resumos, nos quais, o uso das teorias apareceu vinculado à finalidade de aplicá-las ao PE.

As teorias mais empregadas nos estudos representados por seus resumos foram: a abordagem de Horta, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (11 resumos); Teoria do Cuidado Transpessoal, de Jean Watson (5 resumos); Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem (2 resumos) e, Teoria da Universalidade e da Diversidade de Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger (1 resumo). Em 39 resumos não houve referência ao uso de teorias de enfermagem. A Teoria do Interacionismo Simbólico, de Herbert Blumer (3 resumos) e a Teoria Construtivista, de Jean Piaget (1 resumo) também apareceram. Mas, como foram empregadas para atender a propósito diferente da finalidade de subsidiar o PE foram desconsideradas.

A continuidade trata da abordagem de Horta, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas por ter sido a mais adotada nas teses e dissertações em suas articulações com o PE.

Figueiredo et al (2006) estudaram a caracterização da produção do conhecimento sobre SAE no Brasil, num período de 12 anos (1990 – 2002), identificando tendência nacional dominante na utilização de três modelos teóricos de enfermagem: Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (40,5%), Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy (16,2%) e Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (10,2%). É pertinente sublinhar que o primeiro modelo é sugerido pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

Silva (2006) analisou 25 anos (1979-2004) das tendências de utilização das linguagens da SAE nas dissertações e teses publicadas no CEPEn, observando como tendências: concentração de estudos nas regiões Sudeste e Nordeste; aplicação da proposta teórica de Wanda Horta, utilização da NANDA como linguagem de enfermagem; e desenvolvimento de estudos de perfil e validação de diagnósticos.

Também não se pode esquecer que o PE avança há mais de 35 anos, especialmente nos Estados Unidos (USA) e sua utilização é considerada indispensável à prática e ao ensino de enfermagem naquele país e em muitos outros países interessados no desenvolvimento da profissão da Enfermagem e de seu conhecimento (FRANCO, 2004). Em 1973, a American Nurses Association (ANA) publicou os critérios da prática de enfermagem em consonância com as fases do

processo. A partir de então, fortaleceu-se o empenho nacional para identificar, padronizar e classificar problemas de saúde tratados pelas enfermeiras. A fase diagnóstica de enfermagem foi incluída a partir de então. Ainda nos USA em 1982, o Tribunal Estatal Profissional (ACLEX) revisou seus exames, para incluir o PE como conceito sobre organização, indispensável à prática competente de enfermagem. A Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations de USA continua exigindo o PE como meio de documentação de todas as fases de cuidados ao paciente.

No Brasil, na década de 70, observou-se notório incremento no ensino do PE nos cursos de graduação e de pós-graduação. No mesmo período, registra-se a influência de Wanda Horta e sua participação na Escola Ana Neri/UFRJ. Em 1972, a EEAN implantou o primeiro curso de Mestrado em Enfermagem do País (FRANCO, 2004), cujas linhas de pesquisa preservaram íntima relação com o intuito de aprofundamento crítico de reflexões sobre a evolução da Enfermagem e os desafios contemporâneos na prestação de cuidados, em diferentes áreas, sempre conferindo ênfase ao contexto individual e coletivo em todas as suas dimensões.

Nos anos 1980, pesquisadoras de enfermagem da cidade de São Paulo (DELL'ACQUA; MIYADAHIRA, 2002), realizaram estudo em seis escolas de graduação, com 70 docentes atuantes em conteúdos e experiências curriculares relacionados às disciplinas profissionalizantes e concluíram que o PE não estava sendo implementado como método científico. Ademais, o modelo teórico de Wanda Horta foi referido como o mais utilizado por docentes de enfermagem no ensino do processo de enfermagem em cursos de graduação do Estado de São Paulo.

Em 1997, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo publicou a decisão da obrigatoriedade do PE, através da Resolução nº 009, COREN-SP / DIR / de agosto de 1999. Ressalte-se que a Lei 7.498 de 25 / 06 / 1986 / DOU, referente à regulamentação do exercício da Enfermagem, dispõe sobre as etapas, consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem como atividades exclusivas da enfermeira.

1.1.3. Wanda Horta e o Processo de Enfermagem

O trabalho de Wanda Horta caracteriza-se mais como proposta de metodologia para o PE do que como uma teoria de enfermagem (LEOPARDI, 2006,

p. 191). Entretanto, devido ao predomínio desta metodologia nas dissertações e teses publicadas no Catálogo do CEPEn nas áreas de interesse deste estudo (11 resumos) e nas pesquisas referenciadas anteriormente, ele será aqui considerado. Wanda de Aguiar Horta (1926-1981), paraense, nascida em 11 de agosto de 1926 e graduada em enfermagem em 1948, foi a primeira enfermeira brasileira a falar sobre teoria no campo profissional e despertar a Enfermagem para a importância do assunto (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

Sua produção de conhecimento relativa a conceitos, teorias e processos de enfermagem, apresentados através de palestras, aulas, conferências e cursos em eventos diversos e publicados em periódicos, guardava consonância com o que ocorria no momento histórico. Vale recordar que o período entre 1950 a 1970 corresponde à primeira geração da evolução do PE, a das necessidades humanas (MELEIS, 2007).

Em seu livro “Processo de Enfermagem”, de 1979, escrito em colaboração com Brigitta Castellanos, Horta utiliza o referencial humanista, cujas origens radicam nos trabalhos de Freud, Piaget, bem como de filósofos existencialistas como Kierkegaard, Sartre e Heidegger (GUALDA, 2010). As bases formuladas por Horta encontram eco nas leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo, igualmente assentadas na psicologia humanista, a partir da obra de Maslow intitulada *Motivation and Personality*. Assim, seu trabalho sobre o PE pertencia ao grupo de teorias “orientadas por necessidades”; aderindo à classificação proposta por João Mohana.

Ainda que Horta tenha trabalhado o conceito de “necessidade” de Maslow, adotou a classificação de necessidades apontadas por João Mohana. Com tais alicerces, ela propôs uma metodologia para o PE baseada nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, que enfocam o ser humano de maneira integral, em busca de um equilíbrio biopsico-sócio-espiritual (PAIM, 1998; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; BUB, 2001; MARIA; MARTINS; PEIXOTO, 2005).

Especificamente, como pioneira no Brasil, Horta definiu o PE como a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”. Amparado pelo método científico, o processo caracteriza-se pelo interrelacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”, sendo eles histórico, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico. Ela justificou sua iniciativa dizendo que:

[...] em trinta anos de vida profissional, temos acumulado observações, aprendido, estudado, refletido; enfim, temos vivido a enfermagem. Isto nos levou a procurar desenvolver uma teoria que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico, sua metodologia científica (1979, p.27).

Seu livro está organizado em três partes: a primeira, denominada “Filosofia, teoria e ciência de enfermagem”; a segunda chamada de “Processo de enfermagem: e a terceira, “Aplicação do processo de enfermagem” (HORTA, 1979).

Na primeira parte do livro, afirma que “filosofar é pensar a realidade” e que inúmeros são os conceitos de filosofia. Porém, o que todos eles tem em comum: são o Ser, o Conhecer e a Linguagem. Com essa base, distinguiu três tipos de sujeitos da Enfermagem: o ser-enfermeiro, o ser-cliente ou paciente e o ser-enfermagem. A enfermeira ou enfermeiro é um ser humano com todas as suas potencialidades e restrições distinguindo-se dos demais pelo conhecimento, habilidades e formação profissional que lhe outorga o direito de cuidar de gente. Essa premissa é usualmente conhecida como “gente que cuida de gente”.

Ainda conforme palavras de Horta, por sua vez, o ser-paciente pode ser “um indivíduo, uma família ou uma comunidade. São seres que necessitam de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase de seu ciclo vital e do ciclo saúde-enfermidade”. Enquanto que, o ser-enfermagem, cujo objeto é “assistir as necessidades humanas básicas” resulta da interação e da transação com o ser-cliente.

Horta também utiliza a classificação de teorias, segundo Dickoff e James, para caracterizar a sua proposição como pertencente ao nível IV (prescritiva). Esse é um nível dinâmico, que necessita da descrição de todos os elementos necessários à ocorrência de determinada situação e as conseqüências dela decorrentes. Apesar de classificar a Enfermagem como ciência hermenêutica, ela deixa de aludir explicitamente às teorias interpretativas, o que poderia ser esperado. Os trabalhos relativos à hermenêutica como de Gadamer, só foram publicados a partir em 1986, e isto bem depois da publicação do livro de Horta.

Ao preferir utilizar a classificação de Mohana das necessidades consideradas em três grandes dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Sua escolha destaca-se principalmente em relação à dimensão psico-espiritual, que é

característica do homem no contexto atual (HORTA, 1979). As outras duas dimensões psicobiológicas e psicossociais são comuns aos seres vivos.

Entre as necessidades psicobiológicas, merecem destaque as de: oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividade físicas; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo-mucosa; integridade física; regulação: térmica, hormonal, neurológica hidrossalina, eletrolítica, imunológica; crescimento celular e vascular; locomoção; percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa; ambiente; terapêutica. As necessidades psicossociais são as de: segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem; gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem, atenção. Em número bem menor estão as necessidades psicoespirituais, quais sejam: religiosa, ética ou de filosofia de vida (HORTA, 1979).

Antes da divulgação do livro *Processo de enfermagem*, Horta publicou alguns artigos na *Revista Brasileira de Enfermagem* e *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*. O artigo, intitulado *A metodologia do processo de enfermagem* (HORTA, 1971c) conceitua e define oito etapas do processo de enfermagem, a saber: 1. Histórico de enfermagem; 2. Análise dos dados, com a identificação das necessidades humanas básicas afetadas; 3. Diagnóstico de enfermagem; 4. Avaliação do diagnóstico diante das observações feitas na execução do plano terapêutico; 5. Plano terapêutico de enfermagem, englobando todos os cuidados necessários, enquanto o paciente estiver sob os cuidados do profissional; 6. Implementação do plano e avaliação, com o plano de cuidados diários; 7. Evolução de enfermagem, com anotação diária de tudo que ocorre com o paciente e 8. Prognóstico de enfermagem. Ainda neste artigo, ela apresenta às referências norte-americanas que embasaram seus estudos, tais como os conceitos de ‘prognóstico de enfermagem’, ‘histórico de enfermagem’, ‘plano de cuidados’, embora deixe claro haver algumas divergências quanto à terminologia e à metodologia utilizadas pelas enfermeiras, especialmente nos Estados Unidos.

Klettemberg (2004, p. 72) considera que, entre outros méritos, o trabalho de Horta merece realce pelo esforço de unificar os conceitos da terminologia e a estruturação completa da metodologia, citada por ela como *Processo de Enfermagem*. Horta defende a necessidade de desenvolvimento da Enfermagem nas dimensões técnica e científica, constatando, naquela época, que a priorização

das atividades administrativas da enfermeira tem por consequência, a delegação do cuidado aos atendentes de enfermagem, que passa a ser desenvolvido de maneira empírico. Se, nos Estados Unidos, já aparecia o elemento técnico em administração de unidade hospitalar, ela questiona: O que restaria ao enfermeiro? e responde:

A meu ver, o enfermeiro deverá voltar às suas origens profissionais, isto é, assistir o indivíduo, família ou comunidade, no atendimento de suas necessidades básicas, mas agora utilizando-se de método próprio baseado na metodologia científica, não mais fundamentada no empirismo, no “eu acho”, no atendimento somente da execução de ordens médicas, ou de cuidados rotineiros; sem perspectiva de desenvolvimento, e, o que é mais grave, sem atender realmente às necessidades do paciente, família ou comunidade (HORTA, 1971c).

Nessa linha de pensamento, a primeira etapa do PE compreende o levantamento dos dados subjetivos (entrevista) e dos dados objetivos (exame físico) do paciente, para identificar seus problemas. Quando a necessidade se manifesta, usualmente ocorre por sinais e sintomas que, em enfermagem, são designados como problemas de enfermagem, definidos como situações ou condições advindas dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo ou grupo, que exigem assistência profissional do enfermeiro. Por conseguinte, a minuciosa avaliação desses dados abre espaço à identificação das necessidades básicas do paciente e a determinação, pelas enfermeiras, do seu grau de dependência em natureza e extensão levando à segunda etapa, denominada como Diagnóstico de Enfermagem (DE).

A terceira etapa abarca a determinação global da assistência de enfermagem, o plano assistencial, que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido, sendo este sistematizado (execução de cuidados a Fazer, Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar - FAOSE). Já a quarta etapa compreende a implementação do plano assistencial diário, ou plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução e avaliação dos cuidados, ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. Em seguida, tem-se a quinta etapa que engloba o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo sob assistência profissional, por meio da qual é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada. O prognóstico de enfermagem, sexta e última etapa, refere-se à estimativa da capacidade de o ser humano atender suas necessidades

básicas alteradas, após a implementação do plano assistencial, à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Essa proposta foi um marco na história da metodologia da assistência no Brasil, corroborada na literatura da década seguinte. Em vários artigos publicados, existem relatos sobre a aplicação e o ensino do modelo preconizado por Horta.

Não obstante significativa evolução em termos conceituais e de prática de Enfermagem, nas últimas décadas, em muitos casos, o referencial das necessidades humanas básicas, ainda hoje, fundamentou o ensino e a prática assistencial da categoria, que até hoje é adotado (KLETEMBERG, 2004 p 72).

Horta prosseguiu no estudo sobre diagnóstico de enfermagem e publicou o segundo artigo denominado: *Estudo básico da determinação de dependência de enfermagem* (1972). Nele, a autora explora pela primeira vez que, para formular o diagnóstico, a Enfermagem precisaria determinar o grau de dependência do atendimento em natureza e extensão. Dessa forma, as funções da enfermeira distinguem-se em três áreas: específica, social e de interdependência. Na área específica, a capacidade de assistir divide-se pelo critério de natureza de dependência, podendo ser dependência total e parcial. As ações desenvolvidas dividem-se de acordo com o grau de dependência com a sigla FAOSE, cujo significado já foi abordado.

A área social abrange o ensino, a pesquisa e a administração, como áreas de responsabilidade legal, assim como participação em associações de classe. Quanto à interdependência, Horta considera o trabalho assistencial como atividade integral, que requer vários profissionais para manter, promover e reparar a saúde de forma adequada. Na conclusão deste artigo há o indicativo de incentivo, para a realização de estudos clínicos experimentais, validação dos preceitos teóricos; e, o desenvolvimento de outras pesquisas, para determinar o grau de dependência de cada necessidade básica afetada. É possível constatar que existia o reconhecimento da necessidade de avanços nos aspectos mandatórios à confirmação e detalhamento da teoria, na busca de seu refinamento.

Sem que persista ingenuidades, ou uma visão estanque de conceitos e fundamentos da Enfermagem, é muito pertinente assinalar que a aplicação do critério conhecido pela sigla FAOSE, para elaboração do diagnóstico está em desuso nos dias atuais. Este fato justifica-se devido à emergência de outras

linguagens diagnósticas, elaboradas a partir de conceitos iniciados ainda nos anos 70, como por exemplo, o movimento do Conselho Internacional de Enfermagem que resultou na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. As enfermeiras buscavam autonomia e delimitação do espaço da Enfermagem na área da saúde.

Além disso, muitas estudiosas da Enfermagem, tais como Garcia e Egry (2010) tem debatido as articulações conflituosas presentes na proposta de Horta. Ela concebeu uma teoria fundamentada em conceitos da Psicologia, com Maslow e Mohana, ao mesmo tempo em que baseou-se em leis, como a do holismo e utilizou modelos essencialmente analíticos e reducionistas, como é o caso dos modelos biomédicos centrado na natureza da doença, no diagnóstico de patologias e suas manifestações evidenciadas pelos sinais e sintomas. Após a publicação dos artigos de Horta sobre sua metodologia, seguiu-se a veiculação de relatos da aplicação de seu modelo de processo de enfermagem e sua validação, como instrumento no processo de trabalho da enfermeira, demonstrando os problemas relativos à implantação desta metodologia.

Diante do exposto, apesar desse PE ser o mais utilizado no Brasil, esta proposta tem sido alvo de críticas, bem como vem sendo submetida aos ajustamentos de suas etapas às várias linguagens de taxonomia de enfermagem contemporânea.

1.1.4. O Diagnóstico de Enfermagem de HORTA e a Taxonomia da NANDA

Analisando o tema sob perspectiva bem alargada, informalmente pode-se afirmar que, o DE existe desde que alguém cuidou de outra pessoa, pela primeira vez. Sob o mesmo prisma, é legítimo acrescentar que inexistente um substitutivo o DE na atividade de cuidado; isto é, não se pode cuidar sem dispor de um diagnóstico. Ele é necessário para fundamentar os cuidados de enfermagem previamente planejados e articulados como parte de um processo cujas etapas são interdependentes.

Conforme a proposta de Horta (1979), a enfermeira precisa aplicar, não só o conceito “necessidades básicas”, mas também os conceitos “natureza do grau e dependência”. Por outro lado, o DE, tal como estabelecido pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2010) constitui o “julgamento clínico das

respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais”.

O sistema de classificação de DE da NANDA, iniciado em 1973, abarca conhecimentos estruturados em grupos ou classes, cuja base está assentada na similaridade de elementos e fenômenos, atendendo a critérios que podem ser de semelhança e de estrutura conceitual já existente (GARCIA; NÓBREGA, 2004). A estrutura taxonômica em vigor, a Taxonomia II da NANDA, publicada em 2009 e disponível no Brasil desde 2010, possui três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem que redundou na organização de 13 domínios e 46 classes.

Esta taxonomia de linguagem de enfermagem reconhecidamente aceita no Brasil, compatível com os critérios estabelecidos pelo Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII), como sistema de classificação aceito como apoio à prática de enfermagem, por oferecer terminologia clinicamente útil (NANDA, 2010).

Como já abordado, Horta apresentou um modelo teórico para o PE, no qual a execução do DE é uma das etapas. Apesar de suas sugestões para aplicar o diagnóstico, inexistiu uma resposta da comunidade profissional resultando na baixa utilização desta etapa do PE tal como preconizado por Horta (CRUZ, 2008).

Vários estudos ratificam essa assertiva (CRUZ, 1989; ALMEIDA, 2011), apesar do trabalho de Horta ter sido publicado na década de 70. A justificativa para a pouca utilização do DE de Horta, “é que no modelo desta teorista não haviam sido identificados os indicadores que sustentariam a afirmação sobre a qual ou quais necessidades básicas estavam alteradas” (CRUZ, 2008 p. 67), além de que, para explicar as necessidades psicobiológicas, Horta, apesar de manter o vínculo com as ciências naturais, como biologia, anatomia, fisiologia, histologia; o fez, numa perspectiva reducionista (BUB; GARCIA, 2010 p. 63).

Ademais, o DE proposto por Horta é considerado mais complexo em comparação ao da NANDA, pois, no primeiro, além de identificar cada necessidade básica alterada, a enfermeira deve identificar o grau de dependência do paciente para atender a essas necessidades, quanto à natureza e extensão. Além disto, o DE proposto por NANDA permite identificar uma relação de indicadores clínicos que auxiliam no julgamento quanto à presença ou ausência do diagnóstico e ainda bem como o avanço na padronização de linguagem diagnóstica que a enfermeira encontra na proposta de NANDA.

Todavia, a padronização diagnóstica de NANDA não é a única opção para esta etapa do PE. O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE - International Council of Nurses – ICN) apresenta a Versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), que reúne diagnósticos pré-combinados que, abrangem várias combinações entre focos e julgamentos, diagnósticos positivos, negativos e de melhora, além dos conceitos mais específicos oferecidos por diagnósticos particulares que podem ser consultados no site do CIE (CRUZ, 2010). Este sistema foi apresentado pelo CIE em 1989 e sua construção baseou-se em amplas pesquisas na literatura da área e junto às associações profissionais membros da CIE (SILVA, 2010).

Retornando ao contexto deste estudo, no HUJBB, o modelo assistencial funcional aliado ao PE com base na proposta de Horta acrescida de uma etapa de DE baseada no sistema de classificação de NANDA ainda necessitará de estudos, para sua testagem e validação por parte das enfermeiras já que, conforme a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial (TRENTINI; PAIM 2004) são pesquisadoras em potencial. E, por sua formação acadêmica, assumiram compromisso com a construção de um conhecimento novo, para a renovação das práticas assistenciais no local de trabalho.

CAPÍTULO II. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA



Logomarca do HUIBB.

CAPÍTULO II. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1. TIPO DE ESTUDO

A proposta metodológica é de abordagem qualitativa, pois o que se privilegia não é a quantificação dos dados originários da realidade, com vistas a generalizações estatísticas, mas dados gerados a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo da pesquisa, com o intuito de se revelar a dinâmica e o ponto de vista de quem vivencia a problemática (TRENTINI; PAIM, 2004). Assim, segundo Flick (2009, p. 37) a pesquisa qualitativa dirige-se à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa assume uma posição estratégica para traçar caminhos para que as ciências sociais, a Enfermagem e outras áreas possam concretizar tendências, no sentido de transformar realidades que precisam ser superadas.

Nessa linha de raciocínio, Trentini e Paim (2004 p.29) dizem que a prática assistencial de enfermagem encontra um instrumento útil em seu cotidiano de trabalho para “aprender a pensar o fazer (...), pesquisando as implicações teóricas e praticas de seu fazer”. Assim, as informações colhidas serão mais reais e verdadeiras, pois é desenvolvida numa situação natural, com dados descritivos riquíssimos, com plano aberto e flexível e enfocando a realidade de forma completa e contextualizada, o que se enquadra nos objetivos deste estudo.

Portanto, o estudo sobre o PE privilegiou a participação de atores sociais e suas práticas que ocorrem na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), no cotidiano da Clínica Cirúrgica ou 2º Oeste, como é mais conhecida, que dispõe de 34 leitos, mais uma Unidade de Recuperação (UR) com quatro leitos destinada a recuperação pós-anestésica de pacientes cirúrgicos. O pressuposto norteador desta seleção partiu da posição de que nas instituições, em seu agir cotidiano - nos serviços, existe um espaço onde as ações ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção / reprodução da ciência da enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004).

2.2. MÉTODO DE PESQUISA ADOTADO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Para o desenvolvimento deste estudo, o método utilizado é o da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que se caracteriza pela participação ativa dos sujeitos da pesquisa, por estar orientado para a resolução ou minimização de problemas da prática ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA foi inspirada na pesquisa-ação de Kurt Lewin e no processo de cuidar de acordo com o que as teorias de enfermagem preconizam. A PCA, segundo Trentini; Paim (2044, p. 27) é:

Aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social. Portanto, esse tipo de pesquisa está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2044, p. 27).

No caso deste estudo a melhoria buscada refere-se ao ato de assistir / cuidar considerando-se que ele está incluído no processo de pesquisa. Neste sentido, é que a PCA foi aplicada a este estudo. Assim, a pesquisa é uma dimensão da prática de enfermagem, como o assistir, cuidar e o ensinar. A dimensão da pesquisa deve estar inter-relacionada às demais. Neste tipo de abordagem, a pesquisa em enfermagem tem sua origem na realidade de saúde das pessoas, grupos ou comunidades ou em questões específicas da profissão.

Por consequência, a produção da pesquisa e a divulgação e utilização de seus resultados são partes integrantes de um mesmo processo permeado pela ética. A realidade oferece um vasto campo para a pesquisa. E, a metodologia oferece as ferramentas para o seu desenvolvimento e, para avançar o processo de construção do conhecimento em enfermagem. Entretanto, para que isto possa acontecer os elementos da pesquisa devem privilegiar constantemente a prática como objeto de pesquisa.

Neste sentido, sendo a prática assistencial realizada por um grupo ou equipe de enfermagem pertencente a um campo fértil de produção de saberes, as estratégias do Grupo de Convergência (GCG) e do Grupo de Convivência (GCV) foram adotadas com a finalidade de conhecer a dinâmica e a estrutura da situação em estudo sob a ótica de quem vivencia. Neste estudo, o GCG foi formado pelas

enfermeiras assistenciais, pois são as que implementam o PE, enquanto que o GCV foi formado por todos os integrantes da equipe de enfermagem, ou seja, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Neste estudo, o GCV teve participação pontual, ou seja, foi convidado em momentos de socialização do diagnóstico da clínica e da apresentação dos resultados dos estudos realizados na trajetória da investigação. Essa opção ocorreu após a primeira reunião com o GCG, justificando-se pelo contexto político administrativo que o Hospital atravessava com mudança da direção do Serviço de Enfermagem e a adesão do Hospital ao REHUF / MEC.

O GCV tem vida mais longa por apresentar maior possibilidade de vínculo e coesão. A técnica do GCV é o nome dado a uma categoria que inclui vários sub-tipos conhecidos como: grupos de ajuda mútua, de apoio, de educação, de terapia e outros tipos de grupos. O GCV difere do grupo focal quanto à finalidade, aos objetivos e às metas, além da característica principal deste último quanto ao seu tempo de vida (tempo de vida dos grupos focais é, geralmente, igual ao tempo da coleta de dados).

Por outro lado, as enfermeiras do GCG que se envolveram com essa postura participativa em sua prática assistencial, deram e dão contribuições fundamentais para o desenvolvimento de processos na assistência de enfermagem, além de realizar um processo de reeducação com a intenção de produzir “bens / relações” e formar vínculos com os demais participantes do processo de trabalho e de pesquisa, inclusive os pacientes (TRENTINI; GONÇALVES, 2000).

A técnica de grupos de convergência tem sido utilizada em nosso meio, principalmente na área de enfermagem com o intuito de implementar projetos de prática assistencial participativa e de fazer abstrações desta prática com a intenção de construir conhecimentos acerca de temas emergentes no grupo (TRENTINI; GONÇALVES, 2000, p. 72).

Nesse tipo de pesquisa, o profissional enfatiza e integra o pensar e o fazer. Primeiro, ele sistematiza o que faz, diferentemente do profissional que só cuida do cliente ou do profissional que visa somente o desenvolvimento do conhecimento científico. Assim, a profissional parte da realidade e a ela retorna, no mesmo movimento da pesquisa-ação. Seu material principal é a palavra expressada na fala cotidiana.

2.2.1. Fases da Pesquisa Convergente Assistencial

A PCA aceita métodos baseados nos mais variados paradigmas da ciência. A observação dos critérios de resolução de problemas introduz inovações no campo da prática, pois ela é desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador, que também deve envolver-se no trabalho do contexto assistencial da pesquisa. Isso requer envolvimento participativo das pessoas investigadas e reconhece os dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa. Neste sentido, para se evitar divergências durante a trajetória deste tipo de pesquisa, Trentini; Paim (2004) propõem etapas ou fases que devem ser realizadas de forma seqüenciada e inter-relacionada, a saber: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Neste sentido “o importante é não queimar etapas” (p. 37), mas descrever detalhadamente todo o processo de investigação.

A.1. Fase de concepção: o começo

Esta fase relacionou-se ao que se pretendeu pesquisar. Diz respeito ao percurso de elaboração do projeto que se iniciou com a escolha do tema de pesquisa. Assim, a imbricação com o tema, a participação nas atividades profissionais do local a ser pesquisado; a delimitação da área de interesse e a definição de um recorte do tema foram essenciais para que este método pudesse ser desenvolvido. Na PCA, o tema deve emergir da prática profissional. Neste sentido ao abordar um pequeno grupo de enfermeiras da Clínica Cirúrgica do HUJBB, para apresentar o tema de pesquisa deste estudo, o PE, todas elas se mostraram à disposição para participar das estratégias que foram adotadas para o alcance dos objetivos do trabalho. Elas ficaram bastante motivadas e relataram várias situações da prática cotidiana que, segundo suas avaliações, precisavam ser mudadas.

O tema de pesquisa deve interessar aos profissionais que foram participantes da pesquisa, pois, caso contrário ficaria difícil sua participação. Logo, o exercício de auto-indagação foi feito pela pesquisadora, a partir das seguintes indagações mais gerais sugeridas por Trentini; Paim (2004, p. 39): *O que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas?* Assim, através destas indagações definiu-se a

problemática e o objeto de estudo que foi proposto: a construção coletiva do processo de enfermagem pelas enfermeiras assistenciais em uma clínica para pacientes cirúrgicos de um hospital universitário.

Por outro lado, ser enfermeira assistencial é desenvolver as atividades práticas da disciplina “Enfermagem em Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização” na Clínica Cirúrgica e no Centro Cirúrgico deste HU facilitaram minha inserção no campo como pesquisadora, para atuar como facilitadora do processo de pesquisa. Além da atuação como enfermeira e docente, pude adquirir experiência em atividades administrativas nesse HU como Diretora da Divisão de Enfermagem, no período de 2002 a 2005; Gerente de Enfermagem da Clínica Cirúrgica de 2000 a 2002; e, Coordenadora da Equipe de Estruturação do Manual de Normas e Rotinas da Divisão de Enfermagem, por ocasião do Plano Operativo Anual, em 2004. Meu conhecimento sobre o cenário de estudo e minha inserção no cotidiano do HU proporcionaram um acesso facilitado e a possibilidade de prover a infraestrutura necessária para os encontros do GCG e GCV. Essa condição de envolvimento da pesquisadora com a prática assistencial caracteriza o critério da PCA da conectividade devido o compromisso entre a pesquisadora e a equipe assistencial.

A.2. Fase de Instrumentação: decisões metodológicas

A fase de instrumentação é determinada pela busca de metodologias adequadas ao problema de pesquisa definido. Essa busca é caracterizada como uma “dança” de aproximações, distanciamentos e de convergência com a prática assistencial. No estudo em questão, esse movimento foi facilitado pelo pertencimento da pesquisadora à equipe de enfermagem daquele HU.

A PCA requer que a prática reflita o modo de vida dos envolvidos no espaço da pesquisa. Essa metodologia tem como elementos centrais a pesquisa, a assistência e a participação. E, dessa articulação emerge outro elemento unificador denominado, convergência (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 76). Logo, as estratégias para o alcance dos objetivos do estudo foram compatíveis com esses elementos. Neste estudo foram incluídas as seguintes estratégias: a escolha do espaço da pesquisa, a seleção dos participantes e as estratégias para motivação e adesão destes participantes.

A.2.1. Sobre o espaço da pesquisa

Esta pesquisa foi implementada na Clínica Cirúrgica (2º Oeste e unidade de recuperação ou UR) do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) (ver Figura 1) da Universidade Federal do Pará (UFPA), localizada no 2º andar. As reuniões dos GCG ocorreram no Consultório de Enfermagem do 2º Oeste. A seleção deste espaço atendeu as recomendações de Trentini; Paim (2004, p. 74) sobre o método da PCA, pois: “o espaço físico é aquele onde foi identificado o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem feitas”.

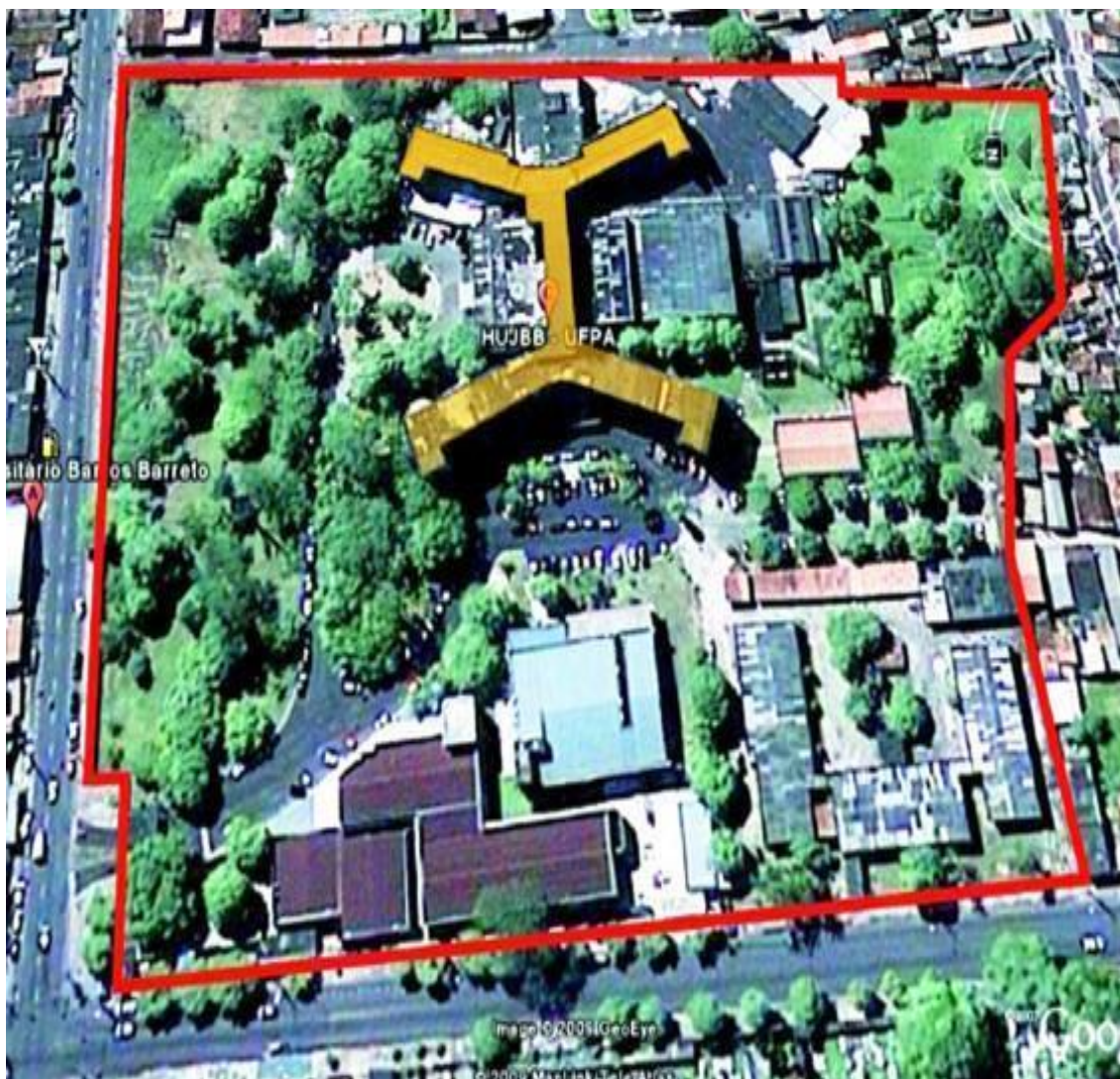


Figura 1. Visão geral externa do HUJBB.

O HUJBB é reconhecido como um Hospital Universitário certificado e recertificado como hospital de ensino pelos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação. Ele apresenta características de hospital geral em média e alta complexidade e tem como finalidades essenciais, a assistência, o ensino e a

pesquisa (UFPA, HUJBB, 2010). Seus objetivos são consistentes e compatíveis com o atendimento aos modelos de atenção integral propostos pelo SUS. A descrição dos detalhes e das características deste Hospital e da Unidade onde está sendo conduzido este estudo será apresentada no Capítulo III.

A.2.2. A escolha dos participantes

Os integrantes da equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica foram os participantes deste estudo, compondo o Grupo de Convivência (GCV) da pesquisa. As enfermeiras assistenciais dessa Clínica, cuja amostra é constituída de enfermeiras formaram o Grupo de Convergência (GCG). É oportuno enfatizar que a PCA não estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra, pois esta abordagem valoriza a profundidade e diversidade das informações em detrimento do princípio da generalização. Como afirmam TRENTINI; PAIM, (2004, p. 74):

Nesse tipo de pesquisa, a escolha da amostra (...) valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações. (...) ([A amostra] deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre estes, os que tem mais condições de contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 74).

A equipe de enfermagem dessa Clínica Cirúrgica é composta por 9 enfermeiras. Uma delas é responsável pela supervisão de enfermagem. E, as outras 08 enfermeiras assistenciais estão distribuídas na Clínica Cirúrgica e UR. Por ocasião do estudo, especificamente, das entrevistas a Clínica contava com sete enfermeiras assistenciais, distribuídas em toda escala de serviço e uma enfermeira em gozo de férias regulamentares. Os 41 técnicos de enfermagem estão distribuídos como se segue: 29 na Clínica Cirúrgica; e, 12 na UR. As enfermeiras entrevistadas, para além de uma condição de informantes, assumiram a condição de participantes ativas apresentando sugestões e críticas e validando os resultados nas fases desta pesquisa que permitiram sua contribuição mais direta, como pressupõe a PCA.

A Tabela nº 1, apresentada a seguir, mostra a caracterização das sete enfermeiras participantes deste estudo, quanto a sexo, idade, qualificação profissional, tempo de experiência profissional, assim como o tempo de atuação no HUJBB e na Clínica Cirúrgica, assim como o número de vínculos empregatícios.

Tabela 1. Caracterização das enfermeiras participantes do estudo (N=7) / Clínica Cirúrgica, HUJBB. Belém do Pará, 2011.

VARIÁVEIS	<i>f</i>
SEXO:	
Feminino	6
Masculino	1
IDADE (em anos):	
Média	38
Variação	32 – 46
QUALIFICAÇÃO:	
Especialização	5
Mestrado	2
TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (em anos):	
Média	12
Variação	10 – 22
Nº DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS:	
Média	2
Variação	1 - 2
TEMPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO NO HUJBB / UFPA (em anos):	
Média	8
Variação	6 – 22
ATUAÇÃO NO 2º OESTE (em anos):	
Média	6
Variação	2 – 20

Fonte: Questionário

Foi possível verificar que as participantes do estudo são predominantemente do sexo feminino, com uma média de idade de 38 anos e experiência profissional com uma média de 12 anos. Com relação à qualificação profissional, 5 enfermeiros fizeram curso de especialização e 2 enfermeiras relataram ter mestrado na área de Ciências da Saúde. As enfermeiras também apresentam uma média de 2 vínculos empregatícios sendo que o vínculo no HUJBB / UFPA tem uma média de 8 anos e, a lotação no 2º Oeste apresenta uma média de 6 anos.

Assim, o Grupo de Convergência (GCG), composto por estas enfermeiras por serem elas que viabilizam a SAE através do PE, adotou a recomendação de Trentini; Gonçalves (2000, p. 66):

O ideal seria em torno de oito a dez integrantes. No entanto, o tamanho do grupo pode ser determinado pelas suas características particulares [...] e que todos os participantes possam se conhecer e possam se engajar em relações sociais (TRENTINI; GONÇALVES, 2000, p. 66).

Além da equipe de enfermagem, a Clínica Cirúrgica tem outros profissionais que atuam em atividades administrativas, sendo: 2 agentes administrativas; e, 2 auxiliares operacionais de serviços diversos (AOSD), que realizam atividades de cuidado indireto. Esses funcionários da Unidade, por deixarem de atender aos critérios de inserção no estudo, não participaram ativamente. O quadro assistencial de enfermagem da Clínica indica a necessidade de contratação de novos profissionais.

Ao longo da produção de dados deste estudo, identificou-se a necessidade de inclusão de enfermeiras aposentadas que: (a) atuaram no Sanatório Barros Barreto (SBB), durante a década 60 ou no Hospital Barros Barreto (HBB), durante a década de 70; (b) implantaram o primeiro modelo assistencial de enfermagem do Hospital em estudo, através do processo de enfermagem; e, (c) ensinaram como docentes do Curso de Enfermagem da UFPA em ambos os períodos. Deste grupo de enfermeiras foram identificadas 7 delas que atendiam aos critérios. Destas 7, apenas 5 enfermeiras aposentadas aceitaram participar deste estudo como entrevistadas. Essas enfermeiras foram identificadas através da adoção da sigla EA (enfermeira aposentada) seguida de ordem numérica (1 - 5) correspondente a seqüência de entrevistas, como por exemplo, a primeira enfermeira aposentada foi identificada através da sigla EA1 e assim sucessivamente. A caracterização dessas enfermeiras aposentadas encontra-se no Capítulo III deste estudo.

A.3. Fase de Perscrutação: estratégia para obtenção de informações

Essa fase foi marcada pela definição de estratégias para resolução de problemas. Porém, acionar tais estratégias tem intencionalidade, limites e possibilidades que devem ser criteriosamente explicitados, para que não se perca a confiança conquistada. Trentini; Paim (2004, p. 85) indicam que, seja qual for a estratégia usada, “é a relação face a face com os grupos ou face a face individual que garante o caráter de convivência e intimidade com os dados e os registros” Trentini; Gonçalves (2000, p. 73) mostram que o processo de formação de cada grupo inclui quatro fases denominadas de “Quatro Erres” (4 Rs), que ocorrem de forma inter-relacionada nos grupos formados. As fases podem ser assim detalhadas:

→ Fase de reconhecer (primeiro **R**): esta fase foi marcada pelo desenvolvimento da atividade relacional iniciada por ocasião do convite para participar dos grupos. Providências foram tomadas em relação a infraestrutura dos

encontros. Esta fase se intensificou gradativamente, à medida que ocorreu o envolvimento do GCG na pesquisa.

→ Fase de revelar (segundo **R**): ela ocorreu pela exteriorização de expectativas, aspirações, opiniões e desejos dos participantes do GCG, em direção a temas por eles determinados, ou seja, de seu interesse. Alguns encontros do GCG foram marcados por momentos de “desabafos” por alguma situação ocorrida no contexto da Clínica ou do Hospital.

→ Fase do repartir (terceiro **R**): esta foi a fase de intercâmbio de experiências entre os participantes dos grupos, relacionado ao tema em discussão. Os saberes da pesquisadora podem ser explicitados, porém não podem ser sobrepostos aos saberes dos participantes. Dessa maneira reafirma-se a confiança num ambiente propício à reeducação e aprendizagem significativa dos participantes dos grupos.

→ Fase do repensar (quarto **R**): é a fase de reflexão das experiências reveladas, seja nas dinâmicas de expressão verbal e ou escritas. Este processo tem mostrado a convergência do GCG sobre o processo de enfermagem, ou ainda, o caminho para o alcance dos objetivos deste estudo.

O êxito dessas quatro fases e da produção de dados dependeu, em grande parte, das habilidades da moderadora. O moderador de um grupo social, em geral o próprio pesquisador, precisa ser experiente, hábil, ter clareza de expressão, ser sensível, flexível e capaz de conduzir o grupo com segurança; precisa despertar confiança do grupo guiando-o em direção dos objetivos da pesquisa. Ao moderador cabe ainda, o controle do tempo, seja o tempo de uso da fala dos participantes, seja o tempo dedicado ao tratamento dos assuntos que estão sendo abordados. Neste estudo, foram selecionadas para atuar no registro dos dados gerados no GCG e na elaboração de notas sobre o comportamento das participantes, 1 aluna de graduação inserida na linha de pesquisa “Intervenções de Enfermagem no Processo Saúde / Doença”, do Grupo de Pesquisa “Fundamentos do Cuidado de Enfermagem no Processo Saúde-Doença”, da Escola de Enfermagem Magalhães Barata (EEMB), também cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil / CNPq; e, ainda 2 residentes de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional do HUJBB. Estas três colaboradoras se revezaram na participação das reuniões do GCG e todas participaram das reuniões de socialização e validação dos resultados do estudo.

A.3.1. O trabalho de campo

A.3.1.1. Estratégias adotadas para adesão dos participantes

A seguir as estratégias para adesão dos participantes e em seguida as estratégias para a produção dos dados. Para adesão dos participantes:

1. Inicialmente, em março / 2010, foram realizadas as aproximações com o local do estudo. Posteriormente, um contato com a Diretora da Divisão de Enfermagem do HUJBB, para solicitar o agendamento de reunião entre a pesquisadora, a Diretora mesma e a Supervisora de Enfermagem da Clínica Cirúrgica. Essa reunião teve por finalidades: (1) a apresentação formal do projeto desta pesquisa à Divisão de Enfermagem; (2) a solicitação de liberação da relação nominal da equipe de enfermagem; e ainda, (3) a programação de encontro com a equipe de enfermagem. A reunião com a Diretora do Serviço de Enfermagem e supervisão da Clínica Cirúrgica ocorreu no dia 10 de abril. Nessa oportunidade, após apresentação, fui comunicada sobre a adesão do Hospital ao REHUF e do Projeto de Educação Continuada do Hospital São Paulo / UNIFESP;

2. A reunião com a equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica ocorreu no dia 04 / 05 / 2010, da qual participou: cinco enfermeiras, 12 auxiliares / técnicos de enfermagem, Supervisora da Clínica e a Coordenadora do GISAE. Para essa reunião, o convite para o encontro realizou-se de modo formal e informal sendo realizado pessoalmente junto aos integrantes das equipes de enfermagem em seus turnos de trabalho, ou seja, manhã, tarde e noite. Este contato ocorreu através de conversa de incentivo para adesão deles à pesquisa e ainda, a entrega do convite impresso. Houve ainda a fixação de convites nos quadros de avisos da Clínica Cirúrgica e envio de mensagens eletrônicas. Em relação a participação em pesquisas, Gatti (2005, p. 13) recomenda que “o convite deve ser motivador, de modo que os que aderirem ao trabalho estejam sensibilizados tanto para o processo, como para o tema geral a ser tratado (...) [que] deve ser atraente e, por isso, preservar sua liberdade de adesão é fundamental”;

3. Nessa reunião com toda a equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica, houve uma explicação clara e detalhada sobre o tema de que tratava o projeto de tese de doutorado vinculado ao NUPENH - EEAN / UFRJ; as técnicas de pesquisa que seriam utilizadas; a formação dos dois grupos (GCG e GCV); e, o agendamento de datas, locais e horas para os encontros. Nessa oportunidade, fiz a leitura do TCLE e, após, o aceite, procedeu-se a assinatura dos mesmos, assim como o

preenchimento do formulário de caracterização da equipe de enfermagem. Vale destacar que neste estudo a participação do GCV limitou-se às reuniões de socialização do estudo pelas justificativas apresentadas anteriormente.

4. Após essa reunião, ocorreu um encontro específico com as enfermeiras, para que elas conhecessem maiores detalhes sobre o projeto de pesquisa e o GCG, bem como pudessem opinar sobre seu desenvolvimento incluindo uma agenda de temas para as reuniões do grupo (Apêndice D).

5. É importante ressaltar, que as enfermeiras do GCG fazem parte do Grupo de Interesse em SAE (GISAE) vinculado ao Serviço de Enfermagem do Hospital. O GISAE foi impulsionado pela adesão do HUJBB ao REHUF e ao Programa de treinamento dos Hospitais Colaboradores, neste caso a UNIFESP. Isto foi oportuno ao GCG, no sentido de que as enfermeiras tinham a obrigação profissional de participar do GISAE por sua característica de *educação permanente*, ou seja, ao final do treinamento liderado pelo Hospital São Paulo / UNIFESP, as participantes desse treinamento receberam certificado de aperfeiçoamento, podendo ser usado como ganho no plano de cargos e salários da UFPA. A articulação do GCG aos estudos do GISAE ocorreram, desde março de 2010 com reuniões temáticas voltadas para a SAE e PE (maiores detalhes sobre o GISAE ver no Capítulo III). As temáticas de interesse do GCG que eram realizadas no GISAE oportunizaram, a não repetição de atividades de ensino.

Assim, a participação num processo grupal, como o GCG, propiciou momentos de desenvolvimento para os participantes, tanto nos aspectos comunicacionais, como nos afetivos. Logo, visando minimizar a perda de participantes dos grupos, algumas medidas foram adotadas:

- a) todos os encontros foram mediados por dinâmicas relacionais;
- b) o agendamento das sessões ocorreu em local, preferencialmente escolhido pelos grupos, para melhor comodidade dos mesmos;
- c) as regras de bem viver relacionadas à pontualidade, assiduidade e comunicação e, ao uso de celular durante os encontros, dentre outros aspectos foram elaboradas;
- d) foi realizado um pacto sobre a identificação fictícia das participantes para uso no texto deste trabalho. A sigla estabelecida para a transcrição das entrevistas e conversação nas reuniões dos grupos deste estudo, adotou a letra E (enfermeira [o]) seguida do número corresponde a seqüência das

entrevistas, a exemplo da estratégia estabelecida no caso das enfermeiras aposentadas. Por exemplo, E1, E2 e assim sucessivamente. Este primeiro contato foi fundamental para a adesão do grupo.

A.3.1.2. Preparo para produção de dados

Para o alcance dos objetivos propostos nesse estudo foram realizadas duas etapas distintas, mas complementares: na primeira, a caracterização do diagnóstico situacional foi elaborado a partir do conhecimento da pesquisadora sobre a realidade da Clínica Cirúrgica, assim como pela leitura dos relatórios da Clínica e do Plano de Reestruturação do HUIBB de 2010, disponíveis no site da UFPA; assim como pelas entrevistas abertas realizadas na Clínica Cirúrgica. A caracterização do diagnóstico situacional dessa Clínica foi iniciada a partir do primeiro encontro do GCV.

Neste encontro, foram negociadas as condições referidas nas estratégias de incentivo para adesão dos participantes, além da criação de um ambiente favorável para compreensão, crítica e respeito às diferentes posições e as interpretações dos participantes sobre a situação a ser avaliada, através da escuta e do diálogo; e, ao final de cada encontro, favorecer o estabelecimento de consensos sobre todas as construções, reivindicações, preocupações e os temas discutidos no grupo.

Na segunda etapa, ocorreu a produção de um marco de referência construído pelo GCG, com o objetivo de planejar a implantação de uma nova concepção do PE na Clínica Cirúrgica. As finalidades deste planejamento envolveram a reconstrução do conhecimento teórico sobre a prática do cuidado, a análise reflexiva sobre a prática articulada com a teoria e, a elaboração de uma proposta nova para uma concepção do PE visando sua implantação na Clínica Cirúrgica.

Spradley (1980) sugere um período de preparação. E, após a realização de observações gerais por meio de um *tour*, ele propõe a descrição das principais características do cenário. Mas, este período pode ter outras finalidades que, segundo Porto e Espírito Santo (1998), englobam os seguintes cuidados ou aspectos:

- a) Entrar num grupo social significa respeitar as suas regras, falar uma língua comum, planejar e se preparar. b) (...) Evitar ferir as suscetibilidades de pessoas importantes, e nós destacamos aqui que também as pessoas comuns devem ter as suas suscetibilidades respeitadas. c) Considerar a possível ajuda que pessoas com alta posição oficial podem dar, mas também levar em conta a ajuda de outras pessoas influentes ou líderes informais do grupo, às vezes até mais produtiva; d) Lidar com os diversos

papéis sociais e as diferentes identidades sociais decorrentes de sua classificação social de pesquisador(a) no grupo, como membro - hóspede, e as interações pessoais que consegue estabelecer com seus membros; e) Refletir e encarar os problemas de rompimento da imagem pública que o grupo projeta (visão oficial do grupo), para chegar a conhecer os fatores e elementos não oficiais; f) Identificar os possíveis tipos de informantes que o(a) pesquisador(a) poderá ter acesso, e o tipo de informações que eles poderão doar; g) Analisar o tipo de envolvimento pretendido com os membros do grupo, em diferentes etapas da pesquisa. (...). Uma dessas implicações pode surgir durante a inserção do(a) pesquisador(a) no grupo social, quando ele(a) pertence a mesma instituição e esses atores / membros tendem a envolvê-lo no curso das situações observadas (PORTO; ESPÍRITO SANTO, 1998).

Quanto à entrevista, na primeira etapa do trabalho de campo ela foi do tipo aberta, foi realizada com a enfermeira que estivesse na escala de plantão do mês de junho / 2010. Em comparação a este tipo de entrevista sugerida por Trentini; Paim (2004), Porto e Espírito Santo (1998) apresentam a entrevista livre ou informal, a qual é menos estruturada estando mais próxima da conversação informal. Nestas entrevistas informais encontram-se as entrevistas denominadas situacionais ou circunstanciais, que mantêm um vínculo estreito com as situações observadas e registradas no diário de campo. Este tipo de entrevista buscou privilegiar os membros do grupo, que participaram daquelas situações. Estas entrevistas facilitaram: a) o esclarecimento de aspectos obscuros da situação observada para aprofundar a compreensão da pesquisadora sobre esses aspectos; e, b) o aprofundamento de aspectos observados relativos à SAE e PE. De acordo com Trentini; Paim (2004, p. 78-79):

Na entrevista aberta, o pesquisador procura interagir com o entrevistado sem intencionalidade pré-estabelecida. (...) O pesquisador apenas estimula a conversação e, a partir da fala do entrevistado, formulará outras perguntas. Nessa modalidade, o entrevistador ouve muito e fala pouco; (...) Quanto ao aspecto, (...) a entrevista informal numa PCA pode ocorrer durante as atividades de assistência e durante a observação participante; a [entrevista] mais apropriada, [deve ser] conduzida em contatos repetidos, ao longo de determinado tempo, pois este tipo de pesquisa valoriza a participação de todos os envolvidos (...) (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 78-79).

A forma de registro das entrevistas foi a gravação digital, após permissão dos entrevistados. A finalidade da gravação foi a de registrar com exatidão as falas, o que contribuiu para o estabelecimento de fidedignidade para os dados, em sua posterior transcrição. Neste sentido, a realização das sete entrevistas com as enfermeiras da Clínica Cirúrgica ocorreu de modo esperançoso das mesmas, principalmente pela proposta metodológica empregada.

Depois da realização das entrevistas abertas, ocorreu o segundo encontro do GCG com as seguintes finalidades: a) apresentação dos resultados parciais das entrevistas abertas; b) debater com o grupo os encaminhamentos necessários a partir dos resultados que foram apresentados; c) propor o cronograma (Apêndice E) de encontros do GCG. Esse grupo manteve redes de ligação de modo que os resultados parciais da produção de dados do GCG foram retro-alimentados por esse grupo através do GISAE e das atividades definidas para esse grupo. Logo, neste segundo encontro do GCG, as participantes estabeleceram reuniões adicionais favoráveis a esta articulação, incluindo, a relatoria das apresentações dos resultados parciais do GCG ao GCV que foi realizada pelas próprias enfermeiras produtoras dos dados e ainda a produção de materiais propostos pelo GISAE / MEC, como os instrumentos do PE.

Convém ressaltar que este estudo realizou-se no mesmo período da adesão do Hospital às normativas do REHUF e ao Projeto dos Hospitais Colaboradores / MS, que teve a UNIFESP como instituição parceira para intercâmbio com vistas a capacitar os profissionais de enfermagem para o planejamento, execução e avaliação das ações de enfermagem e ainda efetivar o intercambio do corpo de enfermagem do HUJBB com outros hospitais universitários. O envolvimento com estes projetos encontram-se descritos no capítulo IV. Assim, tanto o GISAE como o GCG da Clínica Cirúrgica produziram materiais e submeteram-se a oficinas e treinamentos necessários a reimplantação do PE no Hospital, vinculados a estes projetos institucionais.

À partir do diagnóstico situacional apresentado pela moderadora do grupo sobre o PE na Clínica Cirúrgica do HU, durante o segundo encontro do GCG, alguns encaminhamentos foram realizados. Dentre eles foi estabelecida a aplicação de um instrumento, para subsidiar caminhos ou estratégias para reimplantação do PE no contexto da SAE. Para tanto as questões deste questionário (Apêndice B) abrangeram a caracterização do modelo assistencial adotado na Clínica Cirúrgica; a caracterização da distribuição de trabalho pelos integrantes das equipes de enfermagem; e, os aspectos relativos ao PE (somente para as enfermeiras).

Assim, do GCG emergiram as propostas para (re)implementação de uma prática assistencial através do PE, em consonância com o modelo assistencial correspondente à filosofia e missão do HUJBB a ser desenvolvida a médio e longo prazos. Esta será uma etapa do estudo ainda a ser operacionalizada. Embora o

ideal fosse o acompanhamento de todo o desenvolvimento da (re)implantação do PE; no entanto, uma tese de doutorado tem um prazo máximo para sua realização. Deste modo, neste relatório, serão incorporados os aspectos da (re)implantação de acordo com o tempo disponível para o juntamento dos dados produzidos.

Nessa perspectiva apresentei e aprovei (Anexo I) um projeto de extensão no Edital Nº 062/2010 - Chamada 2011, do Programa de Apoio e Desenvolvimento às Atividades de Ensino / Extensão da UEPA. Este Edital convocou a comunidade acadêmica para apresentar projetos de pesquisa para obtenção de apoio financeiro e assim, dentre outros objetivos, disseminar conhecimentos por meio de apresentação de projetos de ensino / extensão, orientados para atividades específicas da academia junto às comunidades e / ou instituições públicas. A intenção subjetiva da pesquisadora era de que esse projeto fosse iniciado no mês de agosto / 2011 de modo a manter o GCG em atividade, durante sua ausência para o estágio obrigatório do DINTER / EEAN / UFRJ. No entanto, por problemas com a Fundação de Apoio a Pesquisa do Pará / FAPESPA, o orçamento para este projeto foi liberado em novembro / 2011, sendo previsto e pactuado com o GCG o seu início para Janeiro de 2012.

O projeto de extensão aprovado tem como título: “Ações de Integração Ensino / Serviço na prática de enfermagem como fortalecimento da Metodologia da Sistematização da Assistência de Enfermagem em hospital de ensino de Belém do Pará” e seus objetivos são: (1) Promover a discussão dos conhecimentos produzidos na prática profissional de enfermeiros de serviço e professores universitários sobre a metodologia para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como uma atividade integrativa; e, (2) Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada pelos profissionais de enfermagem, através de debates sobre a SAE, além de promover a integração e troca de experiências com a academia, fortalecendo, assim, o GCG e, consequentemente, o GISAE. A aprovação deste projeto sob Resolução nº 2279 / 2011 (Anexo I) possibilitará a manutenção do GCG para sustentar as atividades de reimplantação do PE proposta neste estudo.

A última estratégia do trabalho de campo dentro da segunda etapa foi a organização dos dados consolidados pelo GCG e realização de mais um encontro com o GCV, para validar o relatório dessas construções contando com a participação da Diretora da Divisão de Enfermagem e Coordenadora do GISAE, com

a finalidade de socializar a produção de dados realizada pelo GCG. Os resultados desta reunião encontram-se descritos no capítulo IV.

A.4. Fase de análise e interpretação

Por ser uma pesquisa convergente-assistencial, a análise das informações qualitativas ocorreu simultaneamente com o processo de produção de dados permitindo que o pesquisador pudesse intervir no contexto, quando fosse necessário. Assim, nas fases de análise e interpretação, descritas por Trentini; Paim (2004) foram apresentados e analisados os resultados do estudo. Portanto, qualquer que seja o processo atingido com os resultados da PCA, eles contemplam dois sentidos: aquele sentido ligado à declaração-guia da pesquisa; e, aquele sentido relativo à ampliação desses resultados, de modo a explicitar seus reflexos na qualidade da assistência de enfermagem desenvolvida na Clínica Cirúrgica do HUIBB.

Assim, para fins de preparação dos resultados foi adotada a análise de conteúdo temática ou categorial (BARDIN, 2009). Na organização da análise de conteúdo observaram-se as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A fase de pré-análise compreendeu a escolha de documentos, formulação de hipóteses, objetivos e indicadores que embasaram a interpretação final. Nos estudos que se utilizam da PCA, os processos de assistir e coletar dados ocorrem simultaneamente. Logo, a transcrição e leitura flutuante dos dados deste estudo aconteceram em seguida à realização das entrevistas abertas e das reuniões do GCG. Os modelos utilizados para a transcrição dos registros das reuniões do GCG e dos conteúdos das entrevistas abertas / livres (Apêndices B, C e D, respectivamente), apresentam duas partes, a saber: a) coluna relativa ao conteúdo; e, b) coluna relativa ao código temático.

Os registros seguiram uma ordem cronológica com a data, número da entrevista, número da reunião de grupo e, identificação dos participantes para facilitar a codificação dos relatos. Esta disposição encontrou apoio em Trentini; Paim (2004), pois os códigos ajudaram a separar parágrafos em que cada participante se expressou. Os dados originados dos questionários foram tratados através de método estatístico, cujos temas mais incidentes foram eleitos para serem debatidos com o GCG. As características da pré-análise da análise de

conteúdo coincidiram com o processo de apreensão da PCA que foi alcançado quando a pesquisadora tinha dados suficientes para prosseguir à etapa de exploração e tratamento do material.

Nesta segunda fase, da exploração e do tratamento do material, foi adotada a análise temática que compreende a investigação e a interpretação do sentido dos textos. É a fase mais longa e extenuante da análise dos dados requerendo da pesquisadora, uma imersão nas informações trabalhadas na pré-análise. A impregnação dos dados pela pesquisadora possibilitou o estabelecimento de 96 unidades temáticas (*ut*) provenientes da produção das enfermeiras contemporâneas, em função dos objetivos propostos na pesquisa; enquanto que 63 *ut*'s procederam das entrevistas das enfermeiras aposentadas.

Os recortes dos textos em *ut* foram agrupados e reagrupados por afinidade entre os temas até que se alcançasse a composição de alguns grandes grupos temáticos. A partir dos “sistema aberto” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 219) e “procedimento por ‘milha’” (BARDIN, 2009, p. 113), estes grandes grupos temáticos foram nomeados constituindo-se em seis categorias empíricas do estudo, três oriundas das entrevistas com as enfermeiras aposentadas (I, II e III) e as seguintes (IV, V e VI) procedentes do material produzido das entrevistas e reuniões do GCG. Neste processo, as categorias não foram pré-determinadas, mas tomaram forma no curso da própria análise, resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos (BARDIN, 2009).

A terceira fase da análise de conteúdo temática ou categorial abordou o tratamento e interpretação dos resultados. Na análise temática considerou-se a frequência das unidades de significação como definidoras do caráter do discurso considerando-se que algumas temáticas revelam valores de referência ou modelos de comportamento presentes no discurso (BARDIN, 2009). Operações estatísticas simples (p. ex. frequência e percentual) ou mais complexas permitiram estabelecer quadros de resultados, diagramas e modelos, os quais põem em relevo as informações fornecidas na fase anterior, como tabela de caracterização das participantes, quadro demonstrativo dos procedimentos cirúrgicos, entre outros.

A partir desse material, foram realizadas as inferências e propostas as interpretações do estudo, tendo como base os objetivos da investigação. A inferência é uma operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. Ela está constituída

pelos pólos de inferência, quais sejam: emissor ou produtor da mensagem; receptor da mensagem; mensagem; código; significação; canal da mensagem (meio).

Laville e Dione (1999 p. 227) propõem modos ou estratégias de interpretação qualitativa. Dentre elas, a que melhor se aplica a este estudo é denominada “construção interativa de uma explicação” que adequa-se ao sistema aberto ou por milha. Esta estratégia não supõe a presença prévia de um ponto de vista teórico; a pesquisadora, após elaboração da situação estudada, examinou as unidades de sentido, suas inter-relações entre as unidades e categorias em que elas se encontravam reunidas. E, então, simultaneamente, as interpretações foram sendo desenvolvidas em um vaivém entre reflexão, observação e interpretação.

2.3. VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) / BIREME, o termo “validação” está definido como “trabalhos que consistem em pesquisa usando processos pelos quais são estabelecidas a confiabilidade e relevância de um procedimento para um propósito específico”, ou seja, “um trabalho válido é aquele que descobre a verdade referente a uma determinada realidade” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 99). Neste sentido, Flick (2009, p.347) considera a validação de uma pesquisa, como sendo “a construção social do conhecimento” e que através dela “avalia-se a ‘fidedignidade’ das observações, das interpretações e das generalizações relatadas”.

Sobre a validação, TRENTINI; PAIM, (2004, p. 110) indicam que:

(...) Na PCA, a obtenção de resultados de pesquisa insere-se na visibilidade de outra proposta de um processo de enfermagem assistencial renovado; mas a incorporação desses resultados somente cumprirá seu sentido ético, se forem projetados de modo coletivo junto com a equipe assistencial e, se, por ela, democrática e solidariamente, forem validados. A validação é um rigor do qual, eticamente, o pesquisador assistencial tem de lançar mão, para o que precisará, mais uma vez, formalizar um grupo ampliado e misto dos que estiveram presentes durante a pesquisa em si, e outros que estão continuamente na experiência concreta de lidar mais particularmente com as situações cotidianas de enfermagem assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 110).

Vários critérios de validação são apontados para a pesquisa qualitativa. Entretanto, neste estudo a PCA enfatiza a participação dos profissionais assistenciais nas etapas de pesquisa e a condição do pesquisador como sujeito.

Assim, caracteriza-se, o procedimento de validação como “confirmação” ou “checagem” pelos participantes (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 101; LEOPARDI, 2002, p. 218; ALVES-MAZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998, p. 172).

Assim, os dados produzidos e consolidados foram devolvidos ao GCG e às enfermeiras aposentadas, para que fosse verificada a adequação das construções relativas à categorização e interpretação dos resultados e as inferências desenvolvidas. Para Flick (2009, p. 346) este critério é chamado de “validação comunicativa”, que consiste em um segundo encontro com os participantes com a intenção de verificar se as interpretações do pesquisador fazem sentido para aqueles que forneceram os dados nos quais baseiam-se esses enunciados. Esta validação foi realizada sobre os resultados elaborados pela pesquisadora e apresentados ao GCG de forma escrita em dois momentos específicos; inicialmente em junho de 2010, na apresentação do diagnóstico do PE da Clínica Cirúrgica e finalmente em agosto de 2011 na apresentação dos dados preliminares do estudo. E, somente após essas verificações, o relatório final da pesquisa foi construído incorporando o processo e os resultados destas validações.

Neste estudo, a validação ocorreu, ainda, de dois modos: a) Credibilidade: ao apresentar ao GCG as interpretações das informações coletadas junto aos participantes com clareza, transparência e fidelidade; na descrição do cenário de pesquisa; na valorização da produção dos dados detalhados e nos resultados que foram subsidiados pela prática assistencial pesquisada, com sugestões e possibilidades para um repensar a prática diária das enfermeiras atuantes na clínica cirúrgica; e, b) Permanência prolongada da pesquisadora no campo: o investigador precisa ter condição para realizar a OP e permanecer por um período prolongado no trabalho de campo. Nesse estudo, a pesquisadora pertence e conhece a Clínica Cirúrgica do HU, além de que o método adotado exige deixar de correr riscos de ter informações associadas a eventos inesperados e/ou imprevistos. Esta é uma limitação encontrada pela pesquisadora, ou seja, seu vínculo empregatício com o HU e ter assumido cargos de gerência na instituição.

Ademais, a PCA valoriza a construção coletiva da Enfermagem que, dentre outras possibilidades, consiste nas experiências vividas em realidades múltiplas e sendo considerada uma “arte” pelas estudiosas que embasam este estudo< Meleis (2007) e Horta (1979). Assim, segundo Trentini; Paim (2004, p. 101), essa arte não pode ser generalizada. Logo, o critério mais importante para a PCA é o da

credibilidade, pois, o relatório de pesquisa apresenta transparência e fidelidade às informações dos participantes com congruência entre o objeto de pesquisa, produção dos dados e os resultados.

2.4. CUIDADOS ÉTICOS

A ética na PCA desenvolvida neste estudo vem sendo compreendida como uma pesquisa sobre a prática assistencial da equipe de enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital universitário, a partir da adoção da abordagem qualitativa. Flick (2009, p. 56) aponta que “a pesquisa qualitativa é normalmente planejada muito aberta e adaptável ao campo” utilizando-se métodos para coleta de dados “um tanto abrangentes”. Assim, uma boa regra é que os membros da equipe de enfermagem compartilhem de todas as etapas do estudo, discutam a importância e relevância de focalizar as estratégias facilitadoras para a implementação do PE que emergiu da própria prática de assistir.

Para atender os aspectos éticos deste estudo foram considerados os princípios estabelecidos na Resolução nº 196 / 96, do Conselho Nacional de Saúde, que indica a garantia do sigilo e o anonimato dos participantes. As identificações utilizadas neste trabalho para os participantes foram fictícias e todos eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). O projeto de pesquisa, após avaliação, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis, ambos da Universidade Federal do Rio de Janeiro; e, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto, da Universidade Federal do Pará (Anexos A e B, respectivamente). Segundo Trentini; Paim (2004, p.108),

(...) A ética da PCA coloca-se na referência à socialização da idéia no âmbito interno da equipe local onde a pesquisa está sendo projetada (...). Por se tratar de um tema emergente da prática assistencial, impõem-se o respeito ao caráter coletivo das informações de todos os envolvidos com a questão que vai ser investigada (TRENTINI; PAIM, 2004, p.108).

Neste sentido, LoBiondo-Wood e Haber (2001, p. 161) declaram que “os pesquisadores enfermeiros estão, muitas vezes, entre os investigadores mais responsáveis e conscienciosos quando se trata de respeitar os direitos de seres humanos”. Assim, considerando que a problematização descrita neste estudo

apresenta de fato uma natureza assistencial e envolve seres humanos deve-se atender às exigências éticas e científicas fundamentais descritas naquela Resolução, quais sejam:

a) Para garantir o princípio da autonomia, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A) foi explicado aos participantes do GCG. Cópias do TCLE foram assinadas por ocasião da primeira reunião da etapa inicial de produção de dados. Nesta ocasião foi realizada uma breve exposição sobre os objetivos do estudo e as estratégias para a produção de dados e, respeito às decisões e encaminhamentos coletivos dos participantes da pesquisa. Este princípio assegura ainda, o sigilo dos dados produzidos. Portanto, os vários membros da equipe da Clínica Cirúrgica do HUJBB foram orientados a alcançarem a capacidade de confidencialidade dos dados desse estudo. Flick (2009, p. 56) orienta ainda que, os dados (gravações e transcrições) “sejam armazenados por período de cinco anos em um local totalmente seguro, de modo que não estejam acessíveis a pessoas a quem não se destinam”.

b) O princípio da beneficência assegura a máxima de não causar danos “tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos” (BRASIL, 1996). Os estudos que adotam a PCA somente cumprem seu sentido ético, se forem estabelecidos de modo coletivo junto com os participantes da pesquisa. Além disto, o estudo deve concentrar-se numa perspectiva significativa de melhoria da qualidade do atendimento ao cliente da Clínica Cirúrgica do HUJBB. Assim, ao invés da pesquisa ser realizada simplesmente em função dos interesses da pesquisadora, o grupo, o coletivo norteou o desenvolvimento desta pesquisa.

c) O princípio da não maleficência foi garantido aos participantes da pesquisa, ao se evitar os danos potenciais ou reais previsíveis para o desenvolvimento deste estudo.

d) O princípio da justiça e equidade assegura que todos os participantes do estudo devem ser tratados igualmente antes, durante e após da pesquisa. Considerando que a PCA é desenvolvida com e por equipes assistenciais, Polit, Beck e Hungler (2004, p. 90) enumeram questões que devem ser valorizadas, tais como:

a) tratamento não preconceituoso das pessoas que declinam a participação ou que retiram-se do estudo; b) honrar todos os acordos entre o pesquisador e o participante (...) incluindo o pagamento de estipêndio

prometido [se for o caso]; c) acesso do participante ao pessoal da pesquisa em qualquer momento do estudo para esclarecer dúvidas; d) sensibilidade e respeito pelas crenças, hábitos e estilos de vida das pessoas de diferentes culturas; e, e) tato e cortesia no tratamento em todos os momentos (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004, p. 90).

Trentini; Paim (2004, p. 103) referem que a PCA requer uma explicitação ética, uma vez que se insere no cotidiano da prática assistencial, não só para retratar as situações vividas, mas também para descobrir os avanços possíveis do conhecimento e novas ações a partir destas situações. Assim, nos capítulos seguintes, serão apresentados os resultados da coleta de dados delineada nesta metodologia.

CAPÍTULO III. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE NO HUIBB.



CAPÍTULO III. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE NO HUIBB.

Neste capítulo, descreve-se brevemente a trajetória do HUIBB. A origem radica na necessidade de inclusão de enfermeiras aposentadas no escopo da tese, pois elas atuaram no Hospital, desde sua inauguração como Sanatório Barros Barreto (SBB), na década de 60, ou, com a mudança no nome institucional, no Hospital Barros Barreto (HBB), na década de 70. Ademais, implantaram o primeiro modelo assistencial de Enfermagem do Hospital em estudo e, foram docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA ou da UFPA no período citado.

Diante do exposto, nesta parte da pesquisa o objetivo é descrever em largos traços a evolução histórica do Serviço de Enfermagem do HUIBB, reiterando que as enfermeiras desse serviço antecederam e impulsionaram a implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do Processo de Enfermagem (PE). Na Tabela apresentada a seguir, pode-se identificar a caracterização das 5 enfermeiras aposentadas participantes deste estudo.

Tabela 2. Caracterização das enfermeiras aposentadas participantes do estudo (N=5), HUIBB. Belém do Pará, 2011.

VARIÁVEIS	Nº
SEXO:	
Feminino	5
Masculino	0
IDADE (em anos):	
Média	63
Variação	61 - 65
QUALIFICAÇÃO:	
Especialização	4
Mestrado	1
TEMPO DE VINCULO EMPREGATÍCIO NO HUIBB	
Média	25
Variação	18 - 30

Fonte: Entrevista

As participantes desta etapa do estudo são do sexo feminino, com média de idade de 65 anos de idade e 25 anos de exercício no Hospital. Com relação a qualificação profissional, 4 enfermeiras fizeram curso de especialização e uma possui o título de Mestre em Enfermagem pela UFPA

Na consolidação dos resultados que compõem este capítulo, privilegiou-se a abordagem do estudo histórico social, com metodologia qualitativa, análise documental e a história oral, em sua vertente de entrevista temática.

As fontes históricas primárias foram obras documentais encontradas na Biblioteca do próprio Hospital; e entrevistas temáticas com cinco enfermeiras aposentadas que vivenciaram experiências profissionais nas décadas de 1960 a 1980 no HUIBB. A principal fonte histórica secundária adotada foi a obra “A Enfermeira Anna Nery no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose”, que conferiu ênfase a iniciativas que envolveram a Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNCT) no mesmo recorte temporal desta investigação.

A análise categorial (BARDIN, 2009) ou temática foi aplicada aos documentos e entrevistas, dos quais emergiram três categorias, que refletem os aspectos do cotidiano hospitalar que influenciaram a implantação da SAE/PE no HUIBB.

É pertinente esclarecer que no desenvolvimento do estudo, foram atendidos os aspectos éticos estabelecidos na Resolução Nº 196/CNS/96, garantindo o sigilo e o anonimato das participantes. Nesse intuito, procedeu-se identificações fictícias de todos os participantes, que também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o mesmo intento, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da EEAN/Hospital Escola São Francisco de Assis, ambos da UFRJ, e ao CEP do HUIBB/UFPA, que o aprovaram sob os protocolos nºs 049/2010 e 349/2010, respectivamente.

As categorias foram organizadas a partir de uma visão do contexto mais geral, até alcançar aspectos mais específicos do Hospital e foram intituladas de: O Hospital Universitário João de Barros Barreto e sua trajetória; Os profissionais do HUIBB e suas atividades; e, Os pacientes e a SAE através do PE.

3.1. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: CONTEXTO INSTITUCIONAL DA PESQUISA

O Sanatório de Belém, primeira denominação, foi criado por iniciativa do Ministério da Educação e Saúde (MES), no propósito de disponibilizar leitos para atender pacientes portadores de tuberculose, por meio do seu Departamento Nacional de Saúde, dirigido pelo sanitarista João de Barros Barreto, assim designado em 1957 (BARREIRA, 1992).

Cumprir recordar que, em 1934, a tuberculose era o principal problema sanitário, cujo tratamento baseava-se na criação de dispensários dinâmicos, cuja retaguarda evidenciava déficit na relação leitos/demanda.

Depois do estudo realizado pelo Professor João de Barros Barreto sobre a situação da tuberculose que mostrou a necessidade de reforço com a construção de 13 sanatórios nas diversas capitais brasileiras, surgiu a idéia da criação do Sanatório de Belém, que "(...) foi planejado em 1933, teve o lançamento da pedra fundamental em 1934 e foi construído a partir de 1937, em área afastada, no bairro do Guamá" (EA5).

Essa normativa deveu-se à política de segregação de doentes de tuberculose em lugares considerados aprazíveis e arborizados, pois o micro-clima do bairro auxiliaria na recuperação. Esses princípios de tratamento, à época, pregavam a necessidade de o tuberculoso ser tratado ao ar livre, distante de lugares abafados.

Conforme esse critério, o espaço desse Sanatório comporta um parque de eucaliptos e jardins cuidadosamente plantados, dispõe de amplos corredores e enfermarias que contribuíram, sobremaneira, no processo de tratamento dos pacientes no passado (MIRANDA, 2010).

Por outro lado, a iniciativa indica o cuidado de não permitir a proliferação do "mal do século XIX", a "peste branca", no centro da cidade; daí a busca de locais pouco acessíveis. Vale lembrar que, à época do início das ações no Sanatório de Belém o acesso era feito a duras penas a pé ou a cavalo (O LIBERAL, 15 nov. 1996), meio de transporte comum na Belém daquela época.

Para financiar o plano de construção dos Sanatórios e aquisição de equipamentos, o MES destinou em moeda da época, contos de réis⁴, Rs 7.200 réis, em 1937; Rs 8.600 réis, em 1938; e Rs 7.000 réis, em 1939. Os recursos financeiros foram gerenciados pelo Setor de Organização e Administração Sanitária do Departamento Nacional de Saúde (UFPA. HUIBB, [19..]).

Suas obras foram reiniciadas dois anos depois, em 1940, ainda sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde. A obra continuou por dois anos, mas foi paralisada em 1942, por falta de recursos no Estado, que, à época governado pelo Sr. José Carneiro da Gama Malcher (ver figura 1). O Governo Estadual deveria assumir todos os encargos, conforme pré-determinado pela diretriz

⁴ Conto de réis é uma expressão adotada no Brasil e em Portugal para indicar um milhão de réis. (www.wikipédia.com.br. Acesso em 10/10/2010).

firmada com o advento do Estado Novo (Carta Constitucional de 10 de novembro de 1937).

As obras permaneceram paralisadas por oito anos, enquanto persistia a necessidade de maior número de leitos para enfrentar o angustioso momento epidemiológico que o Estado atravessava, com mais de 800 óbitos anuais por tuberculose, correspondendo a coeficientes de mortalidade acima de 400 por 10 mil habitantes. Tal situação perdurou até 1946, quando o governo federal intensificou a luta contra a tuberculose no país e instituiu a Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNCT), subordinada ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT).

Nesse sentido, foi recomendado o prosseguimento das obras interrompidas do Hospital, num período igualmente marcado pela euforia decorrente da descoberta do Ácido Para-aminosalicilo (APS) e da Streptomina (SM), novos medicamentos para o combate à tuberculose. Como consequência, um re-estudo nacional para a melhoria da utilização dos recursos elevou a capacidade do Sanatório de Belém de 600 para 800 leitos, por adoção do padrão Norte Americano.



Figura 2 - Sanatório Barros Barreto, 1942.

A estrutura física projetada para o Hospital foi completada com apenas 2/3 da obra correspondente ao núcleo central e à sua asa oeste, na qual foram instalados 300 leitos, que serviram adequadamente à clientela portadora de tuberculose da época. O reinício da obra do Sanatório de Belém ocorreu em ritmo lento, em 6 de setembro de 1950 e foi acelerado a partir de 1954, quando a Superintendência do

Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA⁵) liberou verba anual de Cr\$ 2.000.000,00 (dois milhões de cruzeiros) até 1957. Naquele ano, a Superintendência liberou Cr\$ 10.000.000,00 (dez milhões de cruzeiros) como última parcela de financiamento da construção do Hospital.

À época, no mesmo terreno onde estava sendo construído o Sanatório de Belém, havia dois outros hospitais destinados à internação de pacientes portadores de tuberculose: o Hospital Domingos Freire⁶ (Figura nº 3) com 51 leitos e o Hospital São Sebastião com 88 leitos. Ambos funcionavam como dispensários, permaneciam constantemente lotados com pacientes de ambos os sexos.



Figura 3: Antigo Hospital Domingos Freire.

O Sanatório de Belém, situado à Rua Mundurucus, 4487, Belém - Pará, em um terreno de terra firme e igapó (várzea) e foi inaugurado oficialmente em 6 de janeiro de 1957 pelo então Presidente da República Juscelino Kubitschek de Oliveira e pelo Ministro da Saúde Prof. Maurício Campos de Medeiros, com o nome de “Sanatório Barros Barreto” (SBB). A instituição, construída e equipada pelo Serviço Nacional de Tuberculose, com auxílio de verbas da SPVEA e do Plano SALTE (iniciais de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) destinou-se a doentes

⁵ Criada em 1953 por Getúlio Vargas, com a finalidade de promover o desenvolvimento da produção agropecuária e a integração da Região à economia nacional. Esta Instituição posteriormente, deu origem à Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM).

⁶ Este Hospital era dividido em duas enfermarias de 16 leitos para indigentes, duas enfermarias de seis leitos e duas enfermarias de três leitos para pensionistas e um quarto especial de um leito para pensionistas; tinha sua infraestrutura totalmente de madeira, tendo sido construído, originalmente, para isolamento de pacientes de varíola e febre amarela. Todos os leitos desses dois Hospitais eram reservados para indigentes de ambos os sexos. Cada um dos Hospitais era orientado por seis religiosas.

crônicos, portadores de tuberculose, de acordo com a Política Nacional de Saúde da época. Quando da inauguração, o Sanatório Barros Barreto tinha 200 leitos.

Após a inauguração, prosseguiu a construção do hospital. Em 15 de agosto de 1959, com o término das obras e, todas as dificuldades ainda existentes, esta Instituição recebeu doentes encaminhados pelo Ministro da Saúde, Dr. Mário Pinoti; Diretor do Departamento Nacional de Saúde, Dr. Adelmo de Mendonça; e Diretor do Serviço Nacional de Tuberculose. Porém, mesmo com a inauguração oficial, inexistiam condições apropriadas para funcionamento: faltava energia elétrica, a provisão de água era insuficiente e carecia-se de tratamento sanitário.

A despeito desses problemas, e ainda na ausência de funcionamento adequado da lavanderia e cozinha, pelos motivos expostos, somente dezesseis pacientes foram transferidos do Hospital Domingos Freire para o Sanatório Barros Barreto, com o aval da primeira Chefa do Serviço de Enfermagem.

Alguns depoimentos de enfermeiras aposentadas destacaram a transferência dos pacientes para o SBB.

A Enfª. Clêuza também teve participação importante naquele momento. Foi ela e o Diretor do Hospital Domingos Freire (HDF) que escolheram os pacientes internados no HDF, que seriam transferidos, para o Sanatório começar a funcionar. Ela disse “Nós trabalhamos dia e noite preparando tudo para receber os pacientes” (EA3).

Os relatos de outras duas enfermeiras aposentadas também ressaltaram a característica comum dos pacientes deste Sanatório:

O Hospital era considerado Sanatório Barros Barreto. E foi quando passaram aqueles pacientes do [Hospital] Domingos Freire para lá (EA4).

Em 1964, quando eu entrei, foi a época [em] que os doentes do [Hospital] Domingos Freire foram transferidos para o Sanatório Barros Barreto, que somente tratava de tuberculose, doentes crônicos e outros tratamentos. E, na época em que cheguei, já tinha um trabalho bem feito em relação a tuberculose (EA1).

Vale lembrar que nessa época [1959 a 1976], os pacientes eram só de tuberculose (...) (EA3).

O Sanatório recebeu o nome do médico que criou o plano relativo à rede de sanatórios para o Brasil. Na verdade, o Dr. João de Barros Barreto, ilustre médico sanitário, falecido em 20 de agosto de 1956, muito contribuiu para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde pública no Brasil, entre as décadas de 1930 a 1950, bem como, para a difusão da cultura sanitária brasileira. Por mérito, ele foi

homenageado pela OPAS/OMS,desfrutando de lugar de destaque em seu quadro de membros de honra.

Em 1935, este médico assumiu a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médica do Ministério da Educação e Saúde, tornando-se o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, nos períodos de 1937 a 1939 e de 1942 a 1945.

Durante sua atuação no campo da saúde pública, destacam-se algumas realizações, especialmente no combate a tuberculose (BARBOZA et al, 2007): o início da campanha contra a tuberculose, com a intensificação da vacinação BCG na população até a constituição de uma rede de sanatórios promovendo, também, melhoramentos nos sanatórios já existentes no Brasil e reinício da construção do Sanatório Barros Barreto, cuja conclusão ocorreu em 1957.

Para homenageá-lo, os sanitaristas do Pará solicitaram ao Serviço Nacional de Tuberculose, que o Sanatório de Belém fosse denominado de Sanatório Barros Barreto (SBB), o que foi posteriormente atendido. Esta afirmação é retratada no recorte a seguir:

[Houve uma] mudança da identidade social de SBB para Hospital Barros Barreto - HBB, [que] se deu no momento em que o Hospital estendeu a sua clientela inicialmente de Tuberculose para Doenças Infecciosas e Parasitárias - DIP e outras patologias crônicas da Pneumologia (EA3).

Por meio da Portaria nº 249/BSB de 12 de julho de 1976, assinada pelo Ministro da Saúde da época, Dr. Paulo de Almeida Machado, o Sanatório Barros Barreto passou a denominar-se “Hospital Barros Barreto” (HBB).

Depois de sete anos, por meio da Portaria nº 337 de 1º de novembro de 1983, o então Ministro da Saúde Waldir Arcoverde, alterou a designação para “Hospital João de Barros Barreto (UFPA/HUJBB, 2000). E, finalmente, em 1990, em função do Termo de Cessão de uso firmado com a UFPA, o Hospital passou a ser denominado de Hospital Universitário João de Barros Barreto (BARBOZA et al, 2007).

Em 15 de agosto de 1959, por ocasião da inauguração do Sanatório Barros Barreto, foi nomeado Diretor, o Dr. Antonio de Oliveira Lobão, que permaneceu no cargo até 14/04/1961. Após seu pedido de demissão, assumiu como diretor interino o Dr. Almir José de Oliveira Gabriel, no curto período de 15/04/1961 a 16/05/1961, enquanto se aguardava a nomeação do Dr. Raimundo Pereira de Oliveira, que administrou o Hospital de 19/05/1961 a 15/02/1962.

Em 15/02/1962, o Dr. Almir Gabriel assumiu a Diretoria do Hospital e iniciou o fortalecimento do Centro de Estudos do Sanatório, no sentido precípua de utilizá-lo como: a) meio de aperfeiçoamento profissional do pessoal existente b) função “tampão” sobre as pressões externas atuantes sobre o Hospital; c) divulgação das normas do Sanatório; e, d) meio para melhoria dos resultados da luta contra a tuberculose a nível local.

O fortalecimento do Centro de Estudos serviu também como meio de atração de outros médicos, o que permitiu o aumento da capacidade do Sanatório para melhor atender à alta demanda, causada por uma ação dispensarial tímida, apesar do corpo de profissionais lá atuantes. Dr. Almir Gabriel, referencia a importância do Centro de Estudo do SBB no trecho a seguir:

Temos um Centro de Estudos que se gaba de algumas coisas: topa com a ciência, mas acha que ela só é útil quando colocada a serviço da coletividade. Com a liderança do Centro de Estudos foi feita uma verdadeira revolução na luta contra a tuberculose no Estado. Hoje [1970], o mais humilde tem facilidade para tratar os pulmões, mais do que muito grandão por aí (HUJBB, [199.]).

Com a autorização de abertura do 4º, 5º, 6º andares e o restante do 3º pavimento da Asa Oeste, além da destinação de 10 leitos para pneumopatias não tuberculosas; aumento do número de profissionais; unificação de pensamento e critério único quanto ao tratamento, admissão e alta; houve um aumento na relação custo/benefício. A dinamização dos leitos e a implantação da cirurgia torácica, como complemento da cirurgia de tuberculose, como rotina, propiciou uma posição de relevo do SBB, no Brasil.

Tratando do perfil e a rotina de atendimento dos pacientes atendidos neste Sanatório, as enfermeiras aposentadas relataram a viabilidade do cuidado prestado e o orgulho de pertencer à estrutura do sanatório, como se destaca a seguir:

Como era um Hospital só para tuberculose [1959 a 1976] composto por três andares, dava para a gente atender. Mas a gente trabalhava muito (EA1).

Os manuais [de normas e rotinas] sempre existiram, porque nós viemos de uma estrutura perfeita, que era a Campanha Nacional contra a Tuberculose, assim como hoje tem a Fundação SESC, naquela época era a Fundação SESP. Tudo já existia pronto e nós só íamos burilando e adequando (EA4).

Em ocorrência comum a todos os Diretores do SBB, o Dr. Almir Gabriel saiu a pedido, em 05 de julho de 1965, sendo sucedido pelas administrações do Dr.

Lindolfo Pedro Ayres - de 05/07/1965 a 22/07/1968; Dr. Valry Bittencourt Ferreira – de 22/07/1968 a 15/07/1969; Dr. Luiz Eduardo Soares Carneiro – de 15/07/1969 a 13/09/1971, que prosseguiram na diretriz de trabalho, com desenvolvimento de diversas obras.

Em vista da negativa do Dr. Luiz Carneiro em continuar na Direção do SBB, foi o Dr. Almir Gabriel, pressionado pelo Dr. Edmundo Blundi⁷ para novo período de administração do Sanatório, o qual foi aceito, devido à concordância da Divisão Nacional de Tuberculose (DNT) de atender as seguintes condições finais e de muita importância para a vida da instituição: conclusão das obras da asa leste e melhoria da utilização das áreas do Sanatório para aumentar sua capacidade em produzir benefícios em termos de saúde, inclusive em regime de criação de alternativas de recursos pela diversificação de atuação, de modo a torná-lo atrativo a outras instituições. Em decorrência, o Sanatório manteve-se estável do ponto de vista financeiro e conseqüente padrão técnico e científico.

No fundo, essas mudanças representavam alterações nas diretrizes que a DNT, até então, adotava no fito de utilizar seu patrimônio para outras patologias diversas da tuberculose, apesar de manter a capacidade operacional para atender a pacientes dessa doença. Também se esperava um estímulo à especialização dentro da própria patologia geral do tórax: as modificações de diretrizes foram aceitas pelo Dr. Blundi com entusiasmo, pois ele considerava necessária a utilização da capacidade ociosa da tuberculose no Hospital, para pneumopatas não tuberculosos ou que se defrontavam com outras condições que a nosologia local indicasse.

Essa informação foi confirmada pela fala da enfermeira aposentada que atuou nessa época:

Inicialmente a base era para tisiologia. Como o Hospital ampliou para pneumologia atendia a tuberculose e doenças do trato respiratório. (...) Somente depois, é que se ampliou para doenças infecto-parasitárias (EA3).

A transformação físico-funcional foi aprovada pela DNT e pelo Ministro da Saúde, Francisco de Paula da Rocha Lagoa, que esteve no cargo no período de

⁷ Edmundo Blundi, médico pneumologista, paulista, Professor da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica que exerceu o cargo de Diretor do Departamento Médico do Conjunto Sanatorial de Curicica, Jacarepaguá, Rio de Janeiro. Foi sucessor do Dr. Hélio Fraga na Superintendência da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) (ALMEIDA FILHO et al, 2009).

30/10/1969 a 18/06/1972. Ele prometeu dar o máximo de estímulo para que tudo fosse concluído em seis meses.

A justificativa apresentada em 1972 para esse investimento, por parte da administração do SBB, ao participar de encontros sobre saúde na Região Amazônica, foi a de que pretendia suprir a carência de leitos disponíveis na área da infectologia e insuficientes para atender a demanda de clínicas prioritárias; a inexistência de serviços capazes de atender a pacientes portadores de doenças tropicais, já incidentes cuja prevalência deveria aumentar com a construção de rodovias de integração nacional, que teriam a cidade de Belém, como núcleo de convergência. Além disso, a infraestrutura física disponível do SBB em sua asa leste incentivou para o projeto de acabamento desta “asa” e o seu aproveitamento para atender a portadores de doenças tropicais, tanto do ponto de vista assistencial, quanto preventivo e de interesse à pesquisa que, muitas vezes era iniciada no Instituto Evandro Chagas e sofria descontinuidade, por ausência do paciente em local onde pudesse ser encontrado.

Na administração do Ministro da Saúde, Dr. Paulo de Almeida Machado, no período de 15/03/1974 a 14/03/1979, houve substancial entrada de recursos que permitiram rápida reformulação físico-funcional no Sanatório. Houve abertura de 140 novos leitos adicionais aos 380 já existentes e, conseqüentemente, a transformação do Sanatório de Tuberculose em Hospital Regional de Base, por integrar 520 leitos institucionais, podendo operar com um mínimo de 462 leitos aproximadamente e chegar a um máximo de 624 leitos, em situação de emergência.

A partir de 1976, o Sanatório teve seu perfil modernizado com a inclusão de assistência ambulatorial de controle da tuberculose a beneficiários do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), a formalização da assistência à clientela portadora de doenças infecto-parasitárias (DIP), a ampliação das atividades no campo do ensino e estruturação do Macro Núcleo Regional Norte de Controle da Tuberculose. Em paralelo, cuidou-se de elementos de formação profissional, como a residência médica e a especialização em enfermagem nos moldes de um programa de residência, em 1977. Os depoimentos a seguir reafirmam o compromisso da Instituição com o atendimento à população e ao ensino profissional nesse momento histórico:

A assistência desses pacientes passou a ser predominantemente em nível ambulatorial. Neste [nível de atenção] eram atendidos pacientes previdenciários, pois nessa época, não se tinha o SUS (EA3).

Em 1977 participei como membro da Comissão de Implantação do Serviço de Residência Médica e de Enfermagem do Hospital Barros Barreto. Começamos essa Residência em enfermagem com mais ou menos sete residentes. (...) quem ficou na Coordenação dessa Residência de enfermagem, foi a Enf^a. Terezinha Silva. Houve alguns probleminhas e isso era esperado. Elas eram certificadas pelo próprio Hospital. Recebiam bolsa de estudo igual a dos médicos. Tudo era igual. Elas atuavam diretamente nas clínicas. Eu fiquei na supervisão da enfermagem e o Dr. Leão, na parte médica (EA4).

A reforma físico-funcional, o novo perfil nosológico e a assistência a pacientes previdenciários do INAMPS foram recordadas nos depoimentos a seguir:

A partir desse ano [1976] iniciaram a implantação da DIP [clínica de doenças infecto-parasitárias], ficando a [clínica para] tuberculose e a clínica para doenças infecciosas (EA2).

Á partir de 1976, com a entrada de pacientes de DIP [doenças infecciosas e parasitárias], a complexidade da assistência aumentou; também a incidência de tuberculose começou a cair e os leitos do Hospital não podiam ficar sub-utilizados. Então, mudou a finalidade do Hospital (EA3).

Na década de 70, [o Hospital] sofreu uma reforma física concluída em 1976. E, [se] deu início ao tratamento ambulatorial de tuberculose para todos os beneficiários da previdência social. Através da Portaria Nº 549/BSB de 12 de julho de 1976, o Ministro da Saúde, na época, Paulo de Almeida Machado, tomou providências e o Sanatório Barros Barreto passa a denominar-se Hospital Barros Barreto (OLIVEIRA, 2005).

Após implantação das reformas propostas, o Hospital passou a ter capacidade de oferta para 300 leitos, com a seguinte distribuição: 106 para pneumologia, 106 para doenças infecto-parasitárias, 50 para pediatria e 38 para cirurgia, requerendo como quadro de pessoal 780 funcionários. Em 1976, o quadro disponível era de 453 servidores; logo, carecia-se de mais 327 funcionários para complementar o quadro de pessoal.

No perfil nosológico das internações referenciadas das diversas localidades da região Norte, a partir de 1976, concorreram com maior frequência as várias formas de meningite, o tétano, a leptospirose, a malária e os acidentes ofídicos, dentre as doenças infecto-parasitárias. Entre 1985 e 1988, o Hospital absorveu também a atenção à AIDS e intoxicações exógenas. A AIDS mereceu atenção especial e este se tornou o único Hospital de referência do Estado. para internação de portadores dessa nosologia. Já na área da Pneumologia, as principais causas de internação foram a tuberculose pulmonar, a bronquiectasia e a asma brônquica.

O recorte apresentado a seguir ilustra a ampliação das situações clínicas e cirúrgicas motivadoras de internação:

Então, quando houve uma reforma muito grande no Hospital para melhorar o atendimento e ampliar para 500 leitos, foi quando passou a ter outros casos e aí já não era só tuberculose [1976 a 1992]. Vieram outros casos como as meningites, [a] raiva e acidentes ofídicos (EA1).

Em 1990, quando foi encerrada a CNCT, a Portaria Interministerial nº 653, de 16 de julho de 1990, constituiu uma Comissão que ficou responsável pelos estudos sobre a viabilidade de transferência do vínculo do Hospital João de Barros Barreto (HJBB) para o Ministério da Educação, ou para a Secretaria Estadual de Saúde. Este processo, em 1991, resultou na transformação dessa Instituição de saúde em Hospital Universitário, através da transferência de seu vínculo do Ministério da Saúde para a UFPA, por meio do Termo de Cessão de Uso assinado pelo então Ministro da Saúde Sr. Alceni Ângelo Guerra; pelo Governador do Estado do Pará, Sr. Hélio da Mota Gueiros e pelo Reitor da Universidade Federal do Pará, Prof. Nilson Pinto de Oliveira.

Uma das enfermeiras aposentadas tratou do assunto, reportando que:

Em 1991, quando eu já estava prestes a me aposentar, finalizou o processo de transição do Hospital Barros Barreto para a Universidade [Federal do Pará]. Foi tumultuado, porque tinha duas vertentes: uma que queria e outra que não queria (EA2).

Entre 1991 e 1992, exerceu papel importante no controle da epidemia de Cólera no Estado, na assistência e no treinamento de Recursos Humanos. Em 1993 implantou-se o Serviço de Cirurgia Geral da UFPA e, em 1994, teve início outra modalidade no Serviço de Cirurgia com a implementação da Cirurgia Videolaparoscópica, após treinamento de uma equipe de cirurgiões e enfermeiras nessa especialidade.

Em 1998, houve a incorporação da referência regional em Endocrinologia, Diabetes e em Serviços de Anatomia Patológica; em 2002, implantou-se o Serviço de Patologia Bucal, bem como investimentos em Urologia.

Em 2004, no planejamento estratégico elaborado para o HUJBB, projetou-se a visão de futuro de uma Instituição que buscará Ser um referencial público de formação acadêmica especializada e de prestação de serviços de alta confiabilidade em saúde na Amazônia (UFPA, 2004).

A partir de outubro de 2004, com a decisão da Controladoria Geral da União de absorção definitiva do HUJBB pela UFPA, foi extinta a unidade orçamentária do Ministério da Saúde e execução do inventário dos bens móveis e imóveis. A medida administrativa fez-se necessária, para que o patrimônio do Hospital pudesse ser absorvido pela UFPA.

Ainda em 2004, depois de ser avaliado com critérios rigorosos por uma Comissão Interministerial, o HUJBB foi certificado como Hospital de Ensino da UFPA. Em 2008, aprovou-se o Regimento do Hospital Universitário João de Barros Barreto, através da Resolução nº 652, de 15 de setembro de 2008, assinado pelo Reitor da UFPA, Prof. Dr. Alex Bolonha Fiúza de Mello.

Esta categoria possibilitou a caracterização da trajetória evolutiva do HUJBB. As entrevistas com as enfermeiras aposentadas possibilitaram o conhecimento da relevância da organização da CNCT, que nas décadas de 1970 e 1980 deu base para a estruturação deste Hospital, principalmente, no que tange a sua organização como Hospital de Ensino da UFPA.

Desse modo, houve a necessidade de trazer o contexto histórico do Hospital e situá-lo na atualidade, seu envolvimento junto ao REHUF, para atender a um dos princípios da PCA denominado **expansibilidade**. Este princípio que diz respeito à ampliação ou alargamento das questões tipificadas na problematização do objeto de estudo, que dizem respeito ao cuidar, a gestão do cuidado e à assistência ou educação em saúde.

Trentini e Paim (2004 p 25), ao afirmarem que, na PCA, “o pesquisador assume o compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no campo estudado”, remetem a um sujeito historicamente situado, que se ilumina da contextualização do passado, para que este sirva de compreensão para o presente e futuro.

Desde a inauguração do Hospital, ainda como Sanatório, as enfermeiras tiveram participação marcante na consolidação De suas metas e objetivos. Foi a primeira Chefa do Serviço de Enfermagem no Sanatório, Enfa. Cleuza, que iniciou as atividades assistenciais no nível hospitalar, ao trazer dezesseis pacientes do dispensário Domingos Freire para internação.

As enfermeiras consideravam as diretrizes e normativas da CNCT, “uma estrutura perfeita” (EA4). Por seu envolvimento e conhecimento técnico, elas participavam ativamente dos desígnios do Hospital, atuando nas diversas comissões

de trabalho, inclusive na preparação da infraestrutura para atuar como hospital de ensino, centro de pesquisa e como instituição de referência.

A contextualização neste capítulo permite ainda uma aproximação com o ambiente, um dos conceitos centrais da teorização de Horta (1979, p.28). Ele é considerado por esta autora “como um dos elementos do universo que se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres e por leis gerais que regem os fenômenos universais”.

Neste enfoque, ao se projetar o Sanatório Barros Barreto, dentro de uma concepção ambiental da época que apontava a necessidade de situar este tipo de instituição junto à natureza, planejou-se sua inserção dentro de um parque de eucaliptos e jardins cuidadosamente plantados, inclusive com uma área de plantas medicinais que favoreciam, na década de 70, o tratamento da tuberculose e que, atualmente, são parte das terapias alternativas para os pacientes hospitalizados.

Atualmente, a natureza em torno do Hospital é usada como espaço privilegiado para as atividades dos profissionais da psicologia, terapia ocupacional, nutrição e outros. A arquitetura dos setores de internação do Hospital apresentava amplos corredores e enfermarias, pátios ou áreas de convivência, nas varandas, que permitem aos pacientes e acompanhantes tomarem banho de sol, fazerem as refeições juntos e participar de ações educativas promovidas pelos vários profissionais que trabalham a Clínica Cirúrgica.

Meleis (2007) defende a importância do ambiente como foco central para as intervenções de enfermagem e pressupõe a pessoa e o ambiente em constante interação, reconhecendo as alterações como forma de mudança integral e simultânea às transformações do outro.

Nesse passo, “o objetivo da intervenção de enfermagem é promover, manter, regular, ou mudar o ambiente e / ou os processos de vida das pessoas para efetuar mudanças em um ou em ambos”. Assim concebida a interação, no Hospital em estudo atende-se à exigência desde a origem, visto que seu perfil atende a doenças endêmicas e negligenciadas e surtos infecciosos característicos ou não da Amazônia.

Os profissionais atuantes nessa instituição mantiveram-se atentos às adversidades, para que pudessem realizar um atendimento eficaz dos pacientes

internados. Por exemplo, a epidemia de cólera⁸ em 1991 levou a uma reflexão sobre os cuidados e as maneiras pelas quais a Enfermagem poderia contribuir para a manutenção da saúde de pessoas que experimentaram este evento devastador. Uma das experiências exitosas do Hospital foi o estabelecimento da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa, que dinamiza o Setor de Educação Permanente, com a realização de cursos, oficinas e treinamentos constantes, voltados para os problemas adversos do perfil epidemiológico da região.

As novas exigências do Sistema Único de Saúde, criado nos anos 1990, constituíram excelente oportunidade para o HUJBB avançar em aspectos organizacionais decisivos à modernização, o que persiste como desafio atual.

3.2. CATEGORIA I. A DINÂMICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E SEUS PROFISSIONAIS

O Serviço de Enfermagem na realidade organizacional do HUJBB constitui-se como um dos principais segmentos no contexto do Hospital. Na década de 70, a equipe de enfermagem atuava no contexto multidisciplinar da equipe de saúde. Nela, a Enfermagem era valorizada devido à atuação, conforme expressado nas unidades de registros extraídas dos depoimentos das entrevistas apresentadas na continuidade do estudo.

Para compor esta categoria, foram utilizados os recortes relacionados: a) Composição da equipe de enfermagem; b) Supervisão de enfermagem; c) Auditoria de enfermagem; d) Manual de Normas e Rotinas de Enfermagem; e, e) Atividades de ensino e pesquisa de enfermagem.

Considerando o organograma ou modelo de organização do Hospital em seus primórdios, predominava o modelo de enfermagem preconizado pela CNCT; ou seja, o modelo biomédico, que atendia às premissas desenhadas pelo então Diretor do DNT / MESP, Dr. João de Barros Barreto (BARREIRA, 1992).

No período de 1959 a 1976, para atender a demanda do Hospital, a lotação de pessoal era formada por 393 servidores vinculados ao Ministério da Saúde e à Campanha Nacional contra a Tuberculose, 53 (cinquenta e três) servidores

⁸ A epidemia de Cólera ocorreu, pela segunda vez, em 1991, levando a morbidade de 1.495 habitantes e à mortalidade de 1.045 pessoas (BELTRÃO, 2007).

vinculados à Secretaria de Estado e Saúde Pública do Pará (SESPA) e, 7 (sete) servidores do INAMPS, totalizando 453 funcionários.

A equipe de enfermagem, basicamente era composta por: enfermeira, auxiliares e atendentes de enfermagem, bem como profissionais de apoio: agente administrativa e funcionários do serviço de limpeza, como exposto a seguir:

Tínhamos a chefe de enfermagem e as supervisoras de enfermagem das clínicas. Todos os setores tinham enfermeiras (EA1).

Naquela época não tinha a figura do técnico de enfermagem. Era somente auxiliares de enfermagem (EA2).

Na estrutura hierárquica do SBB e HBB, o Serviço de Enfermagem dispunha dos cargos de Chefe e Supervisoras. A partir da transição do HBB para HJBB e com sua vinculação à UFPA e dos processos de reestruturação resultantes, o Serviço de Enfermagem passou a ser denominado de Divisão de Enfermagem, ocupado por uma Diretora. Conforme recordou uma das entrevistadas:

Na época que eu entrei, em 1964, já existia uma chefia de enfermagem no Hospital, que era a enfermeira Dejanira. Mas, em 1959 a chefia de enfermagem era a Enfa. Cleusa. Lutou muito pela enfermagem (EA4).

Quando eu entrei [no Hospital] em 1964 já havia uma estrutura funcional do Hospital e, nessa época, já existia uma chefia de enfermagem que era a Enf. Dejanira (EA1).

O organograma do HJBB no período de 1976 a 1990, de acordo com as determinações do MS, estava assim representado (HUJBB, [199.]):

1. Diretoria: ocupada por médico do quadro de pessoal existente;
2. Três Departamentos: atividades administrativas, atividades assistenciais e atividades auxiliares.

2.1. Departamento de Atividades Administrativas: ele estava organizado em 2 (duas) Divisões: a Administrativa e a de Apoio Administrativo; e, 10 (dez) seções. O quadro de lotação desse departamento alocava 171 servidores. Porém, nele só existiam 86 funcionários alocados;

2.2. Departamento de Atividades Assistenciais: ele estava composto por 3 (três) divisões: a Médica, a de Enfermagem e a Técnica de Apoio; e, por 20 (vinte) seções. A capacidade de lotação de funcionários neste Departamento era de 566. Entretanto nele, a alocação naquele momento era de 283 servidores.

2.3. Departamento de Atividades Auxiliares: ele estava constituído por 2 (duas) Divisões: a de Desenvolvimento de Recursos Humanos e a de Atividades Especiais; e, por sete (7) seções. A capacidade de lotação neste Departamento era de 35 funcionários. Entretanto, a lotação naquela época era de 13 servidores.

No entanto, para a concepção de atendimento de pacientes com tuberculose, uma clientela restringida pelos problemas de finalização da estrutura física, os profissionais da época avaliaram a possibilidade de realizar atendimento multiprofissional de qualidade, conforme os relatos das enfermeiras aposentadas a seguir:

(...) Nós viemos de uma estrutura perfeita, que era a Campanha Nacional contra a Tuberculose. Assim como hoje tem a Fundação SESP, naquela época era a Fundação SESP. Tudo já existia pronto e nós só íamos burilando e adequando (EA4).

Nessa época [anos 70], também, existia uma boa integração entre a equipe de enfermagem e as outras profissões como, o médico (EA1).

Havia também, naquela época [anos 80], uma reunião mensal com toda a equipe de saúde, enfermeiras, médicos, assistentes sociais (...) (EA2).

Levando em consideração o déficit relativo ao número de funcionários existentes desde a década de 70 e a qualidade de atendimento exigida pela CNCT, o estudo clínico realizado pela equipe multiprofissional de nível superior representava estratégia de integração entre a equipe, sendo os pacientes avaliados e seu tratamento definido dêem consonância com conhecimentos existentes à época. Os depoimentos a seguir, enfatizam essa experiência.

Fazíamos estudo de caso de paciente e essa reunião era toda segunda-feira no Centro de Estudos do Hospital (...). Tinha como objetivo, discutir todos os casos clínicos de pacientes internados. Todos participavam do trabalho (EA1).

Tanto que, a enfermeira sabia até fazer leitura de raio X de tórax. Me lembro que quando cheguei, tive que passar por uma adaptação, pois as exigências e estudos eram muitos (EA2).

Nessa perspectiva, a valorização da Enfermagem na sociedade paraense, nas décadas de 70 e 80 resultou do trabalho empreendido pela gestão das enfermeiras daquele período. Ao lançarem mão das ferramentas organizacionais da CNCT, as enfermeiras angariaram respeito e imprimiram qualidade ao Serviço de Enfermagem do HBB, que se estendeu ao HUIBB. Com esse tipo de estrutura de trabalho, a enfermagem é considerada ponto forte do Hospital até os dias atuais.

Para chegar a esse patamar, o perfil de enfermeira desejado pela CNCT, além do treinamento técnico-científico para as novas funções, implicava a formação de um grupo mais ou menos homogêneo, pela impregnação dos ideais da Campanha, o entusiasmo pela luta contra a tuberculose, o espírito de lealdade ao grupo e a fidelidade à Instituição, ou seja, aquilo que era denominado “a mística da Campanha” (BARREIRA, 1992).

Conforme relato de entrevistadas:

O trabalho era grande. Mas, o Hospital era muito bom! Era de referência. Era respeitado e a Enfermagem era forte. Nós tínhamos autoridade, porque o grupo era coeso e a diretoria valorizava o nosso serviço e dava autoridade para a gente agir, fosse com relação a lavanderia ou no serviço de manutenção (EA1).

A Enfermagem do Hospital era respeitada e considerada a “mola mestra” do Hospital e tinha um diretor que dizia que “quando a enfermagem vai prá baixo, todo o Hospital também vai” (EA4).

Acerca da supervisão em enfermagem, segundo tema desta categoria, Barreira (1992) relata que, nos Sanatórios e Dispensários, era adotado o modelo de gestão da CNCT, no qual a supervisão era bastante rígida e impessoal seguindo em grande parte, os protocolos determinados pela CNCT. Ao lado disto, a Enfermagem do SBB apresentava-se no mercado de trabalho como um pólo de atração para enfermeiras, devido a sua excelência organizacional, concepção moderna da profissão de enfermeira e das atraentes condições de trabalho. Por conseguinte, tanto como SBB e HBB, as enfermeiras supervisoras detinham status mais elevado na coletividade da Instituição, além de atuarem em Hospital com vínculo federal. Desempenhavam importante papel na Chefia de Enfermagem da área assistencial, pois, foram *funcionárias que além de já terem sido executoras da tarefa, comungavam com os princípios organizacionais* (p. 193).

Esta análise alcança reforço quando se reflete sobre o relato a seguir, quando trata do compromisso das enfermeiras com os objetivos institucionais do cuidado centrado no paciente:

A supervisora de enfermagem era mais voltada para gestão da assistência de enfermagem e viabilização da logística da clínica. Ela não fazia tanto trabalho administrativo como agora (EA2)

O perfil profissional da supervisora era diferente daquele de uma enfermeira de um serviço de saúde. Uma das diferenças mais importantes era a necessidade

de ter uma visão, ao mesmo tempo, ampla e detalhada do seu campo de trabalho; de cada atividade desenvolvida nos serviços de saúde, da avaliação geral da unidade e compreensão geral do programa de controle da tuberculose, ainda que sob um prisma tecnicista (BARREIRA, 1992).

Ademais, todas as enfermeiras aposentadas, participantes deste estudo, desempenharam a função de supervisora de enfermagem, com exceção de uma que não exerceu o cargo de Chefe do Serviço de Enfermagem do SBB e HBB.

Assim, além de atentar para o provimento e organização de recursos materiais, precisava empenhar-se em questões relacionadas ao dimensionamento de pessoal, de tal forma que pudessem garantir as escalas de serviço com equipes bem estruturadas, no sentido de fomentar a expressão de habilidades, competências e os recursos de todos os seus membros, planejar suas atividades, ser sistêmica no seu processo decisório e de resolução de problemas.

As escalas do Serviço de Enfermagem eram instrumentos elaborados previamente ao mês subsequente, considerando-se as situações de licenças ou férias dos servidores, carga horária de trabalho mensal e semanal, jornada de horas de trabalho divididas em turnos e as folgas cabíveis, entre outros elementos (SANTANA, 2010). No SBB, a elaboração da escala de serviço de todas as categorias profissionais era de responsabilidade da Chefia do Serviço de Enfermagem. Neste sentido, pronunciou-se uma das entrevistadas:

Todas as escalas de serviço eram feitas pela Chefia de Enfermagem que, se possível, atendia aos pedidos que fossem encaminhados nos "bilhetinhos". Tinha um período do mês para que os funcionários fizessem os seus pedidos e depois a enfermeira encaminhava para a chefia esses pedidos para escala do mês subsequente (EA4).

A partir da mudança para HJBB, mais especificamente no início dos anos 1990, somente as escalas de serviço das enfermeiras ou da categoria de nível superior ficaram sob incumbência da Chefia de Enfermagem e as escalas de serviço de enfermagem do nível médio passaram a ser realizadas pelas supervisoras, conforme assinalam os relatos a seguir:

A escala de enfermagem era feita pela chefia de enfermagem e as enfermeiras supervisoras faziam somente as escalas de seus auxiliares. Tinha rodízio e ainda a enfermeira que era substituta de folga (EA1).

Já existia a figura da agente administrativa e com isso, a enfermeira ficava mais na assistência ao paciente. Porém, atendendo a solicitações das supervisoras passamos as escalas da equipe de enfermagem para as

supervisoras [pelo fato de exercer o cargo de Chefia de Enfermagem essa depoente teve a iniciativa de estabelecer que à partir de 1992, as supervisoras passassem a elaborar a escala de enfermagem do nível médio] (EA2).

Desde sua inauguração, a instituição realizou seleções ou concursos públicos para a admissão de servidores com o vínculo empregatício do governo federal, tanto como SBB, HBB ou HJBB e como HUJBB. Desse modo, até 1990, os servidores deste Sanatório ou Hospital eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e após, regidos pela Lei nº 8112 de 11/12/1990, com carga horária de 40 horas semanais, operacionalizadas por plantões de seis horas e meia de duração nos dias úteis e plantões de doze horas, nos finais de semana, feriados e serviço noturno. Conforme HUJBB (2004):

A Constituição de 1988 prescreveu que os servidores públicos de todos os entes federados seriam regidos por um regime jurídico único, e assim, afastou o regime celetista, que era uma prática comum nos anos 70 e 80. Em consequência, o Governo Federal, no início da década de 90, realizou a conversão dos funcionários celetistas que integravam seus quadros em servidores estatutários, adequando-se a exigência constitucional.

Nos dias úteis, a carga horária de trinta minutos ao final de seis horas de trabalho destinava-se à passagem de plantão. Os relatos a seguir demonstram essa forma estrutural de trabalho:

Nós éramos da carga horária de quarenta horas semanais e trabalhávamos no plantão de seis horas e meia. Então, completávamos nossa carga horária com plantão no fim de semana. Desse modo, a supervisora tinha mais tempo de ficar na unidade (EA1).

Tinha enfermeira para todos os horários e nos finais de semana era uma enfermeira por plantão para todo o Hospital, com exceção do CTI, mas todas faziam o plano de cuidados (EA2).

Vale ressaltar que as Chefes do Serviço de Enfermagem e Supervisoras de Enfermagem do Hospital do período em estudo, sempre zelaram pela infraestrutura necessária ao desenvolvimento das atividades das funcionárias que compunham o Serviço de Enfermagem. Nesse sentido, os aspectos relacionados a uniformes, condições para higienização dos servidores, vestiário com banheiros e sanitários condizentes em número suficientes eram oferecidos regularmente.

Devido ao perfil nosológico do Hospital, os servidores eram orientados ao uso do uniforme no horário de trabalho. Ao final de seus plantões, deveriam deixá-los em

recipientes adequados, localizados nos vestiários, conforme o relato apresentado a seguir:

Todos os funcionários que atuavam na assistência direta ao paciente, recebiam três mudas de uniformes, para uso Hospital, durante os plantões. Ao final de cada plantão, devíamos tomar banho, deixar o uniforme nos cestos para lavagem pela lavanderia do Hospital e sair (EA1).

A demarcação de um espaço físico no andar térreo para Enfermagem na área administrativa do Hospital representou o reconhecimento pelo trabalho, o que se mantém até os dias atuais. É conhecido como “aquário” por causa de suas paredes de vidro que separam este local das demais dependências:

No “aquário”, que era anexo a sala da Chefia de Enfermagem, era o lugar que nos reuníamos para estudar, discutir os casos e fazer a passagem de serviço e ainda pequenas reuniões (EA4).

Na nossa época, tínhamos um local que se chamava “aquário” que era usado para discutir os nossos trabalhos e todo mês tinha uma reunião com todos os enfermeiros e a chefia de enfermagem para avaliação do serviço e comunicações em geral (EA1).

A avaliação de enfermagem, tanto dos profissionais de nível superior, como dos de nível médio também era responsabilidade da Supervisora de Enfermagem. Os princípios básicos considerados para a avaliação de enfermagem mesclavam a disciplina à mística do servir, aos princípios éticos nightingaleanos e a uma inspiração taylorista. Os critérios de avaliação adotados na formação ilustram estes princípios. Assim, aqueles relacionados à disciplina, a aparência da aluna, a pontualidade e assiduidade também faziam parte da avaliação de enfermagem dos profissionais do HUJBB (BARREIRA, 1992). No âmbito da sociedade belemense, o trabalho das enfermeiras do HBB era comparado ao regime militar, devido à autoridade e severidade na cobrança do cumprimento das normas e rotinas nas atividades desenvolvidas no único hospital federal do Estado do Pará. Os depoimentos a seguir refletem aquela realidade:

Mas, ainda falando do nosso trabalho, ocorria a avaliação das enfermeiras, que era diferente da avaliação da auditoria (EA1).

Existia uma ficha de avaliação do nosso trabalho, com tudo quanto era critério: desde a postura, assiduidade, pontualidade, aparência; enfim, era uma avaliação bem rígida. A cada mês, era feito essa avaliação e nós tínhamos uma nota e, até parecia que éramos colegiais. Esses conceitos iam todos, nessa época, para o Rio de Janeiro e, periodicamente vinha uma supervisão de lá, ligada a Campanha Nacional contra a Tuberculose, para

avaliar o trabalho da Enfermagem. Nós éramos avaliadas pela chefia de enfermagem (EA1).

Por outro lado e ainda em relação à avaliação, a chefia do Serviço de Enfermagem, recorria à avaliação do serviço para ajustar, adequar e proporcionar aos pacientes o cuidado de enfermagem eficiente e eficaz e assim, manter o padrão de assistência prestado pelo Hospital.

Na época sempre tinha uma avaliação sobre o que estava dando certo ou não e assim ia se ajustando. [Essa avaliação era feita pela chefia de enfermagem?] Sim! A chefia [de enfermagem] chamava as supervisoras para fazer esta avaliação. Essa avaliação era feita periodicamente para se fazer os ajustes porque, na verdade, cirurgia, pediatria tem suas especificidades (EA2).

Todas as mudanças que nós queríamos fazer para melhoria do serviço [de enfermagem] tinha que ser em reunião, discutido em grupo para depois passar para a Diretoria [da Divisão de Enfermagem] (EA1).

Seguindo os moldes da estrutura que era considerada “perfeita (EA4)”, o Manual de Normas e Rotinas em Enfermagem, terceiro tema desta categoria, foi elaborado seguindo as determinações da CNCT. Com a evolução do tratamento da tuberculose e admissão de pacientes com outras patologias no Hospital, este manual foi revisado e atualizado. Os recortes apresentados a seguir ilustram a evolução pretendida:

Trabalhávamos na Pneumologia, com as rotinas elaboradas pela Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Para as outras doenças, por exemplo, a meningite, não existia essas rotinas. Somente existiam os infectologistas e algumas enfermeiras que foram treinadas para essa clínica (EA1).

Tínhamos o Manual de Enfermagem para cada clínica. Esse Manual era a nossa arma. Tudo era anotado. Veio uma enfermeira de Recife, a Enfa. Marta, para nos ajudar na organização dos manuais (EA4).

Cada clínica e cada setor tinham uma cópia do Manual de Normas e Rotinas para consulta. Havia avaliação sobre o que precisava melhorar se precisava acrescentar ou retirar cuidados e tratamentos, se tinham surgido novas patologias. E, aí tinha que adequar e atualizar esse manual (EA2).

A rotina de enfermagem na década de 70 foi organizada pela primeira Chefe do Serviço de Enfermagem e aperfeiçoada por suas sucessoras, conforme os recortes apresentados abaixo:

(...) Em 1959, quando foi inaugurado [o Hospital] era chefiado pela Enfa. Cleusa Passos. Ela era uma batalhadora. Ela colocou um respeito muito grande pelo Serviço de Enfermagem. (EA1).

Clêuza Passos da Silva, enfermeira, formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) em 1945, do Rio de Janeiro, foi entrevistada pela Jornalista Roberta Villanova, da Assessoria de comunicação da UFPA, por ocasião das comemorações dos 44 anos do HUIBB, em agosto de 2003 para um documentário sobre os primeiros diretores desse Hospital. Assim, ela deixou registrado em vídeo e nos anais desse evento, alguns fatos históricos sobre a época da inauguração do Hospital e teve seu trabalho e dedicação reconhecidos. A íntegra dessa entrevista encontra-se no anexo G.

Clêuza Silva, depois de concluir o curso colegial no Colégio Estadual Paes de Carvalho em Belém do Pará, deu o primeiro passo para alcançar o que desejava, ao fazer um curso de preparatório em enfermagem, oferecido pelo Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Após a conclusão, em 1945, teve a oportunidade de ir para Macapá, onde o governo federal precisava de profissionais de saúde. Na época, o governo do Amapá construía o Hospital Geral do Território Federal do Amapá e portanto, precisaria de enfermeiras formadas em curso superior. Dessa forma, o então interventor do Amapá, Capitão Janary Gentil Nunes, encaminhou Clêuza para fazer o Curso de Enfermagem na EEAN, no Rio de Janeiro, onde foi aprovada e recebida pela então diretora, Laís Netto dos Reys.

A Enfa. Clêuza recebeu uma missão importante da Profa. Laís: precisava voltar a Macapá para organizar o Serviço de Enfermagem do Hospital Geral. Depois de três anos e meio de trabalho, ela retornou ao Rio Janeiro, onde passou a trabalhar no Conjunto Sanatorial de Curicica/Jacarepaguá / RJ, adquirindo bastante experiência no Serviço de Cirurgia Torácica, o que seria de grande valia para o seu futuro profissional no Barros Barreto.

Em 1953, Clêuza, seu marido e filha de cinco anos voltaram para Belém, quando começou a trabalhar no Hospital Domingues Freire (HDF), que funcionava na mesma área de construção do Sanatório de Belém e atendia pessoas com tuberculose. Desde então, começou a preparar os serviços do Sanatório de Belém e para onde seriam transferidos os doentes do HDF.

Apesar de trabalhar desde 1955, como chefe do Setor de Enfermagem, ela só foi oficializada como servidora da CNCT em 27 de fevereiro de 1960. Sempre que podia, participava de cursos e eventos científicos como o Curso de Liderança e Supervisão em Administração Hospitalar, no Rio de Janeiro, em 1962, e o XXX

Congresso Brasileiro de Enfermagem, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem, em Belém, 1978. Clêuza Passos da Silva se aposentou em 1977, mas precisou continuar trabalhando até 1981 principalmente, na área de treinamento de Nutrição. Faleceu em 26 de maio de 2009.

Nessa perspectiva e seguindo o modelo preconizado pelo MES, o Serviço de Enfermagem adotou postura rígida na condução de suas atividades, como retratam os depoimentos apresentados a seguir. Como se pode inferir, trata-se de relatos permeados de orgulho ao pertencimento da Enfermagem de uma época de muito trabalho, respeito e reconhecimento pelo trabalho de equipe desenvolvido. Consideravam que: *A enfermagem era a mola mestra do Hospital (EA3).*

O [Hospital] Barros Barreto sempre esteve na vanguarda das coisas. Era considerado modelo de administração pública. Os médicos de fora, diziam que só entrava na Enfermagem quem era bom! Eles achavam que nós escolhíamos as melhores profissionais da cidade. Esse respeito nos abria as portas [explique melhor?] Era assim: quando íamos a outros lugares e as pessoas sabiam que éramos do Barros Barreto, eles diziam: “Ah, essas são boas”. A Instituição era respeitada e a Enfermagem seguia a mesma linha. De vez em quando ouço dizer que as coisas mudaram muito. O Barros Barreto era a nossa casa (EA4).

Uma das atividades do Manual de Normas e Rotinas, realizada desde a década de 70 até meados dos anos 90, era a transcrição da prescrição médica para o cartão de medicação, pois o tratamento da tuberculose era baseado nos protocolos clínicos preconizados pela CNCT. Os depoimentos a seguir caracterizam essa atividade:

O médico prescrevia no prontuário do paciente e nós [enfermeiras] transcrevíamos para o cartão de medicação que, conforme a medicação tinha uma cor padronizada (EA3).

(...) Aquele cartão era de acordo com a cor da medicação. Por exemplo, a transcrição da Streptomina era feita em cartão de cor branca; o cartão de cor laranja era para os medicamentos de segunda linha e verde, se não me engano, para as medicações via oral. (EA1).

E nós transcrevíamos a prescrição de medicamentos de sexta-feira para sábado, domingo e feriado. Caso tivesse alguma intercorrência, o médico [da triagem] era acionado (EA3).

Ainda como rotina de enfermagem, a enfermeira-assistente organizava a escala de tarefas; ou seja, a distribuição de leitos por auxiliar de enfermagem considerando-se as situações de dependência do paciente. A exceção desse critério eram as atividades relacionadas a curativo e encaminhamentos de pacientes para

exames, como tarefas específicas delegadas a um ou mais auxiliares de enfermagem.

Esse modelo assistencial caracteriza o “padrão funcional” de prestação de cuidados de enfermagem. Ele se desenvolve a partir da divisão de tarefas e a quantidade de procedimentos a serem realizados. Emergiu em meados de 1930, inspirado pelas teorias administrativas científica, clássica e burocrática, cujos fundadores foram Taylor e Fayol. Transferido para o contexto hospitalar, permitia o atendimento de um número elevado de pacientes, além de possibilitar o acompanhamento do avanço tecnológico (BITTENCOURT, 2007 p.21). Os relatos a seguir demonstram essa forma de organização das atividades:

A escala de tarefas era organizada pela enfermeira. A escala dos curativos também tinha a relação dos curativos limpos e contaminados, da medicação oral e endovenosa e dos cuidados diretos nos leitos. As tarefas diárias para atender todas as necessidades do pacientes, eram listadas nessa escala (EA1).

O médico prescrevia no prontuário do paciente e nós transcrevíamos para o cartão de medicação (...). Nesse cartão, nós acrescentávamos os outros cuidados que o paciente precisava: curativo, mobilização, oxigenoterapia ... Enfim, o que o paciente precisasse (EA3).

O horário de administração de medicação era padronizado em rotina hospitalar e o que os auxiliares faziam era supervisionado pela enfermeira (EA1).

Tinha um gráfico, onde as enfermeiras acompanhavam todos os dias os pacientes considerados virgens de tratamento, por um ano, ou seja, os médicos prescreviam e nós transcrevíamos para o cartão de medicamentos e passávamos para o auxiliar que após preparar a medicação, colocava esse cartão na bandeja contendo as medicações e seguia para administrar. E, depois na papeleta única, eles checavam o que foi feito (EA1).

A enfermeira na sexta-feira tinha que deixar tudo programado quanto a recursos materiais, uma vez que não funcionava farmácia [no final de semana e feriados]. Os recursos materiais eram centralizados no almoxarifado, que atendia ao pedido das unidades num determinado dia da semana, criando acúmulo desses materiais nas unidades de enfermagem (EA3).

Bittencourt, (2007 p. 23) caracteriza que, no padrão funcional, algum integrante da Enfermagem verifica os sinais vitais, outro cuida do banho do paciente, mais um administra o medicamento, outro transporta o paciente para exames ou procedimentos cirúrgicos, sem qualquer interação intencional com os colegas. Nesse padrão, a composição da equipe de trabalho é representada em maior número por profissionais da enfermagem de nível médio, que serão designados para os procedimentos por uma (um) enfermeira(o).

No entanto, as enfermeiras entrevistadas julgavam importante ter o olhar para a totalidade dos serviços de enfermagem, equacionar problemáticas dos setores e estar em contato com a equipe. Resumiam as atividades realizadas na passagem de plantão que também se encontrava normatizada.

Santana (2010) considera a passagem de serviço ou passagem de plantão, um mecanismo regular de coordenação, que caracteriza a continuidade ou ininterrupção das atividades assistenciais do sistema de enfermagem.

Segundo as normas do Serviço de Enfermagem do Hospital, enquanto era Sanatório até os dias atuais, esta passagem deve ser realizada ao final dos turnos, através do relato da síntese de ocorrências de um período de trabalho para o outro, quando são destacadas soluções para os problemas surgidos e aqueles ainda pendentes de solução.

Nesse sentido, como a escala de serviço dispunha de duas enfermeiras por clínica, a passagem de plantão de enfermagem até 2002 era realizada de duas maneiras: uma enfermeira recebia o plantão da colega do plantão anterior na chefia de enfermagem e a outra recebia o plantão na clínica da enfermeira do plantão anterior, conforme relatos a seguir:

Todos os dias essa escala [de serviço] era revisada e a passagem de plantão era rigorosa. Para você ter uma idéia, se na hora da passagem de plantão, a enfermeira avaliasse que o cuidado de enfermagem de determinado paciente não foi bem feito no plantão anterior, ela chamava aquele auxiliar de enfermagem e o fazia botar o uniforme e vir fazer o serviço direito (EA4).

A passagem de serviço ou de plantão era o relatório dos pacientes considerados graves (EA4).

A passagem de plantão era feita nesse “aquário”. Na passagem de plantão, nós colocávamos os pacientes que eram mais graves e fazíamos o relatório do plantão noturno e do dia (EA1).

Cada enfermeira subia para a unidade de internação para receber o plantão naquela meia hora destinada a esse fim (EA1).

Enquanto SBB, a rotina de enfermagem no período noturno, final de semana e feriados focalizava a gerência do Hospital. A enfermeira responsabilizava-se pelo andamento de todas as atividades do Sanatório, incluindo as de enfermagem, enquanto que o médico plantonista, que ficava no setor de triagem, era acionado para atender intercorrências graves, ou que fugiam do protocolo da CNCT, tal como exemplificado nas falas apresentadas a seguir:

Nos finais de semana, nós sofriamos, porque os médicos não trabalhavam no fim de semana. E, nos sábados e domingos, a enfermeira pegava todas as prescrições médicas de sexta-feira e transcrevia para sábado e domingo. Isso era uma rotina do Hospital (EA1).

A noite era uma enfermeira para atender a clínica e o 2º Oeste [clínica cirúrgica]. Era uma enfermeira para atender a clínica cirúrgica e a unidade de terapia intensiva. Porém, como era [só] tuberculose, dava para atender (EA1).

Esses pacientes tinham poucas intercorrências, a não ser os escarros hemoptóicos, e como era um Hospital para tuberculosos composto de três andares e 180 leitos [1959 a 1976], dava para a gente atender, mesmo trabalhando muito (EA4).

Nesses momentos específicos de finais de semana, feriados e período noturno às enfermeiras cabia representar a coordenação da enfermagem e a administração central do Sanatório, participando da tomada de decisão gerencial em consonância com o planejamento institucional. Elas substituíam ainda, dentro de seus limites, algumas categorias profissionais, como o Serviço Social que não se fazia presente durante esses períodos, embora persistisse a demanda para este trabalho. Assim, para que situações não ficassem sem resolutividade, as enfermeiras acumulavam funções.

No tocante à auditoria em enfermagem, quarto tema desta categoria, Motta (2003) a considera como forma de avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente, pela análise dos prontuários e o acompanhamento do cliente “in loco”. De outro ângulo, a auditoria é considerada como a avaliação e revisão detalhada de registros clínicos selecionados por profissionais qualificados para verificação da qualidade da assistência de enfermagem.

O HBB, seguindo o modelo de gestão da CNCT, foi uma instituição de vanguarda na região norte, por implantar uma Comissão de Auditoria para o Hospital, com representações da Enfermagem e de outras categorias profissionais atuantes na instituição em sua composição:

Existia o Serviço de Auditoria, que foi implantado por esta equipe, inclusive, com a Enfa. Socorro Gabriel e eu que ficava com um grupo de pacientes para analisar as nossas evoluções de enfermagem. Fui presidente da Comissão de Auditoria em Enfermagem do HBB e ainda participei, como membro, da Comissão de Auditoria multiprofissional, em 1983 (EA4).

Existia um serviço de auditoria de enfermagem, no qual as colegas responsáveis por esse trabalho eram conhecidas como “auditoras de enfermagem” (...), que ficavam com um grupo de prontuários de pacientes para analisar as nossas evoluções (EA1).

Qualquer método de auditoria de enfermagem deve ser guiado por objetivos claros que identifiquem os pontos fracos do serviço ou da instituição. Na época, a Comissão de Auditoria em Enfermagem utilizava amostra de 10% dos prontuários para avaliação, selecionados aleatoriamente, conforme exemplifica o recorte a seguir:

Esses prontuários eram escolhidos de maneira aleatória e tinha um ou dois dias que a gente se reunia para avaliar esses prontuários (EA2).

Atualmente, a Comissão de Auditoria foi substituída pela Comissão de Revisão de Prontuários, ligada hierarquicamente à Divisão de Arquivo Médica e Estatística (DAME) do Hospital. Ela é composta por três enfermeiras e uma médica que avaliam mensalmente 20% dos prontuários de pacientes que receberam alta hospitalar e todos os prontuários de pacientes que evoluíram para óbito. Essa avaliação qualitativa segue roteiro adotado pela Comissão e os relatórios emitidos são encaminhados a todos os chefes das coordenadorias e divisões existentes no organograma do Hospital. Os resultados da auditoria eram divulgados em reuniões do corpo clínico da Enfermagem.

O quinto tema desta categoria aborda a Educação Permanente no Hospital, considerando que as relações profissionais nos sanatórios e hospitais ligados a CNCT eram no sentido “de uma relação hierárquica, de poder, pela atividade, mas também pelo conhecimento de toda a dinâmica de diagnóstico e tratamento da tuberculose” (BARREIRA, 1992).

Como parte da gestão institucional, a organização de grupos de estudo por categoria profissional e em equipe multidisciplinar e a participação em cursos e treinamentos era requisito do modelo adotado, caracterizando o que atualmente se designa como Educação Permanente. Os exemplos abaixo esclarecem este aspecto:

Tínhamos a prática e estudávamos muito para ter embasamento e poder discutir sobre dimensionamento de pessoal, cálculo de medicação e previsão de material Hospitalar (algodão, gaze, antissépticos, esparadrapo e outros) (EA3).

Tínhamos que passar noventa dias treinando para fazer uma prova seletiva interna e depois disto é que vinham as supervisoras da Campanha Nacional de Tuberculose fazer nossa avaliação junto com a chefia de enfermagem do Hospital (EA1).

Afora o investimento do Hospital em grupos de estudos internos, seus profissionais eram motivados a passar por treinamentos fora do Estado. Essa qualificação profissional nos anos 1970 tinha como objetivo a atualização dos programas realizados no Hospital, conforme mostra o relato apresentado a seguir:

Os treinamentos no Hospital obedeciam a uma escala para vários profissionais: enfermeira, nutricionista, médico e assistente social, para ir ao Rio de Janeiro e participar por 90 dias de treinamento. Os primeiros 30 a 45 dias eram de aulas teóricas e o outro período eram atividades práticas. Eu participei do treinamento em 1979. Todos eram avaliados e apenas os que eram aprovados na teoria é que faziam as atividades práticas. As práticas eram realizadas em hospitais de outros estados. Eu, por exemplo, fui para Natal por trinta dias (EA1).

A Educação Permanente, como política de saúde, passou a ser incorporada ao planejamento do HUJBB, desde a década de 70, configurando-se, segundo o Cecim (2005) como:

(...) atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, inserindo-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais; implicando a instituição e/ou setor da saúde, às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais (CECIM, 2005).

A síntese dessa categoria ressalta o tema da valorização profissional das enfermeiras. No período de 1970 - 1980, a valorização do trabalho de enfermagem era motivo de orgulho e satisfação.

As primeiras enfermeiras consideravam que “a Enfermagem do Hospital era respeitada e considerada a “mola mestra” do Hospital” (EA4). Isto ocorria pelo trabalho desenvolvido junto aos pacientes, família e comunidade, através do estudo em equipe e conhecimento técnico para implementação das ações de enfermagem.

Houve o relato de que “tínhamos autoridade, porque o grupo era coeso e a diretoria valorizava o nosso serviço” (EA1). Estas enfermeiras assumiam o Hospital nos finais de semana, nos períodos noturnos e nos feriados, bem como determinadas atividades junto ao paciente, como, a transcrição de medicamentos.

Ademais, não avaliaram tais atividades como subordinação ou exploração da categoria ou sobrecarga de trabalho. Ao contrário, pelos recortes das entrevistas apresentadas, as enfermeiras tinham o sentimento de “pertencimento” ao Hospital. E mais ainda, de que o sucesso obtido nas avaliações da gestão da CNCT e do

modelo assistencial implementado, também era fruto do trabalho desenvolvido por elas.

Trentini e Paim (2004, p.28) asseveram que um dos pressupostos da PCA é que “o profissional de saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza”.

Nessa perspectiva de análise, o legado das primeiras enfermeiras do HUIBB sustenta, ainda hoje, a visão da sociedade local de que a “Enfermagem do Barros Barreto é forte e competente” (EA5).

Horta (1979) define três tipos de sujeitos na enfermagem: o ser-enfermeiro, o ser-cliente e o ser-enfermagem. Conceitua a enfermeira ou o enfermeiro (ser-enfermeiro) como “gente que cuida de gente”. É um ser humano com todas as dimensões, potencialidades e restrições, como qualquer outro, distinguindo-se dos demais por conhecimentos, habilidades e formação como enfermeiro ou enfermeira.

Ao conceituar que a enfermeira distingue-se por conhecimentos, habilidades e formação, Horta defende que o trabalho seja desenvolvido através de método científico, propondo a utilização do PE.

Para Meleis (2007), a enfermeira deve desenvolver competências e habilidades para melhorar a prática diária, pois são as profissionais que passam mais tempo com os pacientes, incluindo a família; logo, podem “estabelecer um contexto de melhores cuidados e uma melhor compreensão das respostas do cliente”.

No HUIBB, antes da incorporação dos pressupostos de Horta e do PE, as enfermeiras aposentadas afirmaram que desenvolviam um processo de trabalho que valorizasse o seu fazer científico, ao prescreverem ações de caráter preventivo, curativo e de reabilitação aos pacientes portadores de tuberculose, inicialmente. Depois, foram incluídos os pacientes portadores de afecções do trato respiratório nestas prescrições. Elas utilizavam o impresso de prescrição médica, conhecido como “papeleta única” para registrar e aprazar suas intervenções para os pacientes, assim, atendendo outro preceito de Horta que apresenta as funções da enfermagem em três áreas: específica, interdependente e social.

A função assistencial específica da enfermeira realiza-se através do PE. Para as enfermeiras aposentadas, muitas atividades poderiam ser delegadas ao pessoal auxiliar. Entretanto, não se pode admitir delegação da responsabilidade profissional

de planejar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem ao paciente: “Para você ter uma idéia, se (...) a enfermeira avaliasse que o cuidado de enfermagem ao paciente não foi bem feito ela (...) fazia vir [o profissional para] fazer o serviço direito (EA4)”. Assim, eram as profissionais do Serviço de Enfermagem que originou a Divisão de Enfermagem atual e que se empenha para transformá-la em uma Coordenadoria de Enfermagem no organograma do HUJBB / UFPA.

3.3. CATEGORIA II. OS PACIENTES E A SAE ATRAVÉS DO PE

Esta categoria reflete a caracterização do paciente no SBB, seu fluxo e aspectos do cuidado de enfermagem a eles prestado. Retrata ainda a construção da SAE, os primeiros estudos e os impressos utilizados. Ela está composta dos seguintes temas: fluxograma do paciente cirúrgico na década de 70; transporte de pacientes; parto normal e as enfermeiras nos anos 70; o ponto de partida da SAE no HUJBB: a influência de Wanda Horta; Impressos do PE: 1) histórico de enfermagem e exame físico; 2) diagnóstico de enfermagem; 3) prescrição de enfermagem ou plano de cuidados; 4) evolução de enfermagem e, 5)– impresso para áreas especiais.

A hospitalização do paciente no Sanatório obedecia a normas e rotinas estabelecidas pela CNCT. Quando da inauguração do Sanatório, em 1957 e no início de seu funcionamento, em 1959, a Clínica Cirúrgica encontrava-se estruturada para cirurgias de pequeno porte, como as pleurotomias fechadas e abertas; em síntese, procedimentos cirúrgicos paliativos. Nos procedimentos que requeriam anestésias locais ou sedação, a abordagem era realizada pelos próprios cirurgiões. À época, não se realizavam procedimentos cirúrgicos torácicos de grande porte, pois eles exigiam intubação seletiva⁹, devido a falta de profissionais com essa capacitação.

⁹ Intubação seletiva ou ventilação seletiva consiste em ventilar um pulmão mecanicamente enquanto o outro é ocluído ou exposto ao ar ambiente. Esta técnica é utilizada a fim de permitir a visualização das estruturas intratorácicas e, assim, fornecer excelentes condições cirúrgicas, já que a adequada exposição pulmonar facilita a ressecção e reduz o tempo cirúrgico. A intubação seletiva foi descrita pela primeira vez em 1932, por Gale e Waters, que objetivavam a abertura do tórax e a manipulação dos pulmões cirurgicamente. As indicações para a ventilação seletiva podem ser divididas em dois grupos: indicações absolutas e indicações relativas. As indicações absolutas são: presença de hemotórax, hemorragias maciças, entre outras. As indicações relativas são: pneumectomias, lobectomias, ressecção de esôfago e toracoscopias (FERREIRA, 2004).

No entanto, em 1961 houve um investimento do Sanatório nesta área em profissionais e equipamentos para o Centro Cirúrgico e Centro de Terapia Intensiva e os pacientes encaminhados para a clínica cirúrgica passavam por vários exames e estudos, até que se definisse o procedimento cirúrgico indicado. Ressalte-se que o advento da anestesia para cirurgias torácicas de médio e grande porte ocorreu no Brasil em 1948 na cidade do Rio de Janeiro, 2011¹⁰.

Em Belém do Pará e, mais especificamente, no SBB, o ano de 1962, marca o início da cirurgia torácica de grande porte, com o Dr. Almir Gabriel e sua equipe, que realizaram a primeira lobectomia pulmonar, na qual o Dr. Rui da Silva Ventura foi o anestesiológista. A entrevistada a seguir descreve o fluxograma do paciente cirúrgico, primeiro tema desta categoria, na década de 70:

Já existia o serviço de cirurgia para aqueles doentes de segunda linha que não respondiam ao tratamento medicamentoso da tuberculose. Estes iam para o tratamento cirúrgico. E, na época em que eu cheguei, em 1964, estes pacientes vinham das clínicas da Pneumologia e eram atendidos por essa equipe treinada. Isto ocorreu na administração do Diretor, Dr. Almir Gabriel [cirurgião torácico]. E, inclusive, foi ele que começou a Cirurgia Torácica no Hospital. Ele foi uma das pessoas que mais lutou para conseguir recursos (EA1).

O Dr. Almir Gabriel (...) o cirurgião torácico foi que começou o Serviço de Cirurgia do Hospital. Foi um dos diretores que mais lutou para conseguir recursos para o Hospital e transformá-lo em Hospital Barros Barreto para Doenças Crônicas (EA4).

Barreira (1992, p. 251) ressalta que, durante a época do tratamento da tuberculose, os doentes internados nos sanatórios situavam-se, conforme classificação de Horta (1979), em baixo grau de dependência do Serviço de Enfermagem, cuja assistência se caracterizava quase que exclusivamente pelo tratamento medicamentoso. Os pacientes eram deambulantes, sendo que aqueles que necessitavam de transporte especial em cadeira de rodas ou maca, encontravam-se em situações especiais, tais como: alteração do estado clínico e exames diagnósticos ou procedimentos cirúrgico sob anestesia.

No SBB e quando passou a ser HBB, a Enfermagem era a responsável por essa atividade. As entrevistadas a seguir retratam como ocorria o transporte de pacientes, o segundo tema desta categoria.

O transporte dos pacientes era feito pela equipe de enfermagem. [Voces tinham o itinerante?] Não! Tinha uma pessoa destinada somente para essa

¹⁰ Informação disponível em www.sba.com.br/. Acesso em 10 de janeiro de 2011.

atividade, era o auxiliar de enfermagem da enfermaria que fazia esse transporte. Porém, nos casos de paciente cirúrgico, era a enfermeira que acompanhava o auxiliar, até entregar para a colega do centro cirúrgico ou da clínica, quando o paciente vinha da sala de cirurgia. Existiam ainda os elevadores próprios para transportar o lixo e roupa suja, outro para o transporte de pacientes e outro elevador para funcionários (EA1).

O transporte de pacientes era feito pela enfermagem, porque não tinha o itinerante, os serventes ajudavam (EA2).

Ademais, devido ao longo período de tratamento, algumas pacientes internadas no SBB se encontravam em período gestacional. Conseqüentemente, ao final da gestação, o parto normal era executado pela enfermeira plantonista do Centro Cirúrgico ou da Clínica Cirúrgica, conforme o terceiro tema desta categoria relatado abaixo:

Os partos de pacientes internadas com tuberculose eram feitos pelas enfermeiras. E, após o nascimento, as crianças eram entregues aos familiares. Os partos normais eram feitos pelas enfermeiras e quando não era normal, era chamado o obstetra de fora do Hospital (EA1).

A cerca do ponto de partida da SAE no HUJBB: a influência de Wanda Horta no SBB, o quarto tema desta categoria, Cianciarullo (2001), afirma que “a enfermagem sempre se fundamentou em princípios, crenças, valores e normas tradicionalmente aceitas”. A evolução da ciência, que possibilitou a compreensão da pesquisa como essencial para constituir o saber levou os enfermeiros a questionar tais preceitos tradicionais. No período de 1950, esse questionamento aumentou, fazendo surgir a necessidade de se desenvolver um corpo de conhecimento específico para a profissão, o que seria possível somente através da elaboração de teorias próprias (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

No Brasil, a introdução da metodologia científica no processo de trabalho da enfermeira iniciou-se na década de 60. O primeiro artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem sobre sistematização da assistência de enfermagem neste período é de autoria de Wanda de Aguiar Horta. Seu título é “Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem” e foi divulgado em 1967. Esse fato confirma esta autora como precursora da aplicação da metodologia científica na Enfermagem no Brasil e de sua forte influência durante as décadas seguintes (KLETEMBERG, 2004).

Nesse sentido, a primeira geração de enfermeiras do HBB, buscando consolidar a enfermagem na Instituição e com o apoio de enfermeiras do SNT,

iniciaram os estudos sobre a SAE, através do PE. Formaram um grupo de estudos para as providências necessárias a este novo momento no Hospital, incluindo a Comissão para criação dos impressos de enfermagem. Os relatos a seguir demonstram o surgimento dessa nova abordagem no SBB

Várias enfermeiras nos ajudaram e incentivaram para implantação da sistematização da assistência de enfermagem [no SBB], como a Enfermeira. Raimunda Becker, Diretora do Serviço de Enfermagem do Serviço Nacional de Tuberculose / a Enfermeira. Ieda Barreiro de Castro, – supervisora e Enfermeira Estela (...). Recebíamos, periodicamente, essas colegas que vinham fazer avaliação regional e estadual sobre o Programa de Tuberculose do Ministério da Educação e Saúde. Elas nos incentivavam muito a estudar. Estavam começando a surgir os estudos da Wanda Horta sobre o processo de enfermagem e daí, porque o Sanatório Barros Barreto não fazia a sistematização de sua assistência? (EA3).

Esses questionamentos foram a base para o início dos estudos de uma metodologia assistencial de enfermagem que subsidiasse o trabalho das profissionais do SBB.

Como ressaltou Cianciaurullo (2001), as reflexões e a observação da prática conduziram à conclusão de que, no universo da profissão, os fenômenos e os conceitos centrais eram os seres humanos, o ambiente, a saúde e a própria Enfermagem; ou seja, a ação profissional. Todos os modelos conceituais ou teorias foram construídos pelo relacionamento desses conceitos, e suas publicações datam, majoritariamente, nas décadas de 60 e 70.

Seguindo essa corrente favorável ao aumento da cientificidade da profissão, um grupo de enfermeiras do SBB, sob a influência de Wanda Horta iniciou o estudo da teoria que respalda, até dos dias atuais, o desenvolvimento do processo de enfermagem no Hospital. O relato a seguir caracteriza essa fase:

Logo em seguida, não lembro bem se 1977 ou 1978, inclusive, a chefe de enfermagem, era a Enfermeira. Arimar que reuniu um grupo para começar os estudos sobre a sistematização. Tinha surgido a Teoria da Wanda Horta. E, aí houve um estudo e à partir dele se começou a fazer um trabalho sobre a sistematização de enfermagem criando os impressos. Deixou de ser manuscrito e o plano de cuidados estava numa folha separada, com cuidados pré-estabelecidos, que é esse que permanece até hoje. (EA2)

Já antes em 1968, Horta apresentou à Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro, sua tese de livre docência intitulada “A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem nos seus aspectos físicos” (SANTOS et al, 1996). Esta obra é considerada um marco na história do processo de

enfermagem no Brasil. As enfermeiras do SBB também tiveram acesso a esta tese, conforme o relato a seguir:

E, nós fomos ler o trabalho pioneiro da Wanda Horta. Inclusive, foi o Trabalho da Livre Docência dela e que eu tinha, mas devido às traças na minha estante, eu perdi vários materiais. Estudamos as primeiras contribuições de Wanda Horta no grupo de Santa Catarina. Vimos a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. Inclusive, o processo de enfermagem da Wanda Horta é todo baseado na Teoria de Maslow (EA3).

Outras estudiosas se empenharam, dando origem a novas abordagens teóricas em enfermagem, desde a década de 70, como Paim e Daniel, o que ampliou a literatura a respeito do processo de enfermagem (CIANCIARULLO et al, 2008). Porém, as enfermeiras do SBB continuaram aderindo à proposta de Wanda Horta, baseada Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. A entrevistada a seguir declara esta opção:

Mais adiante, surgiu o estudo da Lygia Paim que aliava o processo de enfermagem a Teoria de Resolução de Problemas. Nós lemos e discutimos esse novo material. Mas, mantivemos a linha da Wanda Horta (EA3).

As enfermeiras do SBB avaliaram que necessitavam de um corpo de conhecimentos próprios ao embasamento de sua prática e concluíram que tinham condições para implantar metodologia assistencial, pois tinham o Serviço de Enfermagem organizado, o respaldo da direção do Hospital, o apoio e incentivo das enfermeiras do SNT e da CNCT. Logo, as dificuldades para a implantação do PE foram superadas, como indicam os relatos a seguir:

A partir daí, como nós já fazíamos a admissão do paciente, mas não tínhamos os impressos organizados, começamos a estudar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e a organizar os instrumentos do processo para se chegar a um modelo para todas as clínicas. Íamos avaliando e estudando principalmente para simplificar o registro das enfermeiras (EA3).

[Então, nesse período de 1977 e 1978 começaram os registros nesses impressos destinados ao histórico e exame físico, plano de cuidados e evolução de enfermagem?] Isso! Passamos a usar esses impressos e realizar avaliação periódica (EA2)

Os impressos para registro dos cuidados de enfermagem no SBB, antes da sistematização do PE, eram realizados na papeleta única, na qual constavam: identificação do paciente, condições gerais, queixas e observações do enfermeiro; as recomendações (em que eram anotadas as ocorrências durante a internação); e

o impresso da ficha de internação (preenchida na admissão e enviada à unidade de internação). Essa realidade era presente em todo o hospital. A composição dos impressos de enfermagem no prontuário do paciente é descrita no relato a seguir:

Então, era a nossa equipe multiprofissional que tinha acesso ao prontuário, que constava da papeleta única, prescrições médicas com as evoluções, tanto da enfermagem, como da equipe. [Hoje, em 2010, a evolução (de enfermagem) é feita numa folha à parte, que fica no posto de enfermagem e quando o paciente sai de alta, incorpora no prontuário médico]. Na época era feito pela equipe toda (EA1)

A partir deste recorte, o conteúdo versará sobre os impressos do PE, o quinto tema desta categoria. Como abordado, o PE proposto por Horta é composto por seis etapas. A primeira consiste no Histórico de Enfermagem e Exame Físico, e se caracteriza pelo levantamento dos dados subjetivos (entrevista) e dos dados objetivos (exame físico) do paciente, para identificar seus problemas e suas necessidades afetadas (Anexo C). As entrevistadas a seguir tratam desta etapa do PE no cotidiano da época:

Nessa época o paciente passava na triagem e era admitido pela enfermagem e era feito a admissão escrita no impresso da Papeleta Única¹¹, [por exemplo]: (...) “foi admitido na clínica tal, a tantas horas, com peso tal, PA tal”. Baseado nisso, se [admissão] fazia um plano [de cuidados de enfermagem]. Nessa mesma folha do prontuário, em que se escrevia o plano de cuidados, colocava “paciente dependente e, oxigenoterapia” tudo de acordo com que ele estava apresentando no momento, ou seja, tudo que o paciente precisava de cuidado de enfermagem naquele momento, era escrito nessa folha (EA2).

O Histórico de Enfermagem, embora tivesse instruções norteadoras, inicialmente era registrado (em síntese) na Folha de Evolução do prontuário, e mais tarde acho que ainda na década de setenta, foi formalizado como folha do prontuário (EA3).

As admissões de pacientes eram feitas especificamente, pela enfermeira com a ajuda do auxiliar de enfermagem da unidade (EA1).

O avanço dos estudos das primeiras enfermeiras do SBB proporcionou a organização dos impressos para o PE. Em paralelo, Wanda Horta continuou propagando a necessidade do planejamento da assistência, através de três artigos, veiculados, em 1971. No segundo trabalho, intitulado *A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem*, descreve e conceitua o histórico de

¹¹ Papeleta Única (anexo E) era um impresso destinado a prescrição médica e aos registros de enfermagem, que incluíam a prescrição e evolução de enfermagem. Esse impresso era também usado para as anotações da equipe de enfermagem de nível médio.

enfermagem, como o primeiro passo do método científico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem.

Por necessidade de atualização, o impresso do Diagnóstico de Enfermagem (DE) sofreu alterações ao longo da história do SBB. Inicialmente, ele esteve composto pelos protocolos da CNCT. Os recortes apresentados a seguir evidenciam que as enfermeiras tinham a convicção da necessidade de um impresso específico para o DE e utilizaram o impresso do prontuário conhecido como papeleta única, para registrar o grau de dependência de seus pacientes.

Os recortes apresentados a seguir referem a papeleta única no contexto assistencial do PE, como espaço de registro da prescrição de enfermagem e dos primeiros ensaios de DE, baseado nos pressupostos de Horta (1979):

Com relação aos impressos de enfermagem, nessa época, não existia o diagnóstico de enfermagem. Mas, eu lembro bem que nessa época já se trabalhava com a papeleta única. O médico prescrevia e a enfermeira fazia algumas prescrições que eram rotinas da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (EA1).

Nessa época não existia o diagnóstico de enfermagem. Mas, já se trabalhava com a papeleta única (EA4).

[...] No geral, por exemplo: o paciente dependente precisa de banho, cuidados específicos e, de acordo com o que foi estabelecido, o enfermeiro, todo dia, tinha que avaliar a evolução do paciente, pois à medida que se passavam os dias o paciente ia melhorando. Então, tinha que se evoluir e ir se ajustando, retirando aqueles cuidados desnecessários, pois ele [paciente] estava ficando independente ou se ele agravasse, poderia se acrescentar ou deixar alguns [cuidados de enfermagem] que estavam prescritos (EA2).

Os recortes a seguir informam a inexistência do impresso da prescrição de enfermagem ou plano de cuidados, na década de 60. As enfermeiras do SBB utilizavam-se do impresso de prescrição médica, identificado como Papeleta Única (Anexo E), para acrescentar os cuidados de enfermagem que fossem necessários à assistência junto ao paciente:

O médico prescrevia e nós enfermeiras fazíamos [acrescentávamos] algumas prescrições de rotina aos pacientes como, curativos e aqueles casos que nós sabíamos como proceder, como nos casos de hemoptise (...) nós é que resolvíamos (EA4).

Essa era a nossa avaliação: se precisava de ajuda, se colocava naquele impresso chamado “plano de cuidados”. E este impresso era para todo o Hospital. Tudo que nós fazíamos era padronizado (EA1).

A falta de registros da sistematização da assistência também foi encontrada por Caldas, Pereira e Alvarez (1976) em situação similar ao HJBB. Essas autoras demonstram que “esses instrumentos não estavam padronizados nem visavam à racionalização do trabalho, e restringiam-se a folha única de anotações, balanço hídrico e gráfico de sinais vitais”.

Do mesmo modo, o impresso de evolução de enfermagem do SBB consistia em redação na folha da papeleta única. Este impresso era preenchido somente pelas enfermeiras, conforme o que se apresenta a seguir:

Na época não existia a categoria de técnico de enfermagem, só tínhamos na equipe, os atendentes e auxiliares de enfermagem. E, eles não faziam evolução de enfermagem. (EA1).

Mas, existiam todas as anotações de enfermagem. Esse trabalho era feito na papeleta única e na evolução de enfermagem, na qual a enfermagem, assistente social, médico e a nutricionista evoluíam; aliás toda a da equipe de modo geral. Não existia fisioterapeuta (EA1).

Os impressos de áreas especiais, tais como Centro Cirúrgico e Centro de Terapia intensiva (CTI) eram e ainda são diferenciados, devido à especificidade do trabalho nesses setores. O recorte a seguir confirma a realidade da época.

Os impressos da cirurgia eram diferenciados. Por exemplo, os impressos de descrição do ato cirúrgico e de anestesia. Tudo era em papel rosa para diferenciar dos impressos usados nos prontuários da clínica cirúrgica (EA1).

Todos os registros dos profissionais do Hospital obedeciam a padrões que se estenderam oficialmente até o advento da prescrição médica eletrônica, a partir dos anos 2000. O relato seguinte caracteriza esse padrão:

Para você ter mais clareza, as nossas escritas eram todas feitas em cores de canetas diferentes para destacar as anotações de enfermagem. A enfermagem usava caneta de cor preta durante o dia e a noite a caneta era de cor vermelha, para diferenciar do médico que usava caneta de cor azul (EA1).

A anotação em prontuário de paciente é ato jurídico. Refere-se aos dados necessários à comprovação legal para se alcançar um dos fins da informação, propiciando subsídios para ações adequadas. A normativa do uso de cores de canetas na enfermagem, cor preta durante o dia e caneta de cor vermelha a noite, servia para destacar o cuidado de enfermagem prescrito das demais categorias

profissionais, inclusive, a médica, que usavam caneta de cor azul para suas anotações no prontuário.

A convergência dessa categoria ressalta a importância do PE para a qualidade da assistência de enfermagem ao paciente. O empenho na prestação do melhor tratamento ao paciente era uma característica da equipe médica da clínica cirúrgica, mesmo quando o Hospital era o Sanatório Barros Barreto. Eles adotaram o uso de modernas técnicas e procedimentos cirúrgicos. Por exemplo, o investimento, em 1962, na cirurgia torácica de grande porte com a estruturação do centro cirúrgico e capacitação da equipe cirúrgica, formada pelas equipes de enfermagem e médica, especificamente, os anestesiólogos, que foram incorporados nesta época.

Os resultados alusivos a essa categoria ainda revelam o PE no contexto da SAE, como alternativa para se alcançar o reconhecimento, a autonomia e a visibilidade dos profissionais da Enfermagem, pelo menos equilibrando a questão da subalternidade ao poder médico instituído. Esta categoria marca o início dessa metodologia assistencial no Hospital.

Como sublinhado, o objeto dos pressupostos de Horta (1979, p. 29) “é assistir o ser humano” definido ainda como “ser-cliente” que necessita de cuidados de outros e que façam por ele o que não pode fazer por si mesmo. Neste estudo, o “ser cliente é definido como um paciente que pode ser o indivíduo, a família ou sociedade”.

A contextualização histórica informa que os pacientes do Sanatório passavam por longos períodos de internação. Por exemplo, vários partos foram realizados em pacientes portadoras de tuberculose. Dessa forma, as enfermeiras, além de sua função específica, também executavam atividades características de suas funções nas áreas de interdependência e social (HORTA, 1979 p. 30).

Como elucidou Meleis (2007), o “conceito mais central do domínio da enfermagem é o destinatário dos cuidados ou o destinatário potencial de atendimento - o cliente de enfermagem”. Nesse âmbito, as enfermeiras lidam com uma diversidade muito grande de pacientes, inclusive conforme critérios referentes à sexo, raça, etnia ou religião. E a diversidade sempre foi, em certa medida, uma indicação da prática de cuidados de saúde.

Cumprir recordar que, inicialmente, os pacientes do Hospital eram exclusivamente portadores de tuberculose e, mais adiante, com a mudança de perfil

do Hospital, as enfermeiras passaram cuidar de pacientes acometidos de diversos desvios de saúde, que caracterizam a clientela de um Hospital Geral.

Com razão, Meleis (2007) alerta que todos os clientes merecem cuidados de qualidade e respeito. Assim “os clientes estão dizendo: nós gostamos de quem somos; não queremos assumir ou fingir o contrário, e queremos ser respeitados e tratados com sensibilidade e competência, o que inclui nossos sistemas de valores e crenças”.

3.4. VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS APRESENTADOS NESTE CAPÍTULO III

Atendendo aos princípios do método utilizado neste estudo, a PCA foi realizada uma reunião com as enfermeiras aposentadas participantes da pesquisa que trabalharam no HUJBB nas décadas de 1970 e 1980 e as enfermeiras contemporâneas que compõem o GCG, além de outras convidadas, tais como: a Diretora do Serviço de Enfermagem do HUJBB, a Coordenadora de Gestão de Pessoas do HUJBB, que atualmente é uma enfermeira; além das enfermeiras gerentes da clínica cirúrgica e médica do HUJBB. Participaram ainda dessa reunião, as quatro enfermeiras que estão em desvio de função, atualmente atuando na Divisão de Arquivo Médico e Estatística (DAME), admitidas no início da década de 80.

Esse encontro serviu para apresentação dos resultados do capítulo denominado: Contextualização histórica da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no HUJBB: a contribuição das enfermeiras das décadas de 70 e 80, além de propiciar oportunidade para o debate e a integração das mencionadas participantes com a pesquisadora.

A reunião alcançou seu objetivo, eis que ocorreu a integração de saberes. Ademais elas puderam retificar informações contidas em suas entrevistas e complementar seus depoimentos, acrescentando informações que não constavam em suas falas. Nos trechos transcritos a seguir, esses aspectos ficam claros:

Sua apresentação foi muito boa. Porém, precisa consertar filigranas que em nada vão desmerecer o seu texto, como a questão do aquário que não apareceu na exposição” (EA3).

Na época, somente a Medicina e Enfermagem tinham local definido na área administrativa do Hospital. E, [era] nesse local [que] elas planejavam a

Enfermagem [e] repreendiam os servidores que transgrediam as normas e rotinas (EA1).

Esclareceu-se que a informação sobre o “aquário” constava no texto completo deste capítulo, somente não sendo apresentado naquele momento porque não foi considerado como prioridade. Outro ponto abordado por uma das enfermeiras aposentadas foi sobre a identificação do Sanatório:

A designação inicial do hospital, como SBB, deu origem a todo um Processo Judicial de resgate, que a família do Tisiologista e Sanitarista, João de Barros Barreto, moveu contra o Estado, a fim de que a homenagem fizesse jus ao nome EXATO do homenageado. Isso foi na década de oitenta (EA3).

Na ocasião, elucidei que, embora tal conteúdo estivesse ausente da apresentação, faz parte do texto completo deste capítulo. Em termos gerais, tive o cuidado de respeitar a informação das participantes do estudo, inclusive nesse momento de validação, considerando a orientação de especialistas nesse tipo de metodologia de investigação.

A esse respeito, Thompson (2002, p. 18 -19), assinala que a história oral é constituída em torno de pessoas e permite ampliar seu campo de ação, ao lançar a vida dentro da própria história, ocasionando a emergência de novas versões, principalmente quando privilegia a voz de múltiplos e diferentes narradores, por meio da possibilidade da reminiscência da memória. Além disso, possibilita o desenvolvimento de atividade histórica mais democrática, por se esforçar na construção de uma história, a partir da palavra daqueles que a vivenciaram e participaram de determinado período, mediante suas referências e imaginação. O trecho exposto a seguir valoriza o resgate da memória:

Gostei de sua apresentação e achei interessante o fato de que você apresentou informações que eu nem lembrava mais, como a questão dos uniformes. Só quero dizer que a localização do vestiário era próximo a área administrativa, de modo que, ao entrar no Hospital, fosse o primeiro local para troca de nossa roupa (EA5).

Atualmente, o vestiário mudou ficando localizado na parte posterior do Hospital. No entanto, a relevância dessa reunião é que todos os participantes vivenciaram a trajetória do Hospital, seja em sua fase como Sanatório ou após esse período. A reunião também foi um momento de congraçamento entre as enfermeiras aposentadas, as que se encontram em desvio de função prestes a se aposentar, as que atuam cargos de gestão e as enfermeiras do GCG.

Essas últimas avaliaram positivamente esse momento, ressaltando que atualmente, o PE passa por modificações para informatização, além de que houve mudança no perfil dos pacientes da clínica cirúrgica, aliado aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, os quais acrescentaram atividades de preceptoria. Conforme avaliação de uma participante do GCG:

Como vivi um pouco dessa época, quero declarar que foi uma das melhores fases da Enfermagem do Barros Barreto. Estudávamos e trabalhávamos muito, mas, a enfermagem era respeitada (E6).

O aspecto educacional ressaltado na fala desta enfermeira mostra a consciência e o reconhecimento da necessidade de se instrumentalizar por meio do conhecimento. Neste sentido, merece relevo a iniciativa de criar um Grupo de Estudos sobre Diagnósticos de Enfermagem, no período de 2001 a 2005, para discutir coletivamente as possibilidades de transformação da realidade, considerando que a prática cotidiana deixava de contemplar o anseio coletivo das colegas, que não queriam continuar a desenvolver o PE desvinculado de sua cientificidade. O recorte a seguir revela esta posição:

Gostaria de dizer que o GISAE teve outro nome no início de 2001, [quando] era chamado de Grupo de Estudo do Diagnóstico de Enfermagem (GEDEN); tinha regimento e foi feito o lançamento desse grupo num grande evento do Hospital. Estudávamos as teorias, os assuntos da Enfermagem e os diagnósticos da NANDA... Pena que acabou! (E7).

O quantitativo de enfermeiras aposentadas incluídas nesta pesquisa foi suficiente, pois permitiu inferir certo grau de generalização dos resultados do trabalho. Conforme, Trentini e Paim (2004, p. 30) ressaltam que “a renovação e inovação da prática assistencial dependerão da competência das enfermeiras em desenvolver a pesquisa como parte da sua prática cotidiana”.

A contribuição fundamental das enfermeiras aposentadas através das informações elucidaram as questões relativas ao PE, o que, sem sombra de dúvida, mostrou-se primordial para alcance dos objetivos da investigação.

Pelo exposto, analisando, atualmente a posição do Hospital na estrutura dos órgãos da UFPA, constata-se que sua trajetória histórica foi valorizada, ao ocupar posição de Unidade Acadêmica (de fato e de direito) na estrutura organizacional da UFPA, uma vez que ele constitui órgão de ensino, responsável pelas atividades de pesquisa e extensão, além de oferecer cursos regulares que concedem diplomas

e/ou certificados acadêmicos, prerrogativas típicas de uma unidade acadêmica. Esse status foi reconhecido em 2004, quando o HJBB foi absorvido definitivamente pela Universidade Federal do Pará, conforme resolução do CONSUN, vinculado diretamente à Reitoria da Universidade Federal do Pará.

CAPÍTULO IV. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: A REIMPLANTAÇÃO DA SAE NA CONTEMPORANEIDADE



Visão geral do HUJBB, 2010.

CAPÍTULO IV. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: A REIMPLANTAÇÃO DA SAE NA CONTEMPORANEIDADE

Antes de expor e analisar os resultados majoritariamente oriundos das entrevistas das enfermeiras atuais do HUJBB e dos resultados do Grupo de Convergência (GCG) da PCA, considere relevante trazer à luz algumas informações referentes ao contexto institucional, em que se encontra a Clínica Cirúrgica, atribuindo ênfase à composição, finalidades e programas desenvolvidos. Em paralelo, contextualiza-se, em largos traços, o movimento institucional da Enfermagem para a (re)implantação do PE, apresentando breves notícias sobre a participação do Hospital no Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), do MEC.

4.1. O HUJBB COMO CONTEXTO INSTITUCIONAL DESTE ESTUDO NA CONTEMPORANEIDADE

O HUJBB é certificado e recertificado pelos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação – MS/MEC como hospital de ensino e, em sendo Hospital Geral em Média e Alta Complexidade, deve perseguir finalidades essenciais à assistência, ao ensino e à pesquisa, tais como (HUJBB, 2010):

- Assistência à saúde da população na área ambulatorial e de internação, nas seguintes especialidades: clínica médica, pneumologia, pediatria, cirurgia geral, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia torácica, cirurgia vascular, urologia, nefrologia, endocrinologia, cardiologia e doenças infecto-parasitárias. Ampliou a referência em Infectologia com a implantação da Unidade de Diagnóstico em Meningite e Urgência Respiratória – UDM;
- Atuação como: Referência Nacional em DST/AIDS; Referência Regional em Infectologia / Meningites; Referência Regional em Pneumologia; Referência Estadual em Endocrinologia e Diabetes; Referência Estadual para Cirurgias do Tórax, Vascular, Cabeça e Pescoço e Gastroenterologia; Referência Especializada em Assistência ao Idoso; Referência em Patologia Bucal; Referência histórica para assistência hospitalar oriunda das patologias crônico-degenerativas e

nosologias emergentes e reemergentes, tais como: cólera, dengue, raiva humana e gripe A (H1N1); Referência em Oncologia, com a recente criação da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON;

- Estruturação compatível com as exigências de Centro Especializado no Tratamento da Tuberculose; Centro de Informações Toxicológicas; Laboratório de Imuno-histoquímica; Hemodiálise para pacientes agudos; o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar integrante do sistema de vigilância epidemiológica nacional e o SAE – Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS;
- Desenvolvimento de: Programa de Assistência ao paciente portador de tuberculose multirresistente; Programa de Assistência ao paciente portador de fibrose cística; Programa de Assistência a pacientes adultos e crianças, portadores de asma grave; Programa de assistência na área de psicologia clínica; Programa de Controle de Infecção Hospitalar; Programa de Humanização inclusive aos pacientes, funcionários, discentes da graduação e pós-graduação;
- Participação no projeto Hospitais Sentinela nas áreas de Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância;
- Participação na formação para alunos de graduação da UFPA e outras IES da área de saúde, biológica, humanas, educação, tecnológica e exatas da UFPA; para o Programa de Internato nas Clínicas Médica, Cirúrgica, de Infectologia Pediátrica e Opcional; para o Programa de residência médica nas áreas de: Pneumologia, Geriatria, Infectologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Endocrinologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Medicina de Família e Comunidade e Anestesiologia;
- Cumprimento de deveres resultantes do Acordo com o Núcleo de Medicina Tropical para realização de pós-graduação: especialização e mestrado; Convênio com o Instituto Evandro Chagas para a realização de pesquisas nas áreas de Infectologia;

Nesse contexto, o espaço físico da pesquisa atendeu às recomendações do método PCA, precipuamente ao definir, "espaço (...) é aquele, onde foi identificada (...) as mudanças a serem feitas" (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 74). Em coerência

com esse conceito, a presente pesquisa foi desenvolvida na Clínica Cirúrgica (clínica cirúrgica e unidade de recuperação ou UR) do HUIBB / UFPA.

O Hospital encontra-se instalado em terreno de 39.864.m² de área, em prédio de seis pavimentos, com configuração física similar à letra H (ver figura 2), planta baixa do 2º oeste, apresentando 18.234 m² de área construída. As laterais da configuração física do Hospital em H são definidas por Oeste ou Leste. Logo, cada pavimento é composto pelo 1º Oeste e 1º Leste, e assim, os demais pavimentos, sucessivamente. A ocupação dos seis andares é exposta brevemente no Quadro a seguir:

Quadro 1 – Estrutura Física do HUIBB, 2010.

Térreo	Área administrativa, Almoxarifado, Patrimônio, Manutenção, Lavanderia, DAME, Registro geral de Paciente, Ambulatório de Cirurgia e Cirurgia Ambulatorial, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Serviço de Farmácia, Serviço Social, Tomografia Computadorizada, Litotripsia e Sala de Caldeiras.
1º andar	Ambulatório, Serviços de Meios Diagnósticos e Centro de Estudos
2º andar	Área de Internação das Clínicas Pediátrica e Cirúrgica, UTI, Centro Cirúrgico e Centro de Esterilização
3º andar	Área de Internação da Clínica de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP)
4º andar	Área de Internação da Clínica Pneumológica
5º andar	Área de internação da Clínica Médica, Setor de Saúde Ocupacional, Centro de Informações Toxicológicas, sala de Diálise, Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Macronúcleo de Tuberculose.

Fonte: Relatório do HUIBB, 2010

Segundo UFPA (2004), a Clínica Cirúrgica e Unidade de Recuperação (UR) constituem a Seção de Cirurgia ou área de internação da Clínica Cirúrgica, localizada no 2º pavimento – asa Oeste ou 2º Oeste (Figura nº 4).

O ambiente físico disponível na Clínica Cirúrgica é formado por: posto de enfermagem, consultório médico, consultório de enfermagem, sala da Chefia Médica, banheiro para funcionários, repouso dos médicos, repouso da enfermagem, 9 enfermarias (3 enfermarias com dois leitos, 3 com quatro leitos e quatro com cinco 5 leitos cada), 2 banheiros para pacientes, 2 banheiros para acompanhantes (feminino / masculino), 2 expurgos. E a UR está composta por: posto de enfermagem, 4 leitos dispostos em boxes, sala para lanches e expurgo.

Nesses locais presta-se atendimento a pacientes cirúrgicos (em geral, adultos e idosos) em seu período perioperatório a cirurgias de pequeno, médio e grande porte. Nos casos de cirurgia de grande porte, eles permanecem na UR durante o período pós operatório imediato (POI).

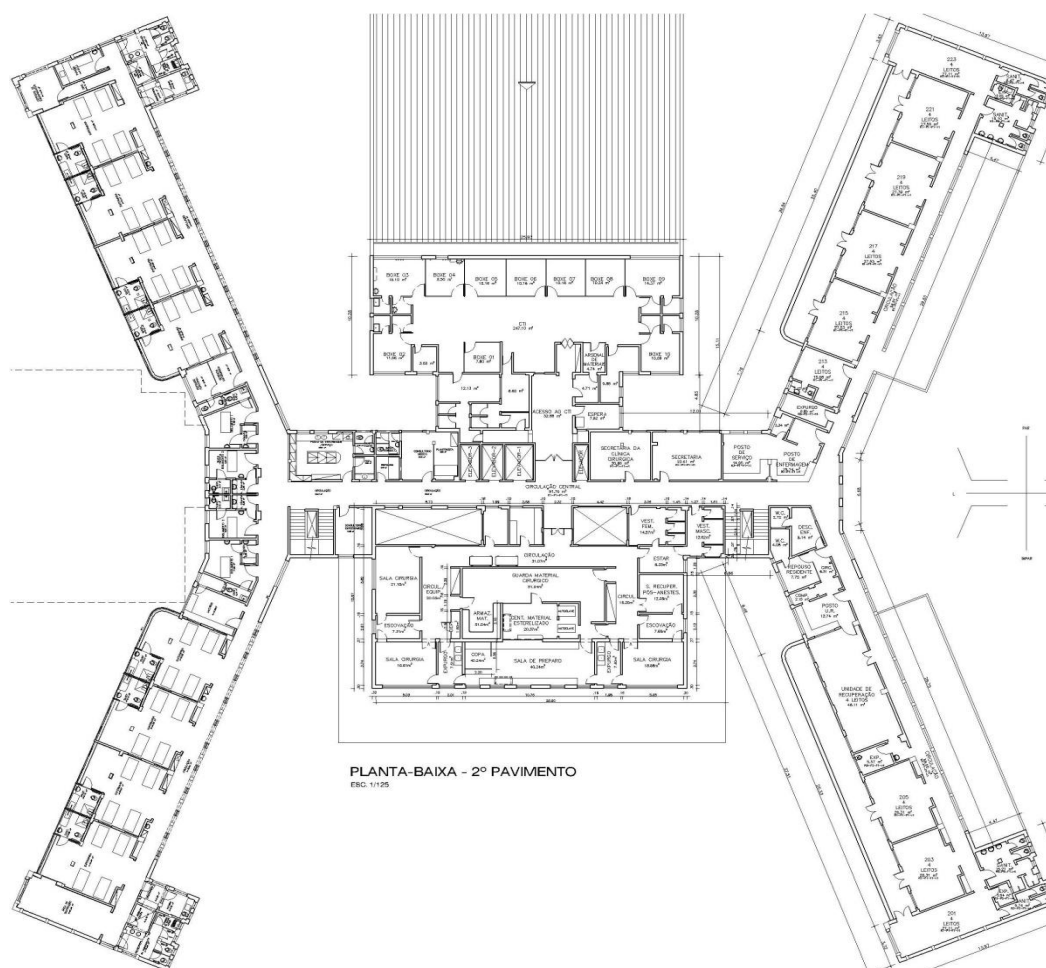


Figura 4. Planta Baixa do 2º Oeste / HUJBB / UFPA.

Conforme o censo de leitos do hospital, a clínica dispõe de 34 leitos adultos e mais quatro na UR, os quais não entram neste censo, pois servem de apoio à clínica cirúrgica, sendo, portanto, leitos de permanência curta.

Neste estudo, o termo *Seção de Cirurgia do HUJBB* será substituído por Clínica Cirúrgica ou 2º Oeste, amplamente conhecidos e utilizados pelos seus servidores. A Clínica Cirúrgica atende aos seguintes programas de atenção à saúde: Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia Urológica; Cirurgia Torácica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia Oncológica, como se pode depreender do quadro nº 2, que demonstrativo de procedimentos cirúrgicos dos anos de 2009 e 2010 a seguir:

Quadro 2. Demonstrativo de Procedimentos Cirúrgicos por especialidades. HUIBB, 2009, 2010.

Especialidades	Número de procedimentos cirúrgicos		Σ
	2009	2010	
Geral	1776	1206	2982
Torácica	324	354	678
Proctologia	132	206	338
Vascular	48	57	105
Cabeça e pescoço	36	83	119
Pneumologia	24	-	24
Neurocirurgia	24	18	42
Urologia	20	14	34
Buco maxilo-facial	1	1	2
Anestesiologia	--	4	4
Σ	2385	1943	4328

Fonte: Relatório do HUIBB / 2009 e 2010.

Segundo o Relatório de Procedimentos Cirúrgicos, no ano de 2009 foram realizados 2385 e em 2010, ocorreram 1945 procedimentos cirúrgicos, totalizando 4328. Quanto à especialidade cirúrgica, predominaram cirurgias abdominais gerais, 1776 e 1207, respectivamente, nos anos de 2009 e 2010; seguidas da cirurgia torácica, com 324 e 276 procedimentos em 2009 e 2010, respectivamente.

Cumprir acrescentar que a trajetória do Hospital Universitário João de Barros Barreto é marcada por contribuições importantes à saúde pública do Estado do Pará. Desde sua inauguração oficial em 1957, até os dias atuais, seus servidores e colaboradores desenvolvem ações fundamentais para o ensino, pesquisa e assistência hospitalar.

4.2. PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS, O HUIBB / UFPA E A INSERÇÃO INSTITUCIONAL DA SAE POR MEIO DO PE

O HUIBB, vinculado a UFPA / MEC, integrou-se ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) em 2010, cujo respaldo legal repousa no Decreto nº 7.082/10, assinado pelo Presidente Luis Inácio Lula da Silva em 27 de Janeiro de 2010, (BRASIL, 2010). Este Decreto institui a reestruturação do quadro de recursos humanos, adequação da estrutura física, melhoria dos processos de gestão, recuperação e modernização do parque tecnológico; e os mecanismos adequados de financiamento, igualmente

compartilhados por todos os hospitais universitários federais, de forma gradativa, até 2012. Nos termos do diploma legal mencionado, a busca de qualidade tem por finalidade a otimização da prestação de serviços desses hospitais.

Cada Universidade apresentou o Plano de Reestruturação de seus HU (REHUF), cujo conteúdo incluiu diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos; a especificação das necessidades de reestruturação da infraestrutura física e tecnológica, a análise do impacto financeiro previsto para desenvolvimento das ações de reestruturação do hospital; o diagnóstico da situação de recursos humanos e a proposta de cronograma para a implantação de seu Plano de Reestruturação.

O REHUF caracterizou os hospitais universitários em quatro portes¹² de acordo com suas complexidades, adotando metodologia semelhante à utilizada pelo Ministério da Saúde. O relatório, apresentado pela Comissão de Hospitais Universitários da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), presidida pelo Reitor da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Natalino Salgado, foi enviado ao Diretor e ao Coordenador Geral de Hospitais Universitários do MEC, José Rubens Rebelatto e Celso Ribeiro Araújo, respectivamente, justificava a necessidade de reestruturação dos HU's com os seguintes argumentos dominantes:

- a) até maio de 2009, os HU congregavam cerca de 5.800 docentes e, aproximadamente 72 mil alunos, 4.653 deles atuavam como médicos residentes;
- b) a produção acadêmica destes Hospitais em 2008 contabilizava 1.244 dissertações, 535 teses, 1.986 publicações nacionais, 4.458 publicações internacionais e 5.730 projetos;
- c) os 46 hospitais universitários federais realizaram em 2008, 1.033.671 atendimentos de emergência, 402.836 internações, 6.356.641 consultas e 20.880.230 procedimentos;

¹² Portaria nº 2.224/GM de 5 de dezembro de 2002 do Ministério da Saúde em seu art. 1º estabelece o sistema de Classificação dos Hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, ordenando-os, de acordo com suas características nos seguintes Portes: a) Hospital de Porte I; b) Hospital de Porte II; c) Hospital de Porte III; d - Hospital de Porte IV, considerando o somatório da pontuação alcançada como resultado da aplicação dos itens de avaliação, definido pela Tabela de Pontuação dessa Portaria.

d) os HU foram responsáveis ainda por 10,71% dos transplantes realizados no Brasil, ou seja, 2.295 transplantes de medula óssea, fígado, coração, pulmão, rins e córneas.

Esses dados reforçaram a posição dos gestores do HUJBB sobre a necessidade de adesão à proposta dos Centros Colaboradores, do REHUF. Desse modo, o Hospital firmou parceria com a Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), para consultoria em áreas consideradas estratégicas e fundamentais.

Em continuidade, no primeiro semestre de 2010, iniciaram-se as atividades referentes à consultoria realizada pela equipe da UNIFESP, junto à Divisão de Enfermagem do HUJBB, através da Programação de Treinamento em Serviço. A consultoria abordou o módulo da SAE através do PE. O convênio com a UNIFESP teve como objetivo geral, “aprimorar o conhecimento e as proposições inovadoras para a Enfermagem nas discussões do cuidado, gestão e educação em saúde, visando garantir melhorias dos serviços de enfermagem e o padrão de qualidade na assistência” (HUJBB, 2010).

A consultoria, específica para a Divisão de Enfermagem do HUJBB, faz parte de acordo entre a atual gestão do HUJBB e um grupo de enfermeiras, lideradas pela atual Coordenadora de Gestão de Pessoas, uma das quatro coordenadorias existentes no organograma do HUJBB. O acordo foi estabelecido por ocasião da escolha do Reitor da UFPA, atualmente, o Prof. Dr. Carlos Edilson de Almeida Maneschy, eleito em novembro de 2008 para o quadriênio 2009 – 2012.

Desde a posse do novo Reitor, em janeiro de 2009, ficou definido que a Divisão de Enfermagem do HUJBB passaria, até o final de 2011, de Divisão de Enfermagem como parte de uma Coordenadoria Assistencial, para posição superior de Coordenadoria de Enfermagem. Com esse intuito, atualmente fazem-se investimentos e articulações para a criação dessa Coordenadoria de Enfermagem, de fato e de direito, no organograma do HUJBB / UFPA.

No convênio com a UNIFESP, contemplam-se esses investimentos e articulações, como requisitos para que a Enfermagem possa alcançar tal posição. As atividades de parceria foram iniciadas no HUJBB em janeiro de 2010, após negociações da Divisão de Enfermagem com a Direção Geral do HUJBB, durante 2009. Tal investimento encontra respaldo no plano de trabalho pactuado com a nova administração do Hospital, empossada em maio de 2009.

A Programação de Treinamento em Serviço para a Enfermagem apresentou um público-alvo de setenta e sete (77) enfermeiras e trezentas e treze (313) vagas, distribuídas entre auxiliares e técnicos de enfermagem, atuantes no HUJBB.

Essa programação foi composta por três módulos, que contemplaram conteúdos teóricos e práticos realizados em 180 horas para os profissionais de nível superior e 120 horas para os profissionais de nível médio. Parte da carga horária, entre 10 a 20% foram destinadas a conteúdos teóricos e de 80 a 90% desta carga horária foram voltadas para atividades práticas, nas unidades assistenciais do HUJBB. O conteúdo teórico tem sido ministrado em módulos (HUJBB, 2010), como se explicita a seguir:

- a) gestão de Enfermagem: contemplou os conteúdos referentes ao planejamento estratégico, ao dimensionamento de pessoal, à liderança e aos indicadores de qualidade na enfermagem. O objetivo desse módulo foi levar as enfermeiras a “prestar melhor atendimento com resolutividade, melhorando a oferta e o serviço prestado”;
- b) sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): abordou, da implementação à execução da SAE junto as enfermeiras do HUJBB, contemplando-se os seguintes conteúdos teóricos: 1. teorias de enfermagem; 2. etapas do processo de enfermagem: histórico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, resultados e avaliação e 3. aplicação do processo de enfermagem à saúde da criança, do adulto e do idoso, com o objetivo de “implementar as ações de enfermagem nas unidades assistenciais”;
- c) Implementação do Serviço Ambulatorial: para as enfermeiras do ambulatório, este módulo abordou a recepção e informação, o acolhimento, os fluxos, o agendamento, a produtividade e os protocolos, com o propósito de “melhorar habilidades para ações transformadoras da prática de enfermagem, visando a eficiência na assistência”.

Os três módulos do Programa de Treinamento eram obrigatórios para todas as enfermeiras assistenciais do HUJBB, sendo que um módulo de Gestão de Enfermagem e o planejamento estratégico foi estendido desde o início para os auxiliares e técnicos de enfermagem da Divisão de Enfermagem.

No Programa em comento, a equipe de enfermeiras do Hospital e professoras da UNIFESP desenvolveu no primeiro módulo, o conteúdo do planejamento estratégico para 35 para enfermeiras (turma A) e para as profissionais de uma

equipe de nível médio (turma B). A partir desse primeiro grupo de participantes, o treinamento foi replicado pelas enfermeiras da turma A em 2010, para as demais turmas do Hospital. Assim, a meta de treinamento foi alcançada para os 390 profissionais da Divisão de Enfermagem, dentre enfermeiras e profissionais de nível médio.

O grupo de enfermeiras do HUIBB, participantes do primeiro módulo, designadas como instrutoras, são as gerentes ou supervisoras das clínicas do HUIBB. Ademais, este Programa de Treinamento atende ao Plano de Cargos e Salários do Servidor Público Federal, previsto na Lei nº 8112 de 1990, juntamente combinada com a Lei 11.907 de 2009, cujo conteúdo do Art. 37 indica a progressão funcional de servidores públicos federal, através de cursos de qualificação com carga horária superior a 90 horas, para funcionários do nível médio e de 120 horas para funcionários de nível superior.

A esse respeito, são esclarecedores os incisos do Art. 37 da Lei 11.907, com o seguinte teor:

§ 1º Para efeito do disposto no caput deste artigo, progressão funcional é a passagem do servidor para o padrão de vencimento imediatamente superior dentro de uma mesma classe, e promoção, a passagem do servidor do último padrão de uma classe para o primeiro da classe imediatamente superior.

§ 2º A progressão funcional e a promoção observarão os requisitos e as condições a serem fixados em regulamento, devendo levar em consideração os resultados da avaliação de desempenho do servidor.

O estímulo à qualificação, aliado à compensação financeira, incentivaram, tanto as enfermeiras, como os profissionais de nível médio da Divisão de Enfermagem do HUIBB para participar do Programa de Treinamento e rediscutir a SAE, através do PE, no Grupo de Interesse sobre a SAE (GISAE). Na oportunidade, fui convidada a participar do grupo de instrutoras, o que aceitei considerando que este Programa é compatível com o objeto de estudo desta tese. Minha participação ocorreu como docente do primeiro e segundo módulos.

No segundo módulo, que abordou a SAE, definiu-se a implementação da SAE, através do PE, como projeto piloto para a Divisão de Enfermagem do HUIBB. O referido módulo foi implementado nas Clínicas Cirúrgica (2º Oeste) e Médica (5º Oeste), atribuindo-se às enfermeiras gerentes de enfermagem das Clínicas Médica e Cirúrgica a liderança do projeto piloto.

Como pesquisadora da temática, assumi a assessoria para a implementação da SAE, por meio do PE, nessas duas (2) Clínicas, através da disponibilização de artigos e de mediação dos debates em seus grupos de interesse.

Paralelamente aos módulos em andamento, desde março de 2010, iniciaram-se as reuniões do Grupo de Interesse sobre a SAE (GISAE), sob a coordenação de uma enfermeira assessora da Divisão de Enfermagem. As reuniões ocorrem às 11 horas de todas as terças-feiras úteis, no Auditório do Centro de Estudos do HUJBB. A Diretora da Divisão de Enfermagem e suas gerentes de clínicas são membros natos do grupo, além de uma secretária e uma estagiária do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPA. Os demais participantes são enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, residentes e estudantes de enfermagem de todo o HUJBB. Em média, 20 profissionais comparecem e participam dessas reuniões, dos quais aproximadamente 85% são enfermeiros.

A primeira atividade desse Grupo foi um debate para definição sobre o modelo de metodologia assistencial a ser adotada pela Enfermagem do Hospital.

Nas reuniões do GISAE, realizadas no período de março a abril de 2010, apresentei o projeto desta tese, ao mesmo tempo em que abordei as diversas teorias de enfermagem e os sistemas de classificação de linguagem diagnóstica em enfermagem. Após esse ciclo de apresentações, o Grupo definiu que a abordagem de Horta (1979) para o PE continuaria embasando a prática assistencial da Enfermagem do HUJBB, definindo-se igualmente no GISAE e, conseqüentemente no GCG, que a linguagem diagnóstica utilizada seria a Taxonomia II da NANDA.

A esse respeito, é pertinente recordar que Wanda de Aguiar Horta foi a precursora do PE no Brasil. Ela desenvolveu estudo com fundamento na psicologia humanística, principalmente na obra do psicólogo Maslow sobre a motivação humana, no âmbito do grupo de teorias “orientadas por necessidades” e na classificação das necessidades humanas básicas, propostas por João Mohana, nas seguintes dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Horta (1979) definiu o PE como “a dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, objetivando a assistência ao ser humano. Essa abordagem teve influência na Resolução nº 358 / 2009, quando estabelece que o PE deve ser desenvolvido em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da intervenção, implementação e avaliação do resultado.

Na execução das etapas referentes ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado, elementos básicos da prática de enfermagem, os sistemas de classificação podem ser utilizados como ferramentas de auxílio e qualificação. Tais sistemas apresentam e classificam termos padronizados, que refletem o significado dos fenômenos comuns na prática clínica da enfermagem (GARCIA et al, 2004).

No HUIBB, a opção pela estrutura da Taxonomia II da NANDA foi aceita pelos grupos. Vale destacar que a taxonomia da NANDA costumava ser utilizada para os pacientes de alguns setores do Hospital, tais como: Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Clínica Médica. Porém, esses instrumentos não foram oficializados no Hospital, pois necessitavam de validação por seus pares, eis que se caracterizavam precipuamente como iniciativas pontuais e localizadas.

Nessa perspectiva, definida a abordagem e taxonomia a serem utilizadas, partiu-se para o estudo dos impressos de enfermagem, até então utilizados, cuja formulação ocorreu nos anos 1970, por iniciativa da equipe de implantação da Metodologia Assistencial de Enfermagem. Devido ao transcurso do tempo, esses impressos necessitavam de reformulações profundas, principalmente quanto à adequação à linguagem diagnóstica. Essas discussões ocuparam grande parte da carga horária das reuniões do GISAE e do GCG. Apesar de as etapas do PE de Horta (1979) serem 6 (seis), incluindo o prognóstico de enfermagem, as etapas do PE selecionadas pelas enfermeiras do Hospital são em número de 5 (cinco), atendendo prioritariamente à terminologia da Resolução COFEN nº 358 / 2009 e aos controles clínicos do paciente.

Em continuidade, cada gerente de enfermagem reuniu-se com sua equipe assistencial, para discussão e definição de um modelo de PE que atendesse aos seguintes critérios: generalização, compreendendo um PE aplicável em todas as clínicas e praticidade e exequibilidade.

Os modelos elaborados pela equipe de enfermagem de cada clínica foram apresentados nas reuniões do GISAE. No âmbito da clínica cirúrgica, além das enfermeiras do GCG, houve a colaboração das residentes de enfermagem em oncologia, que propuseram impressos voltados para a realidade da clínica cirúrgica do HUIBB. No entanto, na reunião do GISAE estes impressos não atenderam aos critérios definidos, sendo, portanto, excluídos.

Para avaliação da operacionalização dos modelos de impressos de coleta de dados, diagnósticos e prescrição de enfermagem, ficou combinado que seriam

usados nas clínicas assistenciais que compõem a Divisão de Enfermagem do HUJBB, utilizando-se a metodologia de um estudo conduzido por Ferreira et al (2010).

Cada gerente de clínica foi orientada a alcançar o objetivo de analisar os impressos do PE propostos no GISAE, seguindo a metodologia quantitativa do tipo prospectiva, descritiva nas clínicas de internação do Hospital Universitário (HU), utilizando como amostra 30% dos prontuários de pacientes internados, durante 90 dias do segundo trimestre de 2010; os critérios de exclusão utilizados foram: a) prontuários de pacientes de clínicas que não estejam utilizando os impressos do PE; e b) prontuários de pacientes que não apresentem os impressos da SAE. Nas avaliações, adotaram-se os parâmetros do formulário da Comissão de Revisão de Prontuários, da Divisão de Arquivo Médico e Estatística do HUJBB.

Os resultados do estudo demonstraram a necessidade de adequação para suprir insuficiência no preenchimento dos impressos do PE, principalmente no histórico de enfermagem e exame físico e no plano de cuidados.

Para viabilizar cópias dos impressos utilizados nas clínicas do projeto piloto do Hospital, a Médica e a Cirúrgica, adotaram-se várias providências administrativas, a saber: digitar e disponibilizar os modelos aprovados na rede de computadores para acesso nessas Clínicas; comunicar aos agentes administrativos das clínicas sobre os impressos em estudo e sua inserção nos prontuários dos pacientes, por ocasião de sua admissão hospitalar.

Como se pode depreender, a contribuição do GISAE para o desenvolvimento do objeto de estudo desta tese foi fundamental, particularmente, quando se considera que os debates e outras atividades de pesquisa realizadas no Grupo potencializaram as ações desenvolvidas no GCG, formado pelas enfermeiras da Clínica Cirúrgica.

Corroborando com o momento favorável do HU, relacionado ao ensino e pesquisa, 24 enfermeiras estão participando de cursos de pós-graduação stricto-sensu, sendo 20 delas em nível de mestrado e 4 cursam doutorado. Os cursos compreendem as áreas da Epidemiologia, Doenças Tropicais e Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários, todos programas de pós-graduação da UFPA.

Não se pode ignorar que a qualificação profissional constitui benefício à qualidade da assistência no REHUF. Essa situação é oportuna para a Enfermagem

do HU, principalmente, no que diz respeito à qualificação que a assistência de enfermagem pode alcançar e, por conseguinte à SAE.

Porém, tal situação também é conflituosa, por causa das ausências dessas enfermeiras na escala de trabalho e sua participação na implementação da SAE, através do PE. No entanto, as vantagens, a médio e longo prazos sobrepõem-se às dificuldades atuais e pontuais, pois, estas enfermeiras desenvolverão pesquisas ligadas à temática de interesse da Enfermagem e do Hospital, além de aumentarem a pontuação e credibilidade da Divisão de Enfermagem, no Processo de Acreditação Hospitalar do HUIBB.

Além do investimento na qualificação profissional dos servidores dos HU, o anexo III da Portaria Interministerial nº 883 de 05/07/2010 – DOU de 06/07/2010 (dos Ministérios da Saúde e da Educação) determinam que, para aprimorar os processos de gestão, estes hospitais deverão, no mínimo, incluir a implantação do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários Federais (AGHU), sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho que será disponibilizado pelo Ministério da Educação para toda a rede de HU.

Esta tecnologia é necessária à implantação do sistema informatizado de gestão hospitalar (AGH), desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), integrante da rede de hospitais universitários do MEC e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A implantação desse módulo no HUIBB teve início em 2010, enquanto que a programação da implantação do módulo da SAE está sendo realizada no último bimestre de 2011.

Nesse sentido, como integrante da Comissão Organizadora da Área de Enfermagem no Congresso do HUIBB realizado em 2011, fiquei responsável por viabilizar a realização de um Curso cujo título foi: “Informatizando o Processo de Enfermagem no HUIBB”, organizado conforme o módulo do AGHU / HCPA para o público de Enfermagem, prioritariamente, as enfermeiras da Clínica Cirúrgica e Médica.

A Coordenadora do Módulo de Enfermagem do HCPA, a Dra. Vera Dias, participou do evento, abordando o tema: “O Processo de Enfermagem e Raciocínio Clínico e informatização do Processo de Enfermagem”. Os objetivos do curso foram: a) Apresentar a trajetória histórica da construção do PE informatizado no HCPA; b) Descrever os passos para o desenvolvimento do raciocínio clínico do PE

informatizado; c) Sensibilizar as enfermeiras e enfermeiros do HUJBB, para adesão aos modelos dos aplicativos do HCPA que serão adequados e implantados no HUJBB; e, d) Propor atividades que visem à aproximação das enfermeiras e enfermeiros do HUJBB ao módulo do AGHU relacionado ao PE, que será implantado no HUJBB.

Em continuidade, passo à apresentação dos resultados organizados nas categorias empíricas, que emergiram a partir do tratamento, classificação e categorização dos dados oriundos das entrevistas e dos resultados do GCG.

Nesse intuito, foi adotado o seguinte esquema: a) descrição da estrutura da categoria (número de recortes distribuídos pelos temas que a compõem – subcategorias); b) descrição dos conteúdos de cada tema a partir de operação de síntese dos conteúdos, com o cuidado de evitar perdas de conteúdo. Para exemplificar os aspectos relevantes dos conteúdos dos temas ou subcategorias, foram expostos um ou mais recortes representativos do mesmo.

À medida que os temas foram sendo apresentados, procurou-se articulá-los à fundamentação teórica dos resultados. Quando necessário e pertinente, adicionaram-se outros trabalhos científicos para enriquecer a discussão dos resultados.

Como se poderá depreender, as categorias contêm noventa e seis (96) recortes temáticos oriundos das entrevistas somadas aos recortes originados dos registros do GCG. As subcategorias foram agrupadas em: a) Gerenciamento da Assistência de Enfermagem e complexidade da clientela: dinâmica, mobilidade e influências sobre a SAE / PE; b) Valorização profissional de Enfermagem: o reconhecimento da SAE por meio do PE; e c) Condições que influenciam a SAE / PE: maneiras de registrar e impressos do PE.

4.3. CATEGORIA III. GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E COMPLEXIDADE DA CLIENTELA: DINÂMICA, MOBILIDADE E SUAS INFLUÊNCIAS SOBRE SAE / PE.

A construção dessa categoria partiu de 21 recortes, extraídos das falas das entrevistadas e 11 recortes extraídos das reuniões do GCG. Ela refletiu o agrupamento analógico de mensagens alusivas ao ambiente da Clínica Cirúrgica, bem como ao nível de complexidade assistencial dos pacientes ali internados e aos

aspectos do cotidiano hospitalar que influenciam na implantação da SAE / PE no HUJBB.

Na organização desta categoria, partiu-se de uma visão geral para chegar a aspectos específicos da Clínica do HUJBB da UFPA. Os temas ou suas subcategorias com as respectivas freqüências foram denominados como segue:

Tabela 3. Temas / subcategorias da Categoria III. Belém do Pará, 2010.

Temas / subcategorias	Recortes de Entrevistas		Recortes do GCG		Σ	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Visão geral da Clínica Cirúrgica	5	16	4	12,5	9	28
Rotatividade dos pacientes	5	16	1	3,0	6	19
Os níveis de complexidade da clientela da Clínica Cirúrgica e mobilidade de acordo com as condições clínicas	4	12,5	-	-	4	12
Estratégias para superar as dificuldades com a SAE	4	12,5	4	12,5	8	25
Supervisão presente / supervisão técnica	3	9	2	6,0	5	16
Σ	21	66	11	34	32	100

Fonte: entrevistas das enfermeiras contemporâneas e do GCG, Clínica Cirúrgica / HUJBB, 2010.

Os 32 temas desta subcategoria pertencentes ao total de recortes (n= 96) expostos neste capítulo foram organizados em ordem decrescente. Nas entrevistas, os temas: visão geral da Clínica Cirúrgica e rotatividade de pacientes apresentaram maior freqüência (n=5) cada, seguidos dos temas, níveis de complexidade da clientela da clínica cirúrgica e mobilidade dos pacientes, de acordo com suas condições clínicas (n=4); estratégia para superar as dificuldades com a SAE (n=4) e supervisão presente / supervisão técnica (n=3).

Das reuniões com o GCG os temas: visão geral da Clínica Cirúrgica e estratégia para superar as dificuldades com a SAE apresentaram a maior freqüência (n=4), seguidos dos temas supervisão presente / supervisão técnica (n=2) e, rotatividade de pacientes (n=1). Nesses encontros, não houve referência ao tema níveis de complexidade da clientela da clínica cirúrgica e mobilidade dos pacientes, de acordo com suas condições clínicas.

Os recortes das entrevistas apresentadas a seguir retratam as manifestações das enfermeiras, sobre a **visão geral da Clínica Cirúrgica**. O primeiro tema desta categoria abrangeu 28% dos recortes (n=9).

Como se demonstra a seguir, as enfermeiras caracterizaram a Clínica Cirúrgica através das especificidades de sua clientela, ou mediante comparação com as demais unidades do Hospital:

É uma clínica diferenciada com relação à organização, ao tipo de paciente que você recebe. Então, você tem como planejar toda a assistência desse paciente, desde a admissão até a alta. Porque, tu tens como prever o que pode vir a acontecer e estar sempre a frente. Isso em relação a UR [unidade de recuperação], que dá um suporte para o paciente grave (E2).

Aqui [2º Oeste] é melhor em relação a outros andares do Hospital, porque primeiro a gente não tem paciente crítico. Isto facilita muito o nosso trabalho aqui fora. Outra coisa: a maioria dos nossos pacientes é ambulante, porque a gente consegue ter uma resposta melhor do cuidado. Ele consegue contribuir contigo mais e isto também facilita o trabalho de enfermagem, porque a gente consegue ter uma resposta melhor daquele paciente (E3).

Cumprе sublinhar que as enfermeiras destacam como favorável o fato de existir uma Unidade de Recuperação (UR), com características de unidade semi-intensiva, tanto em relação à composição da equipe multiprofissional, como no que concerne aos equipamentos e materiais de consumo existentes. O entendimento se justifica, quando se considera que a Unidade destina-se ao atendimento de pacientes graves, em pós-operatório imediato (POI) ou tardio, de cirurgia de média e alta complexidade.

Conforme opinião das participantes do estudo, essa estrutura facilita a organização e o gerenciamento da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico do 2º Oeste. Vale refletir sobre o que expressou uma das enfermeiras participantes:

Isto porque, se o paciente agravar e precisar de entubação vai para a UR, diferente de lá de cima que, quando tem necessidade de entubação a gente só leva o carro e entuba nas enfermarias mesmo (E3).

Vale notar que a equipe de enfermagem dessa unidade cirúrgica é composta por nove (9) enfermeiras sendo uma delas, responsável pela supervisão de enfermagem. As demais atendem na clínica cirúrgica e UR. Dos 41 técnicos de enfermagem da Clínica em comento, 29 atendem na clínica cirúrgica e doze (12) na UR.

As enfermeiras atuantes na Clínica Cirúrgica são comprometidas com o serviço de enfermagem, conforme destaca o relato a seguir:

(...) O comprometimento da equipe de enfermagem com o serviço é muito bom. Eu vejo que tem pessoas realmente comprometidas, que atendem

às suas orientações e com abertura para mudanças quando você conversa e justifica (E6).

Nas reuniões do GCG, a visão geral da Clínica Cirúrgica foi avaliada, com respaldo na infraestrutura institucional relacionada a equipamentos permanentes para a SAE. Esse ponto de vista encontra apoio teórico em (PIRES, 2004), quando assinala que: “O modelo de assistência à saúde hegemônico, curativo e hospitalocêntrico envolve a pesada indústria farmacêutica, de equipamentos e insumos tecnológicos para o setor”.

Por consequência, exige profissionais de enfermagem tecnicamente atualizados quanto ao processo de cuidar de pacientes classificados como necessitados de “assistência intensiva”. O recorte, transcrito a seguir, oriundo das reuniões do GCG retrata essa questão:

Eu digo que a Clínica Cirúrgica ainda é abençoada porque ela tem um quantitativo de equipamento que dá para atender a necessidade dos pacientes no pós-operatório. O quantitativo de leitos também é bom (...). Atualmente na UR, também é uma vantagem a existência dos equipamentos de monitorização, respiradores (...) temos um bom suporte (E2).

A Clínica Cirúrgica do HUIBB tem em sua infraestrutura a UR, unidade semi-intensiva com quatro leitos, possuindo tecnologia para monitoramento e suporte cardiorrespiratório dos pacientes ali internados. Com exceção dos profissionais de enfermagem de nível médio, todas as enfermeiras lotadas nesta Clínica atuam também na UR, conforme as escalas de plantão.

Abordando o tema, sob sua dimensão política, em sua tese de doutoramento, Pires (2004) ressalta que “a politicidade do cuidado se expressa pelo conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar que se propõe a libertar o cuidado de sua institucionalização capitalista”.

Também sob essa perspectiva, as reuniões do GCG constituíram espaços de reflexão sobre as práticas e relações envolvidas no processo de trabalho da enfermagem, principalmente, no momento em que o REHUF determina mudanças paradigmáticas no modelo de gestão e de cuidar dos hospitais universitários federais.

Como apontado, além da equipe de enfermagem, a Clínica Cirúrgica conta com outros profissionais que atuam em atividades administrativas, a saber: 2 (duas) agentes administrativas; e 2 (dois) auxiliares operacionais de serviços diversos

(AOSD), que realizam atividades de cuidado indireto (maqueiros). Esta Clínica cirúrgica atende aos seguintes programas de atenção à saúde: Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia Urológica; Cirurgia Bariátrica; Cirurgia Ginecológica e Cirurgia Oncológica.

Quanto às normas e rotinas favoráveis à reimplantação do PE, no contexto da SAE, a Clínica Cirúrgica tem um Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos, revisado pelas enfermeiras gerentes e enfermeiras assistenciais do Hospital a partir de uma consultoria realizada pela UNIFESP. Além desse Manual, o 2º Oeste utiliza o Manual do Residente em Cirurgia, elaborado em 2006, com a participação dos profissionais da Clínica Cirúrgica, com o objetivo de torná-lo útil e viável para todas as categorias profissionais inclusive para os alunos de cursos de graduação e residência dos Programas de Residência Médica, Cirúrgica e Multiprofissional do HUIBB.

Porém, é oportuno recordar que a falta de atualização desses Manuais torna impraticável a maioria de seus conteúdos tendo por consequência, a superposição de profissionais diversos para determinada atividade.

Quanto à implementação do PE no 2º Oeste, as enfermeiras relatam aspectos facilitadores e dificultadores do uso dessa metodologia assistencial. Entre os aspectos facilitadores merecem relevo: a organização da complexidade assistencial e a definição de diagnósticos de enfermagem da Clínica Cirúrgica. Em contrapartida, os aspectos dificultadores relatados dizem respeito à falta de ampla política institucional para implementação do PE no contexto da SAE e questões relacionadas a competências e habilidades da enfermeira no gerenciamento da SAE, como falta de preparo para usar todas as etapas desta metodologia e formas de registro das etapas do PE.

Contrariamente ao que ficou estabelecido sobre o uso dos impressos de enfermagem aprovados para o HUIBB nas reuniões do GISAE, no período de março a abril de 2010, a equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica (2º Oeste) resolveu diferenciar-se, adotando outro modelo de histórico e exame físico de enfermagem, proposto pela equipe de enfermagem da Clínica de Infectologia, mantendo o uso do impresso de “plano de cuidados” formulado na década de 70.

A justificativa da equipe da Clínica Cirúrgica para este posicionamento foi a de que o impresso de histórico de enfermagem e exame físico aprovado no GISAE era extenso e exaustivo, considerando muito longa sua composição em cinco folhas

para preenchimento (itens fechados). Em paralelo, manifestaram que o impresso de diagnóstico e prescrição de enfermagem deixava de contemplar a realidade da Clínica Cirúrgica relativa ao período perioperatório dos pacientes.

Em junho de 2010, teve início o desenvolvimento das entrevistas das enfermeiras da Clínica Cirúrgica do HUJBB. E, juntamente com a equipe de enfermeiras assistenciais, a discussão e avaliação dos impressos utilizados na clínica foram retomadas no âmbito do GCG.

É oportuno apontar que a PCA, ao considerar qualquer método ou instrumento para coleta de dados, enfatiza a valorização do trabalho em equipe e as decisões compartilhadas. Devido ao impasse criado pela recusa das enfermeiras da Clínica Cirúrgica em usar os impressos selecionados pelo GISAE, elas ficaram sem exercitar estes modelos. A recusa provocou o seu afastamento das discussões do GISAE. Para reavaliação desse posicionamento, as enfermeiras assistenciais da Clínica Cirúrgica, retomaram o debate, considerando a necessidade de resolver seu afastamento. Optou-se, então pela testagem dos impressos preconizados pelo GISAE durante 60 dias, o que foi realizado em conjunto com a Clínica Médica.

Simultaneamente à testagem dos impressos do PE, no âmbito do GCG, as enfermeiras concordaram com a realização de estudo sobre a utilização dos impressos do PE em prontuários de todos os pacientes internados durante o mês de junho de 2010, nas Clínicas Médica e Cirúrgica.

O estudo exploratório denominado “Análise da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem através do uso dos impressos de Enfermagem” teve por objetivo a análise do PE, no contexto da SAE nos impressos de enfermagem de prontuários de pacientes das Clínicas Cirúrgica e Médica do HU.

Neste estudo, considerou-se que o registro sobre as condições dos pacientes e/ou sobre o cuidado realizado pelas enfermeiras transmite mensagens em linguagem escrita para os membros da equipe de saúde, para informar acerca do estado de saúde do cliente, incluindo as intervenções desenvolvidas. Assim, as condições da linguagem escrita empregada nos registros de enfermagem puderam subsidiar as avaliações sobre a presença e ausência de etapas do PE, as condições da utilização da SAE e a qualidade da assistência prestada.

As avaliações fundamentaram-se na metodologia adotada pela Comissão de Revisão de Prontuários, da Divisão de Arquivo Médico e Estatística do HUJBB. Os resultados do estudo demonstraram a insuficiência no preenchimento dos impressos

do PE, principalmente no histórico de enfermagem e exame físico e no plano de cuidados.

No que diz respeito à Clínica Cirúrgica, dos 73 prontuários de pacientes internados examinados, 57 (78,08%) detinham os impressos do PE preenchidos para a fase trans-operatória, enquanto que, em 16 prontuários (21,92%) os impressos estavam preenchidos para todo o período perioperatório dos pacientes. Em 12 prontuários (16,44%), o histórico de enfermagem estava completo e em 1 prontuário (1,37%), estava incompleto. Por último, em 60 prontuários (82,19%), o histórico estava ausente.

Os registros sobre a prescrição de enfermagem e os controles clínicos de pacientes foram elucidativos em 40 prontuários (54,79%), sem elucidação em 22 prontuários (30,14%) e estavam ausentes em 11 prontuários (15,07%). A execução da prescrição de enfermagem pela equipe estava completa em 29 prontuários (39,7%), incompleta em 30 prontuários (41,1%) e ausente em 14 prontuários (19,2%).

Os resultados do estudo exploratório sensibilizaram as enfermeiras da Clínica Cirúrgica para aderir ao uso dos impressos preconizados pelo GISAE em abril de 2010.

Aliado a esse resultado, merece referencia a realização do segundo módulo da UNIFESP, que abordou a SAE, em agosto de 2010. As instrutoras daquela Universidade utilizaram o desenho da metodologia problematizadora e adotaram vários casos da prática assistencial, para mostrar como essencial, a aplicação da metodologia científica de enfermagem. Conseqüentemente, depois deste módulo, as enfermeiras decidiram que, a partir de setembro de 2010, os impressos do GISAE seriam utilizados. Estabeleceram ainda que, no início de novembro de 2010, os impressos adotados seriam reavaliados, a partir da metodologia problematizadora proposta no segundo módulo.

Os resultados do estudo exploratório também foram avaliados coletivamente pelas enfermeiras da Clínica Cirúrgica, que atribuíram os resultados ao número insuficiente de enfermeiras, à ausência de uma política institucional para a SAE, que adote o PE e às dificuldades para a existência de registros sobre a assistência nos impressos do PE. Por conseguinte, elas concluíram que tais dificuldades afetaram a implementação da SAE, por meio do PE, no HUIBB.

Todas as 7 (100%) entrevistadas em exercício da função, informaram que o número insuficiente de enfermeiras era a maior dificuldade para a implementação da SAE, através do PE, na Clínica Cirúrgica do HUJBB. A partir desta indicação realizou-se outro estudo, denominado: “Categorização da complexidade assistencial de pacientes de um hospital universitário: trajetória para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em clínica cirúrgica e clínica médica”. Ele teve por objetivos: a) Categorizar a complexidade assistencial dos pacientes, como subsídio para alocação de profissionais de enfermagem; b) avaliar o dimensionamento do pessoal de enfermagem; e c) fundamentar os processos de tomada de decisão relacionados à organização e ao planejamento da assistência de enfermagem.

A pesquisa foi realizada na Clínica Cirúrgica e Médica, em harmonia com o compromisso assumido com a Direção do Serviço de Enfermagem do HUJBB, por ocasião das primeiras reuniões do GISAE, em que a Clínica Médica foi escolhida como clínica-piloto do projeto dos Centros Colaboradores da UNIFESP e a Clínica Cirúrgica foi incluída devido ao desenvolvimento desta tese.

Na investigação tomou-se como base todas as internações realizadas no horário das 14 às 16 horas, durante o período entre 7 de fevereiro a 18 de março de 2011. Excluindo os finais de semana e feriados, foram realizadas avaliações utilizando o instrumento proposto por Perroca (2009) para o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). A aplicação desse instrumento foi precedida por um programa de orientação, envolvendo as gerentes do Serviço de Enfermagem, as enfermeiras assistenciais e as residentes de enfermagem das Clínicas participantes no projeto, no período investigado. As orientações tiveram duração de duas horas por turno e, inicialmente, foi discutida a forma de operacionalização do instrumento de classificação de pacientes. Num segundo momento, expôs-se uma situação hipotética, as enfermeiras aplicaram o instrumento e explicitaram suas dúvidas.

No período de coleta dos dados, aplicou-se, um questionário aos profissionais de enfermagem das Clínicas em estudo, com o propósito de caracterizar as equipes de enfermagem nos seus aspectos sócio-demográficos.

Para viabilizar o estudo, organizou-se um banco de dados (em planilhas do programa EPI-Info), com as classificações dos pacientes, o qual foi alimentado diariamente pelas residentes de enfermagem.

Ao final da coleta de dados, elaborou-se a categorização da complexidade dos pacientes atendidos nas Clínicas Cirúrgica e Médica do HUJBB. A fórmula para

dimensionamento de recursos humanos foi a proposta pela Resolução nº 293 / 2004, COFEN, que possibilita avaliar as horas de assistência de enfermagem por categoria profissional e de cuidado, subsidiando a tomada de decisão, por meio da avaliação da qualidade da assistência e da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Os resultados da aplicação da metodologia prevista revelaram a seguinte classificação de pacientes da Clínica Cirúrgica:

Tabela 4. Classificação de pacientes internados na Clínica Cirúrgica do HUIBB, segundo Sistema de Classificação de Pacientes Perroca (2009), Belém / Pará, 2011.

AValiação do tipo de cuidado	F	%
MÍNIMOS - 09 A 12 PONTOS	98	19,20%
INTERMEDIÁRIOS - 13 A 18 PONTOS	315	61,80%
SEMI-INTENSIVOS - 19 A 24 PONTOS	67	13,10%
INTENSIVOS - 25 A 26 PONTOS	30	5,90%
Σ	510	100,00%

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, Perroca (2009)

Na Clínica Cirúrgica, foram classificados 510 pacientes. Na distribuição conforme avaliação por tipo de cuidados observaram-se percentuais maiores de pacientes que demandavam cuidados intermediários (61,80%) e cuidados mínimos (19,20 %). Os percentuais menores foram encontrados para pacientes que demandavam cuidados semi-intensivos (13,10 %) e cuidados intensivos (5,90%).

Após a aplicação da fórmula do COFEN os resultados evidenciaram necessidade de acréscimo de 57 % no quadro de pessoal, com aumento de 9 para 14 de enfermeiros e de 41 para 65 técnicos / auxiliares de enfermagem. Portanto, o quantitativo de enfermagem e o tempo médio dispensado à clientela atual revelaram-se inadequados às necessidades de atendimento dos pacientes, o que poderia comprometer a qualidade da assistência. No entanto, por vezes, esta e outras fórmulas mostram-se inadequadas, o que demanda outro tipo de avaliação. Assim, para um Hospital que busca sua acreditação no MS faz-se necessário o uso de outros sistemas de avaliação.

O Programa de Acreditação Hospitalar não trabalha com fórmulas, mas com análise crítica dos dados coletados no SCP, no qual se identifica o perfil do cliente atendido no local, adequando-a as portarias do Ministério da Saúde, como por

exemplo as Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC's) para setores hospitalares fechados (UTI's, Unidade de Urgência e de Emergência, e outras).

A Acreditação adota os escores de enfermagem para avaliar a complexidade da assistência, deixando de considerar as fórmulas do Conselho de Classe. Assim, pode-se utilizar o SCP para classificar o paciente ou escore como TISS 28¹³, utilizado em UTI, ou outros sistemas, como PRISM II¹⁴ para pediatria e PSI para UTI-Neonatal. Eles dão sustentabilidade à tomada de decisão gerencial, promovem planos assistenciais para individualização da assistência e, em paralelo quantificam o pessoal de enfermagem.

Desta forma, a sugestão para a gerente da Clínica Cirúrgica é que se utilize a equação proposta pelo COFEN, para se ter um limite de quanto no máximo pode ser mantido; utilizar do escore SCP para identificar o perfil da clientela; destacando-se o perfil líder (mínimo, intermediário, semi-intensivo ou intensivo) e avaliar o quantitativo necessário para cada categoria da equipe, estabelecendo porcentagem de Enfermeiro e de Técnico de Enfermagem, a fim de desenvolver uma assistência com bases fundamentadas no quantitativo do quadro de pessoal necessário.

Dos 32 recortes desta categoria, 6 (28%) (5 temas oriundos das entrevistas e 1 tema das reuniões do GCG) relacionam-se à **alta rotatividade** de pacientes no 2º Oeste (segundo tema), como dificultador para a operacionalização da SAE.

O perfil da clientela nessa Clínica exige que os enfermeiros realizem média de quatro a seis admissões de pacientes diariamente. Conseqüentemente, o desenvolvimento do PE com o preenchimento de seus impressos torna-se difícil, como relata a enfermeira a seguir:

(...) Admitem seis, cinco para cirurgia de amanhã, num horário só. Aí, eu começo pelo histórico de cinco ou seis numa única tarde. E, aí eu tenho que fazer o pós-operatório imediato dos que estão vindo da cirurgia à tarde e o pré-operatório dos que irão fazer cirurgia no dia seguinte, fora as evoluções dos pacientes que já se encontram na Clínica. Então, quer dizer, acaba sendo bem tumultuado (E1).

Seis (80%) das 8 (100%) enfermeiras lotadas na Clínica Cirúrgica relataram que o horário da tarde é o mais demandado para operacionalização do PE, pois, além das internações, este é o horário de recebimento dos pacientes de cirurgia de

¹³ Therapeutic Intervention Scoring System – TISS 28 é um sistema de classificação da gravidade do paciente em UTI e tem a finalidade de dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em UTI.

¹⁴ Pediatric Risk of Mortality - PRISM II e Physiologic Stability Index – PSI são índices para quantificar a severidade da condição clínica em pacientes pediátricos e neonatais, respectivamente.

grande porte na UR, além do preparo dos pacientes que estão em pré-operatório imediato, para realizar seu procedimento cirúrgico no dia seguinte, como se infere da manifestação a seguir exposta:

A questão da alta rotatividade é abrangente na parte da tarde e que vai das 15 às 19 horas, tendo uma média de cinco ou seis internações por tarde. E aí, você tem também os pacientes vindos do pós-operatório imediato, as intercorrências do pós-operatório mediato, tem que preparar o paciente para a cirurgia do dia seguinte. Então o horário da tarde fica muito sobrecarregado, diferente do horário da manhã que após encaminhar todos os pacientes, a equipe fica no aguardo de alguma intercorrência. Já no horário da tarde, tudo acontece e aí você não consegue fazer tudo e sempre você acaba deixando a desejar em alguma coisa trazendo assim, uma dificuldade para implantação do PE (E5).

O planejamento da assistência de enfermagem é imposição legal, conforme referido na Lei do Exercício Profissional nº 7498 de 1986, em seu Art. 11. Este diploma legal foi complementado pela Resolução nº 358 / 2009, do COFEN, a qual define que a implementação da SAE por meio do PE é responsabilidade da enfermeira. No entanto, a legislação deixa de ter efeito prático no cotidiano do local estudado.

Nas circunstâncias deste estudo, as enfermeiras fazem o possível; porém, as condições para esse exercício trazem conseqüências em vários aspectos da vida profissional dessas trabalhadoras da saúde. Esse obstáculo tem sido denunciado por muitos estudiosos do tema, entre os quais se destaca Marziale (2001), quando afirma que: “O desgaste físico e emocional, (...) e o desprestígio social são fatores associados às condições de trabalho do enfermeiro, que vem refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente”. O recorte a seguir aponta para a sobrecarga de trabalho da enfermagem e ainda, para aspectos éticos da profissão:

(...) Já aconteceu, quando eu estava à tarde, de receber seis ou sete pacientes, em que eu só escrevo: paciente admitido consciente e orientado.. tem diabetes?... tem pressão alta?... tem alergia?... Só isso! ... E, já aconteceu da colega fazer dessa maneira e logo em seguida, o paciente foi transferido para o quinto andar [clínica médica] e chegando lá ele caiu, E, foram procurar o histórico de enfermagem dele e vieram em cima dela [enfermeira da clínica cirúrgica] e ela disse: “Gente eu estou sozinha [falou com ênfase]. Como vou fazer um monte de admissões?... Saber se o paciente anda ou não anda.. cuidar dos POIs [pós-operatórios imediatos], fazer os pré-operatórios (...) é tudo à tarde?” Eu posso falar porque eu já trabalhei á tarde (...) De manhã é sufoco sim, pois a maioria dos médicos vem pela manhã ... As prescrições médicas são de manhã ... o maior número de alunos é de manhã. Mas, à tarde é muito sufoco. E, se tu deixar alguma coisa para noite (...) vem a chefia (...) o livro de ordens e

ocorrências. E, aí se tu não faz o histórico ... Como neste caso, a colega está respondendo processo, porque o paciente disse que entrou andando no hospital. E onde é que está escrito? Isto deveria (...) [estar] (...) no histórico. Mas, a colega não teve condições de verificar isso (...) (E4)

As reflexões no GCG sobre as condições de trabalho para atender a alta rotatividade na Clínica Cirúrgica trazem a lume questões similares às apontadas no estudo de Pires (2004), ao concluir que “a politicidade do cuidado em enfermagem reside na intrínseca ambivalência da gestão e do cuidado que, sendo poder, tanto domina como liberta fazeres humanos”.

É interessante pontuar que as enfermeiras da Clínica Cirúrgica, participantes do GCG, evidenciaram convicção de sua ciência e arte em assistir o ser humano, de sua ação política e transformadora; todavia, não perdem o foco da profissão, como relatado na fala do participante do GCG a seguir:

É complicado, quando você tem um enfermeiro para gerenciar e cuidar de 38 leitos [pacientes] e implantar a sistematização em uma clínica altamente rotativa como é a Clínica Cirúrgica, devido que existem admissões e altas corriqueiramente, intercorrências em procedimentos pós-operatórios imediatos como dores, bexigomas e intercorrências em pacientes graves, então, para todo esse contexto, faltam recursos humanos (E5). Reunião do GCG de 23/08/2010.

No contexto da complexidade das condições de trabalho das entrevistadas, o sofrimento evidencia-se pontuado pelas exigências do ritmo do cotidiano laboral, que se contrapõem ao que é prescrito na legislação do exercício profissional de enfermagem, no que toca às condições de trabalho da enfermagem. Pires (2004) assegura que pensar a Enfermagem significa também pensar na concretude do seu cotidiano, no emaranhado de relações da vida dos trabalhadores que implementam a SAE, por meio do PE. Essa práxis requer que a gestão de enfermagem seja atuante, na luta e defesa dos interesses das categorias profissionais da Enfermagem.

No entanto, as entrevistadas consideram que a infraestrutura do 2º Oeste é compatível com os níveis de complexidade da clientela da Clínica Cirúrgica, proporcionando a mobilidade para locais com condições mais adequadas para os pacientes, em consonância com as necessidades estabelecidas por suas condições clínicas. De acordo com o tipo de cirurgia realizada nos pacientes, predominam nesta Clínica os pacientes classificados como cuidados intermediários, conforme

SCP Perroca (2009), oriundos de cirurgias gerais abdominais, seguido de pacientes submetidos a cirurgias torácicas de média e alta complexidades.

Esse aspecto caracteriza o terceiro tema desta categoria, **“Os níveis de complexidade dos pacientes da Clínica Cirúrgica e sua mobilidade de acordo com as condições clínicas”**. O recorte a seguir mostra este aspecto:

É uma clínica onde existe bem delimitado o paciente grave que está separado dos outros pacientes ... que têm um grau de complexidade menor, por ter a UR [unidade de recuperação]. E, tem como eu direcionar uma sistematização para a UR, que é uma unidade da Clínica Cirúrgica e na enfermaria são outros tipos de paciente (...) que não tem o grau de gravidade que os pacientes da UR e que é diferente nas outras clínicas em que existe o paciente grave, o paciente que está entubado na enfermaria. O paciente que deambula e tem um grau de complexidade menor do da UR, onde o enfermeiro pode dar uma sistematização diferenciada e melhor (E1).

Como descrito, a Clínica Cirúrgica apresenta em sua infraestrutura, a Unidade de Recuperação (UR), a qual tem as características de unidade semi-intensiva; ou seja, equipe técnica, infraestrutura, equipamentos e materiais de consumo, para atender pacientes de cirurgia de grande porte e de alta complexidade em período POI, ou pacientes classificados como ASA 4 ou 5¹⁵ pela Escala da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), utilizada pelos Serviços de Cirurgia do Brasil desde 1963, para avaliar a condição física do risco cirúrgico do paciente.

Conforme a Classificação de Pacientes proposta por Perroca (2009) e a Resolução COFEN nº 293/2004¹⁶, os pacientes da UR são classificados como Pacientes de Cuidados Semi-Intensivos e Pacientes de Cuidados Intensivos, os quais exigem atenção redobrada de equipe de enfermagem permanente nesse local. O próximo recorte da entrevistada retrata a complexidade assistencial da UR e a responsabilidade com pacientes de mesma classificação que estão internados na enfermaria do 2º Oeste:

15 Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), desde 1963 sugere o uso de um algoritmo na avaliação do risco cirúrgico. Neste é considerado o risco para o paciente, que tem como principais componentes a natureza da condição clínica pré operatória do paciente e a natureza do procedimento em si. Assim, a Classificação da ASA é baseada na análise da mortalidade, ou seja: ASA 1 - Sem distúrbios fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos; ASA 2 - Leve a moderado distúrbio fisiológico, controlado; ASA 3 - Distúrbio sistêmico importante, de difícil controle, com comprometimento da atividade normal e com impacto sobre a anestesia e cirurgia; ASA 4 - Desordem sistêmica severa, potencialmente letal, com grande impacto sobre a anestesia e cirurgia e ASA 5 - Moribundo. A cirurgia é a única esperança para salvar a vida.

¹⁶ A Resolução COFEN nº 293 de 2004 fixa e estabelece parâmetros mínimos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem e preconiza 3,8 horas para cuidados mínimos e 5,6 horas de assistência para pacientes que demandam cuidados intermediários, 9,4 horas de enfermagem para assistência semi-intensiva e 17,9 de enfermagem para assistência intensiva.

(...) os nossos pacientes da UR são diferentes daqui de fora [clínica cirúrgica], os que são POI [Pós Operatório Imediato] são pacientes que interagem pouco com a gente, uma vez que estão sob anestesia. Só depois de vinte e quatro horas, quando acordam, é que podemos interagir melhor e fora os pacientes da clínica [cirúrgica] que estão entubados na UR, que é suporte da clínica cirúrgica [ou seja, vocês não tem paciente intubado na enfermaria e quando tem é transferido para a UR]. Sim, já aconteceu de tirarmos pacientes da UR que estão estáveis para trazer pacientes de fora e que estão necessitando de tubo (E4)

Cuidar de pacientes de várias classificações assistenciais de enfermagem, aliado à alta rotatividade da Clínica, já foi detalhado como dificultador para implementação do PE. No entanto, agora se identificou como dificultador, a liderança de somente uma enfermeira por plantão, o que justifica a necessidade de investimentos para implementação do PE, no que diz respeito a profissionais de enfermagem qualificados, nos diversos cenários desta Clínica. Além disto, também são necessárias condições favoráveis de trabalho, para que a sobrecarga do profissional de enfermagem com atividades burocráticas e sua inadequada distribuição em relação ao número de pacientes não se constituam em dificuldades que impeçam a implementação do PE, de forma individual e qualificada.

O tema **supervisão presente / supervisão técnica** corresponde a cinco (16%) dos 32 recortes dessa categoria, dois deles extraídos das reuniões do GCG. Ele retrata o *saber-fazer enfermagem*, a dimensão da prática do cuidado, seja pelo próprio enfermeiro, ou por ainda na delegação de cuidados para os demais integrantes da equipe de nível médio, que, por óbvio, necessitam de supervisão técnica. Esse requisito diz respeito à presença da chefe de enfermagem imediata, representada neste Hospital pela *Supervisora de Enfermagem* ou pela Diretora do Serviço de Enfermagem. O termo *presente* reflete a demanda das entrevistadas de que a Supervisora, assim como, a Diretora participem do cotidiano da clínica.

Ao refletir sobre este resultado, cumpre lembrar que Horta (1979) define a função da enfermeira nos seguintes campos de ação: 1) *área específica*, na qual a função é assistir o ser humano na satisfação de suas necessidades básicas e, ao mesmo tempo, ensinar o autocuidado, para torná-lo independente desta assistência; 2) *área de interdependência, ou de colaboração*, na qual a ação da enfermeira é manter, promover e recuperar a saúde com a equipe multiprofissional; e 3) *área social*, na qual as enfermeiras devem atuar a serviço da sociedade, desenvolvendo as funções de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal, bem como

participação nas associações de classe. Essa atuação caracteriza o *saber-ser enfermagem*.

A mecanização do trabalho da enfermagem pode ser o contrário dos campos de ação da enfermeira, resumindo-se ao cumprimento de tarefas, que fazem parte da rotina de trabalho, sem refletir sobre as mesmas, sem esquecer a insatisfação gerada pelo que não pôde ser feito. O seguinte depoimento relata a insatisfação da entrevistada em função de sentir-se impossibilitada de realizar a supervisão técnica de sua equipe de nível médio:

É lamentável eu não poder acompanhar os técnicos nos procedimentos invasivos e principalmente dizer: “quando tu abrir esse curativo, tu me chama para eu ver como está e orientar como tem que ser feito”. Então, eu não consigo ser enfermeira, eu sou mais administrativa e um pouco de várias categorias, mesmo sendo num hospital universitário que existem todas essas categorias profissionais (E1).

Em seu estudo sobre feridas, Ferreira, Bogamil e Tormena (2008) apontam que a prática de cuidados a pacientes portadores de feridas é uma especialidade dentro da Enfermagem, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Ao mesmo tempo, tal desafio requer conhecimento específico, habilidade e abordagem holística. Sem sombra de dúvida, é crucial que o enfermeiro perceba tais competências como intrínsecas ao seu cotidiano, o que, por sua vez, exige condições adequadas de trabalho.

É responsabilidade da Enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 160 / 93 em seu Art. 16º, assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imprudência, negligência ou imperícia. Compete-lhe ainda supervisionar os demais integrantes da equipe, no intuito de manter a integridade física do cliente e atuar como defensor de seus direitos. Explicitamente, é competência da enfermeira, conforme a Lei nº 7498 / 86, do Exercício Profissional, no Art. II, inciso I, letra c, “o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem”.

Nesse sentido, as entrevistadas apontaram alternativas para suprir a falta de tempo e de enfermeiros, para a execução ou supervisão dos curativos. Essas propostas são coerentes com os estudos de Ferreira, Bogamil e Tormena (2008), quando sugerem um suporte para a atuação, através de protocolos técnicos, que garantam respaldo legal, técnico e científico ao profissional. Ao mesmo tempo,

propõem que os COREN's se mobilizem para proposição de um instrumento legal que respalde a prática interdisciplinar, executada cotidianamente pela Enfermagem.

Por seu turno, Horta (1979) define o *ser enfermeiro* (enfermeira ou enfermeiro) como “gente que cuida de gente”. Cuidar das pessoas implica deter conhecimento, além de uma série de habilidades, que exigem condições específicas. Essas condições relacionam-se ao gerenciamento da assistência de enfermagem, que mobiliza profissionais e utiliza recursos para proporcionar ao *ser cliente* (indivíduo, família ou comunidade) o atendimento às necessidades humanas básicas afetadas. Neste sentido, é oportuno refletir sobre o que afirmaram algumas entrevistadas, como o que se transcreve a seguir:

(...) O nosso trabalho acaba sendo prejudicado (...) Você não tem tempo de providenciar aquele colchão caixa de ovo, de explicar ao paciente e família sobre determinada medicação, de atender melhor um paciente que está com dor. Ou seja, são muitas coisas que eu poderia fazer e não faço. E quando vê, acabou o dia e com isto, o processo de enfermagem (PE) acaba não acontecendo de fato ... não foi registrado ... Outro dia eu conversava com uma técnica de enfermagem aqui da clínica que é enfermeira [em outra instituição] e ela criticava dizendo que nós não fazemos o PE. E, eu defendi que ele acontece de modo fragmentado, o que falta é ele ser sistematizado. Essa é a grande diferença ... Senão, o que nós estaríamos fazendo aqui? Nós não temos toda a sistematização do PE por estas coisas que eu falei. Mas, que ele acontece, acontece (E3).

Então são diversas funções que, para prescrever, você tem de (...) se trancar no consultório [de enfermagem] para poder evoluir, fazer planos de cuidados. Então, um enfermeiro [no período da tarde] é pouco para desenvolver as atividades administrativas e assistenciais ao mesmo tempo (E1).

A essência do trabalho de enfermagem reside em cuidar das pessoas em todos os campos de atuação definidos por Horta (1979), envolvendo: área específica, interdependência ou colaboração e social. A atuação da enfermeira em nível qualitativo desejável nessas áreas resulta em satisfação profissional. Satisfeita essa condição, pode-se esperar que a materialização do cuidar através do PE, ocorra em toda a sua plenitude.

Pelas condições de trabalho apresentadas neste estudo, as entrevistadas defendem a realização do PE, não obstante a sobrecarga de trabalho já abordada. Nesse sentido, a presença da gerente ou supervisora da clínica significa preocupação com a categoria e intercessão junto à Divisão de Enfermagem do Hospital, para resolução de seus problemas rotineiros. Essas situações também

foram apontadas nas reuniões do GCG, como se pode depreender do recorte apresentado a seguir:

O enfermeiro exerce muitas atividades administrativas. Muitos não são de sua responsabilidade e governabilidade, [ou pelo menos] não deveriam ser. E, isto acaba prejudicando a implementação da sistematização da assistência. Tem agente administrativo na clínica, mas [para] a lâmpada queimada é o enfermeiro que faz o memorando, o raio X que demora é o enfermeiro que tem que estar atrás, o itinerante ou maqueiro que demora, é o enfermeiro que vai atrás (E1). Reunião do GCG de 23/08/2011.

Vários estudos apontam a *falta de tempo* como fator dificultador para a implementação da SAE, através do PE (FARIAS, 1997; TAKAHASHI, 2008 e ANDRADE, 2005). Pode-se supor que a falta de tempo esteja relacionada ao número insuficiente de enfermeiras para a realização do PE. Segundo as entrevistadas, tal dificuldade pode ser minimizada através da supervisão presente da Supervisora e da Diretora de Enfermagem. Por certo, a parceria com as mencionadas líderes da equipe de enfermagem do Hospital representa solidariedade e compromisso para resolver, total ou parcialmente, as dificuldades vividas pelas enfermeiras do 2º Oeste.

O relato a seguir retrata essa expectativa:

(...) Eu vejo assim: que você seja mais cobrada! Eu sou enfermeira assistencial. Mas, que você seja acompanhada mais de perto pela chefia, pois o ser humano trabalha mediante a cobrança. Você precisa ser mais cobrada, ser mais acompanhada de perto, (...) não vigiada! Mas, para que se vejam as dificuldades encontradas e [que você] seja valorizado (E1)

Porém, para a efetivação da SAE por meio do PE é imprescindível o planejamento do ambiente e das condições favoráveis, o que é compatível com a adoção das estratégias de superação apontadas pelas entrevistadas deste estudo.

A esse respeito, o tema, **estratégias para superar as dificuldades com a SAE** foi encontrado em oito (18%) dos 32 recortes que constituem esta categoria, sendo quatro desses recortes oriundos das reuniões com o GCG. Os conteúdos emergentes indicam, segundo as manifestações das participantes da pesquisa (enfermeiras do 2º Oeste), o que é possível fazer para a implementação do PE, no cotidiano da Clínica Cirúrgica. Elas estão afinadas com as propostas de Espírito Santo e Porto (2008 p.132), quando sublinharam qualidades como “conhecimento e habilidade da enfermeira em saber ouvir e perceber o cliente em sua singularidade,

buscando alternativas para compreendê-lo e assim responder as expectativas face à situação de hospitalização”.

Os depoimentos que se apresentam a seguir indicam essas estratégias de superação:

Eu penso que todos os dias a gente se supera para vir trabalhar. (...) A gente não faz o básico. Eu tento conversar, dar aquela assistência diferenciada para aqueles pacientes mais graves, já que você não pode colocar os trinta e oito no colo. Então, você escolhe aquele que já está rebaixando, os que estão deprimidos e dá uma assistência melhor. Hoje mesmo, eu estava conversando com a psicóloga sobre uma paciente que está deprimindo (...). Vou lá, converso, brinco, oriento. Então, a gente tenta fazer o mínimo ... Eu analiso assim: dos trinta e oito, se dez estão rebaixando, então vamos investir nesses dez ... já que os outros estão um pouco melhor... Então, a gente acaba achando essa vertente para cuidar aqui. Esta é a nossa superação diária, é uma saída (...) (E1).

Por exemplo: nos casos da ferida cirúrgica, eu oriento, eu fico ali do qqqlado dizendo: “faz assim! Use isto ... assim” ... Então, ele [processo de enfermagem] existe. Mas para você organizar, seja um armário de casa, seja qualquer coisa você precisa de tempo ... Não tem como! É humanamente impossível você querer organizar o serviço, sem tempo para isso (E3).

Dentre as atribuições da enfermeira, relacionadas ao tratamento de lesões de pele, a profissional deve executar a técnica de curativo em lesões complexas, ou supervisionar os cuidados delegados, que se baseiam em conhecimentos obtidos no decorrer de formação e durante o processo de atualização, entre outros.

Executar, delegar ou supervisionar são atividades constantes no PE salientadas por Campedelli et al (1992), ao dizerem que, para operacionalização da SAE, o profissional de enfermagem precisa ficar livre de atividades burocráticas, de forma a dispor de tempo para planejar, acompanhar e executar a assistência de enfermagem. A prestação de cuidados ainda é o foco da Enfermagem, dentro de uma sistemática comprometida com uma assistência individualizada e de qualidade. Este cuidado deve ser materializado com alguns ajustes, apontados a seguir:

Para isso, alguns fatores precisam ser ajustados: itinerante próprios para a clínica, agente de posto presente na Clínica, categorias profissionais assumindo seus protocolos, como no caso do nutricionista. Ele é um servidor concursado como eu; logo, se cada um assumir sua parte e eu possa ficar focado para as atribuições da minha profissão, será uma maravilha! (E5).

A disponibilidade da enfermeira para a SAE deve fazer parte da política institucional do HUJBB. Este investimento institucional tem como retorno a melhoria dos indicadores do cuidado de enfermagem (prevenção de quedas e úlceras de

decúbito, entre outros). Nesse sentido, a estratégia do rodízio defendida pela Diretora do Serviço de Enfermagem é rejeitada pelas entrevistadas, por entenderem que ele prejudica a implementação da SAE. O depoimento seguinte expõe esse problema, indicando a estratégia de superação possível:

Outra situação que pode ser sugestão é a questão da rotatividade [rodízio] do profissional enfermeiro. Eu não sei até ponto isso ajuda ou prejudica a implantação da sistematização, que é o nosso trabalho. Porque, se não acontecesse, você não perderia o foco do seu serviço. Eu hoje estou na clínica cirúrgica e amanhã já estou escalado para outro setor e assim se perde o fio da meada (E5).

Outra estratégia para implementação do PE apontada pelas entrevistadas é a divisão de leitos entre as enfermeiras da Clínica, o que facilitaria a implementação da SAE por desconcentrar as atividades do PE. Em outras palavras, a etapa de histórico e exame físico é realizada pela enfermeira que recebe o paciente em sua admissão ao Hospital; a partir de então, as próximas etapas do PE seriam operacionalizadas pela enfermeira responsável pelo leito ocupado pelo paciente admitido. O relato a seguir retrata essa estratégia:

A outra superação seria a divisão dos leitos [por enfermeiras], o olhar para a clínica de forma diferenciada devido a alta rotatividade. Então, deveria ter um olhar diferenciado e que está mudando de perfil (E1)

Sobre a da divisão de leitos, Yamamoto et al (2009) concluem que existem diferenças na assistência entre campos com e sem SAE e PE. Abordando o processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico, elas destacam que:

(...) nos dois campos em que ocorre a SAE, (...) naquele em que há divisão de leitos entre os enfermeiros para o planejamento do cuidado, a assistência é pautada pelos princípios de acolhimento, vinculação e responsabilização, pois o enfermeiro realiza a anamnese, o exame físico, o levantamento de problemas, a prescrição de enfermagem e a avaliação do cuidado.

Diferentemente do campo em que um único enfermeiro desenvolve as prescrições (...) pois este trabalha com o foco na prescrição médica e os cuidados de enfermagem emergem a partir do diagnóstico médico, não realiza as etapas de identificação dos diagnósticos de enfermagem, ou seja, sem contato com a díade criança-mãe (YAMAMOTO et al, 2009).

Para que esta estratégia de superação possa ser praticada na Clínica Cirúrgica, é premente a adesão de todas as enfermeiras e o apoio da Diretora da Divisão de Enfermagem do Hospital. A divisão de leitos aproxima-se do modelo

assistencial ou padrão de prestação de cuidados de enfermagem, denominado Enfermagem Básica ou Enfermeira de Referência, tal como proposto por Ellis e Hartley (1998).

Em conformidade com esse modelo ou padrão, uma enfermeira é designada para se responsabilizar pelo cuidado ao paciente, desde sua admissão, até o planejamento da alta e a própria alta. Os benefícios para o paciente envolvem a continuidade do atendimento e sua satisfação, por saber quem é responsável por ele. As desvantagens deste modelo ou padrão situam-se na necessidade de um número maior de enfermeiras e, por conseqüência, no custo mais alto (ELLIS; HARTLEY, 1998).

Ainda como estratégia de superação das dificuldades para implementar o PE no contexto da SAE, as enfermeiras do GCG apontam a educação permanente, o que requer investimento do Hospital nos seus profissionais, individualmente e no coletivo das equipes de trabalho. Essa subcategoria apresentou-se fortemente expressa nas reuniões do GCG, conforme recorte a seguir:

Não há incentivo para o enfermeiro estudar. (...) Você se vê fazendo “feijão com arroz” todo o dia. Você não tem tempo para estudar caso clínico entre os enfermeiros da clínica. Nós não temos atividade de estudo na clínica; nós não fazemos uma discussão de caso clínico, nós não temos o costume de trabalhar com base em artigos científicos ou em literaturas atuais para que a gente possa discutir entre nós mesmos. (...) Nós acabamos fazendo o “feijão com arroz”. Enquanto que o colega nutricionista, o psicólogo que tem tempo de sentar aqui [consultório médico] e folhear os prontuários (...) ir mais a fundo na história do paciente. Os enfermeiros não tem esse tempo, porque a gente acaba tendo muitas atividades (E1).

É certo que o movimento nacional de reorganização do setor saúde configurando o SUS como norte da atenção à saúde em todos os níveis de complexidade e nas diversas áreas de atuação constitui o mote para mudança na formação dos profissionais e transformação das práticas e consequente reorganização do trabalho em saúde. Marcos dessa mudança foram a elaboração das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem e a formulação da política de educação permanente em saúde (PINHEIRO, 2003).

Nessa linha de pensamento, o HUJBB é considerado um celeiro na área da educação permanente estadual, oferecendo treinamentos, oficinas e cursos em nível de aperfeiçoamento para seus servidores, inclusive, intermediando cursos de pós-

graduação *stricto-sensu* para os profissionais de nível superior da área-fim, preferencialmente, constituída por enfermeiras e médicos.

No entanto, as enfermeiras do GCG refletem acerca de outra vertente da educação permanente, a interna, realizada para e pelos membros da equipe cirúrgica, das oportunidades de estudo sobre as questões da enfermagem na Clínica Cirúrgica, sobre a metodologia assistencial e à articulação da formação dos enfermeiros ao mundo do trabalho, de forma a refletir e decidir a respeito de intervenções sobre os problemas de saúde com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Ao mesmo tempo em que denunciam que: “Nós não temos atividade de estudo na clínica; nós não fazemos uma discussão de caso clínico, nós não temos o costume de trabalhar com base em artigos científicos”, também sugerem que essas são as soluções para a implementação do PE a fim de alcançar a ciência e a arte da enfermagem. A fala seguinte retrata essa questão:

A expectativa é de que como nós estamos num hospital universitário, eu possa estudar e eu sinto vontade de estudar! Isto, porque com o passar dos tempos a gente começa a fazer o trabalho de certa forma mecânica e, lógico, a gente tem necessidade de fazer o que outros colegas de outras categorias profissionais fazem aqui, que é estudar também, para aprimorar a assistência. Então, eu sinto muita falta disso para que eu possa colocar em prática um cuidado mais científico e com maior qualidade, seja através de estudo de caso ou avaliação multiprofissional. Em nossa situação, quando ocorre algum evento no hospital, nós ficamos impossibilitados de participar, pois, estamos sozinhos na clínica e não temos condições de deixar a clínica. A gente está precisando demais, às vezes, eu deixo de comprar livros porque eu não sei o que comprar (E5).

Num esforço de síntese dessa categoria, destaca-se a situação atual da SAE, com destaque para o atendimento ao paciente. As participantes revelaram que o idealizado pela enfermeira, por vezes, não se concretiza na prática. As enfermeiras indicaram a alta rotatividade dos leitos em função de internações curtas de pacientes cirúrgicos, os diferentes níveis de complexidade apresentados pelos pacientes e o desejo de uma supervisão técnica e mais presente como dificultadores para a implementação do PE no contexto da SAE.

O princípio da PCA da **simultaneidade** considera que a pesquisa e a prática guardam instâncias próprias. Assim, um único fenômeno da assistência caracteriza-se como problema de pesquisa de interesse coincidente.

Nesse sentido, as enfermeiras e a pesquisadora consideram que a existência de uma unidade para assistência aos pacientes classificados como de “cuidados intensivos” – a UR, a definição da complexidade assistencial dos pacientes da Clínica, aliados ao bom relacionamento e compromisso das enfermeiras foram identificados como pontos facilitadores para implementação do PE.

Por outro lado, são dificultadores: o número insuficiente de enfermeiras, a alta rotatividade dos leitos devido a internações de pacientes com curta duração, a falta de local para estudos de caso na Clínica, a ausência de residentes de enfermagem em cirurgia geral, assim como dificuldades com a educação permanente para a equipe cirúrgica, considerando-se a interdisciplinariedade ou, pelo menos, para a enfermagem desta Clínica.

Ao perseguir melhor qualidade para o atendimento ao paciente, as enfermeiras da Clínica Cirúrgica trouxeram à tona um dos conceitos centrais formulados por Horta (1979, p. 31) relativo ao “ser cliente” definido como “ser humano”. Para esta autora, a Enfermagem: a) é prestada ao ser humano e não à sua doença; b) reconhece o ser humano como elemento participante e ativo no autocuidado e, c) respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.

As enfermeiras convergiram em suas posições sobre o planejamento da assistência de enfermagem, pois fundamentaram-se nos princípios descritos acima, visto que sua decisão coletiva para a reimplementação do PE guardou coerência com os parâmetros da proposta de Horta (1979).

Esse requisito tem sido reiterado por muitos pensadores da enfermagem. Entre outros, pode-se referir Meleis (2007), quando sublinha que o cliente da Enfermagem é um domínio central da profissão, apesar de ele também ser fundamental para inúmeras disciplinas da saúde, o que determina a atuação inter e multidisciplinar da equipe de saúde. Tanto Meleis (2007) como Horta (1979) atribuem ao cliente da Enfermagem um conjunto de necessidades humanas básicas: o foco da profissão é ajudar o paciente a atender suas necessidades.

Assim, entre as soluções exitosas iniciadas na clínica em estudo para o alcance da qualidade da assistência ao paciente, vale conferir ênfase às reuniões do GISAE, aos estudos do GCG, particularmente aqueles voltados especificamente para a clínica cirúrgica, como o estudo dos impressos e da classificação da complexidade assistencial do paciente cirúrgico – ambos relatados nesse estudo.

Além disso, pode-se salientar a informatização do prontuário do paciente, com inclusão dos impressos de enfermagem e por fim, a aprovação em Edital de Extensão nº 062/2010 da Universidade do Estado do Pará de um projeto tendo em mente o desenvolvimento de “Ações de Integração Ensino/Serviço na prática de enfermagem como fortalecimento da Metodologia da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Hospital de Ensino de Belém do Pará”, aprovado sob Resolução nº 2279 / 2011, UEPA (ANEXO I).

4.4. CATEGORIA IV. VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: O RECONHECIMENTO DA SAE, POR MEIO DO PE

Esta categoria trata dos profissionais de enfermagem, sob a premissa de que é através desses atores que acontece a SAE e conseqüentemente o PE. Ela está constituída de 21 recortes, que abordam as seguintes unidades temáticas: a) Valorização profissional através da SAE; b) Relacionamento interpessoal na enfermagem; c) Valorização do profissional de enfermagem; d) Satisfação do usuário com o atendimento prestado; e) Autonomia profissional.

A enfermagem, especialmente a enfermeira, deve conscientizar-se do papel que exercem e de sua importância, no conjunto de ações de saúde (YAMAMOTO et al, 2009).

Nesse sentido, é forçoso valorizar o trabalho desenvolvido por um conjunto de profissionais sob sua coordenação, no dia-a-dia das instituições hospitalares. O quadro abaixo apresenta a categoria em exame:

Tabela 5. Temas / subcategorias da Categoria IV. Belém do Pará, 2010.

Temas / subcategorias	Recortes de Entrevistas		Recortes do GCG		Σ	
	f	%	f	%	f	%
Valorização profissional através da SAE-	08	29	1	3,5	9	32
Relacionamento interpessoal na enfermagem	06	22	1	3,5	7	25
Valorização do profissional de enfermagem	04	14	4	14	8	29
Satisfação do usuário com o atendimento prestado	02	7	-	-	2	7
Autonomia profissional.	01	3,5	1	3,5	2	7
Σ	21	75,5	7	24,5	28	100

Fonte: entrevistas das enfermeiras contemporâneas e do GCG, Clínica Cirúrgica / HUJBB, 2010.

Os 28 temas desta subcategoria pertencentes ao total de recortes (n=96) apresentados neste capítulo foram organizados em ordem decrescente, considerando a maior frequência entre eles. Sete recortes oriundos das reuniões do GCG foram acrescentados à tabela. Nesse desenho, compuseram esta categoria os temas: Valorização profissional através da SAE de maior frequência (n=9), seguido dos temas, Valorização do profissional de enfermagem (n=8), Relacionamento interpessoal na enfermagem (n=7), Satisfação do usuário com o atendimento prestado (n=2) e, Autonomia profissional (n=2).

O tema **valorização profissional por meio da SAE** aborda a importância do uso da metodologia assistencial para os profissionais de enfermagem. Compõe-se de 09 (32%) dos 28 recortes definidores desta categoria temática. Apresenta a valorização que cada membro da equipe de enfermagem atribui à qualidade da assistência de enfermagem e ao processo de trabalho, trazendo à tona aspectos dessa valorização, tais como: a relevância da SAE para a auto-estima profissional, a SAE como conteúdo científico e a aceitação do PE pela equipe de enfermagem de nível médio.

É fato que o produto final do processo de trabalho dos profissionais de saúde é a própria prestação da assistência, produzida no mesmo momento em que é recebido. Nesse sentido, ao proporcionar assistência à saúde com qualidade, através de metodologia assistencial de cunho técnico-científico e humano, a enfermeira alcança satisfação e visibilidade. O depoimento a seguir representa esta assertiva:

Com a implantação da sistematização, a minha auto-estima fica alterada com relação a SAE [sistematização da assistência de enfermagem]. Eu adoro ser enfermeira! É imutável e ninguém vai me dizer assim: tu poderias ser outra coisa, não! Eu gosto de cuidar de pacientes. Mas, eu queria ser mais enfermeira e a sistematização vai me dar essa condição de ser plenamente enfermeira, porque quero fazer os curativos complexos sem me preocupar que tem um mundo de coisas a fazer. E só a sistematização vai resgatar em mim o lado científico, o lado da ciência, o intelecto e assim, eu iria me sentir menos operária e mais enfermeira (...). Então, quando passo a visita, faço questão de dizer: eu sou a enfermeira e a sistematização vai me trazer isso. Como na época da faculdade e ainda agora, no mestrado que fazemos pesquisa, assim como no INCA que éramos obrigados a estudar (E1)

A cientificidade impregnada no trabalho de quem desenvolve o *saber fazer enfermagem* é o diferencial desse profissional, no cotidiano do cenário hospitalar. O depoimento anterior, ao assinalar que *só a sistematização vai resgatar em mim o*

lado científico, o lado da ciência, o intelecto e assim, eu iria me sentir menos operária e mais enfermeira, traz à tona que o emprego do Processo de Enfermagem perpassa questões de cunho cultural, acadêmico e até mesmo a crença na efetividade dessa metodologia (FULY, 2003). O recorte da entrevista transcrito abaixo confirma essa situação:

(...) vejo que é preciso melhorar a informação; a equipe de técnicos de enfermagem precisa ficar mais atenta de que nós enfermeiros atuamos com uma teoria do cuidado, que a nossa profissão tem cientificidade e que eles também devem adotar as novas medidas de sistematização como uma causa nobre e plausível (...). Temos que chamar a equipe para esta mudança, esta nova proposta de trabalho, ela precisa ser alertada, acordada, que o enfermeiro tem um papel sim, enquanto ciência dentro do hospital e aí vem a sistematização atender esses anseios da categoria, atendendo uma norma legal (E5).

Ao referirem: “eu queria ser mais enfermeira e a sistematização vai me dar essa condição de ser plenamente enfermeira” (E1) ou “a nossa profissão tem cientificidade” (E5) apontam para uma realidade implícita na Clínica Cirúrgica, na qual a sobrecarga de trabalho e a carga horária pesada são fatores que levam à desvalorização da profissão e à falta de motivação do profissional.

Em contrapartida, a certeza de que a SAE dá a cientificidade necessária à enfermeira, com conseqüente respeito profissional que propicia a valorização e evolução da categoria são fatores humanos e sociais apontados em vários estudos (ANDRADE, 2005; ANDRADE, 2007). Porém, essa metodologia assistencial precisa ser colocada em prática, efetivamente, em todas as suas etapas.

Nesse contexto, o que importa é o cumprimento das ações, o que confere maior valor aos enfermeiros que dedicam cuidado ao paciente (ROSSI, 2002). Quando se reflete sobre as desvantagens decorrentes da prática não sistematizada, fica claro o quanto alguns profissionais podem estar deixando de valorizar sua prática (ROSSI, 2002; SPERANDIO, 2002; PIVOTTO, 2004). O depoimento a seguir reflete o problema da valorização do profissional ao implementar a SAE, através do PE:

Essa implantação será um diferencial para o enfermeiro, pois, na prática os técnicos me perguntam qual a diferença das categorias? Então eu vejo que eles não reconhecem a parte teórica do enfermeiro e aí eu explico que na faculdade nós praticamos a sistematização da assistência do segundo ao quinto ano. Porém, a realidade da práxis é diferente, você cai na rotina! Eles desconhecem os nossos estudos e desse modo não valorizam nossas prescrições, acham que fazemos a assistência desconectada da teoria,

acham que não sabemos os porquês de estarmos fazendo aquilo [cuidado científico] (E5)

Sem sombra de dúvidas, a sobrecarga de trabalho da enfermeira leva a situações de conformismo e automação do processo de trabalho de alguns profissionais de enfermagem, contribuindo para mecanizar o PE. A entrevistada cujo depoimento se transcreve a seguir retrata esse cotidiano da enfermagem hospitalar:

Nós acabamos automatizando a nossa profissão ..., os porquês foram ficando para trás e a ousadia também. A gente acaba acatando muito, sendo menos ousado. Temos que ousar mais ... [Se não] a gente automatiza o nosso cuidado, a gente costuma dar jeitinhos, a gente não costuma discutir no bom sentido (E1).

Vários estudos analisam a automatização do processo de trabalho da enfermagem. Para Silva (2006, p.95) essa situação resulta do número excessivo de rotinas que a enfermeira deve atender, aprisionando a criatividade e impedindo a atuação participativa e científica dos profissionais de enfermagem. Nessa perspectiva, o PE passa a ser um amontoado de papéis a serem preenchidos e conforme o próximo relato; não é valorizado pela própria equipe de enfermagem, como se pode inferir do que segue:

Outra dificuldade é a aceitação ou valorização da prescrição de enfermagem de um modo geral na clínica, pois, o cuidado de enfermagem passa despercebido pela equipe de enfermagem e a checagem, quando é feita, é automática; ela não é avaliada [pelos técnicos de enfermagem] com os mesmos cuidados das outras categorias. Acredito que isso seja cultural, pois desde 2004, quando fui admitido pelo concurso, já notei essa desvalorização e eu não consigo identificar a causa desse problema e o próprio enfermeiro não valoriza isto; aquela checagem é feita de forma automática e sem o mínimo de cuidado, porque você vê que eles rubricam impressos que não tem nenhuma prescrição de enfermagem, está sem nada. Eu observo isso freqüentemente (E5).

Então, eu não acredito que o técnico [de enfermagem] leia naquele pedacinho [do impresso] (...) às vezes, acho que estou muito desacreditada. Mas eu acho, que o técnico não lê e não faz [o que está prescrito]. Aquela letra de bíblia.. aquela coisinha marcadinha, eles não lêem, mas assinam e datam embaixo. Então, são automáticos! Já aconteceu deles checarem o que não estava prescrito, ou seja, impresso em branco (E4).

A automatização do PE torna-o rotineiro, inconsciente e sem valor para a documentação de enfermagem, visto que, como foi referido, *eles rubricam os impressos que não têm nenhuma prescrição de enfermagem, está sem nada (E5)*. E assim, para um hospital que busca atender às exigências da acreditação hospitalar, as práticas são entendidas como nocivas e desvalorizam o serviço de enfermagem.

Por outro lado e paradoxalmente, os registros formais da assistência, desenvolvidos de maneira sistematizada e otimizada proporcionam visibilidade e garantem a continuidade do cuidado de forma segura, integrada e qualificada. A SAE, ao dar conta da continuidade do trabalho entre equipes, se transforma em um processo dinâmico, capaz de estreitar os laços profissionais entre a equipe multiprofissional (NASCIMENTO et al, 2008).

O segundo tema definido como **relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem** da clínica cirúrgica do hospital em estudo é composto por 07 (25%) recortes das 28 unidades temáticas dessa categoria. Aborda as relações internas entre cada pessoa da equipe de enfermagem e demais membros dessa equipe; considera que o bom relacionamento no ambiente de trabalho precisa ser garantido, para que promova a insatisfação no contexto de trabalho.

Na avaliação geral, as relações interpessoais da equipe de enfermagem do 2º Oeste tornam-se evidentes, quando se reflete sobre o relatado no trecho da entrevista abaixo:

(...) o relacionamento interpessoal dos enfermeiros na clínica é muito bom, não existe disputa! ... Não existe competitividade! É isso, o relacionamento dos enfermeiros, a colaboração dos técnicos de enfermagem de todos os horários, que na maioria, são grandes colaboradores, são pessoas dedicadas! O absenteísmo aqui é baixo (E1).

Ademais, a busca de equilíbrio entre o comportamento da enfermeira e dos demais membros é fundamental para a efetivação da SAE, através do PE, considerando que o *saber conviver na enfermagem* representa o maior desafio da educação em saúde. A convivência depende da descoberta do outro, como sujeito, e da construção coletiva de projetos comuns, respeitando os valores de pluralismo, compreensão mútua e paz (LEONELLO; OLIVEIRA, 2007). Essa construção coletiva de projetos é destacada no recorte a seguir:

(...) para se implantar, há a necessidade da aceitação do processo como um todo, de toda a equipe técnica, se eu não tenho uma equipe técnica aberta para as mudanças dessa natureza dificilmente a gente vai conseguir. Porém, eu vejo que os colegas da clínica cirúrgica, especificamente, da parte da tarde, tem uma boa aceitação para essas mudanças (...) são pessoas que eu posso contar para que o serviço de enfermagem tenha mais qualidade e maior eficiência e eficácia para a assistência [Explique melhor em que sentido essa aceitação é uma facilidade] Olha, tudo que envolve a nova implantação: um novo diagnóstico a ser implantado na sistematização, os impressos modificados e a própria aceitação do diagnóstico de enfermagem (...) (E5).

No entanto, como relatado, há problemas nos locais de trabalho, os quais provocam desmotivação e, portanto, queda de produtividade, provavelmente causados por limitações nas relações interpessoais, entre outros determinantes. Isso é compreensível, eis que, em ambientes onde há tratamento grosseiro, indelicado, ou quebra de protocolos institucionais, as pessoas sentem-se infelizes, frustradas e desestimuladas a atuar em cooperação. Esforços para aumentar a motivação nesses grupos podem ir por água abaixo, já que as bases de um relacionamento civilizado não estão funcionando. Essa assertiva se traduz no relato de enfermeiras da clínica cirúrgica, ao enfatizar que:

A disciplina e o respeito profissional estão abalados no hospital, a falta de comunicação entre a enfermagem é difícil. Então, está faltando aquele reajuste de postura profissional. Quem é o enfermeiro? Quem é o técnico de enfermagem? O que eu tenho que fazer como atribuição? (E5).

E tem muitos técnicos [de enfermagem], com nível superior, enfermeiros, psicólogos. Está chegando a quase meia dúzia que são enfermeiros [Então, isto facilita este bom relacionamento?] Não, é conflituoso, principalmente quanto o técnico é enfermeiro, dependendo de cada colega que está como enfermeiro, porque eu posso aceitar o questionamento como uma contribuição e nós vamos sentar e discutir juntos. Mas, eu posso pensar que “ele é técnico e não pode contestar isso” (E1).

O Serviço de Enfermagem do HU costuma apoiar e incentivar seus colaboradores a melhorar a qualificação profissional, seja oferecendo cursos de aperfeiçoamento ou viabilizando cursos de graduação. Nesse sentido, é pertinente ressaltar que 10 (22%) dos 45 profissionais de nível médio em enfermagem da clínica cirúrgica possuem qualificação de nível superior, além de que o HU apresenta um quadro de 25 enfermeiras em cursos de pós-graduação stricto-sensu, sendo que desse total, aproximadamente quatro desenvolverão pesquisas voltadas à temáticas do PE, no contexto da SAE.

Essa realidade aproxima-se do critério da **essencialidade** da PCA, ao justapor-se o processo da prática assistencial e da investigação em contínua ação dialógica. A esse respeito, sublinha-se recorte da entrevista anterior, ao referir que “tem muitos técnicos [de enfermagem], com nível superior: enfermeiros, psicólogos. Está chegando a quase meia dúzia que são enfermeiros” (E1), o que pode sugerir conflito velado (ou não) nessa equipe. Porém cabe informar que tem-se desenvolvido iniciativas no intuito de superar o conflito, com a participação das enfermeiras no GISAE e com o trabalho motivacional da supervisora da clínica. Veja-se o que foi destacado no excerto transcrito a seguir:

Para superar essas coisas só o trabalho coeso de enfermeiros, falar a mesma linguagem porque se o da manhã diz uma coisa, o da tarde já diz outra, então todos deveriam seguir a mesma linha de trabalho na clínica; vendo o que é melhor para a clínica e com isso melhorar a sistematização do processo (E6).

A **valorização do profissional de enfermagem** na equipe de saúde é o terceiro tema definido para esta categoria. Apresenta 8 (29%) unidades dos 28 recortes, dos quais quatro foram extraídos das reuniões do GCG. O depoimento seguinte aborda a relevância do profissional de enfermagem no contexto hospitalar:

Deve-se superar essa dificuldade de recursos humanos e de impressos mais específicos, com a valorização profissional pela chefia imediata e pela chefia superior, não subvalorizar os problemas que o teu funcionário apresenta, às vezes ele não está vindo por algum problema familiar e é interessante que você se preocupe com ele ... que se sinta acarinhado, seja no dia das mães, seja nas datas festivas, por exemplo: aqui [Clínica Cirúrgica], como foi o nosso dia do enfermeiro?, passou tão apagadinho! Teve uma atividade aqui no hospital sim, mas foi depois [comemorado depois da data definida], mas no dia do enfermeiro ou do técnico não aconteceu nada; eu te digo mesmo. [...]. O dia de outros profissionais existe e são feitas comemorações e nós que somos a maioria, eu acho, que é feito pouca coisa! Eu acho que vale à pena investir nessas coisas para que você possa se sentir parte dessa instituição e não somente uma peçazinha que vem aqui faz o seu trabalho e vai embora e se tiver realmente esse investimento (...) Vestir a camisa da instituição, crescer e brigar por ela, muita coisa vai melhorar.. nós somos a maioria (E3).

Na correria do dia-a-dia, o urgente não tem deixado tempo para o importante e, nas instituições hospitalares, o mais relevante são as pessoas. O recorte da entrevista anterior revela o sentimento de desvalia para com os profissionais de enfermagem, precipuamente ao referir que “(...) o dia de outros profissionais existe e são feitas comemorações e nós que somos a maioria, eu acho, que é feito pouca coisa” (E3).

Como consensual entre os pensadores e mesmo entre leigos, a valorização profissional requer espaços de escuta e diálogo, gestão compartilhada, inclusive na formulação de projetos institucionais e envolvimento de enfermeiras em atividades de ensino e pesquisa.

O HUJBB, como participante do REHUF, seguindo as determinações do AGHU para os hospitais universitários federais adota os parâmetros preconizados pelo HCPA para seus recursos humanos como: a) Atividades-fim críticas, considerando os profissionais: médicos; enfermeiros; enfermagem de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem); b) Atividades-fim não-críticas: Nível superior: assistente social, biomédico, farmacêutico/bioquímico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo,

nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional; Nível médio: técnico de laboratório, técnico em histologia, técnico em hemoterapia e técnico em radiologia; e, c) Atividades-meio e administrativas: Nível superior: administrador, analista de sistema, analista de TI (Rede), contador, engenheiro, engenheiro de segurança do trabalho (HUJBB, 2010).

A classificação da enfermagem como atividade fim-crítica remete para a essencialidade da profissão na equipe de saúde, favorecendo o reconhecimento pela equipe de saúde, instituição e principalmente pelo paciente, além de elevar a qualidade e eficiência da assistência, o que se reflete na valorização do profissional enfermeiro.

As participantes do CGC conferem relevo a essa valorização, por meio do processo de cuidar científico e humano, na equipe cirúrgica, como relatada no recorte a seguir:

O médico dá a alta, sem saber o meu ponto de vista como enfermeira; outro exemplo, a situação do curativo: se ele [paciente] vai ter condições de fazer em casa e a mesma situação para os drenos ou bolsas coletoras que o paciente tem quando tem alta. Então, aqui a gente não tem esse momento multidisciplinar para discutir o cuidado com o paciente. A gente precisa garantir o cuidado profissional da enfermeira! (E1). Reunião do GCG em 29/06/2010.

Meleis (2007) descreve o cuidado de enfermagem como intervenção terapêutica, entre outras, que requerem tempo, energia e habilidades “que nem sempre são recompensadas através de políticas adequadas”. Entre as atividades assistenciais, relata os cuidados com os pacientes mais graves e os procedimentos mais complexos. Em relação às atividades administrativas, inclui aquelas relacionadas à organização e à coordenação do serviço.

Sob essa perspectiva de análise, as participantes do GCG, como referido anteriormente, expuseram o que segue:

Para fazer todo o processo [Processo de Enfermagem], a gente precisa de tempo hábil e a gente não tem, porque nós tratamos de muitas burocracias e isto não tem como a gente fugir! Nós precisamos registrar nos impressos, precisamos ligar para a farmácia pedindo medicamentos, precisamos ligar para a nutrição dizendo que a nutrição foi alterada, nós somos psicólogas, somos serviço social, somos nutricionistas, farmacêuticos, e o processo fica ali encolhido (...). Essas atividades acabaram ficando elencadas para a gente...virou rotina e a gente não vai poder ficar aguardando alguém resolver (...) por birra e, daí a gente vai e faz, porque o paciente não pode ficar prejudicado... então o processo fica lá esperando que a gente tenha tempo para fazer (E3). Reunião do GCG em 08/04/2011.

A demanda burocrática é realmente volumosa e complexa nos serviços hospitalares e a enfermeira, como liderança nessa organização, com certa frequência, não registra de modo sistemático e compreensível os cuidados efetivamente prestados por sua equipe. Ao referir no recorte anterior que “essas atividades acabaram ficando elencadas para a gente ...virou rotina e a gente não vai poder ficar aguardando alguém resolver” (E3), caracteriza a profissão como simples executora de tarefas manuais rotineiras, reveladoras de descompromisso com a assistência prestada, o que pode ser índice da falta de reconhecimento profissional e das dificuldades na avaliação de sua prática profissional no seio da equipe de saúde

A comunicação é uma das necessidades humanas básicas, é por meio dela que o enfermeiro aborda o paciente, constrói a sua identidade e contribui para a visibilidade da profissão. A comunicação como ferramenta gerencial é igualmente significativa para valorização profissional e efetivação de projetos institucionais. Sendo a enfermagem, por natureza, um processo interpessoal, depende da efetividade da comunicação como instrumento para alcançar suas metas, no processo interativo e assim atingir os propósitos específicos da profissão e do coletivo da equipe de saúde.

Mas, no cotidiano do trabalho da clínica, esses aspectos parecem apresentar lacunas que precisam ser sanadas. Vale refletir sobre a manifestação que se transcreve a seguir:

A comunicação multiprofissional também dificulta sobremaneira a implantação da sistematização, porque muitas vezes, eles [técnicos de enfermagem] não vêem a importância de eu prescrever determinadas atividades. E isso acontece até mesmo entre nós, colegas de enfermagem. Muitas vezes a colega da manhã não faz o que eu da tarde prescrevi, por falta de entendimento e por não se comunicar comigo – tudo por não ter ocorrido uma avaliação coletiva (E6).

Sob esse enfoque, não basta assegurar a implantação de determinado método/metodologia a qualquer custo, eis que se faz premente desenvolver mecanismos inovadores e dinâmicos, capazes de focalizar as relações multidimensionais com os diferentes meios/ambiência dos sistemas abertos, em constante movimento/ondulações frente às influências múltiplas e imprevisíveis (NASCIMENTO et al, 2008).

O tema **autonomia profissional**, formado por duas (7 %) unidades dos 28 recortes, é o quarto tema dessa categoria, que reflete a importância da SAE, através do PE para a enfermeira. Seu conteúdo ratifica o pressuposto de Horta (1979) e fortalece a noção de que o PE constitui instrumento para qualificação da assistência e de autonomia para a enfermagem como profissão. Por meio dele, é possível decidir quais elementos ou fatores (ações de cuidado) serão necessários, para que determinado resultado seja atingido.

Autonomia profissional da enfermagem é construída por conquistas técnico-científicas, legais, e, primordialmente, pelo desenvolvimento de uma prática cidadã. Não existe autonomia absoluta; ela resulta de construção social de cada área de atuação profissional (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) no contexto das relações vigentes na grande área (saúde) e na sociedade (SILVA, 2007). Essa prática cidadã exige respeito e competência técnica, como exposto por uma das entrevistadas:

Eu vejo assim: se o paciente precisa de uma sonda nasogástrica, eu não deveria esperar o médico prescrever ou que eu tenha que conversar com o médico para ter essa autorização, pois se está com padrão de nutrição alterado, eu posso conversar com o meu colega nutricionista à respeito disso. As nossas ações são muitas vezes, independentes do médico. Por exemplo: Se recomendo ao paciente repouso total para não eviscerar, isto é uma prescrição da enfermeira, independente da do médico. E, eu não vou esperar o médico prescrever. Então, a minha avaliação de curativo são duas ou três vezes, eu não vou esperar o médico prescrever. É a minha avaliação e deveria ser seguida. Então, a gente faz o básico e o que poderia ser mais detalhado nessa prescrição aqui, a gente fica esperando do outro colega [categoria profissional] (E1).

A conquista da autonomia de uma categoria profissional é relativa, à medida que, na área da saúde, a subjetividade dos indivíduos, o desenvolvimento da tecnologia e o arcabouço jurídico institucional vigente no país *conformam as fronteiras entre os campos de cada disciplina e o debate da especificidade/natureza, perfil e competências de cada profissão e os limites de atuação destas e de suas especialidades na atenção integral a saúde* (SILVA, 2007).

Sob essa perspectiva, é fundamental que a profissão alcance legitimidade social, adote postura crítica no contexto de sua prática, esteja mais presente nas posições de poder, para garantir decisões, apoiadas em seu saber e no fazer. É essencial que o enfermeiro atue conforme os princípios da cooperação

transdisciplinar¹⁷, o que favorece a visibilidade e a autonomia do seu fazer, como se observa nos relatos a seguir:

Então assim, teve uma situação que eu polemizei com uma nutricionista, porque na prescrição [dela] havia cuidados gerais. E aí, eu questioneei, porque cuidados gerais são da enfermeira. Tu não tens que prescrever, porque isso é meu!. Porque, o que eu vou entender como cuidados gerais são: banho, higiene oral, massagem de conforto, orientar o paciente a deambular, ou seja, àqueles cuidados basais. E, quando ela coloca isso na prescrição, vou entender que ela está colocando algo que é meu e isto foi para a Divisão de Enfermagem. E aí, tivemos que sentar e eu saí como a encrenqueira ... que isso era besteira. Então, eu disse que não sou encrenqueira, pois eu não prescrevo dieta. Depois deste episódio, ela não prescreveu mais isso [cuidados gerais], ela colocou os cuidados com as dietas. Eu sei das necessidades do paciente, eu posso estar comunicando a eles [médicos, nutricionistas...] e não que eu precise dele para poder prescrever (E1)

O último tema, **satisfação do usuário com o atendimento prestado** é composto por dois (7%) recortes dos 28 depoimentos das enfermeiras, não tendo sido mencionado nas reuniões do GCG.

A satisfação constitui um dos indicadores do alcance dos objetivos do cuidado de enfermagem, que envolve conhecimento, compromisso e habilidades de ouvir e perceber o paciente / cliente em sua singularidade, para além do cuidado biológico e se traduz em eficácia nas condutas, com aumento na resolução do caso e menor tempo de internação. Nesse sentido, é esclarecedora a manifestação transcrita em continuidade:

Todos os pacientes que procuram o hospital, bem ou mal eles tem um retorno bem favorável (.) com todas as deficiências que nós temos. Vou te repetir o que os pacientes, que vem de outros andares ou de outros hospitais, sempre dizem: que nem parece que eles estão num hospital público porque aqui no Barros Barreto [hospital] tem a questão da AIDS e aquela má impressão que eles tem, eles confessam ..eu gostei ... fui bem atendido! Ou, ah! aqui é vocês que fazem [os procedimentos de enfermagem], porque lá em cima era eu [paciente ou acompanhante] que fazia. Aqui [na clínica cirúrgica] somos nós que fazemos [procedimentos de enfermagem]. A clínica [a equipe de saúde] ainda consegue atender o paciente dentro das limitações que ela tem e acredito que isso se dá também devido ao entrosamento da equipe, eles falam sempre elogiando a equipe da clínica cirúrgica (E2).

¹⁷ Por transdisciplinaridade entende-se “aquelas situações do conhecimento que conduzem à transmutação ou ao traspasse das disciplinas, à custa de suas aproximações e frequentações. Pois além de sugerir a idéia de movimento, da frequentação das disciplinas e da quebra de barreiras, a transdisciplinaridade permite pensar o cruzamento de especialidades, o trabalho nas interfaces, a superação das fronteiras, a migração de um conceito de um campo de saber para outro, além da própria unificação do conhecimento. Trata-se, portanto, de uma interação dinâmica contemplando processos de auto-regulação e de retroalimentação, e não de uma integração ou anexação pura e simples” (DOMINGUES, 2003. p. 02).

Os usuários demonstram satisfação com a assistência, à medida que emergem no cotidiano as dimensões de qualidade, como confiança, respeito humano, empatia e responsabilidade, além de competência técnica. A satisfação do usuário vem a ser uma medida na avaliação do cuidado de enfermagem, em hospitais. No entanto, a qualidade técnica do cuidado de enfermagem é conceito difícil e complexo de mensurar; todavia, estudos (CRUZ e MELLEIRO, 2010) demonstram que não raro, a maioria dos usuários expressa altos níveis de satisfação com o cuidado recebido.

Na síntese dessa categoria destaca-se que a valorização profissional discutida na categoria V remete a outra vertente, qual seja, o desejo de que a SAE, por meio do PE, propicie aos profissionais de enfermagem satisfação e visibilidade do trabalho realizado, reconhecendo a cientificidade da prática, educação e administração, como meios pelos quais o PE é implementado.

Nesta categoria, incluíram-se ainda as relações interpessoais na enfermagem e na equipe cirúrgica, considerada pelas enfermeiras como favorecedoras para a operacionalização do PE, além de aspectos relacionados à autonomia profissional e satisfação do usuário.

Nessa ordem de raciocínio, segundo Horta (1971), o planejamento é um dos instrumentos básicos de enfermagem, podendo ser conceituado como o resultado de um processo intelectual, em que ocorre a determinação consciente do curso em ação, a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise.

Admitindo-se tal premissa, a enfermeira não pode ficar na dependência de que a gestão superior resolva a maioria das dificuldades, para, só então, buscar soluções para as dificuldades inerentes à sua profissão. É preciso encontrar, nas ferramentas gerenciais da enfermagem, formas eficientes para administrar a assistência e gerir a clínica.

Dessa forma, a **conectividade**, um dos princípios da PCA, que diz respeito à exigência de envolvimento do pesquisador com a assistência (pensar e fazer) apresentou-se fortemente imbricada na relação entre a pesquisadora deste estudo e as participantes do mesmo.

Explicitando melhor, pode-se dizer que o envolvimento da pesquisadora, tanto no GISAE, como nas reuniões do GCG, abriu espaço a uma parceria importante. Por ser enfermeira efetiva do Hospital, pude cooperar como mediadora ou interlocutora

no encaminhamento de algumas questões operacionais e urgentes, como: o redimensionamento junto à Gerente da Clínica e a Diretora do Serviço de Enfermagem do HUIBB da escala de serviço do horário da tarde, apontado pelas enfermeiras contemporâneas, como o tempo de maior concentração de atividades de enfermagem e que possuía somente uma enfermeira; algumas reuniões do GCG serviram como local de escuta e “desabafo” do grupo de enfermeiras.

Meleis (2007) desenvolveu estudo em que não discute, especificamente, a enfermeira ou enfermeiro, mas discorre que teoria e pesquisa são os processos pelos quais os conceitos de domínio e os problemas são desenvolvidos, validados e comunicados. Conforme palavras textuais da autora em tela: “Prática, educação e administração são os meios pelos quais a enfermeira implementa os domínios da estrutura da disciplina de enfermagem”.

4.5. CATEGORIA V. CONDIÇÕES QUE INFLUENCIAM A REALIZAÇÃO DO PE: MANEIRAS DE REGISTRAR / IMPRESSOS DO PE

Esta última categoria denominada “Condições que influenciam o PE” é composta por sete subcategorias que congregam o desenvolvimento do PE no contexto da SAE e as condições relacionadas às maneiras de registrar e impressos da PE. Cada subcategoria está constituída de agrupamento de temas ou recortes, apresentados e analisados segundo a metodologia proposta neste estudo.

Tabela 6. Temas / subcategorias da Categoria V. Belém do Pará, 2010.

Temas / subcategorias	Recortes de Entrevistas		Recortes do GCG		Σ	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Histórico de enfermagem	06	17			6	17
Diagnóstico de enfermagem	02	5,5			2	5,5
Prescrição de enfermagem	08	22	1	3	9	25
Evolução de enfermagem	11	30,5			11	30,5
Controles de sinais vitais	02	5,5			2	5,5
Base teórica	01	3	1	3	2	5,5
Informatização do PE	-	-	4	11	4	12
Σ	30	83	6	17	36	100

Fonte: entrevistas das enfermeiras contemporâneas e do GCG, Clínica Cirúrgica / HUIBB, 2010.

Os 36 (37,5%) temas desta categoria pertencentes ao total de recortes (n=96) deste capítulo foram organizados a partir da sequência das etapas do PE. Os temas: Histórico de enfermagem (n=6), seguido de Diagnóstico de enfermagem

(n=2); Prescrição de enfermagem (n=9); Evolução de enfermagem (n=11); Controles de sinais vitais (n=2) e, Base teórica (n=2) constituem a Categoria VI. As reuniões do GCG deram origem aos temas referentes a informatização do PE (n=4), seguido de evolução de enfermagem (n=1) e base teórica (n=1).

Apesar de o componente, base teórica, constituir um recorte de entrevista, o mesmo será apresentado em primeiro lugar por ser considerado, legalmente, no art. 3º da Resolução COFEN nº 358/2009 como:

O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN nº 358/2009).

Nessa perspectiva, o Hospital em estudo, desde a década de 70, escolheu a abordagem proposta pelos estudos de Horta (1979) opção que permanece até os dias atuais, mesmo após várias comissões de estudo proporem a mudança alicerçada em estudos de outros autores.

A manutenção da teoria de Horta e a escolha da taxonomia da NANDA não foram precedidas de profundo estudo pelo GISAE. No entanto, foram validadas, após avaliações do GCG, baseando-se em diversos estudos da literatura nacional (BARROS, 2010; SANTOS et al, 2009; TRUPPEL, 2008; FARIAS, NÓBREGA, PEREZ, COLER, 1990)

O recorte da entrevista ao referir que: *aqui ainda se usa a Wanda Horta (...) a questão é assim: ah! já está essa, então deixa estar!* (E2) demonstra conformismo e insatisfação, o que pode acarretar prejuízos para a SAE, por meio do PE, por não considerar os processos interativos e a cientificidade conquistada com o uso dessa metodologia assistencial, ao mesmo tempo em que contribui para o fracasso da implementação de qualquer instrumento relacionado à SAE (BRANDÃO, 2007).

Ademais, a definição de diagnóstico da NANDA (2010) aponta alguns aspectos relevantes em relação ao foco de atuação do enfermeiro e corresponde aos preceitos formulados por Wanda Horta.

Não se pode ignorar que o interesse é a resposta do indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde e/ou processos de vida, o que enfatiza as expectativas e vivências dos indivíduos em relação às doenças. Gordon (1998) assevera que “idealmente, a base conceitual do diagnóstico de enfermagem é

seguramente pautada nos estudos de fenômenos”. Logo, para que o PE ocorra de modo pleno deve haver relação obrigatória entre diagnóstico, prescrição e resultado, de modo que todo diagnóstico seja vinculado a, pelo menos, uma prescrição, embora não haja reciprocidade nesta afirmativa, eis que nem toda prescrição tem por finalidade a resolução de um diagnóstico (CRUZ, 1995).

O sub-tema histórico de enfermagem compõe-se de 06 (20%) recortes dos 30 que constituem esta subcategoria. Conforme entendimento de Horta (1979), o histórico de enfermagem também é designado como levantamento, avaliação e investigação que constitui a primeira fase do processo de enfermagem. Ele pode ser descrito como um roteiro sistematizado para coleta e análise de dados significativos do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas.

Em geral, no Hospital em estudo, o paciente é admitido através do setor da triagem, referenciado pela Central de Leitos do SUS. Para a clínica cirúrgica / 2º Oeste, o fluxo deste paciente pode ser da Central de Leitos, como do ambulatório de cirurgia do hospital, onde os pacientes são triados através da demanda espontânea. Como relatado na categoria I, esta clínica possui alta rotatividade de pacientes, o que acarreta dificuldades na operacionalização do histórico de enfermagem, conforme o depoimento a seguir:

O histórico de enfermagem tem situações de pico, ou seja, de cinco, seis ou quatro internações e, chega um momento em que (...) já estou envolvida em outros serviços, como do POI [pós-operatório imediato], com certeza, o enfermeiro não consegue aplicar o histórico de enfermagem completo. Ele [enfermeiro] vai se prender só em qual é o diagnóstico médico do paciente, se é alérgico, se usa alguma medicação, se é diabético ou hipertenso e ponto final. É essa que vai ser a admissão dele [do enfermeiro para com o paciente] (E1).

Em junho de 2010, foi realizado um estudo exploratório¹⁸ vinculado à tese de doutorado, com o objetivo de analisar a SAE através do PE, nos impressos de enfermagem de prontuários de pacientes. Evidenciou-se que em 12 prontuários (16,44%) o histórico estava completo, em 1 prontuário (1,37%) estava incompleto e em 60 prontuários (82,19%) o histórico estava ausente.

¹⁸ Estudo exploratório intitulado Análise da implementação da SAE através do uso dos impressos de enfermagem: estudo em um Hospital Universitário, realizado na clínica cirúrgica em 73 prontuários de pacientes internados (78%) durante 30 dias em junho de 2010. Foi apresentado no III Encontro Internacional de Produção de Conhecimento e Núcleos de Pesquisa de Enfermagem, Rio de Janeiro.

Na análise dos resultados estudo com as enfermeiras do GCG, foram apresentadas justificativas às dificuldades sobre o resultado de *ausente*: alta rotatividade da clínica e deficiente número de enfermeiras, principalmente no horário da tarde. Outra situação dificultadora refere-se ao modelo de impresso utilizado (Anexo C - Histórico de Enfermagem) citado no recorte abaixo:

Mesmo ele [impresso do histórico e exame físico] sendo de marcar, é incompleto! Tinha que ser diferenciado por ser de cirurgia... temos pacientes que vem sondados ou de recidiva, então a clínica precisa de um impresso próprio prá ela, porque ela é uma clínica diferenciada, não dá prá ser geral. Na verdade, no hospital, cada clínica deveria ter o seu impresso e com isso o impresso de plano de cuidados que nós fazemos está defasado (E4)

No capítulo II, foi descrito que o GISAE definiu as bases da SAE, através do PE para o hospital em estudo, inclusive os impressos. No entanto, as enfermeiras do GCG da clínica cirúrgica não aderiram, sob o argumento de que o mesmo se apresentava extenso e de difícil aplicabilidade nessa clínica:

(...) o impresso ficou feio! Eles quiseram botar tudo quanto é informação num único impresso. Eu fico imaginando se a gente for fazer [o histórico e exame físico] naquele impresso [o das quatro folhas] (ANEXO nº 8), a gente não faz mais nada e no final de semana, é pior. Aquele modelo que as residentes apresentaram é o mais adaptado e pode ser usado no computador. É questão de querer ou não! (E2)

Naquela ocasião, essas enfermeiras, em conjunto com as residentes de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital, apresentaram uma proposta de impresso para a clínica cirúrgica que não foi aceita pelo grupo do GISAE. Então, permaneceram utilizando o impresso preconizado na década de 70 ou o impresso opcional sugerido pela Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP):

(...) o outro impresso [que as residentes fizeram] força você a pensar. Esse aí [impresso atual] é igual bilhete de loteria, você só vai marcando! O outro força você a pensar, raciocinar, avaliar e saber fazer um bom exame físico (E2)

Campedelli et al (1989), num levantamento realizado entre as enfermeiras que executavam o histórico de enfermagem, constataram que o tempo médio na aplicação do mesmo foi de 38 minutos, com desvio padrão em torno de 10 minutos, verificando-se que o tempo médio para preenchimento do histórico oscilava em torno de 20 a 40 minutos.

Considerando a clínica cirúrgica com alta rotatividade e as demais dificuldades apontadas, propus o estudo da classificação de pacientes, adotando o modelo de Perroca, 2009, com o objetivo de dimensionar os profissionais de enfermagem para a SAE.

O sub-tema diagnóstico de enfermagem foi identificado em 02 (7%) recortes dos 30 temas que, com a subcategoria “Condições que influenciam a SAE: maneiras de registrar / impressos.

O termo diagnóstico de enfermagem é aplicado para a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão (HORTA 1979).

Sob essa orientação, o enfermeiro, após ter analisado os dados escolhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de Enfermagem, as necessidades básicas afetadas, grau de dependência e fará um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais.

O impresso (Anexo D – Plano de Cuidados) usado pelas enfermeiras da clínica cirúrgica é o mesmo proposto na década de 70. Na avaliação dos participantes do GCG, esse impresso não contempla a realidade atual da clínica.

No estudo referido no capítulo II, essa etapa do diagnóstico de enfermagem foi realizada para a fase trans-operatória em 57 dos 73 (78,08%) prontuários de pacientes, enquanto que, em 16 (21,92%) prontuários, os impressos estavam preenchidos para todo o perioperatório. Dos prontuários preenchidos, a etapa do diagnóstico de enfermagem encontrava-se correta em 60 (82,19%) prontuários e ausente em 13 (17,81%) dos prontuários de pacientes cirúrgicos. Este impresso abrange as etapas do diagnóstico e prescrição de enfermagem:

Quanto ao diagnóstico, eu não vejo aplicação na clínica. O que a gente faz é um plano de cuidados baseado naquela necessidade do paciente e indicando a intervenção, até porque, os diagnósticos precisam ser do conhecimento da equipe de enfermagem. Então o plano de cuidados já é a prescrição de enfermagem sem se avaliar o porquê daquela prescrição e aí está a falta da cientificidade da enfermagem (E5).

Apesar de a etapa do diagnóstico de enfermagem ser realizada para a fase trans-operatória, os participantes do GCG demonstram facilidade na elaboração do

diagnóstico de enfermagem, utilizando a classificação da NANDA, conforme depoimento a seguir.

(...) vejo é que os diagnósticos de enfermagem aqui da clínica cirúrgica são específicos das nossas patologias; então para fechar determinados diagnósticos, nós vamos ter facilidades, devido o tipo de cirurgia que é feito aqui. É claro, que alguns pacientes vão ter mais problemas que os outros porque nós não vamos tratar somente da parte biológica, tem também o lado social; porém, dá para fechar o diagnóstico de enfermagem em cima do perfil da clínica e conseqüentemente definir um elenco de prescrições de enfermagem, isto é um ponto de facilidade para nós (E6). Reunião do CGC em 17/08/2010.

Apesar de relacionarem DE à patologia, as enfermeiras da clínica em estudo possuem média de seis anos de atuação nesse ambiente, o que lhes confere experiência e conhecimento para identificar os diagnósticos mais freqüentes em um grupo de pacientes com características em comum, como os pacientes cirúrgicos, o que permite estabelecer o perfil assistencial deste grupo e direcionar as intervenções, delinear estratégias para elevar a qualidade do cuidado e formar recursos humanos, considerando que atuam em Hospital de ensino.

No entanto, estudos demonstram que o diagnóstico é a etapa em que as enfermeiras sentem mais dificuldades, seguindo-se as fases de evolução e planejamento da assistência. Esse resultado é similar aos achados de outros estudos, como o de Takahashi et al (2008), os quais demonstram que todas as fases do diagnóstico foram consideradas difíceis de realizar. Para a identificação das características definidoras, as dificuldades estão vinculadas à exigência cognitiva para a habilidade de agrupar os dados obtidos e relacioná-los com problemas de saúde do cliente.

Quanto à determinação das categorias diagnósticas como etapa difícil no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, as dificuldades referem-se ao insuficiente embasamento teórico, das ciências humanas e biológicas, somado ao déficit de conhecimento de semiologia, necessário para a realização das técnicas utilizadas no exame físico – inspeção, palpação, percussão e ausculta, para coletar dados relevantes e interpretá-los. Em progressão, na identificação dos fatores relacionados, as dificuldades são relacionadas ao grau de conhecimento necessário à observação das alterações em relação aos comportamentos ou manifestações normais (padrão) e extrair inferência a partir dos dados coletados.

O sub-tema prescrição de enfermagem compõe-se de 08 (27%) dos 30 recortes dessa subcategoria. Como esclareceu Horta (1979), a prescrição de enfermagem implica o planejamento e implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou aprazado), que coordena a ação da equipe de enfermagem, na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades humanas básicas e específicas do ser humano.

Na clínica cirúrgica do hospital em estudo, este impresso é o Plano de Cuidados referido anteriormente, utilizado para todas as fases do período perioperatório. O tema também foi abordado por uma das entrevistadas, que salientou:

O impresso de plano de cuidados é um só que nos adequamos de acordo com a necessidade do paciente, se ele está no pré-operatório eu vou elencar os cuidados que ele precisa naquele momento e assim vai para as outras fases (E5).

Campedelli et al. (1989) identificaram que o número de prescrições por enfermeiro varia conforme o nível de complexidade de assistência aos pacientes, sendo em torno de 5 a 10 o número de prescrições previstas para um período de 6 horas.

No estudo conduzido por mim, sobre a implementação da SAE, através dos impressos evidenciou-se que os registros sobre a prescrição de enfermagem e os controles clínicos de pacientes do 2º Oeste foram elucidativos em 40 prontuários (54,79%), sem elucidação em 22 prontuários (30,14%) e estiveram ausentes em 11 prontuários (15,07%).

Na perspectiva analítica, o GCG justifica que o número insuficiente de enfermeiras e a ausência de política institucional efetiva para a SAE e o PE representam dificuldades para o efetivo registro da assistência nos impressos de enfermagem e, por conseguinte, para a implementação da SAE no HU em estudo. Os depoimentos a seguir exemplificam esta argumentação:

(...) o impresso de prescrição de enfermagem está aquém das nossas necessidades. Não atende em nenhum momento as nossas necessidades: nem do pré-operatório, nem do pós-operatório imediato, nem do pós-operatório tardio (...) ele não atende! É o básico do básico, não me dá espaço pra prescrever outros cuidados, ele é muito limitado. Ou se tem um impresso completo que contemple todas as fases cirúrgicas ou um para cada, mas esse [o atual] não caracteriza nenhum dos três momentos. (...) Ele, é muito limitado (E1).

Então, o que a gente acaba prescrevendo é o básico. (...) Até um dia desses, não prescrevíamos: atenção para a dor (.) observação do nível de consciência (...) os detalhes, sabe. A gente não consegue prescrever, por exemplo, observar sangramento, ou seja, a gente não prescreve intervenções especializadas, só o geral. Mas, observa e atua nas situações que vão acontecendo (...) só prescreve o básico do básico (E1). Reunião do CGC em 17/08/2010.

Prescrever “o básico do básico”, segundo avaliação do GCG, retrata a sobrecarga de trabalho na clínica e a conseqüente ‘falta de tempo’. Essa conclusão contraria outros estudos, como de Franco (2004, p. 157), ao comentar que os enfermeiros têm dificuldade na aplicação do PE em forma completa (cinco etapas), devido ao reduzido conhecimento sobre esse e, à falta de uma folha de registro de enfermagem, adequada às necessidades da clínica. O resultado desta investigação corrobora os depoimentos do GCG, quando conferem ênfase ao impresso de plano de cuidados no sentido de que falta espaço para a prescrição de enfermagem, ao mesmo tempo em que persiste o mesmo impresso para todas as fases do perioperatório. São elucidativas as seguintes manifestações:

Os impressos não contemplam a necessidade da enfermagem; falta espaço para colocar mais cuidados que são importantes e que eu preciso prescrever logo. Os técnicos de enfermagem não olham os cuidados prescritos, embora você dê essa orientação oral (E6).

A prescrição de enfermagem não deve feita porque se precisa fazer! Ela precisa ser lida, avaliada, como a prescrição médica... tem que ser valorizada... e isso acontece no hospital inteiro (E4). Reunião do CGC em 17/08/2010.

O sub-tema evolução de enfermagem foi evidenciado em 11 (36%) dos 30 recortes constituintes dessa subcategoria. Sob o ângulo da fundamentação teórica, no PE, proposto por Wanda Horta (1979), a evolução de enfermagem compreende o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional, envolvendo avaliação global do plano de cuidados.

Entretanto, na Resolução COFEN nº 358/2009 esta etapa é especificamente contemplada no art. 2º Avaliação de Enfermagem, definida como processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O recorte da entrevista, transcrito a seguir, retrata a realidade dessa etapa do PE na clínica cirúrgica:

(...) o que existe, na verdade, é a evolução do paciente que esteja numa necessidade de atendimento maior, então eu vou evoluir este de necessidade maior. Não dá para evoluir todos os trinta e oito pacientes... numa situação rara, eu posso ter condições de evoluir todos os pacientes da clínica (E5).

Os participantes do GCG referem dificuldades relacionadas à evolução de enfermagem, no que diz respeito aos impressos utilizados, ao protocolo de evolução e sobre os registros de alta hospitalar. Nesse hospital, desde a década de 70, utilizam-se dois tipos de impressos para registro da evolução da equipe de saúde: um que é denominado *Papeleta Única* (Anexo E – Papeleta Única) e outro, intitulado *Evolução da Equipe de Saúde* (Anexo F – Evolução da Equipe de Saúde).

O primeiro faz parte do kit de impressos que ficam na prancheta do paciente no posto de enfermagem do 2º Oeste e, atualmente, deveria ser utilizado pela equipe de enfermagem de nível médio, para anotações de enfermagem. Porém, por comodidade, ou outros motivos, é usado, freqüentemente, pelas enfermeiras da clínica cirúrgica, o que desfavorece a integração com a equipe de saúde. De outro modo, o impresso *Evolução da Equipe de Saúde* faz parte do prontuário do paciente e deve ser usado por todos os profissionais de nível superior que compõem a equipe multiprofissional do 2º Oeste.

Esses prontuários ficam armazenados em estante específica, na sala de prescrição da clínica. O kit de impressos do posto de enfermagem é adicionado ao prontuário, assim que suas folhas são preenchidas. Os depoimentos a seguir descrevem essa situação:

A evolução de enfermagem ainda é separada, na verdade esse modelo vai ser extinto. Porém, enquanto tiver esse impresso no almoxarifado ele não vai mudar, essa é a informação que eu tive. Quando acabar, aí sim, vai mudar por outro mais acessível (E2).

(...) o enfermeiro tinha que evoluir no prontuário do paciente... esse impresso [conhecido como papeleta única] não deveria ser mudado e ser usado somente para anotações dos técnicos de enfermagem e os enfermeiros deveriam registrar no impresso de evolução da equipe de saúde. [E porque isto não acontece?] No meu ver, é que já é uma questão cultural! Quando eu cheguei, já era assim e o enfermeiro usa a evolução quando acontece alguma situação importante que deve ser lida por todos, mas, no dia-a-dia ele [enfermeiro] escreve na papeleta única e por isso ele não acompanha a evolução do paciente de modo satisfatório (...) fica sem ler o que médico evoluiu, o que o nutricionista ou psicólogo evoluiu. Ele é o

único que não registra lá e acaba não acompanhando melhor o paciente (E1).

Avaliando-se o recorte que retrata a situação de que os impressos do PE só poderão ser substituídos no prontuário do paciente, à medida que forem extintos do almoxarifado do HU, constata-se que se trata de normativa oriunda da CNCT. Do almoxarifado, expedem-se os impressos para todas as unidades do Hospital, inclusive, ao setor de triagem, de onde o prontuário é montado com os impressos oficiais; ou seja, os novos impressos propostos pelo GISAE deverão ser oficializados pela Direção do Serviço de Enfermagem / Coordenadoria Assistencial do Hospital à Coordenadoria Administrativa, à qual o almoxarifado está subordinado hierarquicamente.

No estudo mencionado anteriormente, a Evolução de Enfermagem no prontuário de pacientes da Clínica Cirúrgica apresentou-se elucidativa em 58 (79,45%) dos prontuários; não elucidativa em 10 (13,70%) e ausente em 5 (6,85%) dos prontuários avaliados.

Sob o ponto de vista da regulamentação, o art. 6º da Resolução COFEN nº 358/2009 preceitua que a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana, em dado momento do processo saúde-doença; b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana, em determinado momento do processo saúde-doença; c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas, face aos diagnósticos de enfermagem identificados; e d) os resultados alcançados, como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

É pertinente notar que as transcrições de entrevistas a seguir caracterizam situações discordantes da normatização legal:

Outra situação é sobre a evolução do paciente. O colega evolui o paciente de manhã, aí a da tarde vem e diz a mesma coisa, a noite também. Então, eu não vejo uma evolução do paciente e, o que está acontecendo é que a gente está copiando uma da outra. Eu sou a favor da evolução, de você registrar os avanços, as melhorias, as diferenças de um horário para o outro, se foi entubado, se mudou a medicação. Eu ressalto para a equipe que o nosso respaldo está nos registros, que é necessário escrever (E6)

Tais dúvidas refletem o conhecimento insuficiente das enfermeiras frente ao significado e objetivo da evolução de enfermagem, não associando esta fase com a

necessidade de reflexão crítica, para direcioná-la à análise das respostas, tendo em vista o desenvolvimento do cliente em relação à terapia proposta. A falta de instrução normativa relatada acima ocorre também por ocasião da alta hospitalar dos pacientes cirúrgicos do 2º Oeste, conforme o relato seguinte:

Com a relação a evolução de alta, eu não sei se tem uma rotina ou um impresso ... cada um faz conforme seu bom senso! A alta não é compartilhada entre equipes, o enfermeiro é o último a saber e às vezes ele sabe pela boca do paciente que ele vai receber alta; é uma clínica que o paciente vai com curativo, ou vai com a colostomia, então ele precisa ser preparado, então a única orientação que o paciente recebe é na hora dele estar indo embora, não existe o protocolo, não existe plano de alta. Eu poderia saber, olha daqui há tantos dias esse paciente vai sair e então eu ia orientando, ensinando os pacientes, orientando como cuidar dos drenos, dos curativos. Mas, não tem nada escrito. Eu tenho quase que certeza que não tem... cada um faz da maneira que quiser (E1).

De acordo com os relatos relacionados à organização hospitalar, merecem destaque a falta de protocolos para orientar a realização dos procedimentos, garantindo qualidade técnica, uniformizando as condutas e facilitando o cuidado. (FULTY, 2009).

Nas reuniões do GCG, quando se tratou de temas coerentes com esta categoria, verificou-se relevo à informatização do PE com quatro (11 %) dos 36 recortes desta categoria. Cumpre assinalar que o AGHU relacionado ao módulo de enfermagem está em processo de instalação na rede de computadores do HUJBB. Nessa linha de pensamento, a reflexão das participantes do GCG sobre o assunto reflete a preocupação com a modernização na tecnologia de registro no PE, principalmente, no que concerne à infraestrutura na Clínica Cirúrgica. O recorte seguinte reproduz essa apreensão:

O problema é que é somente um computador para toda a equipe médica, eles usam para prescrição médica, para prescrever os exames e depois ver os resultados, porque agora, os resultados estão on line, além dos internos que usam esse computador para ver os resultados porque eles não podem imprimir, então toda hora tem gente lá usando esse computador (E4). Reunião do GCG em 08/04/2011.

A maior exigência quanto à informatização do PE diz respeito ao raciocínio lógico e julgamento clínico para tomada de decisões, envolvendo o diagnóstico de enfermagem, a definição de metas e as intervenções necessárias à segurança do PE, com base em estrutura teórica definida. Como explícito, o recorte a seguir expressa reivindicação de investimento do Hospital para viabilizar o trabalho da equipe de enfermagem:

O que funcionaria era colocar em prática aquele projeto da informatização do PE porque eu não teria que mandar fazer nada em gráfica [impressos da SAE], pois, a prescrição estaria computador, além do que teríamos mais tempo para o paciente (E2).

A expectativa das enfermeiras da Clínica Cirúrgica, no que é atinente à informatização do PE tem o significado de que sua utilização pode assegurar melhores condições para registrar e contabilizar quantitativa e qualitativamente sua atuação junto à sua clientela, além de oportunizar o desenvolvimento de conhecimentos e pesquisas a complexidade dos procedimentos, em contraposição à simplicidade que o senso comum lhe atribui (LUNARDI FILHO, 2008).

Sem sombras de dúvidas, os resultados que advirão de sua utilização têm o potencial de produzir modificações na prática assistencial de enfermagem, com repercussões nas formas de administrar a assistência e de cuidar dos indivíduos.

Na síntese dessa última categoria, distingue-se o conceito de “Enfermagem”, que conforme entendimento de Horta (1979, p.29), assim se expressa:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979, p.29).

Para operacionalizar o modelo mencionado, Horta (1979 p. 35) propôs o Processo de Enfermagem (PE), o qual compreende uma metodologia de trabalho fundamentada no método científico e possibilita ao enfermeiro atuar eficientemente.

Em paralelo, segundo Meleis (2007), o processo de enfermagem é construído sobre ferramentas de comunicação e interação e processos para a prática de enfermagem. A partir dessas reflexões, a Categoria VI é coerente com o conceito de “Enfermagem” formulado por Wanda Horta, pois discute o PE na sua essência e operacionalização, desde a opção pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas, permitindo igualmente contemplar a definição pelo uso da Taxonomia de NANDA para linguagem diagnóstica, até a definição dos impressos.

Cada etapa do PE foi avaliada e discutida, sendo que o cerne das dificuldades apresentadas encontra-se na questão dos impressos utilizados em cada etapa. Segundo os participantes, trata-se de instrumento de difícil aplicabilidade na coleta de dados, eis que estão defasados, pois se originaram na década de 70 como o Diagnóstico de Enfermagem, ou Plano de Cuidados de Enfermagem ou têm sua

operacionalização dificultada como a Evolução de Enfermagem em que utilizam o impresso adotado por todas as categorias profissionais que compõem a clínica cirúrgica. Em contrapartida, eles demonstraram facilidade na elaboração dos DE e justificam que a falta de protocolos técnicos representa obstáculo à organização da Clínica.

Dessa forma, o GCG aposta na informatização do PE, em conformidade aos módulos do AGHU, que seguem os protocolos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), proposta do MS e MEC que se estenderão a todos os quarenta e seis hospitais de ensino da rede federal.

Para isso, foram entregues os modelos de impressos de enfermagem do HU para a equipe técnica do HCPA, assim como o Serviço de Enfermagem tem prazo até o final de setembro de 2011 para encaminhar os DE de maior frequência por clínica, para que possam adequar ao software correspondente.

Sistematizar o cuidado implica utilizar uma metodologia de trabalho pautada cientificamente, o que resulta em consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como proporciona subsídios ao desenvolvimento do conhecimento técnico-científico que sustenta e caracteriza a enfermagem, enquanto disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos (TRUPPEL, 2008).

Nessa abordagem, o princípio da **essencialidade** da PCA que se refere à justaposição dos processos de prática assistencial e da pesquisa em contínua ação dialógica, está presente nessa categoria, seja no envolvimento das participantes do estudo com a investigação científica, em projetos institucionalizados, como na preceptoria com alunos de graduação e de pós-graduação, assim como no cotidiano da clínica.

4.6. VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS APRESENTADOS NESTE CAPÍTULO

Atendendo ao preconizado neste estudo, mais especificamente, no que diz respeito à validação dos resultados da pesquisa, realizei a “validação comunicativa” e a “credibilidade”, descritas na trajetória metodológica, com as participantes do GCG.

Estes encontros serviram para verificar se as interpretações do pesquisador fizeram sentido para aquelas que forneceram os dados nos quais esta investigação está baseada.

Participaram desta reunião, as enfermeiras do GCG, a gerente de enfermagem da clínica cirúrgica e a Coordenadora do GISAE. Na oportunidade, as participantes puderam acrescentar retirar e reelaborar novos conceitos.

Como referido, o Hospital atravessa mudanças estruturais, políticas, paradigmáticas e de gestão, impostas pelas recentes políticas do MEC e do MS, incluindo-se a readequação às normativas de Hospital de Ensino e ao REHUF e ainda a política loco-estadual das Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde, no que se refere à regulação dos serviços oferecidos e à formação de profissionais da área da saúde.

Esse cenário influencia diretamente a qualidade do atendimento aos pacientes nessa IES e, conseqüentemente, o Serviço de Enfermagem. Nesse sentido, as reuniões do GCG e a reunião para validação dos resultados também serviram como momentos de reflexão a respeito da realidade atual, do envolvimento e/ou distanciamento da equipe de enfermagem. Essas situações foram previstas no estudo, quando a pesquisadora considerou os pressupostos de Porto e Espírito Santo (1998), a saber:

- (1) Lidar com os diversos papéis sociais e as diferentes identidades sociais decorrentes de sua classificação social de pesquisador(a) no grupo, como membro. Por vezes, o(a) pesquisador(a) pode ficar confuso(a) com os próprios papéis e tentado(a) pelo fascínio e encanto de se tornar realmente um membro do grupo. Mas, como membro e aceito, ele(a) não é verdadeiramente um membro do grupo;
- (2) Analisar o tipo de envolvimento pretendido com os membros do grupo, em diferentes etapas da pesquisa. [...]. Uma dessas implicações pode surgir durante a inserção do(a) pesquisador(a) no grupo social, quando ele(a) pertence a mesma instituição e esses atores / membros tendem a envolvê-lo no curso das situações observadas. Nesses casos, podem surgir dificuldades relativas ao seu papel de pesquisador(a) no grupo. Essas dificuldades podem gerar uma certa confusão dos membros do grupo sobre a identidade do(a) pesquisador(a), que deve ser esclarecida para que o processo de observação possa transcorrer mais harmoniosamente (PORTO; ESPÍRITO SANTO, 1998).

Assim, com suporte teórico na referência citada, especificamente na reunião para validação dos resultados, procurei enaltecer as estratégias previstas no estudo para adesão dos participantes, de modo que o maior número de entrevistadas tivesse conhecimento dos dados produzidos pela equipe. A relevância da

participação da coordenadora do GISAE e da gerente da clínica cirúrgica foi particularmente importante, no sentido de que elas têm acesso à gestão do Serviço de Enfermagem do HUJBB, podendo colaborar com as reflexões, ou encaminhar proposições à Direção acerca do PE, no contexto da SAE.

Dentre os dados apresentados que motivaram o maior número de reflexões e desabafos pelas enfermeiras do GCG, merece relevo a carência de recursos humanos para operacionalização do PE. Este resultado encontra respaldo nas discussões e resultados preliminares do estudo de Barros (2010) que, entre os dificultadores para a utilização do PE e das classificações, apontou em segundo lugar (67 %) o número insuficiente de enfermeiros.

Para ilustrar, transcrevem-se os recortes a seguir, os quais retratam esse resultado:

Concordo com os dados, porém o que acontece é que o processo depende de nós, não depende do diretor, não depende se a gente tem isso ou aquilo ou um problema... depende da nossa ação... da enfermeira. É uma ação subjetiva, é uma ação nossa. Então, se tem recursos humanos o processo seria feito normalmente, não depende da lâmpada queimada ou do armário (...) depende das nossas ações. (...) Só que aqui o principal empecilho é a falta de profissional (...). Você resolve tantas coisinhas que quando você vê já é meio dia (...) (E3).

As enfermeiras do GCG mantêm a afirmação de que “o principal empecilho é a falta de profissional” para a efetiva operacionalização do PE. A gerente da clínica sublinhou que o Adicional de Plantão Hospitalar (APH) instituído pelo MS é a alternativa para amenizar essa problemática, enquanto não ocorrem concursos públicos na UFPA. Sobre essa estratégia, a enfermeira do GCG relatou:

Mesmo com as APHs que facilitou um pouco, pois aí ficam duas enfermeiras: uma fora e outra dentro da UR [unidade de recuperação]. Então, este número reduzido de enfermeiras atrapalha bastante o andamento do serviço, ficando prejudicada até mesmo a avaliação do paciente e preenchimento dos impressos. À noite, a enfermeira tem que se virar para a clínica cirúrgica e UR; até uns meses atrás, a enfermeira do SN também cuidava do bloco cirúrgico e a APH melhorou essa situação, pois, agora, tem enfermeiro para suprir essa necessidade. Somente quando não tem mesmo, a gente supervisiona tudo! (E6).

O estudo que tratou da complexidade assistencial para o dimensionamento de recursos humanos da clínica cirúrgica do HU constatou a escassez de recursos humanos de enfermagem para atendimento de 38 leitos, sendo quatro de pacientes com assistência intensiva (5,9 %).

Refletindo sobre o tema, Cucolo e Perroca (2010) inferem que o número insuficiente de profissionais de enfermagem tem afetado negativamente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, resultando em maior risco de eventos adversos como erros de medicação, infecção relacionada à assistência à saúde, retirada não programada de sondas, drenos e cateteres, entre outros. Também impacta sobre os índices de morbidade e mortalidade dos pacientes e o tempo de internação gerando implicações ético-legais como referido nas entrevistas e, conseqüentemente, elevados custos hospitalares. Ademais, conforme Krokosz (2007), a carga excessiva de trabalho pode conduzir à exaustão e à insatisfação profissional, o que aumenta a taxa de absenteísmo e de rotatividade, comprometendo as metas e a imagem institucional.

Diante do exposto, ao refletir com base nas contribuições de Meleis (2007) sobre a perspectiva de enfermagem, relações convergentes dizem respeito aos aspectos inerentes à enfermagem, à história da profissão em determinado local, ao contexto sociopolítico em que os cuidados são prestados ao paciente, bem como à natureza da orientação dos membros da profissão de enfermagem.

As enfermeiras do GCG manifestaram consciência de que a enfermagem é disciplina relacionada à prática e, por isso, seus membros buscam o conhecimento das respostas dos seres humanos para a saúde e doença. O recorte a seguir reflete a responsabilidade dessas profissionais com sua missão primordial: prestar cuidados de enfermagem aos seus pacientes:

É importante deixar claro que a enfermagem aqui do Barros [hospital] assume o paciente por completo, diferente de outros hospitais onde você vê delegarem para o acompanhante a assistência. (...) Aqui, assumimos [o paciente], desde a mobilização no leito, no pré, no trans e pós-operatório, então é uma sobrecarga muito grande para uma enfermeira e eu trabalho com número de funcionários reduzido (E2).

Ao refletir sobre o conteúdo da manifestação supra, e tomando por base os pressupostos de Meleis (2007), os quais são coerentes com o PCA, detectaram-se convergências no que diz respeito ao critério da **essencialidade**, ao considerar o conhecimento da enfermagem como prática orientada para a disciplina. Cumpre notar que a autora referida assevera que as atividades de cuidado em que os enfermeiros estão envolvidos cotidianamente são foco para o desenvolvimento da estruturação do conhecimento em enfermagem. Desse modo, a perspectiva de enfermagem reflete o interesse das enfermeiras no que é atinente a desenvolver

habilidades para: a) a equipe de enfermagem que faz a diferença no atendimento de pacientes; b) os enfermeiros para influenciar e melhorar o bem-estar dos pacientes; e c) os pacientes com conhecimento e experiência para cuidar de si próprios, controlar seus sintomas e as transições da vida, utilizando os recursos disponíveis e criando novos recursos.

Outro ponto ressaltado na validação dos resultados diz respeito aos impressos para registro do PE. As enfermeiras do GCG relatam as incongruências dos mesmos, como se expressa no recorte a seguir, apesar das melhorias, pois à época da coleta de dados, estavam usando o modelo dos anos 70; inclusive, a mudança desse impresso também é uma contribuição deste estudo:

Houve mudanças no impresso de prescrição, mas, ele ainda continua defasado para a clínica cirúrgica, pois tu não tens espaço e nem onde prescrever determinados cuidados, é: por exemplo, tu avalia uma ferida e cadê o impresso não tem; mas eu acho aí que a maior prioridade são os recursos humanos adequados, porque se você tiver o impresso lindo e maravilhoso, mas não tiver tempo para escrever do que vai adiantar! (E4).

De maneira geral, o problema dos impressos do PE será resolvido com a implantação do módulo de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente, conforme o modelo do HCPA; assim como, a evolução de enfermagem, registrada pela enfermeira, que continua acontecendo no impresso “papeleta única” que fica no posto de enfermagem. Desse modo, os instrumentos disponíveis, compatíveis com o que a fundamentação teórica aponta para um cuidar mais efetivo, muitas vezes, ficam velados na prática ou inexistem, devido à falta de condições no cenário de atuação e às carências políticas, como no caso do almoxarifado, ou problemas financeiros que o Hospital atravessa, e outras mais, presentes nas instituições, sendo que o contexto não oferece as devidas condições de aplicabilidade do ideal teórico.

No entanto, ao analisar os Relatórios relativos aos 1^a trimestres de 2009, 2010 e 2011, realizados pela Comissão de Revisão de Prontuários do HUJBB, com relação aos parâmetros observados quanto à assistência de enfermagem na Clínica Cirúrgica, com a amostragem selecionada, de 179 prontuários em 2009, 209 prontuários em 2010 e 118 prontuários em 2011, todos do período de janeiro a março dos anos citados, observa-se, como demonstrado na tabela a seguir, que houve melhora considerável no ano de 2011, após os estudos do GISAE e GCG referente ao 2^o Oeste:

Tabela 7. Avaliação dos impressos do Processo de Enfermagem, Clínica Cirúrgica, 1º trimestre de 2009, 2010 e 2011. HUJBB / UFPA, Belém, Pa, 2011.

ÍTEM DE ANÁLISE	2009 N= 179	2010 N= 209	2011 N= 118
Preenchimento dos Históricos			
a) COMPLETO	39,7 % (71)	36.7% (76)	41,53 % (49)
b) INCOMPLETO	6,1 % (11)	2.9% (06)	11,02 % (13)
c) NÃO REALIZADOS	54,2% (97)	60.4% (125)	47,46 % (56)
Exame Físico			
a) BOM	42,5% (76)	35.7% (74)	52,54 % (62)
b) DEFICIENTE	1,7 % (3)	2.9% (06)	33,1 % (39)
c) AUSENTE	55,9 % (100)	61.4% (127)	14,41 % (17)
Diagnóstico de Enfermagem			
a) CORRETO	44,7% (80),	38.6% (80)	61,9 % (73)
b) DISCUTÍVEL	0,6% (1)	0,0	22,0 % (26)
c) AUSENTE	54,7% (98)	61.4% (127)	16,1 % (19)
Prescrição de Enfermagem			
a) ELUCIDATIVA	67% (120)	74.4% (154)	53,39 % (63)
b) NÃO ELUCIDATIVA	29,1% (52)	19.8% (41)	45,76 % (54)
c) AUSENTE	3,91 % (7)	5.8% (12)	0,85 % (1)
Execução da Prescrição de Enfermagem			
a) COMPLETA	53,1% (95)	45.9% (95)	65,25 % (77)
b) INCOMPLETA	41,3% (74)	44.9% (93)	33,9 % (40)
c) AUSENTE	5,59 % (10)	9.2% (19)	0,8 % (1)
Evolução de Enfermagem			
a) ELUCIDATIVA	86,6% (155)	91.3% (189)	62,71 % (74)
b) NÃO ELUCIDATIVA	13,4% (24)	8.7% (18)	37,29 % (44)
c) AUSENTE	0,0	0,0	0,0
Evolução na Alta			
a) ELUCIDATIVA	33,5% (60)	67.6% (140)	61,02 % (72)
b) NÃO ELUCIDATIVA	63,7% (114)	30.9% (64)	27,97 % (33)
c) AUSENTE	2,8 % (5)	1,4 % (3)	11,02 % (13)
Registro das Anotações de Enfermagem			
a) COMPLETA	9,5% (17)	0,5 % (1)	31,36 % (37)
b) INCOMPLETA	82,7% (148)	91.8% (190)	67,8 % (80)
c) AUSENTE	7,8 (14)	7.7% (16)	0,8 % (1)
Execução da Prescrição Médica			
a) REALIZADA	98,9% (177)	98.6% (204)	83,05 % (98)
b) PARCIALMENTE REALIZADA	1,2 % (2)	1,4 % (3)	16,95 % (20)
c) NÃO REALIZADO	0,0	0,0	0,0

Fonte: Relatório da Comissão de Revisão de Prontuários, DAME, HUJBB / UFPA, 2011.

Pelos dados apresentados na tabela nº 6, referendam-se os critérios da PCA da imersibilidade e da simultaneidade, considerando que, ao valorizar os instrumentos próprios da assistência na pesquisa científica, pode-se produzir mudanças compartilhadas. Os parâmetros de análise do PE referentes ao primeiro trimestre de 2011, que dizem respeito ao Histórico de Enfermagem (Anexo H), Exame físico, Diagnóstico de Enfermagem, Execução da prescrição de enfermagem e registro das anotações de enfermagem, apresentaram-se, quantitativamente elevados em relação ao mesmo período nos anos de 2009 e 2010. Eles indicam

opiniões favoráveis a melhorias no PE da clínica cirúrgica, após a estratégia de estudo coletivo, com a participação das enfermeiras, no contexto da SAE. Ressalte-se que a fase de perscrutação da PCA foi introduzida no cenário do estudo a partir de março / 2010, sendo que a coleta de dados, especificamente, ocorreu em junho / 2010.

Com fundamento no estudo da PCA, percebe-se que esta metodologia não exige testes quantitativos, que meçam as mudanças de concepção ou paradigmáticas, pois seu compromisso é com a construção de um conhecimento valioso para renovação das práticas assistenciais no campo estudado. A ancoragem da PCA consiste na sua articulação intencional com a prática assistencial, admitindo constatações sobre o objeto pesquisado.

Kletemberg et al (2006) realizaram estudo significativo de análise de artigos publicados no período de 26 anos da enfermagem brasileira, de 1960 a 1986 em periódicos da área e apontou as causas das dificuldades para implementação do Processo de Enfermagem, destacando: a) a exigência do mercado de trabalho de maior complexidade de conhecimentos e especificidades do cuidado, de modo a acompanhar o avanço tecnológico na área médica; b) o desinteresse das instituições empregadoras no cuidado direto e no planejamento da assistência realizados pela(o) enfermeira(o), privilegiando-se o bom andamento (administrativo/gerencial) do serviço de enfermagem; c) o déficit de profissionais, principalmente, a(o) enfermeira(o) acarretando número expressivo de pacientes a cuidar; d) a falta de destreza na execução de algumas técnicas, pondo em risco a avaliação da competência profissional; e e) a dificuldade do cumprimento das ações prescritas pelo enfermeiro, devido ao despreparo da enfermagem de nível médio, representantes majoritários da força de trabalho.

Pode-se inferir que as dificuldades e resistências experimentadas não podem ser atribuídas apenas à vontade dos profissionais, uma vez que estão permeadas por interesses os mais diversos, quase sempre antagônicos.

Ao definir enfermagem como ciência, Horta (1979) aponta que esta compreende o estudo das necessidades humanas básicas e da assistência a ser prestada, assim como dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento. A arte de assistir em enfermagem manifesta-se na interação entre o enfermeiro e o ser humano, em qualquer fase de seu ciclo vital e de saúde-enfermidade. Portanto, constitui-se em atividade que envolve gente que cuida de gente.

Assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas compreende fazer por ele aquilo que não pode fazer por si mesmo, ajudá-lo quando parcialmente impossibilitado de desenvolver seu autocuidado, orientá-lo, supervisioná-lo e encaminhá-lo a outros profissionais. Portanto, assistir em enfermagem pode ser representado por Fazer, Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar (FAOSE).

Pelas estratégias utilizadas para validação dos resultados, acredita-se que o objetivo foi alcançado, precipuamente quando se considera o que Flick (2009) preceitua sobre validação, como sendo “a construção social do conhecimento”.

As enfermeiras do GCG, apoiadas pela atual gerente da clínica, encontram-se fortalecidas no propósito de melhorias na qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes cirúrgicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto desta investigação é *o processo de enfermagem realizado pelas enfermeiras na prática assistencial de uma clínica para pacientes cirúrgicos no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), da Universidade Federal do Pará (UFPA)*. No processo participativo adotado por meio da PCA, a abordagem coletiva do trabalho das enfermeiras, a partir do conhecimento da realidade institucional, em interação com os demais integrantes da equipe de enfermagem, constitui-se na estratégia para a reimplantação do PE no contexto da SAE. Este processo, traduzido em propostas concretas, apontou para a urgente necessidade de manter a educação permanente da equipe de enfermagem; e, para o estímulo institucional para propiciar as condições para que esta reimplantação possa torna-se realidade.

Pela natureza do objeto desta tese, a metodologia qualitativa com enfoque na PCA foi eleita como a mais adequada, pois ela se caracteriza pela participação ativa dos sujeitos na pesquisa e, está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado. Com respaldo em Beltrame (2003, p. 203), tal modalidade de pesquisa "desmitifica o pensamento que somente a academia pode fazer pesquisa, pois como constatado (...), esta modalidade concilia a assistência e a pesquisa e deve ser realizada no cenário da prática assistencial". Ademais, a PCA ofereceu a possibilidade de, a um só tempo, obter informações das participantes do estudo sobre o PE no contexto da SAE e conduzir estratégias relativas à prática assistencial pelas ações de informação, orientação e pesquisa, no sentido de construir uma síntese acerca das ações de assistir e pesquisar no HUJBB relativas à Enfermagem.

As 149 unidades temáticas resultantes do tratamento dos dados e distribuídas em seis categorias originaram o Capítulo III (duas categorias) e o Capítulo IV (três categorias). Ressalte-se que, após a exposição de cada categoria, apresentou-se a síntese e a validação do conhecimento produzido, apoiada pela obra das autoras que nortearam este estudo: Meleis (2007) e Horta (1979). A primeira apresenta o cuidado como um elo entre os domínios da atuação de enfermeiras de instituições; ao passo que a segunda autora definiu o PE como "a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, ao visar à assistência ao ser humano" (p. 35).

A perspectiva da compreensão do passado, destacada no Capítulo III, no que se refere à implantação original do PE no HUJBB, indica que, na atualidade, a SAE

nessa instituição e o planejamento do futuro da assistência de enfermagem no HUJBB exige premência de interconexões, encontros, estudos e pesquisas, que levem o grupo de enfermeiras à tomada de decisões compartilhadas e ao exercício da responsabilidade cooperativa pelo processo e produto do trabalho integrado, segundo a vertente interdisciplinar.

Assim, neste estudo conferiu-se ênfase à conexão entre o passado e o presente, no que se refere ao PE no HUJBB, no intuito de vislumbrar as possibilidades de desenvolvimento de um processo democrático, a partir da reconstrução de sua trajetória alicerçada na palavra daquelas que a vivenciaram e participaram de esforços empreendidos em determinados períodos e espaços definidos. Esse movimento gerou dúvidas, revelou memórias, histórias, sentidos construídos e reconstruídos no momento da produção das enfermeiras, tanto das aposentadas, quanto as da ativa. E gerou também, uma reflexão e crítica sobre o processo de trabalho atual, também trazendo à cena as enfermeiras, como sujeitos ativos na construção de uma história profissional na gerência da assistência de enfermagem. Logo, retomar a história da implantação do PE neste Hospital construiu elos com o momento atual apontando para a possibilidade de reconstrução de uma memória, até então inacessível.

Nos resultados do capítulo III, a breve evolução da implantação da SAE no HUJBB foi construída. Ficaram claras as definições de saber que as enfermeiras aposentadas instituíram para o Serviço de Enfermagem do Sanatório e que permanecem até os dias atuais do HUJBB, relativas ao padrão assistencial do modelo funcional adotado e a opção pelos pressupostos teóricos de Horta. Alcançou-se assim, o objetivo de *diagnosticar o modelo assistencial de enfermagem adotado no HU* proposto nesta tese.

Diagnosticar o modelo assistencial foi fundamental, por remeter à compreensão do ambiente da assistência, os usuários, às relações estabelecidas entre os profissionais e destes com os pacientes. Os modelos assistenciais são determinados histórico e socialmente significando que, eles são dinâmicos e podem mudar com o tempo. Modelos não resolvem problemas, mas ajudam a organizar o pensamento, atuam como referenciais, sugerem comportamentos, proporcionam diretrizes e indicam caminhos em caso de dúvidas, entre outras aplicações.

Desse modo, para atender o modelo funcional definido na década de 70, as enfermeiras aposentadas utilizaram as diretrizes e normativas da Campanha

Nacional Contra a Tuberculose, na qual a organização do cuidado ocorria através de tarefas. As enfermeiras tornaram-se gerentes de caso (cuidados indiretos) em lugar de provedoras de cuidados diretos, o que caracterizou o “cuidado por meio de outros”. É importante ressaltar que nesse período, a Enfermagem do HUIBB foi marcada pela adoção da técnica e dos princípios científicos, em uma forte aliança com o modelo biomédico de cuidado em saúde.

Mudar modelos assistenciais significa mudar não só os saberes, mas criar um processo de subjetivação, mudar as subjetividades dos profissionais. Este processo acontece principalmente pelo modo como se organiza o trabalho na Saúde, pois somente o trabalho é capaz de criar, produzir, impactar, afetar. Este trabalho concretiza-se a partir dos profissionais, das pessoas que são sujeitos, que carregam sua subjetividade e intencionalidade no ato de cuidar do outro. Desse modo, o modelo funcional mantém-se na atualidade no processo de cuidar da Enfermagem do HUIBB.

Uma mudança paradigmática de modelo assistencial em saúde ou na Enfermagem é difícil. Então, busca-se valorizar os pontos fortes do modelo e o legado desta organização evolutiva às enfermeiras contemporâneas. Assim, perante a sociedade, o reconhecimento da atuação das enfermeiras agora aposentadas confere atualmente ao Serviço de Enfermagem do Hospital, o crédito de um grupo forte, cujas competências profissionais são valorizadas. No entanto, no decorrer de sua trajetória, o Serviço de Enfermagem do HUIBB teve perdas expressivas em sua composição de recursos humanos, o que enfraqueceu diretamente a assistência aos pacientes.

Os temas frequentes no Capítulo IV indicaram prioridade à situação atual da SAE, com destaque para a aplicação do PE ao paciente cirúrgico, à valorização profissional por meio do PE que propicia aos profissionais de enfermagem satisfação e visibilidade perante a comunidade, além das questões relacionadas às relações interpessoais na Enfermagem e na equipe cirúrgica e aspectos relacionados à autonomia profissional. Assim, as participantes revelaram que o idealizado pela enfermeira, por vezes, deixa de se concretizar na prática. Para justificar esta inconcretude, elas indicaram a alta rotatividade dos leitos por causa das internações curtas de pacientes cirúrgicos, os diferentes níveis de complexidade apresentados por estes pacientes, assim como a deficiência de recursos humanos da equipe de

enfermagem da clínica cirúrgica, como dificultadores para a implementação do PE no contexto da SAE.

No entanto, elas também apontaram que uma supervisão técnica presente, estratégias de estudo em grupo sobre questões inerentes à ciência e arte da Enfermagem, além de uma participação ativa nas reuniões de estudo da equipe multidisciplinar são estratégias facilitadoras para a implementação do PE, no âmbito da Clínica Cirúrgica. Desse modo, algumas pistas foram encontradas para tornar viável o alcance do objetivo da reimplantação do PE na clínica de pacientes cirúrgicos, de acordo com o modelo assistencial vigente. O modelo funcional adotado desde a década de 70 vem mantendo-se por meio dos vários saberes, das tecnologias e da intencionalidade do ato de cuidar. As enfermeiras ao indicarem estratégias facilitadoras para uma coletividade de profissionais assinalaram para processos de articulação das diferentes práticas e parcerias com os diversos profissionais que atuam naquele ambiente de cuidado, com vistas ao atendimento das necessidades do indivíduo, da família e da sociedade.

No contexto atual do Hospital, além dos esforços para garantir uma boa qualidade assistencial e visualizar um horizonte de novas possibilidades através da reimplantação do PE, as enfermeiras da clínica cirúrgica e de todas as demais clínicas lutam e almejam pela criação de uma Coordenadoria de Enfermagem na estrutura organizacional da Instituição. Para tanto, as enfermeiras organizaram um projeto consistente e se articulam politicamente procurando estarem presentes nos diversos setores do Hospital, nos cargos comissionados de áreas estratégicas e nas representações políticas, tais como o sindicato da UFPA, Sindicato da Enfermagem e Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

A esse respeito, cumpre destacar que o panorama político desde 2010 é intenso na Clínica Cirúrgica, devido à adesão do Hospital ao REHUF, à mudança da Direção Geral do Serviço de Enfermagem e aos prolongados períodos de greve nas universidades federais. A Enfermagem do HUJBB participa ativamente de movimentos políticos dentro da UFPA, o que favoreceu a instalação de conflitos internos à Enfermagem, o que vem provocando certo enfraquecimento dos objetivos e metas definidas no GISAE, como o projeto da Coordenadoria de Enfermagem. Cumpre notar que a data para a implantação do Plano de Reestruturação estava marcada para o final de 2011. Entretanto, até agora este agendamento não foi

cumprido estando o projeto da Coordenadoria de Enfermagem ainda por ser apreciado no Colegiado Gestor do Hospital.

Cabe assinalar que, o reconhecimento da SAE, que pode proporcionar a valorização da Enfermagem, é convergente entre as décadas de 70 e 80 e os dias atuais, pois os profissionais de enfermagem são a força motriz no HUIBB representando 70% dos recursos de pessoal ligados à assistência direta ao paciente (UFPA, 2010). Em que pese a elevada quantidade de profissionais da Enfermagem, o planejamento da assistência exige que eles elaborem as ações de enfermagem, a partir da interação enfermeiro-paciente, a serem implementadas com base num processo intelectual envolvido no processo de enfermagem.

A investigação científica na prática da Enfermagem mobiliza o potencial de seus profissionais para conduzir e usar a pesquisa. Desse modo, ainda que tenham realizado cursos de atualização, como o curso ofertado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do São Paulo (UNIFESP), as enfermeiras do GCG preferiram manter os pressupostos de Horta (1979). Mas, fizeram uma atualização das etapas preconizadas por Horta, ao tomar por base as etapas do PE de acordo com a atual legislação COFEN (Resolução n.º 358 / 2009).

Assim, no esforço de realizar uma atualização relativa ao PE, as enfermeiras deram relevo aos conceitos estabelecidos nas etapas propostas naquela Resolução, *que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem, na qual as etapas do PE são cinco e estão interrelacionadas, interdependentes e recorrentes*, a saber: coleta de dados de enfermagem (histórico e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Ainda segundo esta Resolução COFEN nº 358 / 2009, o PE deve estar fundamentado em um marco teórico ou uma base conceitual.

Destacando Leopardi (2006), que indica que muitas unidades de saúde brasileiras utilizam a proposição de Horta para respaldar cientificamente a SAE. Porém, parecem fazê-lo mais por ser uma teórica brasileira, do que pelo estatuto científico e sistematizador de sua proposição. Por outro lado, segundo critérios positivistas Horta não desenvolveu uma teoria, mas, uma proposição conceitual para fundamentar a prática de enfermagem, principalmente nos projetos da SAE.

Apesar desta posição acerca da proposição conceitual de Horta, neste estudo as enfermeiras participantes da pesquisa adotaram-na como base conceitual para a

fundamentação científica de sua prática. Nesse particular, as enfermeiras aposentadas e atuais acrescentam outras dificuldades no planejamento da assistência de enfermagem relacionadas à mecanização ou automatização do PE, aos conflitos instalados no relacionamento interpessoal entre as integrantes da equipe de enfermagem e à conquista da autonomia profissional. Essas dificuldades listadas são consistentes com os resultados encontrados em vários estudos sobre a SAE e o PE (FULTY, 2009; PIRES, 2007, TAKAHASHI; BARROS, 2008).

Mas, ao contrário destas posições, Meleis (2007) ressalta que, as interações e os relacionamentos são ferramentas da Enfermagem, através das quais as enfermeiras constroem as relações de confiança e avaliam as necessidades de seus pacientes. Para a questão da interação e dos relacionamentos, as enfermeiras participantes deste estudo foram mobilizadas, pois, ao serem provocadas nas dinâmicas relacionais durante as reuniões do GCG, mostraram-se sensíveis e motivadas através de suas opiniões e depoimentos, a pensar sobre o saber “científico”. Quando se fala sobre suas próprias práticas, o saber dos sentidos e das ações é motivado levando as pessoas a explicarem suas opções para as mudanças e a pensar sobre estas mudanças.

Nesse processo, as enfermeiras avaliaram seus conhecimentos e os reafirmaram. Deste modo, houve uma confirmação da opção pelo modelo assistencial já vigente baseado em Horta. O processo ocorreu através da avaliação da necessidade de mudança dos impressos do PE. Para tanto, as enfermeiras acataram os modelos de impressos propostos pelo GISAE, seguindo as etapas da Resolução COFEN nº 358 / 2009. Apesar do enfraquecimento desse grupo de estudo durante a elaboração desta tese, as enfermeiras mantiveram-se presentes nos encontros e estudos do GCG, ou seja, as ações para as mudanças ocorreram num contexto atravessado pelo afeto e pelas relações e interações realizadas. A dinâmica deste movimento caracteriza a PCA.

Ademais, a temática deste estudo é atual e necessária, pois sua pertinência encontra-se no momento de reorganização da assistência de enfermagem nos hospitais. Este momento inclui o envolvimento da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) intermediando esse processo, por meio do emprego de estratégias, tais como: a realização de evento científico nacional e bianual denominado Seminário Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (SINADEn), que apresenta uma programação específica para apresentação de pesquisas e reflexões

das práticas de enfermagem; o investimento da ABEN no software-protótipo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem apresentado no Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE) em 2009, que possibilita a elaboração do planejamento da assistência de enfermagem e sua documentação como forma de gerar e obter informações sobre um paciente entre os enfermeiros e a equipe multiprofissional. Outra iniciativa, pertencente ao Ministério da Saúde, promove o PE de maneira indireta através da implantação da acreditação hospitalar, cujos itens de avaliação incluem a realização do PE. A acreditação valoriza as instituições hospitalares, que atuam tendo a qualidade como horizonte para a gestão de seus processos de trabalhos.

Outro tema frequente relacionou-se às dificuldades de operacionalização do PE nos impressos da enfermagem. Nesse sentido, algumas estratégias foram operacionalizadas, tais como: estudos dos impressos do PE, realização do estudo que classificou os pacientes a fim de subsidiar o dimensionamento de recursos humanos para a Clínica Cirúrgica; e, realização do treinamento sobre a SAE ministrado pelo Departamento de Enfermagem da UNIFESP para as supervisoras do Serviço de Enfermagem do Hospital, que o replicaram para as demais enfermeiras.

Neste sentido, a pesquisadora participou ativamente como multiplicadora do mesmo, também atuando no Curso sobre Informatização do PE ministrado pelo Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e, da conseqüente instalação dos módulos informatizados do PE. Estas evidências remetem ao alcance dos objetivos deste estudo para *estabelecer prioridades necessárias à reimplantação do PE e elaborar estratégias coletivas com as enfermeiras da clínica cirúrgica para a operacionalização desta reimplantação*. Pelo exposto, os dados deste estudo possibilitam constatar a tese de que *a reimplantação do PE tornou-se possível pela adoção de estratégia coletiva de enfermeiras da Clínica Cirúrgica em sua prática assistencial no contexto da SAE*. Essa constatação deve-se: as mudanças nos impressos do PE favorecedoras para sua utilização; a minimização de falta de enfermeiras, principalmente, no horário da tarde na Clínica Cirúrgica, pelo redimensionamento do Adicional de Plantão Hospitalar (APH) que, segundo o depoimento da enfermeira 6 “facilitou um pouco o andamento do serviço”.

No entanto, no âmbito deste estudo, a estratégia que melhor apresentou-se para reimplantação do PE foi a aquisição de habilidades e conhecimentos das enfermeiras decorrentes dos estudos em grupo, o que possibilitou maior

credibilidade para formulação de julgamentos na tomada de decisões, com fatos e dados para a solução das questões e problemas de sua prática relativa ao PE. A estratégia de estudos em grupo foi a que se caracterizou mais aproximadamente como a estratégia coletiva da tese deste estudo.

A tese defendida nesta investigação, de que o estudo em grupo se caracterizou como a estratégia coletiva deste tema é importante por considerar que a participação das enfermeiras possibilitou o empoderamento capaz de estimular a crença de que o conhecimento e habilidades relacionados com o domínio técnico, científico e interpessoal da prática profissional são capazes de promover ações significativas para a qualidade da assistência de enfermagem.

Considerando a metodologia utilizada, a PCA, que é um processo e um método não linear, este estudo sugere uma dinamicidade de questões a serem pesquisadas, levando a uma agenda de estudos e pesquisas a serem realizadas através da estratégia de Educação Permanente e amparadas com recursos do projeto de extensão aprovado no Edital da UEPA, conforme anexo I. Os estudos que poderão ser desenvolvidos serão estudos sobre: 1) a informatização dos impressos do PE; 2) a categorização da complexidade assistencial de pacientes internados nesse cenário estudado; 3) a contribuição da PCA na implementação da SAE, por meio do PE; 4) as influências da complexidade da clientela sobre o gerenciamento do PE em hospital de ensino; e, 5) estudos sobre os antecedentes históricos da implantação do PE no HUJBB, dentre outros aspectos relativos ao PE e à SAE que podem ser abordados através de investigação.

Neste sentido, esta tese possibilitou uma ampliação do olhar sobre o PE e a SAE ao mostrar aspectos detalhados relativos às enfermeiras talvez ainda insuficientemente estudados. Elas têm por responsabilidade a implementação de metodologias assistenciais voltadas para a qualidade da assistência de enfermagem. Assim, maneiras de abordar a realidade assistencial da Enfermagem que explorem tanto a coletividade, as dimensões do conhecimento e a capacidade de julgamento clínico, bem como o preparo das enfermeiras e demais integrantes da equipe de enfermagem para sistematizar a assistência através do PE podem contribuir para avançar nos aspectos que podem trazer benefícios tanto para a equipe de enfermagem, como para os pacientes e suas famílias, ao personalizarem o cuidado de enfermagem e organizarem o trabalho da Enfermagem através da aplicação do método científico à profissão.

A mandala¹⁹ a seguir traz a representação do conhecimento produzido em conjunto com as enfermeiras da Clínica Cirúrgica do HUJBB. Tem a forma de uma vitória-régia²⁰. No círculo central encontra-se a tese defendida; no círculo imediatamente próximo ao central, os conceitos dos estudos de Horta (1979) e Meleis (2007). No terceiro círculo, estão as etapas da metodologia utilizada, a PCA e no círculo mais externo, as categorias analisadas nos capítulos III e IV deste estudo.

MANDALA DO CONHECIMENTO

Estratégias coletivas de enfermeiras para reimplantação do Processo de Enfermagem: uma Pesquisa Convergente Assistencial

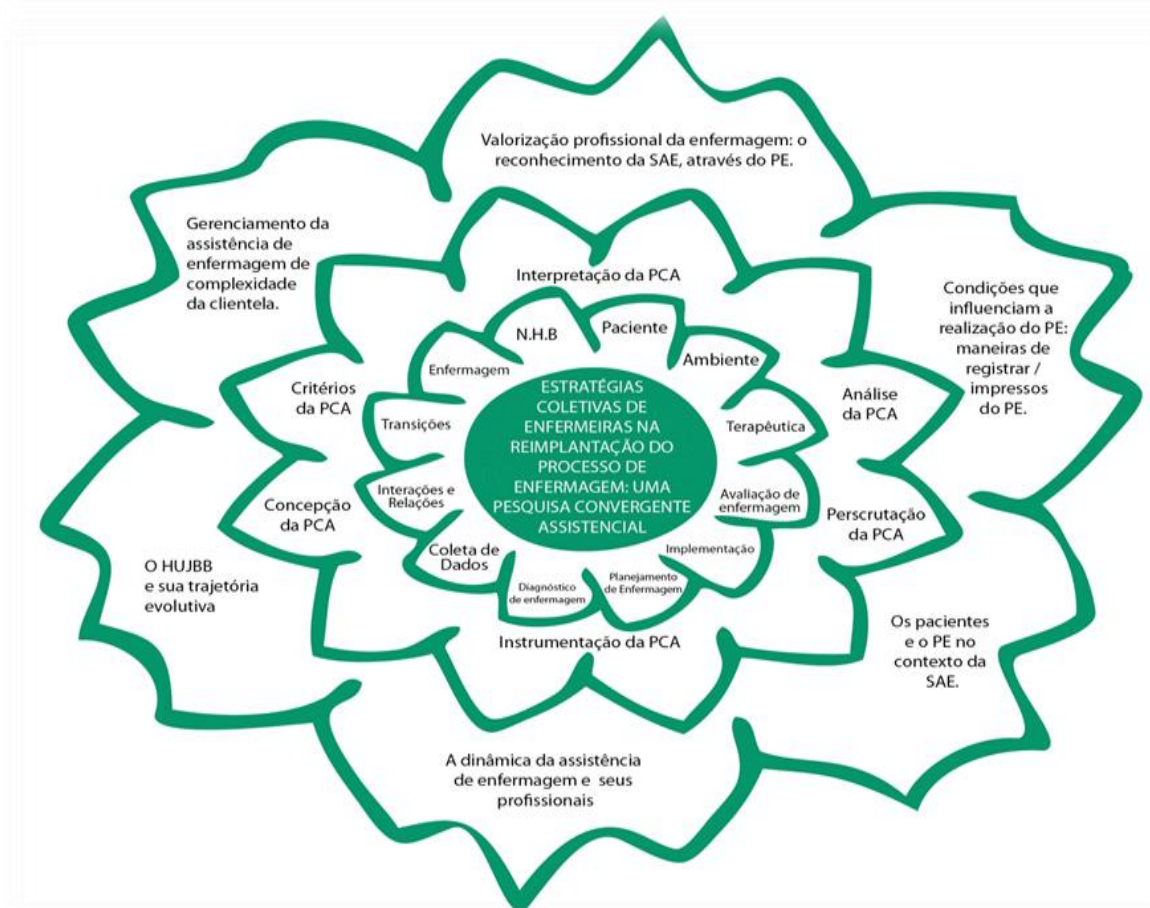


Figura 6. Mandala do conhecimento.

¹⁹ A palavra “Mandala” quer dizer: círculo em sânscrito. São circunferências com aspecto de movimento. Dentro delas existe um centro de onde tudo parte ou para onde tudo converge.

²⁰ A “vitória-régia” ou “victória-régia” (*Victoria amazonica*) é uma planta aquática da família das *Nymphaeaceae*, típica da região amazônica. Ela possui uma grande folha em forma de círculo, que fica sobre a superfície da água, e pode chegar a ter até 2,5 metros de diâmetro e suportar até 40 quilos se forem bem distribuídos em sua superfície.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: Um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ALFARO-LÉFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 283.

ALMEIDA FILHO, Antonio José de; MONTENEGRO, Hercília Regina do Amaral; SANTOS, Tânia Cristina Franco. A nova ordem no combate à tuberculose no Brasil: implicações para a enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-RENE**, v. 10, n. 1, p. 1-165, jan. / mar. 2009.

ALMEIDA, M.A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ALMEIDA, M.C.P. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229 - 250.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALVES-MAZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMORIN, Wellington Mendonça de; BARREIRA, Ieda de Alencar. O jogo de forças na reorganização da escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 1, p. 55 – 61, 2007.

ANDRADE, A.C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 1, jan. / fev. 2007.

ANDRADE, J.S.; Vieira, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 261 – 265, 2005.

BACKES, Dirce Stein; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da Assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 182 - 188, maio / ago. 2005.

BARBOZA, Valéria; FREIRE, Mary Ann Menezes; VANZELA, Camila. João de Barros Barreto e suas contribuições na (re) organização da saúde pública brasileira. In: ENCONTRO DE PROFESSORES E PESQUISADORES DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM, MOSTRA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM 5., 2007 Rio de Janeiro. **Resumos...** Rio de Janeiro: UNIRIO/PPGENF/Laphe, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARREIRA, Ieda de Alencar. **A enfermeira Ana Néri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

BARREIRA, Ieda de Alencar; BATISTA S.S. A (re) configuração do campo da enfermagem durante o Estado Novo (1937-1945). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55 n. 2, p. 205 - 216, 2002.

BARROS, A.L.B.L. Sistemas de classificação: as primeiras discussões no Brasil e a situação atual na assistência. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM- SINADEN, 10., 2010. Brasília, DF, 2010.

BELTRAME, V. O cuidado cultural compartilhado em grupo com pessoas na condição crônica de diabetes mellitus: uma pesquisa convergente assistencial. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (Orgs). **Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem.** Curitiba: Champagnat, 2003.

BELTRÃO, Jane Felipe. Memórias da cólera no Pará (1855 e 1991): tragédias se repetem? **História, Ciências, Saúde**, v. 14, p. 145 – 167, dez. 2007. Suplemento.

BITENCOURT, Julia Valéria de Oliveira Vargas. **Padrões de prestação de cuidados de enfermagem: uma contribuição para a implementação do processo de enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOWMAN, G.S.; THOMPSON, D.R.; SUTTON, T.W. The influence of a positive environment on the attitudes of student nurses towards the nursing process. **J. Adv. Nurses**, v. 11, n. 5, p. 583 – 587, 1986.

BRANDÃO, M.A.G. SAE. In: CROSSETTI, M.G.O. et al. Sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem Atual**, v. 42, p. 9 - 16, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988; atualizada até a Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1988. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Lei n 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Lei n. 7498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1; p. 1.

BRASIL.Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000** de 15 de abril de 2004 b. Certifica como Hospital de Ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades

curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior.

BRASIL.Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006**, de 27 de maio de 2004c. Cria o Programa de reestruturação dos hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **XI Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 883/2010**, de 05 de julho de 2010. Determinam que, para aprimorar os processos de gestão, os hospitais de ensino deverão, no mínimo, incluir a implantação do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários Federais - AGHU) Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.224/2002**, de 5 de dezembro de 2002 – Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>

BRASIL. **Lei nº 8.112**, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96** do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996

BUB, M.B.C.; GARCIA, T.R. Necessidades humanas: do mito à enfermagem atual. In: GARCIA, T.R.; Y. et al. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CABRAL, I.E.; GAUTHIER, J.H.M.; SANTOS, I.S. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CALDAS, N.; PEREIRA, A.C.; ALVAREZ, L.H. Instrumentos de registro das atividades de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 92 - 105, jul. / set. 1976.

CAMPEDELLI, M.C. et al. **Processo de enfermagem na prática**. 2. ed. São Paulo: Ática; 1992.

CAMPEDELLI, M.C. et al. Observação e registro: subsídios para o sistema de assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI, M.C. (Org.) **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, 2003.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARRARO, T.E.; WESTPHALEN, M.E.A. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: Ed. AB, 2001.

CARVALHO, V. (Org.). **Enfermagem**: ensino e perfil profissional. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2006. 180 p.

CARVALHO, V.; PAIM, L. Acerca da assistência de enfermagem: considerando significado e destaque. **Escola Anna Nery**, v. 3, n. 3, 1999.

CASTILHO, Nadia Cecilia; RIBEIRO, Pamela Cristine; CHIRELLI, Mara Quaglio. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, abr. / jun. 2009.

CECILIO, L.C.O. **Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional**: limites e possibilidades. Campinas: UNICAMP, 2002.

CECIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 9, n.16, p. 161 - 177, set. 2004 / fev. 2005.

CIANCIARULLO, T.I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.

CIANCIARULLO, T.I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. 4. ed. São Paulo: Ícone, 2008.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 272/02**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE nas instituições de saúde brasileiras. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2008/>> Acesso em: 15 jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/09**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2009/>>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 293/04**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas

[on-line] Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2008>> Acesso em: 10 nov. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.3/2001**, de 07 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1: 37.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196/96**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SP. **Decisão COREn DIR/008/1999**. Normatiza a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem–SAE nas instituições de saúde no âmbito do Estado de São Paulo”. [on-line] Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/deciso.html>> Acesso em: 10 out. 2009.

COSSA, Raquel Maria Violeta. **O ensino do processo de enfermagem em uma universidade pública e hospital universitário do sul do Brasil na perspectiva de sue docentes e enfermeiros**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

COSTA, Antônio Fernandes Lima; KURCGANT, Paulina. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 111 – 116, 2006.

COSTA, Renato da Gama-Rosa et al. O sanatório de Curicica: Uma obra pouco conhecida de Sérgio Bernardes. **Arquitextos**, v. 26, n. 2, ano 3, jul. 2002.

CRUZ, D.A.L.M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 4. ed. São Paulo: Icone, 2008.

CRUZ, D.A.L.M. **Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de Enfermagem in: GARCIA, T.R. et al. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, I.C.F. da. Diagnósticos e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 1, p. 160 - 169, 1995.

CRUZ, W.B.S.; MELLEIRO, M.M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 147- 153, 2010.

CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Márcia Galan. Monitorando indicadores de desempenho relacionados ao tempo de assistência da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, jun. 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**, v. 58, n. 5, p. 568 – 572, 2005.

DELL'ACQUA, M.C.Q.; MIYADAHIRA, A.M. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 185 – 191, 2002.

DOMINGUES, Diana. **Arte e vida no século XXI: tecnologia, ciência e criatividade**. São Paulo: Unesp, 2003.

ELLIS, J.R.; HARTLEY, C.L. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do; PORTO, Isaura Setenta. **Cuidado de enfermagem: saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2008.

FARIAS, J.N.; Nóbrega, M.M.L.; Pérez, V.L.A.B.; Coler, M.S. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Santa Marta, 1990.

FARIAS, F.A.C. **Sistematização da assistência de enfermagem: como enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

FERNANDES, M.A. O processo de enfermagem: aplicação em uma unidade de hospital escola do interior. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 21, n. 1, p. 88 – 99, 1987.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0**. 3. ed.. Rio de Janeiro: Positivo Informática a, 2004.

FERREIRA, A.M.; BOGAMIL, D.D.D.; TORMENA, P.C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 105–109, jul. / set. 2008.

FERREIRA, Halina Cidrini; ZIN, Walter Araújo; ROCCO, Patrícia Rieken Macedo. Fisiopatologia e manejo clínico da ventilação seletiva. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. [on-line]. v. 30, n. 6, p. 566 – 573, 2004.

FERREIRA, I.P. et al. Avaliação dos impressos do Processo de Enfermagem / HUJBB. Anais do evento internacional da Escola de Enfermagem Anna Nery, 2010.

FERREIRA, Ilma Pastana. **A aprendizagem significativa de estudantes de enfermagem da Universidade do Estado do Pará: aplicação de mapas**

conceituais em cenário de centro cirúrgico. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FIGUEIREDO, R.M.; ZEM-MASCARENHAS, S.H.; NAPOLEÃO, A.A.; CAMARGO, A.B. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 2, p. 299 - 303, jun. 2006.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, C.M.B.E. **O significado do ensino do processo de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

FULY, P.S.C.; Freire, S.M.; Almeida, R.T. The nursing and its application in intensive care at Rio de Janeiro as a support to the development of an electronic patient record. **OBJN- Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 2, n. 3, 2003.

FULY, P.S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 883 – 887, nov. / dez. 2008.

FULY, P.S.C.; FREIRE, S.M.; ALMEIDA, R.T. The nursing process and its application in intensive care at Rio de Janeiro as a support to the development of an electronic patient 224 record. **OBJN-Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 2, n. 3, dec. 2010. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn203fulyfreirealmeida.htm>. Acesso em: 17 dez. 2010.

FULY, P.S.C. **Ressignificando o gerenciamento da qualidade e a valorização do cuidado profissional**: implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro, 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 2.

GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. et al. **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52.,2000, Recife/Olinda. **Anais...** Recife : ABEn-PE, 2000.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial de pesquisa. **Escola Anna Nery**, v. 13, n.1, p. 188 – 191, mar. 2009.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.

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

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3 ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1994.

GUALDA, D.M.R. Fundamentação teórico-conceitual do processo de cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 4. ed. São Paulo: Icone, 2008.

HENDERSON, V. On nursing care plane and their history. **Nursing Outlook**, v. 21, n. 6, p. 378 – 379, 1973.

HORTA, W.A. A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 46 - 52, jul. / set. 1971b.

HORTA, W.A. A metodologia do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 81 - 95, out. / dez. 1971c.

HORTA, W.A. Estudo básico da determinação de dependência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 267 - 273, jul. / set. 1972.

HORTA, W.A.; HARA, Y.; PAULA, N.S. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 24, n. 3/4, p.159 -169, abr. / jun. 1971.

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

KENNEY, J.W. Relevance of theoretical approaches in nursing practice. In: CHRISTENSEN, J.; KENNEY, J.W. **Nursing process: application of theories, frameworks and models**. St. Louis: Mosby Company, 1990.

KLETEMBERG, D.F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. 2004.Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

KLETEMBERG, Denise Faucz; SIQUEIRA, Márcia Dalledone; MANTOVANI, Maria de Fátima. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 3, dez. 2006.

KOERICH, Magda Santos et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, out. / dez. 2007.

KROKOSZ, D.V.C. Efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho em enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-

cirúrgica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEONELLO, V.M. **Competências para ação educativa da enfermeira**: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo., São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 29 jan. 2010.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM- **SINPESC**. São Paulo, 2007.

LEOPARDI, M.T. **Teorias de Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós Graduação em Enfermagem, 2002.

LEOPARDI, M.T., et al. O significado da assistência de enfermagem no resultado da assistência à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 45, n. 4, p. 249-258, 1992.

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

LIMA, Antônio Fernandes Costa; KURCGANT, Paulina. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da USP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 111 – 116, 2006.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, Daniel Aragão. **Registros de enfermagem**: a mensagem sobre o cuidado contida na linguagem escrita. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MANCIA, J.R.; LUNARDI, V.L. (Orgs). **Um olhar sobre a prática de enfermagem**: possibilidades e desafios da regulação social. Brasília, DF: ABEn, 2004.

MANCIA, Joel Rolim et al . Congresso Brasileiro de Enfermagem: sessenta anos de história. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 62, n. 3, jun 2009.

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

MARIA, V.L.R., et al. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 21, p. 21-8. 1987.

MARZIALE, Maria Helena Palucci ; ROBAZZI, Maria Lúcia Do Carmo Cruz . A postura adotada pelos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados e a adaptação ergonômica do procedimento técnico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 71-79, 2001.

MELEIS, Afaf Ibrahim. Our pioneers: the theorists and the theories. In: **Theoretical: development and progress**. 4. ed. Philadelphia: Lippincott/ Williams / Wilkins, 2007. p. 275 – 452

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis(RJ): Vozes, 2001.

MIRANDA, Cybelle Salvador. Memória da assistência à Saúde em Belém-PA. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO Arquitetura como documento-. ENANPARQ. 1º. , 2010. Belém. **Anais...** Belém: ANPUR, 2010.

MOURA, Ana Carolina Floriano; RABÊLO, Cristiane Borges de Moura; SAMPAIO Maria do Rozário de Fátima Borges: Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, jul. / ago. 2008.

MOTTA, A.L.C. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: látria, 2004.

NASCIMENTO, C et al. **O processo de enfermagem**. Brasília, DF: Ed Universidade de Brasília, 2008.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. **Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE**. João Pessoa: CNRDE/GIDE-PE, 1994.

NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Enfermagem, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION–NANDA. **Diagnóstico de enfermagem: definições e classificação**. 2009 – 2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

O HOSPITAL Barros Barreto. **O Liberal**. Belém, 15 nov. 1996.

OLIVEIRA, Gabriel Antônio Ribeiro de. *Análise do processo de formulação das estratégias do Hospital Universitário João de Barros Barreto*, 2005. Belém: UFPA, 2005.

OLIVEIRA, Neila Regina de. **Experiência de implantação e operacionalização do processo de enfermagem em um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

PAIM, L.; TRENTINI, M.; MADUREIRA, V.S.F.; STAMM, M. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 380 – 386, jul. / set. 2008.

PAIM, R. **Teoria sistêmico-ecológica**: uma visão holística da enfermagem. Lambari: CEL Informática & Editoração; 1998.

PATERSON, Josephine G.; ZDERAD, Loretta T. **Humanistic Nursing**. A Wiley biomedical publication. Summit: New Jersey, EUA 1976.

PENA, Gerson. **Doenças negligenciadas**. Brasília,DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.

PERROCA, Marcia G.; VIGNA, Cinthia P. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 8 – 12, jan. / mar. 2007.

PERROCA, Marcia Galan. Development and Content Validity of the New Version of a Patient Classification Instrument. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 58 – 66, jan. / fev. 2011.

PERROCA, Márcia Galan; ARAUJO, Vivian Brito de; JERICO, Marli de Carvalho. Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, fev. 2009.

PERROCA, Marcia Galan; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 2, ago. 1998.

PESUT, D.J.; HERMAN, J.A. **Clinical reasoning**: the art and science. Albany: Delmar Publishers, 1998.

PINHEIRO, R. **Atenção à saúde**: universalização/focalização, a enfermagem e a atenção básica ambulatorial – um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. Trabalho apresentado no 55º CBEN. Rio de Janeiro, 2003.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

PINHO, I.C.; SIQUEIRA, J.C.B.A. PINHO, L.M.O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 1, p. 42 – 51, 2006.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Tese (Doutorado)- Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília,DF, 2004.

PIVOTTO F.; LUNARDI Filho, W.D.; LUNARDI, V.L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 2 – 42, jul. / dez. 2004.

POLIT, D.H.P.; HUNGLER, P.B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa: na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORTO, I.S.; ESPÍRITO SANTO, F.H. Práticas etnometodológicas nas pesquisas de enfermagem. In: CABRAL, Ivone (Org). **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. No prelo.

RÊGO, Deolinda da Graça. **Diferenciação e integração no Sistema de Enfermagem do Hospital Universitário João de Barros Barreto**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Pará, Belém, 1995.

ROSSI, L.A.; CARVALHO, E.C. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002. Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2002. p. 21-8.

SANTANA, Fabiana Ribeiro et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciências e saúde coletiva**, v. 15, sup. 1, p. 1653 – 1664, 2010.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 14. ed. Porto: Ed Afrontamento, 2003.

SANTOS, D.S. et al. Emprego da taxonomia da NANDA no Brasil: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 3, p. 107-113, 2009.

SANTOS, I. et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004.

SANTOS, Iraci dos; OLIVEIRA, Sandra R. Marques; CASTRO, Carolina Bittencourt. Gerência do processo de trabalho em Enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 393 – 400, jul. / set. 2008.

SILVA, Ana Gracinda. Aprendizagem do diagnóstico de enfermagem na perspectiva da metacognição. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, Francisca Valda da. Autonomia profissional na enfermagem é construída por conquistas técnico-científicas, legais, e pelo desenvolvimento de uma prática cidadã. **ABEN-Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 49, n. 2, p. 1, abr/ jun. 2007.

SILVA, Marcelle Miranda da. **A sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos em oncologia: visão dos enfermeiros**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, V. M.; OLIVEIRA, T. C.; DAMASCENO, M. M. C; ARAÚJO, T. L. A. Linguagens da sistematização da assistência de enfermagem nas dissertações e teses dos catálogos do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem. **-Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, p.2-6, 2006.

SPERANDIO, D.J. **Sistematização da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SPRADLEY, J.P. **Participant observation**. Orlando: Holt/ Rinehart/ Wiston, 1980.

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

TEIXEIRA, E. (Org.). **Abordagens qualitativas: trilhas para pesquisadores em saúde e enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2008

THOMPSON, P. **A voz do passado: historia oral**. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2002.

TRENTINI, M; GONÇALVES, H.T. Pequenos grupos de convergência – um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto &Contexto Enfermagem**, v.9, n.1, p.63-78, jan. / abr. 2000.

TRENTINI, M; PAIM, L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n.1, p.11-31, jan. / abr. 2001.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRUPPEL, Thiago Christel. **Processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: análise de requisitos para a estruturação de um modelo informatizado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Hospital Universitário João de Barros Barreto. **Histórico**: como sanatório e como hospital. Belém: UFPA, [19...]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Hospital Universitário João de Barros Barreto. **Plano de Ação 2002 / 2006**. Belém: UFPA, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Hospital Universitário João de Barros Barreto. **Plano de Gestão Hospitalar 2007 / 2009**. Belém, Pa, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Hospital Universitário João de Barros Barreto. **Relatório de Gestão**. Belém: UFPA, 2004.

_____. _____. _____. Belém: UFPA, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Bibliotecas e Informação **Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses**. 5. ed. Organizado por Elaine Baptista de Matos Paula et al.- Rio de Janeiro: UFRJ/SiBI, 2012. 102 p.

VASCONCELLOS, Daniele do Nascimento; FONSECA, Joyce Mathias; LEITE, Josete Luiza; MOREIRA, Marléa Chagas. Comunicação da equipe de enfermagem com os clientes hiv/aids na ótica das acadêmicas de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Anais...** Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo>>

VILANOVA, Cândida Roberta Couto. Solenidade comemorativa dos 47 anos do HUJBB. **Entrevista com Cléuza Passos da Silva**. Belém, 2009 maio.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998b.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WALDOW, V.R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.

WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. (Orgs). **Marcas da diversidade**: saberes e práticas da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 137-169.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Guilherme Lerch; PAULITSCH, Felipe da Silva. A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de comunicação nas relações multiprofissionais e intra equipe de enfermagem: relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 3, jul. 1999.

YAMAMOTO, Diane Militão et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de

ensino do Paraná. **Texto&Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 224 – 232, abr./jun. 2009.

YIER, P.W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.



APÊNDICES



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN / HESFA
Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Prezada(o) Profissional de Enfermagem do Hospital Universitário (HU),

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **O PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE): UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA PARA SUA REIMPLANTAÇÃO**, que tem como **objetivos**: a) Diagnosticar o modelo assistencial de enfermagem vigente no HU, especialmente na Clínica Cirúrgica; b) Analisar a viabilidade de reimplantação do PE nesta Unidade, segundo sua compatibilidade com o modelo assistencial vigente; c) Estabelecer prioridades para os ajustes necessários à reimplantação do PE; e, d) Elaborar estratégias coletivas com as enfermeiras desta clínica para a operacionalização da reimplantação do PE. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método de Pesquisa Convergente Assistencial.

A pesquisa terá duração de um (01) ano, com o término previsto para 2º sem/ 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. A entrevista será registradas em papel e/ou gravadas em meio digital para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr(a) 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 cirúrgica em ambiente hospitalar.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail 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!

Orientadora: ISAURA SETENTA PORTO.
Pesquisador Principal EEAN / UFRJ
Cel: 21. 96224996
E-mail: isaura70porto@superig.com.br

Orientanda: ILMA PASTANA FERREIRA.
Doutoranda DINTER EEAN / UEPA
Cel: 91. 8805.5686
E-mail: ilma.m@oi.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Belém/Pa., ____ 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: _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Nº DE ORDEM

NOME:

CLÍNICA DE ATUAÇÃO:

CATEGORIA PROFISSIONAL: () Enfermeira (o)

() Técnico (a) Enfermagem

() Auxiliar de Enfermagem

IDADE (em anos)

DATA NASCIMENTO:

SEXO:

SITUAÇÃO CONJUGAL:

ESCOLARIDADE:

PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU: () Sim () Não

Especificar o Curso:

PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU: () Sim () Não

Especificar o Curso:

TEMPO DE FORMADO (A) (em anos):

VÍNCULO NO HUJBB: (...) UFPA (...) SESPA () MS

() FADESP () Outro: Especificar

TEMPO DE TRABALHO NO HUJBB:

TEMPO DE TRABALHO NA CLÍNICA:

HORÁRIO DE TRABALHO NO HUJBB

Nº DE VÍNCULO(S) EMPREGATÍCIO(S):

APÊNDICE E - CRONOGRAMA DA COLETA DE DADOS / 2010

Local: 2º oeste

DATA	HORA	ATIVIDADE	PARTICIPANTES
Mar/2010		Finalização do projeto / Submissão ao CEP / HUIBB	<p>Ilma Pastana</p> <p>Sônia Bernadete – Coordenadora do GISAE</p> <p>E</p> <p>Enfermeiras da Clínica Cirúrgica do HUIBB.</p>
Mar/Abr		Aproximação com o local da pesquisa: clínica cirúrgica/HUIBB e Divisão de Enfermagem	
Abr/2010		Apresentação do projeto à divisão de enfermagem / HUIBB	
04/05		Apresentação do projeto ao GCV / HUIBB	
18/05		Comemoração Semana de enfermagem	
25-28/05	Tarde	Participação no Treinamento em serviço HUIBB/UNIFESP – módulo 1 – Gestão de Enfermagem.	
01/06	Manhã	Reunião com as enfermeiras da manhã/tarde	
08/06	Manhã	Entrevista E1	
10/06	Tarde	Entrevistas E2	
15-19/06	M / T	Início do 2º módulo do treinamento em serviço: SAE	
15/06	Manhã	Reunião com GCG – aplicação de questionário Estudo das teorias de enfermagem	
16/06	Tarde	Aula sobre planejamento estratégico – Treinamento UNIFESP	
18/06	Tarde/SN	FESTA JUNINA	
22/06	Tarde/SN	Entrevista E3 / Reunião do GCG (1) Resolução do COFEN, que dispõe sobre a SAE nas instituições brasileiras	
25/06	Manhã	Entrevista E4	
28/06	Tarde	Entrevista E5	
29/06	Tarde/SN	Entrevista E6 / Reunião do GCG (2) Histórico do processo de Enfermagem e Conceito do processo de Enfermagem segundo vários autores	
30/06	Manhã	Aula – treinamento – UNIFESP: planejamento estratégico	
01/07	Manhã	Participação em reunião da equipe de enfermeiras da clínica	
06-27/07		Férias do GCG	
Jul/2010		Coleta dos dados para análise dos impressos	
06/07		Entrevista EA1	
08/07		Entrevista EA2	
27/07		Entrevista E7	
29/07		Entrevista EA3	
04/08		Entrevista EA4	
06/08		Entrevista EA5	
10-13/08		Consolidação e análise dos dados do estudo sobre os impressos	
17/08		Reunião do GCG (3): apresentação da categorização das entrevistas Características do Processo de Enfermagem (PE); e etapas do PE: Histórico de Enfermagem	
23/08		Reunião do GVC: apresentação do resultado do estudo dos impressos	
09-11/2010		Estágio obrigatório na EEAN / UFRJ – Rio de Janeiro	
01-02/2011		Preparo do relatório para qualificação	
Mar/2011		Coleta de dados para o estudo do SCP / dimensionamento RH	
28/03/11		Defesa de qualificação de tese	
08/04/11		4. Reunião do GCG: estudo dos sistemas de classificação de pacientes	
29/04/11		5. Reunião do GCG: estudo do Manual do residente	
06/05/11		6. Reunião do GCG: estudo sobre dimensionamento de RH	
20/05/11		Palestra na semana de enfermagem: história da SAE no HUIBB	
14/06/11		7. Reunião do GCG: consolidação dos dados da SCP	
20/08/11		Congresso do HUIBB: Curso sobre informatização do PE / HCPA	



ANEXOS



ANEXO A – PARECER DO CEP DO HUJBB / UFPA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

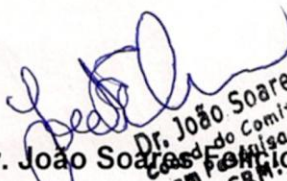


TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará analisou o projeto de pesquisa intitulado **“O Processo de Enfermagem: uma construção coletiva para sua re-implantação”**, protocolo nº **394/2010**, sob a responsabilidade da pesquisadora Ilma Pastana Ferreira, Orientação da *Profa.Dra.Isaura Setenta Porto*, obtendo **APROVAÇÃO** na reunião do dia 06.04.2010, por estar de acordo com a Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde do Brasil.



Situação: *Aprovado.*

Belém, 06 de abril de 2010.


Dr. João Soares Felício
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa / HUJBB
CRM: 409

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / HUJBB/UFPA

ANEXO B – PARECER DO CEP DA EEAN / HESFA / UFRJ

 E E A N	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA	
--	--	---


Protocolo nº 049/2010**Título do Projeto: O PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA PARA SUA RE-IMPLANTAÇÃO****Pesquisadora Responsável: Isaura Setenta Porto****Instituição onde a pesquisa será realizada: UEPA****Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 13/5/2010****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 25 de maio 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, com um CD, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 03 de agosto de 2010.


Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

ANEXO C – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – década de 70

UFPa. H.U.J.B.B.	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM		
NOME _____			
MAT. _____ UNID. _____ ENT. _____ LEITO _____			
SITUAÇÃO CLÍNICA À ADMISSÃO			
PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS			
ANTECEDENTES MÓRBIDOS			
FUNÇÕES DE ELIMINAÇÕES			
EXAME FÍSICO			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA TOTAL		
	<input type="checkbox"/> NECESSITA AJUDA _____		
	<input type="checkbox"/> NECESSITA ORIENTAÇÃO _____		
DATA / /		ASSINATURA	

ANEXO D – PLANO DE CUIDADOS desde a década de 70

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	DEPENDÊNCIA						OBSERVAÇÕES
	EXECUTAR	DATA		AJUDAR	DATA		
		Início	Término		Início	Término	
Banho no Leito							
Banho de Aspersão							
Higiene Oral							
Toalete							
Mudança de Decúbito							
Aspiração de Vias Aéreas							
Curativo							
Alimentação							
Hidratação Oral							

DATA	Assinatura	Ass. Manhã	Ass. Tarde	Ass. Noite
	Enfermeira	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem

NOME:

MAT:

ENF:

LEITO:

H.U.J.B.B – ENFERMAGEM – PLANO DE CUIDADOS – UNIDADE DE INTERNAÇÃO

[illegible][illegible][illegible]

ANEXO G - TEXTO SOBRE A TRAJETÓRIA DA ENFERMEIRA CLEUZA PASSOS DA SILVA

VILANOVA, Cândida Roberta Couto.

Jornalista graduada pela UFFA

Especialista em Saúde Pública – UFFA

Especialista em Comunicação e Saúde – Fiocruz

Para saber mais um pouco da história do Hospital Universitário João de Barros Barreto, conversei com a primeira enfermeira que atuou na instituição e participou ativamente do processo de implantação do Sanatório Barros Barreto, em 1959.

Trata-se da senhora Clêuza Passos da Silva, de 85 anos de idade, formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), do Rio de Janeiro, e que tem muita história para contar, pois foi ela que organizou todo o Serviço de Enfermagem do Barros Barreto e colaborou bastante com outras áreas de atuação.

Desde muito jovem, Clêuza tinha um grande sonho, tornar-se enfermeira e poder colaborar para recuperação de doentes. Depois que concluiu o curso colegial no Colégio Estadual Paes de Carvalho, o primeiro passo para alcançar o que desejava foi fazer um curso preparatório oferecido pela Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Assim que concluiu o curso, em 1945, teve a oportunidade de ir para Macapá, onde o governo federal estava precisando de profissionais de saúde. Ela foi indicada por uma professora do curso, que era formada pela EEAN.

Na época, o governo do Amapá construía o Hospital Geral de Macapá e por isso precisaria de enfermeiras de curso superior. Dessa forma, o então governador do Amapá, Capitão Janary Gentil Nunes, encaminhou Clêuza para fazer o Curso de Enfermagem na EEAN, no Rio de Janeiro, o sonho começava a virar realidade.

Depois de prestar vestibular com 90 candidatos, ela foi aprovada na EEAN, onde foi recebida pela então diretora, Laís Netto dos Reis. Ao final de quatro anos, aluna sempre dedicada e com as melhores notas, além de receber a lâmpada, símbolo da Enfermagem, Clêuza ficou com o 1º lugar do curso, o que lhe rendeu medalha e elogios de parte da professora Laís, a qual ressaltou, na solenidade de formatura, que a melhor aluna era paraense.

Com o tão sonhado diploma de enfermeira nas mãos, Clêuza recebeu uma missão importante de Laís, precisava voltar a Macapá para organizar o Serviço de Enfermagem do Hospital Geral de Macapá, que já estava pronto. Além disso, era justo que o fizesse como recompensa pela oportunidade dada pelo governador Janary.

No mesmo ano da formatura, Clêuza casou com o carioca Raimundo Lourival da Silva e voltou para Macapá, onde organizou o Serviço de Enfermagem do Hospital juntamente com uma colega. Depois de três anos e meio de trabalho, ela retornou ao Rio de Janeiro, onde passou a trabalhar no Conjunto Sanatorial de Curicica / Jacarepaguá / RJ, ganhando bastante experiência no Serviço de Cirurgia Torácica, o que seria de grande valia para o seu futuro profissional no Barros Barreto.

Dois anos mais tarde, em 1953, Clêuza, seu marido e sua filha de cinco anos voltaram para Belém. Estava perto de começar a segunda missão da enfermeira.

Devido a sua formação e experiência no Rio de Janeiro, ela chegou a Belém com indicação da Chefia de Enfermagem do Serviço Nacional de Tuberculose para procurar o Dr. Antônio Lobão, responsável pela construção do Sanatório de Belém e primeiro diretor do Barros Barreto.

Clêuza começou a trabalhar no Hospital Domingues Freire (HDF), que funcionava na mesma área e atendia pessoas com tuberculose. Ela também começava a preparar os serviços do Sanatório de Belém, que ainda estava em construção e para onde seriam transferidos os doentes do HDF.

Além de ter que enfrentar as dificuldades do HDF, que não dispunha de enfermeiras e nem auxiliares, ela ainda tinha que bater de frente com o engenheiro da obra Oscar Shoulgner, um norueguês que ela classifica de “ranzinza”, mas que não tinha medo dele. *“Ele dava pancada nos empregados, fazia-os correr em volta do prédio em construção, como exercício físico”*, revelou. *“Enquanto ele era brabo, eu era brabíssima”*, enfatizou.

Com a proximidade da inauguração do Sanatório de Belém, Clêuza começou a atuar no recrutamento, seleção e treinamento dos profissionais que trabalhariam na instituição, utilizando a estrutura do HDF como uma verdadeira escola para os futuros funcionários da nova instituição. Ela solicitou ao Dr. Lobão que aceitasse duas colegas enfermeiras para ajudá-la. Assim, entraram as enfermeiras Maria do Carmo Gomes da Silva e Dijanira Malcher.

Foi publicado um anúncio em jornal, chamando interessados para trabalhar. Compareceram mais de 200 pessoas para atuar como enfermeiros, auxiliares de enfermagem e serventes. Para fazer a seleção, Clêuza fez avaliações de conhecimento, ficando com os melhores, indo os demais para um cadastro de reserva. Os aprovados ainda passaram por treinamentos com duração de seis meses para auxiliar de enfermagem e de dois meses para serventes. *“Até ensinar a varrer, fazer cama e limpeza corretamente eu fiz”*, disse ela.

Apesar de ter sido inaugurado oficialmente em janeiro de 1957 pelo então presidente da República Juscelino Kubitschek, o Sanatório de Belém só começou a funcionar em 15 de agosto de 1959.

E Clêuza também teve participação importante naquele momento. Foi ela e o diretor do HDF que escolheram os pacientes internados no HDF, que seriam transferidos para o Sanatório começar a funcionar. *“Nós trabalhamos dia e noite preparando tudo para receber os pacientes”*.

Ela lembra de um fato engraçado no dia da transferência. À noite, depois que os pacientes já estavam todos instalados, foi que ela lembrou que não havia energia elétrica no prédio. A solução que ela arranhou para os doentes não ficarem na escuridão foi pedir para o seu marido levar dois candieiros de querosene para o Sanatório. Um ficou no Posto de Enfermagem e o outro no corredor para levar um pouco de luz aos doentes. No dia seguinte, foi providenciada a energia elétrica.

Clêuza demonstra muito orgulho do trabalho que desempenhou à frente do Serviço de Enfermagem do Sanatório de Belém, sempre lembrando a participação das colegas Maria do Carmo e Dijanira.

Cada formatura de turma de auxiliares de enfermagem era uma verdadeira festa. *“Todas uniformizadas, inclusive com os sapatos iguais. Era assim que elas trabalhavam. A instituição providenciava tudo”*.

O interessante é que Clêuza não se limitava apenas à Enfermagem, contribuía com todas as áreas, como, por exemplo, com o Serviço de Nutrição, treinando pessoal para trabalhar na cozinha.

Apesar de trabalhar desde 1955 como chefe do Serviço de Enfermagem, ela só foi oficializada como servidora da Campanha Nacional contra a Tuberculose em 27 de fevereiro de 1960.

Ao longo de sua trajetória profissional, Clêuza, assim como suas colegas, procurou se manter atualizada no que se refere à Enfermagem, para poder acompanhar a evolução dos tratamentos e treinar os novos profissionais do Sanatório. Sempre que podia, ela participava de cursos e eventos científicos como o Curso de Liderança e Supervisão em Administração Hospitalar, no Rio de Janeiro, em 1962, e o XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem, em Belém, 1978. Houve momentos em que acumulou cargos de chefia e recebeu diversos elogios por sua excelente atuação profissional na área da saúde.

Clêuza Passos da Silva se aposentou em 1977, mas precisou continuar trabalhando até 1981 porque não havia ninguém para assumir algumas de suas funções, principalmente, na área de treinamento de Nutrição.

Por ocasião da entrevista, ela estava viúva e morava com dois netos.

Cleuza teve seu trabalho e dedicação reconhecidos por ocasião das comemorações dos 44 anos do HUIBB, em agosto de 2003. Ela foi homenageada juntamente com o médico fisiologista Antônio de Oliveira Lobão, que foi o primeiro diretor do Barros Barreto; e o médico radiologista José Henriques Ortiz Vergolino, que foi o primeiro radiologista do hospital. Os três receberam plaquetas como reconhecimento pelos relevantes serviços prestados à instituição.

Ela participou da solenidade comemorativa dos 47 anos do HUIBB e faleceu no dia 26 de maio de 2009.

Belém, Pa., maio de 2009.

ANEXO H . HISTÓRICO DE ENFERMAGEM / 2010 - Frente

DESTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
COORDENADORIA ASSISTENCIAL
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

Identificação do Paciente

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Entrevista:

☐ Relato do Paciente ☐ Coleta de dados junto a familiares ☐ Não há possibilidade de coleta

Motivo da hospitalização/ Queixa principal:

Alergia:

☐ Sim ☐ Não
Quais?

Uso de:

Fumo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parou	Especificar tempo	<input type="checkbox"/> <1 carteira/dia <input type="checkbox"/> 1-2m carteiras/dia <input type="checkbox"/> > 2 carteiras / dia	<input type="checkbox"/> Cachimbo <input type="checkbox"/> Charuto
Alcool	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parou	Especificar tempo	Quantidade	
Outras drogas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tipo:	Uso		

História Médica

Cirurgias Anteriores: ☐ Não ☐ Sim Quais?
Cardiopatia: ☐ Não ☐ Sim Quais?
Diabetes: ☐ Não ☐ Sim Quais?
Pneumopatia: ☐ Não ☐ Sim Quais?
Outros:

Medicamentos em Uso

<input type="checkbox"/> Prescritos <input type="checkbox"/> Automedicação	Via	Dose	Frequência	Tempo de uso
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

EXAME FÍSICO

Neurológico

☐ CONSCIENTE: ☐ orientado ☐ confuso ☐ agitado ☐ INCONSCIENTE ☐ COMA ☐ OUTROS

Escala de Glasgow

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Esponância	4	Orientado	5	Obedece à ordem	6
Atende ordem verbal	3	Confuso	4	Localiza dor	5
Resposta à dor	2	Palavras inapropriadas	3	Retira membro mas não localiza dor	4
Ausência de resposta	1	Sons incompreensíveis	2	Decorticação ao estímulo doloroso	3
		Ausência de resposta	1	Descorticação ao estímulo doloroso	2
				Ausência de resposta	1

TOTAL

PUPILAS: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D > E ☐ E > D ☐ Fotorreagentes

MEMBRAS: ☐ Plegia ☐ Pareia ☐ Parestesia

Referência - Glasgow	
3 a 8	Coma grave
9 a 12	Coma leve
12 a 15	Não há coma

ANEXO H . HISTÓRICO DE ENFERMAGEM / 2010 – Verso

Couro cabeludo: ☐ Sem alteração ☐ Alopecia ☐ Cicatriz ☐ Lesão ☐ Fontanela

Obs: _____

Cabeça / Pescoço

Olhos: ☐ Sem alteração ☐ Hiperemia ☐ Uso de óculos / lentes ☐ Nistagmo ☐ Diplopia

Deficiência visual Qual? _____ Obs: _____

Ouvir: ☐ Sem alteração ☐ Prejudicada - ☐ direita ☐ esquerda ☐ Surdez - ☐ direita ☐ esquerda

Nariz: ☐ Sem alteração ☐ Epistaxe ☐ Obstrução Obs: _____

Orofaringe: ☐ Sem alteração ☐ Uso de próteses ☐ Sucção ☐ Lesão Tipo _____

☐ Disfagia ☐ Dislalia ☐ Afasia

Mucosa: ☐ Corada ☐ Descorada ☐ Hidratada ☐ Desidratada Obs: _____

Pescoço: ☐ Sem alteração ☐ Rigidez de Nuca ☐ Gânglios Obs: _____

Tegumentar

☐ Sem alteração ☐ Ictérica ☐ Cianose ☐ Palidez ☐ Prurido ☐ Turgor

☐ Edema ☐ Hematoma ☐ Úlcera de decúbito

Obs: _____

Músculo Esquelético

Músculo: ☐ Sem alteração ☐ Mialgia ☐ Atrofia

Esquelético: ☐ Sem alterações Obs: _____ ☐ Locomoção _____

Obs: _____

Respiratório

☐ Sem alteração ☐ Simétrico ☐ Drenos ☐ Cateter Central

Padrão Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ Traqueostomizado ☐ Cateter de oxigênio ☐ Máscara

☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Tosse ☐ Expectoração - cor/aspecto _____

Ruídos adventícios: ☐ Pulmões lívres ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepitações

Mamas: _____

Obs: _____

Cardiovascular

Frequência cardíaca: ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Pulso rítmico ☐ Pulso arritmico

Dor torácica Tipo: _____

Pulso Periférico: ☐ Presente ☐ Ausente _____

Rede venosa periférica: ☐ Normal ☐ Fragilidade capilar

Obs: _____

Gastrointestinal

Abdome: ☐ Plano ☐ Distendido ☐ Glóboso ☐ Timpânico ☐ RHA presente ☐ Doloroso

☐ Vômito _____ / dia ☐ Hematêmese ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia ☐ Colostomia ☐ SNG ☐ SNE

☐ Drenos _____ Obs: _____

Hábito Intestinal: Frequência _____ / dia ☐ Uso de medicamentos _____

☐ Flatulência ☐ Obstipação ☐ Diarréia _____ / dia ☐ Melena _____

Urinarío

☐ Sem alteração ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Nictúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Anúria ☐ Incontinência

☐ SVD Obs: _____

Genital

Dor

Localização: _____ **Tipo:** _____

Parceiro do Enfermeiro:

Estado Emocional: ☐ Calmo ☐ Tenso ☐ Agressivo ☐ Preocupado

Estado Cognitivo: ☐ Capaz de atender às solicitações ☐ Capaz de apreender as orientações ☐ Deficiência cognitiva

Obs: _____

Data ____ / ____ / ____ **Hora:** ____ **Enfermeiro:** _____

ANEXO I - RESOLUÇÃO PROEX / UEPA

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CONSELHO UNIVERSITÁRIO

RESOLUÇÃO Nº 2279/11-CONSUN, 22 de Junho de 2011.

EMENTA: Aprova o Projeto de Extensão:
Ações de Integração Ensino/Serviço na
Prática de Enfermagem como Fortalecimento
da Metodologia da SAE.

A Reitora da Universidade do Estado do Pará, no uso das atribuições que lhe conferem o Estatuto e o Regimento Geral em vigor, e em cumprimento à decisão do Egrégio Conselho Universitário, em sessão ordinária realizada no dia 22 de Junho de 2011, promulga a seguinte:

RESOLUÇÃO

Art. 1º - Fica aprovado o Projeto de Extensão: Ações de Integração Ensino/Serviço na Prática de Enfermagem como Fortalecimento da Metodologia da SI, de acordo com o processo nº 2753/2011- UEPA.

Art. 2º - O projeto tem como participantes:

- Coordenadora: Ilma Pastana Ferreira, professora do Departamento de Enfermagem Hospitalar - DENH.
- Executores:
 - Odenilce Vieira Pereira;
 - Ivone Barreto Ramos;
 - Maria de Nazaré Góes Oliveira Gomes.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação, revogadas as disposições em contrário.

Reitoria da Universidade do Estado do Pará, em 22 de Junho de 2011

MARILIA BRASIL XAVIER

Reitora e Presidente do Conselho Universitário