

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

**MARCAS DA IMPLEMENTAÇÃO DA  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA  
ENFERMARIA CIRÚRGICA DO HOSPITAL DO CÂNCER III**

MARISE DUTRA SOUTO

2010

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

**MARCAS DA IMPLEMENTAÇÃO DA  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA  
ENFERMARIA CIRÚRGICA DO HOSPITAL DO CÂNCER III**

MARISE DUTRA SOUTO

Tese de doutorado inserida no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem, submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marléa Chagas Moreira

RIO DE JANEIRO  
DEZ / 2010

**MARCAS DA IMPLEMENTAÇÃO DA  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA  
ENFERMARIA CIRÚRGICA DO HOSPITAL DO CÂNCER III**

MARISE DUTRA SOUTO

Tese apresentada à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 02 de dezembro de 2010 por:

---

Dr<sup>a</sup> Marléa Chagas Moreira – Presidente  
Prof<sup>a</sup> Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

---

Dr<sup>a</sup> Teresa Tonini – 1<sup>a</sup> Examinadora  
Prof<sup>a</sup> Adjunta da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / UNIRIO

---

Dr<sup>a</sup> Adelina Giacomelli Prochnow – 2<sup>a</sup> Examinadora  
Prof<sup>a</sup> Adjunta da Escola de Enfermagem / UFSM

---

Dr<sup>a</sup> Margareth Ângelo – 3<sup>a</sup> Examinadora  
Prof<sup>a</sup> Titular da Escola de Enfermagem / USP

---

Dr<sup>a</sup> Nereida Lúcia Palko dos Santos – 4<sup>a</sup> Examinadora  
Prof<sup>a</sup> Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

---

Dr<sup>a</sup> Joséte Luzia Leite - Suplente  
Prof<sup>a</sup> da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

---

Dr<sup>a</sup> Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara - Suplente  
Enfermeira da Educação Continuada do Hospital do Câncer III / INCA

DEZ / 2010

## FICHA CATALOGRÁFICA

Souto, Marise Dutra

Marcas da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Enfermaria Cirúrgica do Hospital do Câncer III/ Marise Dutra Souto. - Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2010.

xiv. 136f. il.; 31 cm.

Orientadora: Marléa Chagas Moreira. Tese (doutorado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010. Referências: f. 124-127.

1. Enfermagem Oncológica. 2. Administração de Recursos Humanos em Hospitais. 3. Processos de Enfermagem. 4. Relações Interpessoais. I. Moreira, Marléa Chagas. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEen). III. Título.

CDD 610.73

## DEDICATÓRIA

A minha querida mãe Marlene Moreira Souto,  
dedico este estudo que só foi possível por  
seu incentivo, compreensão, carinho  
e incansáveis orações. Não sei se  
mereço tanto. Muito obrigada.

## **AGRADECIMENTO MUITO ESPECIAL**

Aos queridos filhos **Gabriela e Henrique,**

minhas pedras preciosas, cada um a sua maneira. O  
distanciamento necessário para realizar este estudo  
fez agigantar ainda mais o meu amor por vocês.

Foi um momento difícil para nós três, porém  
saímos dele com a certeza de que juntos  
superaremos todas as dificuldades.

Sou a mãe mais feliz do mundo  
porque tenho vocês dois.

## AGRADECIMENTOS E RECONHECIMENTOS

À grande amiga e incentivadora Leila Bergold, sempre presente nos importantes momentos do desenvolvimento deste trabalho e de minha vida pessoal.

Aos amigos e colegas que contribuíram comigo e com o trabalho: Simone Fernandes, Daniele, Laísa Lós, Valdete, Cláudia Quinto, Patrícia Fuly e Solange Borges.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica da Pós-Graduação, Sônia e Jorge, pelo atendimento as minhas solicitações.

Aos funcionários da Biblioteca da Pós-Graduação da EEAN, “Lúcias” e Felipe, sempre muito simpáticos e prestativos.

À Dra. Marléa Chagas Moreira, por compreender minhas limitações e pacientemente conduzir a orientação.

Aos membros das Bancas Examinadoras, das diferentes etapas – do processo seletivo, defesa do projeto, qualificação da tese e defesa final – pelo aceite e participação efetiva na construção deste estudo.

À Chefia de Enfermagem do Hospital do Câncer III/INCA, representada por Maria Cristina Ramos Goulart Caldas e Maria de Fátima Rodrigues, pelo incentivo ao meu aprimoramento profissional, entendendo que este é um dos caminhos, mas não o último percurso, para o enriquecimento da profissão.

À Direção do Hospital do Câncer III/INCA, representado por César Augusto Lasmar, pela liberação parcial de minhas atividades na Educação Continuada para a realização deste trabalho.

Às Enfermeiras do 6º andar do Hospital do Câncer III/INCA, por concederem narrativas reais e contribuírem com os dados para análise da implementação da SAE.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do INCA, pela aprovação do projeto de pesquisa sem restrições, garantindo a etapa de campo da pesquisa.

## DEVOÇÃO À SANTA RITA

**Gloriosa e bem-aventurada**

**Santa Rita de Cássia,  
amada protetora minha.**

**Prostrada a vossos pés,  
com toda humildade e  
entrega vos suplico:**

**consiga eu, de  
meu Deus e Senhor,  
a graça de amá-lo,  
servi-lo e uma  
total resignação  
em sua vontade.**

**Amém**







“Mude, mas mude devagar, porque a  
direção é mais importante  
que a velocidade”

Clarice Lispector

“Porque sentimos que aquilo que fazemos  
não é senão uma gota de água no mar.  
Mas o mar seria menor se lhe  
faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

## RESUMO

SOUTO, Marise Dutra. **MARCAS DA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ENFERMARIA CIRÚRGICA DO HOSPITAL DO CÂNCER III.** Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) - . Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

Esta tese de doutorado tem por objeto o significado da implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) atribuído pelas enfermeiras. Apresenta como objetivos: discutir as interações estabelecidas pelas profissionais na experiência da implementação da SAE e compreender o significado desta experiência. Foi utilizado como referencial teórico o interacionismo simbólico e como referencial metodológico o interacionismo interpretativo, sendo cenário a enfermaria cirúrgica de mastologia oncológica do Instituto Nacional de Câncer / Unidade III. Entrevistas semi-estruturadas captaram narrativas densas de seis enfermeiras atuantes neste setor. Dentro da inovação organizacional desencadeada pela SAE, a enfermeira executou a metodologia do processo de enfermagem (PE), fez indicações sobre ele em um processo de comunicação consigo mesma (autointeração) e interpretou as situações com as quais estava lidando. Para ela, implementar SAE foi colocar em prática o PE e o significado desta experiência se articulou na conjugação de três temas. O primeiro ‘SENSAÇÃO DE REAPRENDER’ envolveu o retorno ao passado à procura de lembranças de contatos realizados com a SAE. O segundo ‘AGREGAR COMPLEXIDADE AO TRABALHO’ abarcou a chegada das medidas inovadoras e sua repercussão na rotina diária do serviço. E o terceiro ‘ENGAJAR-SE NO PROCESSO’ revelou os novos modos de agir que as enfermeiras estão desenvolvendo a despeito das dificuldades encontradas e sofrimentos relatados. Consequentemente, linhas de ação estão se definindo e vão contribuir para compor a ação conjunta da equipe. SAE é, ao mesmo tempo, objeto e ação social.

Palavras-chave: enfermagem oncológica, administração de recursos humanos em hospitais, processos de enfermagem, relações interpessoais.

## RESUMEN

SOUTO, Marise Dutra. **MARCAS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL DE CÁNCER III.** Rio de Janeiro, 2010. Tesis (Doctorado en Enfermería) - . Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal del Rio de Janeiro, 2010.

Esta tesis de doctorado tiene por objeto el significado de la implementación de la sistematización de la asistencia de enfermería (SAE) atribuido por las enfermeras. Presenta como objetivos: discutir las interacciones establecidas por las profesionales en la experiencia de la implementación de la SAE y comprender el significado de esta experiencia. Se utilizó como referencial teórico el interaccionismo simbólico y como referencial metodológico el interaccionismo interpretativo, teniendo como escenario la enfermería quirúrgica de mastología oncológica del Instituto Nacional de Cáncer / Unidad III. Entrevistas semi-estructuradas captaron narrativas densas de seis enfermeras actuantes en este sector. En la innovación organizacional desencadenada por la SAE, la enfermera ejecutó la metodología del proceso de enfermería (PE), hizo indicaciones acerca de él en un proceso de comunicación consigo misma e interpretó las situaciones que estaba enfrentando. Para ella, implementar SAE fue poner en práctica el PE y el significado de esta experiencia se articuló en la conjugación de tres temas. El primero, 'SENSACIÓN DE REAPRENDER', envolvió el retorno al pasado por la búsqueda de recuerdos de contactos realizados con la SAE. El segundo, 'AGREGAR COMPLEJIDAD AL TRABAJO', abarcó la llegada de las medidas innovadoras y su repercusión en la rutina diaria en el servicio. Y el tercero, 'COMPROMETERSE EN EL PROCESO', reveló los nuevos modos de actuar que las enfermeras están desarrollando con relación a las dificultades encontradas y sufrimientos relatados. En consecuencia, líneas de acción están definiéndose y van a contribuir para componer la acción conjunta del equipo. SAE es, al mismo tiempo, objeto y acción social.

Palabras-clave: enfermería oncológica, administración de personal en hospitales , procesos de enfermería, relaciones interpersonales.

## ABSTRACT

SOUTO, Marise Dutra. MARKS OF THE IMPLEMENTATION OF NURSING ASSISTANCE SISTEMATIZATION IN THE SURGICAL WARD OF CANCER HOSPITAL III. Rio de Janeiro, 2010. Thesis (Doctorate in Nursing) - . Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2010.

This doctorate thesis has as object the meaning of the implementation of nursing assistance systematization (NAS) given by the nurses. It aims: to discuss the interactions fixed by the professionals in the experience of NAS implementation and comprehend the meaning of this experience. It was used as theoretical framework the symbolic interactionism and as methodological framework the interpretive interactionism, and as scenario, the surgical ward of oncologic mastology of the National Cancer Institute/ Unity III. Half structured interviews caught thick narratives of six active nurses in this sector. Based on the organizational innovation initiated by NAS, the nurse performed the methodology of the nursing process (NP), made indications of it in a process of communication with herself (self-interaction) and interpreted the situations she was dealing with. To her, to implement NAS was to perform the NP and the meaning of this experience resulted in the combination of three themes. The first 'THE FEELING TO RELEARNING' involved the return to the past looking for memories of contacts made with NAS. The second 'ADDING COMPLEXITY TO WORK' encompassed the arrival of the innovative measures and its repercussion in the daily routine of the duty. The third 'ENGAGING IN THE PROCESS' revealed the new ways of acting that nurses are developing despite the difficulties and related sufferings. Consequently, lines of action are being defined and will contribute to form the joint action of the team. NAS is, at the same time, object and social action.

Key words: oncologic nursing, personnel administration – hospital, nursing process, interpersonal relations.

## RÉSUMÉ

SOUTO, Marise Dutra. **MARQUES DE LA MISE EN OEUVRE DE LA SYSTÉMATISATION DE L'ASSISTANCE DES ENFIRMIÈRES DANS LE DOMAINE DES SOINS ENFIRMIERS DANS LE SECTEUR DE CHIRURGIE DE L'HÔPITAL DU CANCER III.** Rio de Janeiro, 2010. Thèse (Doctorat dans le domaine des soins infirmiers). A l'école de soins infirmiers Anna Nery, Unniversité Federal du Rio de Janeiro, 2010.

Cette thèse de doctorat a comme but le sens de la mise en oeuvre de la systématisation de l'assistance dans le domaine des soins infirmiers (SAE) attribués par les infirmières. Elle présente les objectifs suivants: examiner les interactions établies par les professionnels dans l'expérience de la mise en oeuvre de la SAE (systématisation de l'assistance des soins infirmiers) et comprendre le sens de cette expérience. Il fut utilisé comme base théorique l'interaction symbolique et comme référence méthodologique l'interaction interprétative, ayant comme ambiance le service de chirurgie de mastologie oncologique de l'Institut National du Cancer /unité III. Des entretiens demi-structurés captèrent des récits denses de six infirmières qui travaillent dans ce secteur. Au sein de l'innovation organisation elle déclenchée par la SAE, l'infirmière effectua la méthodologie du processus des soins infirmiers (PE), fit des indications sur celui-ci avec soi-même (autointeraction) et interpréta les situations auxquelles elle avait affaire. À son avis, mettre en oeuvre la SAE était mettre en oeuvre le PE et le sens de cette expérience s'articula dans la jonction de trois thèmes. Le premier 'SENSATION DE RÉAPPRENDRE' s'agissait d'un retour dans le passé à la recherche des souvenirs des contacts réalisés avec la SAE. Le deuxième 'PORTER DE LA COMPLEXITÉ AU TRAVAIL' comprenait recevoir l'arrivée des mesures novatrices et sa répercussion dans le service quotidien. Et le troisième 'S'ENGAGER DANS LE PROCESSUS' révélait des nouveaux modes d'agir que les infirmières étaient en train de développer au dépit des difficultés et des souffrances rapportées. Par conséquent, des lignes d'action sont en train d'être définies et contribueront à une action conjointe de l'équipe. SAE c'est, au même temps, objet et action social.

Mots-clés: Soins infirmiers oncologiques, administration de ressources humaines dans les hôpitaux, processus des soins infirmiers, relations interpersonnelles.

## SUMÁRIO

Lista de quadros, tabelas e diagramas.....	xv	
<b>INTRODUÇÃO</b>		
A proposta da investigação.....	1	
<b>CAPÍTULO I – Desconstruindo SAE</b>		
Histórico da produção acadêmica sobre SAE.....	15	
<b>CAPÍTULO II – Referencial teórico</b>		
2.1 Determinando o rumo da investigação.....	30	
2.2 Interagindo com Mead e Blumer.....	35	
<b>CAPÍTULO III – Referencial metodológico</b>		
3.1 A orientação interpretativista.....	47	
3.2 O método de Norman K. Denzin.....	53	
<b>CAPÍTULO IV – Desenho da investigação</b>		
4.1 Contexto histórico e cenário.....	60	
4.2 Atores sociais entrevistados e procedimentos éticos.....	64	
4.3 Coleta e tratamento de dados.....	66	
<b>CAPÍTULO V – Resultados</b>		
5.1 Compreendendo a experiência das enfermeiras na implementação da SAE.....	70	
5.1.1 Sensação de reaprender: primeiro grande tema.....	73	
5.1.2 Agregar complexidade ao trabalho: segundo grande tema.....	82	
5.1.3 Engajar-se no processo: terceiro grande tema.....	97	
<b>CAPÍTULO VI – Discussão e análise dos resultados</b>		
Contextualizando SAE.....	109	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>		118
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		124
<b>APÊNDICES</b>		
I- Avaliação Inicial de Enfermagem (AI) -versão compacta		
II- Plano Diário de Cuidados de Enfermagem (frente)		
III- Controle e Avaliação do Estado Clínico (verso)		
<b>ANEXOS</b>		
I- Parecer do Comitê de Ética		
II- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido		

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Distribuição do total de exemplares pesquisados segundo o tipo de estudo, no recorte temporal de 40 anos.....	17
Quadro 2 – Distribuição do total de exemplares pesquisados segundo a Unidade Federativa (UF), a Instituição de Ensino Superior (IES) e o tipo de estudo (LD- livre docência, M- mestrado, D- doutorado, F- mestrado profissionalizante).....	18
Quadro 3 – Distribuição do total de exemplares pesquisados segundo o tipo de pesquisa (LD- livre docência, M- mestrado, D- doutorado e F- mestrado profissionalizante), a Instituição de Ensino Superior (IES) e as quatro décadas.....	20
Quadro 4 – Conceitos usados por Blumer e Mead.....	42
Quadro 5 – Focos das discussões paradigmáticas das ciências sociais.....	48

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Caracterização das enfermeiras participantes da investigação.....	65
Tabela 2 – Questões da entrevista semi-estruturada.....	67

## **LISTA DE DIAGRAMAS**

Diagrama 1 – Os três grandes temas da experiência de implementação da SAE....	72
Diagrama 2 – 1º grande tema: sensação de reaprender.....	81
Diagrama 3 – 2º grande tema: agregar complexidade ao trabalho.....	96
Diagrama 4 – 3º grande tema: engajar-se no processo.....	101

# **INTRODUÇÃO**

**A proposta da investigação**

---





**O trabalho assistencial** constitui minha vivência profissional há 24 anos

e é a partir dele que me ponho a refletir sobre o serviço de enfermagem, sua estrutura organizacional e as interações sociais dos membros da equipe. Há três anos atuo como enfermeira do serviço de Educação Continuada do Hospital do Câncer III (HC III), em assessoria direta à Divisão de Enfermagem.

No contexto da Política de Atenção Oncológica, o HC III encontra-se voltado para a especialização no tratamento e controle do câncer de mama, desempenhando atividades educativas e informativas sobre prevenção e diagnóstico precoce. Desde 2006, a Divisão de Enfermagem e a Educação Continuada vêm se mobilizando em prol da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e têm a responsabilidade de atender às exigências que se estabelecem para organização do serviço de enfermagem, reconhecendo que esta organização é incumbência exclusiva da enfermeira, com o propósito de coordenar o trabalho complexo e multifacetado desempenhado pela equipe de enfermagem.

Interessada em aprofundar conhecimentos sobre SAE, busquei literatura pertinente e nela constatei que, mesmo gerando vantagens e benefícios para o profissional que cuida, para o sujeito que recebe o cuidado e para a instituição como um todo, sua implementação está permeada por obstáculos.

Algumas evidências encontradas em periódicos nacionais sobre implementação da SAE contribuem com aspectos importantes para reflexão. Backes e Schwartz (2005, p.183) constataram “dificuldades e resistências, inclusive entre os profissionais com poucos anos de formação, associados à inexperiência e despreparo técnico e gerencial, especificamente no sentido de problematizar a realidade e mobilizar as pessoas envolvidas”. As autoras acrescentam que a SAE é um importante instrumento no campo gerencial, pois administra e otimiza com organização, segurança, dinamismo e competência a assistência de enfermagem.

A percepção dos enfermeiros frente à implementação da SAE, no cenário estudado na região sul do país, revelou um processo que proporciona valorização e reconhecimento científico da assistência de enfermagem, assim como qualifica o profissional que percebe autonomia e maior eficiência no seu agir (op. cit.). De fato, a SAE desencadeia paulatinamente uma mudança de paradigma, onde o fazer intuitivo e mecanizado começa a perder espaço para um fazer científico e reflexivo.

Em outro artigo, Hermida (2004) comenta que a falha no ensino do Processo de Enfermagem (PE) durante a graduação pode justificar uma defasagem no desempenho da atividade profissional do enfermeiro, como a limitação na realização do exame físico; além disso, pouca disponibilidade de profissionais, excesso de trabalho, falta de comprometimento e desinteresse são fatores que prejudicam a implementação da SAE.

Com efeito, não se pode esquecer que os profissionais são oriundos de diversas instituições de ensino superior, as quais possuem formas próprias de ensinar tal metodologia, não sendo possível prever o nível de conhecimento que cada um assimila acerca do assunto. Infelizmente, acaba sendo esperada a detecção de dificuldades pessoais já na primeira etapa do PE, a coleta de dados, por conta da pouca habilidade prática para realizar o exame físico, particularmente no que se refere à ausculta cardíaca e pulmonar, conforme destaca a autora.

Na operacionalização da SAE, atenção especial precisa ser dirigida para o contingente de recursos humanos de enfermagem cujo quantitativo, invariavelmente, é apontado como insuficiente para assegurar com efetividade a sistematização. Em relação à habilidade prática e ao conhecimento científico apresentados pela equipe, não raro se observa precariedade nestes aspectos, o que indica a necessidade de participação imprescindível da educação continuada nas atividades de capacitação e atualização.

Neste processo, emerge o desafio de envolver a todos a fim de se tornarem agentes ativos em prol de uma construção coletiva, cientes da grande proposta que a SAE representa e

da necessidade de estarem abertos às inovações e evoluções, elementos que indicam a busca contínua da melhoria dos serviços, aqui, em específico, a Enfermagem.

Um terceiro exemplo que apresento é proveniente de análise da implementação da SAE, realizada por Cunha e Barros (2005, p.571), que revelou “despreparo do pessoal, falta de interesse, falta de tempo, quantidade de pessoal insuficiente, falta de material ou equipamento, falta de vontade por parte das chefias e da instituição” como fatores que dificultam este processo. De outro modo, o referido estudo destacou o “interesse da equipe, determinação da chefia, preparo da equipe, disponibilidade de materiais e adequação do modelo teórico” como elementos que o favorecem.

Em artigo produzido a partir de dissertação de mestrado da primeira autora, Mendes e Bastos (2003) salientam que é importante conhecer a experiência dos enfermeiros na implantação do PE porque esta vivência se constitui de um sistema de significados que traduz expectativas, valores e mitos acerca da prática cotidiana. As autoras acreditam que as estruturas organizacionais não são as únicas barreiras com que os profissionais se defrontam neste processo, sendo oportuno refletir sobre esta atividade considerada por elas como reticente e nebulosa no âmbito da enfermagem nacional, com vistas a proporcionar um novo agir profissional.

Nesse mesmo estudo, a máxima ‘sistematizar o cuidado fez a diferença’ viabilizou o fortalecimento da profissão, a promoção do cuidado de qualidade e a concretização da realização profissional, e apresentou o seguinte alerta: é imperativo que o enfermeiro rompa com a velha rotina e vislumbre o não vislumbrado antes, tal como numa epifania (op. cit.).

Também em dissertação de mestrado, Silva (2005) considerou importante compreender o significado da SAE para os enfermeiros, pois foi possível contribuir com propostas de otimização no processo de implantação. Na prática, os cuidados planejados, científicos e menos intuitivos, promoveram o aperfeiçoamento da assistência aos clientes. Ao

concluir a pesquisa, a autora sugere ao serviço de enfermagem que mantenha reuniões sobre SAE para aprofundar conhecimentos e promover discussões, revise os impressos anualmente para melhor ajustá-los e trabalhe a motivação com efetividade, buscando desmitificar a recorrente questão do tempo.

Em pesquisa bibliográfica sobre análise de publicações brasileiras referentes à Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE), SAE e PE no período compreendido de 1980 e 2005, Venturini (2007) e Venturini *et al* (2009) apontaram que entre as principais dificuldades para implementação da SAE estão aquelas relacionadas ao profissional no que tange ao seu preparo e resistências / crenças, e à falta de apoio da gerência. Consideraram a SAE um desafio para o terceiro milênio e recomendaram que dificuldades e facilidades para sua operacionalização fossem investigadas e divulgadas a fim de que a prática fosse repensada.

Assim, a partir da literatura consultada com o objetivo de aprofundar conhecimentos, foi apresentado um esboço dos processos de implantação / implementação da SAE no Brasil, cujos textos trazem denominações que variam entre ‘SAE’, ‘MAE’ e ‘PE’, e passam a noção de que seriam termos semelhantes ou até mesmo sinônimos.

Sobre este aspecto, em pesquisa que abordou correntes de pensamento acerca de SAE, Fuly, Leite e Lima (2008) observaram que os três termos citados anteriormente vêm sendo aplicados equivocadamente e estão gerando conflitos que dificultam o entendimento sobre a prática profissional. Garcia e Nóbrega (2009) ratificam esta posição através de uma busca em periódicos nacionais nos últimos dez anos em que identificaram mais de nove termos com traços semânticos às vezes diferentes, às vezes similares ou relacionados à SAE.

É pertinente fazer uma observação em relação à expressão ‘sistematização da assistência de enfermagem’ e sua abreviatura ‘SAE’ no que tange à utilização destas terminologias, em textos internacionais. Essas referências são encontradas apenas em artigos

em inglês ou espanhol traduzidos de originais brasileiros. A consulta aos descritores em ciências da saúde (DeCS) não apresenta ‘sistematização da assistência’, parecendo ser termo genuinamente nacional e usado exclusivamente por brasileiros. Porém, no DeCS são encontrados: ‘modelos de enfermagem’, ‘processos de enfermagem’, ‘cuidados de enfermagem’, ‘diagnósticos de enfermagem’. Expressões como *nursing process*, *nursing diagnosis*, *nursing care process (NCP)* e *proceso de atención de enfermería estandarizado (PAE)*, *sistematización de los cuidados*, *sistematización de la atención* e *sistematización del trabajo* são identificados em originais em inglês e espanhol, respectivamente.

Ainda a respeito do contexto internacional, há que se considerar o avanço na produção científica da enfermagem norte americana em relação à enfermagem brasileira, em especial, por esta ser referência no desenvolvimento de um corpo específico e organizado de conhecimentos da profissão, a partir de 1950, quando os avanços se concentraram na elaboração de modelos conceituais e das primeiras teorias. É inegável que, nessa construção histórica incluindo participação brasileira, as pesquisas expandiram e aprofundaram os focos de interesse, entre eles hoje podendo ser citada a busca por uma linguagem padronizada de enfermagem para definir os conceitos, um sistema de informação para medir seus efeitos e avaliações de resultados e intervenções de enfermagem. No entanto, observa-se em vários cenários do Brasil a mobilização dos serviços de enfermagem pela organização da assistência através da SAE e, a reboque, no campo da pesquisa, essa temática também é crescente sob vários enfoques.

Sobre o aspecto da organização, me ponho a questionar se as instituições brasileiras de saúde reuniriam condições favoráveis à implementação da SAE. Seria provocação perguntar se o enfermeiro, que está à frente do processo assistencial, tem conhecimento sobre SAE?

Com efeito, percebe-se a complexidade da implantação / implementação da SAE e a magnitude da repercussão gerada por ela, tomando-se como referência os pontos positivos e

principalmente os negativos, mais preocupantes, elencados nos achados bibliográficos. Vale também destacar que pela recorrência de determinadas queixas, alguns ‘problemas’ possam até ser esperados, todavia não podem ser pré-concebidos como certos de acontecerem.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) trabalha firmemente em prol da operacionalização da SAE e, através da criação da Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem, vem desenvolvendo junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) iniciativas que contribuem para a construção de políticas públicas e sociais, uma vez que SAE é entendida como modelo que redireciona e monitora o trabalho da enfermagem.

Como fruto do trabalho conjunto: - ABEn – Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) – Câmara Técnica de SAE -, cabe lembrar a Resolução do COFEN nº. 358 de 15 de outubro de 2009 que atualizou conceitos e corrigiu algumas distorções contidas na antiga Resolução de nº. 272 de 2002, tendo incluído a participação do técnico de enfermagem naquilo que lhe couber, conforme o disposto na Lei nº. 7498 do exercício profissional. Além de outras providências, dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em instituições onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem, devendo este último ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes, públicos e privados, conforme resolve o artigo 1º.

Sem dúvida, representa o dispositivo legal que age como elemento propulsor e tem sido usado como argumento nos processos de implantação, porém não forte o suficiente para sustentá-los, caso contrário a SAE já estaria configurada como uma prática em muitos cenários.

Sistematizar a assistência não é tarefa nada simples e requer conhecimento. A literatura é clara ao enumerar aspectos que facilitam e dificultam a operacionalização da SAE. Cabe apontar que sua implementação desencadeia respostas que são prejudiciais a sua própria efetivação, o que pode ser evidenciado em fragilidades ou falhas em relação à estrutura física

do cenário em questão, à missão do serviço de enfermagem, ao modelo de gestão em vigência, à qualidade e ao quantitativo de recursos humanos e a sua proposta como projeto institucional.

Uma vez efetivando tal projeto dentro de uma organização, é importante que se faça o reconhecimento da realidade e das peculiaridades de cada grupo envolvido, das inovações que estão sendo instituídas, das transformações que estão sendo desencadeadas e da forma como o processo está sendo conduzido, bem como do momento histórico da instituição em que se implanta e implementa a SAE.

A introdução de novidades gera tensões, resistências e inaptações, momentos às vezes críticos, que revelam dificuldades dos próprios profissionais para encaminhar soluções a problemas emergentes, não podendo se presumir que a adesão às novas condições de trabalho se dê tão facilmente. Tendências para o sucesso ou fracasso devem ser monitoradas constantemente pelos gestores, e estes devem proceder aos ajustes necessários para concretização da SAE, principalmente os traduzidos como investimentos em pessoal.

Após reflexões decidi, como premente neste estudo de doutorado, valorizar o momento atual por que passa o Serviço de Enfermagem do HC III e focar a atenção nas enfermeiras como líderes do processo de implementação da SAE no dia a dia do trabalho na enfermaria cirúrgica, e delas captar o significado desta experiência, o que pode apontar novas possibilidades e subsídios que favoreçam a efetividade do processo.

Então, para investigar o significado da implementação da SAE no HC III, encontro sustentação na linha de pensamento que conduz a um entendimento do mundo das experiências vividas através do ponto de vista do outro, numa perspectiva subjetivista, procurando compreender este significado manifestado pelos sujeitos em interação. À luz do Interacionismo Simbólico (IS), teoria postulada por Blumer (1969), a fim de melhor captar o

significado, o pesquisador deve se pôr no papel do outro, olhando o mundo pela ótica do outro.

Sendo assim, **o significado da implementação da sistematização da assistência de enfermagem na enfermaria cirúrgica de mastologia oncológica atribuído pelas enfermeiras** é apresentado como **objeto** de tese, estando ancorado na teoria interacionista simbólica que considera significado como produto social do contexto da interação entre pessoas.

Acredito que a ‘chegada’ da SAE repercute na prática assistencial de maneira especial, ainda que discreta, mobilizando as enfermeiras a repensarem o seu fazer e a decidirem novos modos de agir. Ao considerar relevante e necessária a SAE, penso que sua implementação poderá ser facilitada e alcançar êxito se for construída em equipe, entendendo que na coletividade as dificuldades são melhor trabalhadas.

É necessário esclarecer que, nesta investigação, o verbo ‘implementar’ foi considerado segundo Ferreira (2009), como ‘levar à prática por meio de providências concretas’, neste caso estratégias gerenciais de implementação. Assim sendo, no contexto específico da enfermaria cirúrgica de mastologia oncológica, **a implementação da SAE foi reconhecida pela equipe a partir do momento em que novas medidas foram instituídas no dia a dia de trabalho; medidas estas inovadoras e desencadeadoras de situações diferentes da rotina habitual.** De fato, a prática de enfermagem desenvolvida pela equipe foi modificada a partir de abril / 2009, através da introdução de novos impressos e protocolos assistenciais, e de todas as etapas da metodologia do processo de enfermagem.

**Já a implantação da SAE aqui é tomada como o processo que foi posto em marcha quando se iniciaram os trabalhos para a sistematização há mais de quatro anos.** O entendimento é de que ‘implantar’, de acordo com o citado autor, é ‘inaugurar, estabelecer’. E tal como um processo, tem noção de seguimento e continuidade. Decidir pela implantação



significou engajar-se em um espaço permanente de discussão, socialização, mobilização, sensibilização e envolvimento, onde desenvolver comunicação eficaz e inspirar a equipe está sendo meta constante da Divisão de Enfermagem e Educação Continuada do HC III. Passar a ideia de que algo positivo ocorrerá, abrandar tensões nas relações pessoais, enaltecer valores humanos para evitar conflitos e resistências são condições a serem atendidas no gerenciamento da inovação.

A investigação caminha na direção da valorização das interações sociais, intensas e dinâmicas, estabelecidas pelas enfermeiras da enfermagem cirúrgica de mastologia oncológica (cenário escolhido), com a perspectiva de conhecer o significado da implementação da SAE, apontar ações gerenciais para fortalecê-la, possibilitando contribuir com melhorias no processo de cuidar.

Nessa perspectiva, busca-se adotar uma posição sociológica para pensar reflexivamente a problemática. Desse modo, a elaboração das questões da pesquisa é favorecida pela aproximação da história pessoal da autora no contexto da implementação da SAE no HC III, conforme sugere Denzin (1989), como primeira etapa de uma abordagem interpretativa da realidade investigada (*the research question*).

#### **Questões norteadoras:**

- Como as enfermeiras estão experienciando a implementação da SAE, no dia a dia do trabalho?
- Qual o significado desta experiência a partir das narrativas das enfermeiras?
- Que contribuições a compreensão do significado pode trazer à própria implementação?

## **Objetivos:**

- Discutir as interações estabelecidas pelas enfermeiras na experiência da implementação da SAE.
- Compreender o significado da experiência da implementação da SAE.

Implementar a SAE significa decidir por um novo rumo e responder às demandas atuais, tendo-se o cuidado de gerir com qualidade os recursos humanos disponíveis, garantindo a adoção de medidas que aumentem o diálogo, estimulem e fortaleçam o trabalho, e viabilizem a participação ativa da equipe para que seja protagonista e co-responsável neste processo.

A proposta de implementação da SAE faz parte do planejamento estratégico do INCA na área de enfermagem e, no HC III, alcançar a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem mediante a SAE significa incorporar a missão do Hospital: “Participar do desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao câncer de mama, através de ações de assistência, ensino e pesquisa” (disponível em [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)).

Trata-se de cenário específico de oncologia em que cuidar majoritariamente de mulheres nesta situação de doença pode requerer adaptações e estratégias de enfrentamento por parte da equipe, pois casos graves e delicados ocorrem frequentemente e exigem tratamento especial. Há consenso dos estudiosos de enfermagem da área de que extrema habilidade relacional e afetiva é requerida das profissionais de enfermagem no tratamento oncológico, pois situações de desesperança, dor, finitude e morte são frequentes (BRASIL, 2008; BARRANCO; MOREIRA; MENEZES, 2010).

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que uma das grandes preocupações da sociedade contemporânea que contribui, sobretudo, para o sucesso das inovações é o tratamento

adequado dos recursos humanos a fim de assegurar melhora na qualidade de serviços e aumento da possibilidade de sensação de bem estar no trabalho. Destaco, então, a política de atenção à saúde das organizações, preconizada pelo SUS, que acompanha a tendência de adoção de culturas adaptativas e flexíveis a fim de alcançar maior eficiência e eficácia dos funcionários e assim transitar por novos caminhos e responder às transformações da realidade.

Então, o HC III está criando condições elementares para enfrentar as dificuldades e melhorar as ações de enfermagem no cotidiano assistencial ao capacitar as enfermeiras e organizar o trabalho com a implementação da SAE, efetivando dessa forma os princípios do SUS e contribuindo com a qualificação da saúde pública no Brasil. Além disso, faz-se valer claramente a proposta de defesa da vida e valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, como política pública do SUS.

Ainda nessa perspectiva, em valorização ao trabalho humano e à educação na saúde, foi criada pelo Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde (SGTES), assumindo como questão estratégica a gestão dos recursos humanos. Sobre a Gestão do Trabalho em Saúde, a mesma trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local<sup>1</sup>.

Somada a estas medidas governamentais, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) instituída em 08/12/2005, pela Portaria nº. 2493 / GM, vem estabelecer a promoção, prevenção, diagnósticos, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todas as unidades federadas do país, segundo organização de maneira articulada com o Ministério da Saúde e

---

<sup>1</sup> Disponível em <http://portal.saude.gov.br>.

Secretarias de Saúde estaduais e municipais, respeitando-se suas respectivas competências. O INCA é apontado como Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério e integra a Secretaria de Atenção à Saúde, assume responsabilidade pelo desenvolvimento e coordenação de ações integradas para prevenção e controle do câncer no país, com objetivo de reduzir a incidência e mortalidade da doença<sup>2</sup>.

A investigação da experiência das enfermeiras na implementação da SAE na enfermagem cirúrgica do HC III possibilita apreender evidências para um diagnóstico da fase inicial do processo de inovação e para a elaboração de estratégias organizacionais que adequem a necessidades específicas da equipe, minimizem dificuldades para sua efetivação e favoreçam a adaptação às novas condições de trabalho. Dessa forma, espera-se qualificar os cuidados de enfermagem aos portadores de neoplasias mamárias, fortalecendo o INCA como referência nacional nesta área, oferecendo subsídios para re-formulação do ensino de enfermagem nesse enfoque.

A investigação também busca contribuir ao relevar seu constructo na perspectiva da inovação organizacional no campo da saúde, onde percepções, concepções e valores individuais dos sujeitos que vivem o processo são decisivos para o conhecimento da realidade. O que favorece novas discussões na área de administração em enfermagem, em especial do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

---

<sup>2</sup> Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo>.

# **CAPÍTULO I**

## **Desconstruindo a SAE**

---



**A SAE tem sido alvo de investigação** pelas enfermeiras há algum tempo, sobretudo nos últimos anos é tônica nas discussões de diferentes encontros acadêmicos e até mesmo polêmica quanto a sua aplicabilidade. A busca pela organização do processo de trabalho e a adaptação de elementos teóricos às questões da prática cotidiana devem ser entendidas como propostas da sistematização.

A enfermagem se empenha para acompanhar as crescentes demandas de cuidados cada vez mais especializados e ao tecnicismo fruto do progressivo avanço da ciência, que determina com espantosa velocidade transformações no processo de desenvolvimento da profissão. O agir eficiente e resolutivo, expresso como cuidado, precisa estar assentado em base teórica e constituir em exigência do profissional para coibir a reprodução da prática mecanicista e garantir a atenção integral, configurando a enfermagem como ciência e arte.

A implementação da SAE parece anunciar um movimento amplo e profundo na estrutura organizacional e funcional da Enfermagem nos serviços de saúde, para o qual nem todas as instituições estão preparadas, exigindo-se medidas de adequação, dentre elas a capacitação de recursos humanos. É necessário interesse e apoio do grupo gestor através de estratégias administrativas capazes de criar um ambiente propício para a implantação da SAE, da mesma forma instrumentalizando a equipe com cursos, encontros científicos para intercâmbio de experiência e reuniões de serviço com intuito de sensibilizar e responsabilizar o profissional. Além do investimento em equipamentos eletrônicos, software de tecnologia da informação e demais custos que exigem sua incorporação na Instituição.

Levar em conta fatores associados à política institucional, à cultura e filosofia de enfermagem e à formação dos profissionais é importante medida para subsidiar o processo de implantação que segue gradual e lentamente, enfrentando resistências, confrontando crenças e

temores (BACKES e SCHWARTZ, 2005), o que pode significar dificuldades crescentes caso não sejam discutidas e refletidas pelos envolvidos, principalmente ao que cabe à gerência de enfermagem como condutora do processo.

Este capítulo corresponde à segunda etapa do método (*deconstruction*) que busca apresentar como a SAE vem sendo analisada criticamente na literatura atual, assim como os preconceitos e tendências que cercam sua compreensão. Para tanto, prossigo ampliando as buscas e passo agora a pesquisar a produção científica acadêmica da enfermagem nacional acerca da sistematização, sendo ela discutida explicitamente ou não como SAE, e como vêm sendo feitos esses estudos ao longo dos anos. Para obtenção dos dados, foram utilizados três acessos.

O primeiro foi o portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que ofereceu trabalhos de 1987 até 2007 mediante os descritores: sistematização, sistematização da assistência, sistematização da assistência de enfermagem. O segundo acesso foi o cd-rom ano 2001 do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), que através de um sistema de busca por meio de letras, foram extraídos resumos de 1979 até 1986 a partir das palavras iniciadas por S (sistema, sistematização e sistemático), por P (processo, processo de enfermagem), por M (metodologia, metodologia da assistência) e por A (assistência, assistência de enfermagem e assistência de enfermagem sistematizada).


Retrocedendo no tempo mais um pouco, o terceiro e último acesso trouxe trabalhos de 1968 até 1978 que foram capturados manualmente em catálogos de teses e dissertações da biblioteca da EEAN / UFRJ. A escolha por estas bases de dados justifica-se pela abrangência da CAPES, identidade de classe do CEPEen e importância do acervo patrimonial da biblioteca setorial citada.

Um total de 191 obras foi identificado no espaço temporal de 40 anos e, após leitura de títulos e resumos, foram selecionadas 86 que tratavam do tema SAE ou assuntos correlatos.

Alguns trabalhos antigos e de grande valor, devido à formatação exigida na época, não possuíam resumo, tendo sido necessário consultar a introdução a fim de destacar os itens de interesse para a realização deste levantamento.

Elaborado um enquadramento do material compilado segundo tipo, instituição de ensino superior e década da defesa, além de temática, tendência e aspectos teórico-metodológicos. O total pesquisado foi dividido em quatro décadas: 1ª década de 1968 a 1977, 2ª década de 1978 a 1987, 3ª década de 1988 a 1997 e 4ª década de 1998 a 2007. Os dados foram quantificados e analisados, e aqueles correspondentes à última década foram classificados quanto a aspectos epistemológicos das temáticas e do referencial teórico-metodológico.

Os 86 resumos se distribuem entre estudos de mestrado, mestrado profissionalizante, doutorado e livre docência (quadro 1). Aqueles que correspondem à livre docência são pioneiros e primorosos em conteúdo e valor, sendo relevados na discussão, pois trazem conceitos básicos do cuidado de enfermagem.

<b>QUADRO 1- Distribuição do total de exemplares pesquisados segundo o tipo de estudo, no recorte temporal de 40 anos.</b>		
RECORTE TEMPORAL	TOTAL	TIPO de ESTUDO
1968  2007	86	2 livre docência 63 mestrado 19 doutorado 2 mestrado profissionalizante



Os trabalhos são oriundos de várias unidades federativas do país e há predominância de São Paulo com aproximadamente 35% das dissertações de mestrado e 79% das teses de doutorado. As instituições de ensino superior (IES) e seus respectivos números de estudos produzidos podem ser acompanhados no quadro 2.

**QUADRO 2** – Distribuição do total de exemplares pesquisados segundo a Unidade Federativa (UF), a Instituição de Ensino Superior (IES) e o tipo de estudo (LD- livre docência, M- mestrado, D- doutorado e F- mestrado profissionalizante).

UF	RJ				SP					MG	ES	PB	CE		BA	SE	PI	RN	SC	RS				PR	
IES	UF RJ	UF RJ	UNIRIO	UFFF	UNIFESP	USP	USP/ RP	UNICAMP	UMESP	UFMG	UFES	UFPB	UFC	UECE	UFBA	FUFSE	UFPI	UFRN	UFSC	FURG	UFRGS	UNIJUI	PUC/RS	UFRP	UEM
LD	2																								
M	4	1	1		9	6	5	2	1	3	1	8	4	2	3	2	1	1	4	2		1		1	1
D					5	5	5						3										1		
F				1																	1				
total	9				38					3	1	8	9	3	2	1	1	4	5				2		

As regiões sudeste e nordeste se revelam com um volume significativo de estudos sobre a temática, particularmente as unidades federativas de São Paulo, Paraíba e Ceará, onde se destacam, principalmente, as seguintes instituições: UNIFESP, USP/SP, USP/RP, UFPB e UFC. Tais IES representam 58% da produção nacional *stricto sensu* acerca de SAE.

Os dados indicadores de uma concentração em São Paulo expressam relação positiva com os programas de pós-graduação *stricto sensu* fortalecidos pela difusão do conhecimento. Dois periódicos, a Rev. Latino-Am. Enfermagem e a Rev. Esc. Enfermagem USP,

respectivamente qualis<sup>3</sup> B1 e B2, ligados a grandes universidades paulistas, concentraram 39% da produção científica brasileira sobre o tema no período de 1990-2002 (FIGUEIREDO *et al*, 2006).

Confrontando os achados a partir de teses e dissertações com aqueles apreendidos nos periódicos, desenha-se um panorama no qual São Paulo demonstra forte interesse e grande motivação para desenvolver estudos acerca de SAE, sobretudo contribuindo com o crescimento e fortalecimento da enfermagem brasileira.

A distribuição temporal obedeceu ao agrupamento em quatro décadas e nitidamente escreve linha ascendente ao longo do tempo, centralizando quase 80% das dissertações e teses no último período, que é marcado por um fortalecimento da pós-graduação com a criação de novos programas. Detalhes das IES e o quantitativo dos estudos realizados ao longo de 40 anos de produção científica estão no quadro 3.

---

<sup>3</sup> Qualis corresponde ao conjunto de procedimentos utilizados pela CAPES para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. O Qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos periódicos científicos. A classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade – A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C – com peso zero. Os dois periódicos referidos anteriormente foram classificados como A2, em 2010.

**QUADRO 3 – Distribuição do total de exemplares pesquisados segundo o tipo de pesquisa (LD- livre docência, M- mestrado, D- doutorado e F- mestrado profissionalizante), a IES (Instituição de Ensino Superior) e as quatro décadas.**

	LD	M																		D				F						
	UFRJ	UFRJ	UERJ	UNIRIO	UNIFESP	USP/RP	UNICAMP	UMESP	UFMG	UFES	UFPB	UFC	UCECE	UFBA	UFSE	UFPI	UFRN	UFS	FURG	UNIJUÍ	UFR	UEM	UNIFESP	USP	USP/RP	UFC	PUC/RS	UFF	FRGS	
1968 - 1977	2	2																												
1978 - 1987		2				2																		1						
1988 - 1997						2	1					1		1									1	2						
1998 - 2007			1	1	9	2	4	2	1	3	1	7	4	2	2	2	1	1	4	2	1	1	1	4	2	5	3	1	1	1
total	2	63																		19				2						

Os valiosos trabalhos pioneiros da 1ª década se voltam à cientificação do cuidar como forma eficiente de auxiliar a recuperação do cliente, atendendo-o individualmente. A utilização do processo de enfermagem (PE) é apontada como o caminho seguro para elaborar o cuidado, e o rigor do método científico é o que vai garantir êxito na prática do cuidar sistematizado. O ano de 1968 é o marco zero da amostra pesquisada com a 1ª tese de livre docência do Brasil, apresentada na Escola Anna Nery por Wanda de Aguiar Horta à cadeira de Fundamentos de Enfermagem. Neste estudo, ela enfatiza que a enfermeira tem que saber observar para estabelecer o diagnóstico de enfermagem e, ao observar de maneira metódica e científica, estará sistematizando a observação. Horta discute que o cuidado científico é baseado em acurada observação e posterior levantamento de diagnósticos (problemas de

enfermagem). E a partir destes, o passo seguinte é o planejamento de cuidados para atender especificamente às necessidades do indivíduo (HORTA, 1968).

Também em tese de livre docência (5ª da EEAN, 1974), Daniel propõe plano terapêutico específico para o doente mental, buscando favorecer o atendimento de necessidades básicas afetadas neste grupo e contribuindo para sistematizar e aprimorar seu tratamento. Outro trabalho de destaque é a dissertação de mestrado de Paim (1ª da EEAN, em 1976) que reforça a relevância do plano de cuidados ao mesmo tempo em que questiona os motivos do impedimento para institucionalizar tal prática, especialmente no Rio de Janeiro. Lembra que desde 1965 o Congresso Brasileiro de Enfermagem havia recomendado sua utilização. Para fechar a 1ª década, outra dissertação alerta para que o plano de cuidados atenda às especificidades fisiológicas, psicológicas e sociais da clientela, sugerindo uma assistência sistematizada ao idoso (NOVAES, 1977).

Os dez primeiros anos são caracterizados por uma produção de tendência positivista. Aborda conceitos e definições com fundamentação científica que devem nortear a prática do enfermeiro, assinalando a transição de uma visão empírica e intuitiva para científica.

A cientificação do saber reflete na administração do serviço que organiza o trabalho, define funções, tarefas e executores (ALMEIDA e ROCHA, 1989). A assistência, cujos princípios estão contidos nas ciências biológicas e sociais, tem abrangência que extrapola o físico e busca atendimento integral onde o cliente tem suas necessidades atendidas. Chama atenção para dificuldade de aderência ao plano terapêutico, particularmente no Rio de Janeiro, mesmo tendo sido recomendada sua utilização na ocasião do 17º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1965.

Passando à segunda década, os trabalhos buscam a constatação da efetividade de ações planejadas, testam protocolos e encontram resultados positivos. Essa confirmação estabelece relação direta com o tempo, que é otimizado, e proporciona uma assistência eficaz e eficiente.

Quanto aos sujeitos da pesquisa, o destaque fica para a mulher no ciclo gravídico-puerperal, seguida da criança, portadores de afecções cardíacas e de problemas ósteo-musculares.

O caráter normativo das pesquisas desta década obedece a uma lógica orientada pela ciência que cria protocolos e guia ações. A organização do trabalho é clara, busca-se a eficiência na execução dos cuidados planejados, racionalizando o tempo, dividindo tarefas. Em relação às teorias da administração, segue a orientação taylorista que, segundo Kurcgant (2005), preconiza a divisão do trabalho, padronização das atividades e estabelecimento de hierarquia. Para Almeida e Rocha (1989), denomina-se modalidade funcional, com atenção voltada para o procedimento a ser executado e o enfermeiro no gerenciamento de sua equipe.

O terceiro período de 1988 a 1997 apresenta crescimento próximo de 80% e os trabalhos ampliam o foco de atenção, criando modelos assistenciais que procuram um refinamento com o objetivo de atender às especificidades dos grupos, como por exemplo: o portador de queimaduras, de epilepsia, de bronquiectasia, além da temática da mulher sob vários olhares. Os modelos com seus respectivos instrumentos de coleta de dados são guiados por teorias, discutem diagnósticos de enfermagem segundo linguagem escolhida e avaliam a assistência.

A preferência nacional por Horta se anuncia, assim como a taxonomia proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. A preocupação com o alcance dos cuidados para além do espaço nosocomial se reflete em pesquisas sobre os temas autocuidado e qualidade de vida na perspectiva da continuidade do tratamento no domicílio. A capacitação profissional também é discutida como elemento importante a viabilizar a SAE, merecendo atenção no que tange à percepção da enfermeira sobre a sistematização.

Essa produção introduz a discussão de teorias de enfermagem subsidiando o processo, tentando verificar consistência, adequação, desenvolvimento lógico e utilidade das mesmas para orientar a prática, contribuindo para o aumento do corpo de conhecimento e

amadurecimento da profissão como ciência. George (2000) orienta que as teorias precisam ser testadas através do uso do PE em várias situações, possibilitando a escolha da que melhor funciona e responde à especificidade em questão.

O interesse pela padronização de terminologia diagnóstica de enfermagem é destaque nas pesquisas deste período, revela passo inovador na contínua busca pelo aprendizado e atualização, uma nítida manifestação contra a manutenção do *status quo* uma vez que o exercício do pensamento crítico ainda não é tônica na prática clínica, predominando nos espaços teórico-acadêmicos. Como afirmam Tannure e Gonçalves (2008), é preciso capacidade de análise, julgamento, síntese e percepção para o enfermeiro formular o diagnóstico. Será necessário imprimir uma mudança para atender esta demanda emergente uma vez que o uso de terminologia diagnóstica não constitui rotina na maioria dos serviços.

Na última e quarta década, o crescimento da produção científica dá um salto, o que vem acompanhado de uma diversidade de enfoques dentro do tema SAE. A temática predominante diz respeito a elementos base para o cuidar contidos no processo de enfermagem, que é estudado por completo ou em separado, com ênfase em uma ou mais de suas etapas. A etapa mais frequentemente pesquisada corresponde a dos diagnósticos de enfermagem, seguida pelo histórico e planejamento de cuidados. Em maioria, os diagnósticos são nomeados seguindo a linguagem *NANDA* e podem ou não ter os fatores relacionados indicados.

Quanto ao histórico, é importante conhecer as necessidades da clientela para direcionar a assistência. Por isso há preocupação com a construção e validação de instrumentos de coleta de dados guiados por teóricas e ênfase na realização do exame físico, que invariavelmente apresenta pendências. A elaboração do plano de cuidados determina especificamente o atendimento individual. Quando o processo é abordado por completo, configuram-se as propostas de modelos assistenciais embasados cientificamente e

direcionados para uma gama de clientes, o que sugere uma intenção de melhor cuidar a cada dia, partindo da realidade vivenciada por cada enfermeira.

Outra temática em foco, os registros, ainda precários, são rediscutidos no contexto da sistematização, a qual impõe a uniformidade dos mesmos como condição elementar nos processos de implantação. A percepção da equipe de enfermagem a respeito da SAE e processo de implantação e o significado atribuído a ela também são pontos de interesse das pesquisas, assim como o processo ensino-aprendizagem e formação de recursos humanos. A discussão gira em torno da contribuição do ensino da disciplina SAE na graduação no momento de sua aplicação prática e a habilidade / capacidade dos professores para ensinar diagnósticos, chamando atenção para a falta de integração docente-assistencial.

Quanto às áreas, os estudos se concentram principalmente em cirurgia, cardiologia, saúde da mulher e da criança, saúde mental, oncologia e HIV/AIDS. Interessante ressaltar que a área cirúrgica é destaque e reúne o dobro da produção em relação à área seguinte, de cardiologia, que é tradicionalmente estudada em função das altas taxas de morbidade e mortalidade. A saúde da mulher se mantém no *ranking*, agora acompanhada da saúde da criança, selando o binômio mãe-filho. Atenção à saúde mental configura-se neste cenário com número expressivo de estudos e reflete o olhar da enfermagem a um grupo até pouco tempo estigmatizado. Em relação à oncologia, a assistência se volta à mulher em situação de neoplasia de colo de útero e mama, acompanhando as políticas públicas e programas do Ministério da Saúde no que tange ao controle e tratamento de tais doenças. Em relação às doenças transmissíveis, HIV/AIDS possui destaque.

Importante registrar a emergência de estudos na área da tecnologia da informação (TI), com objetivo de desenvolver *softwares* para informatizar a SAE e criar prescrição de enfermagem informatizada. O que afirma o empenho das enfermeiras pesquisadoras para incorporar a linguagem virtual ao processo de trabalho. Outro exemplo que reitera o

movimento da categoria em se manter atualizada é a pesquisa de Santos (2003) que objetivou a sistematização da assistência de enfermagem para clientes em aconselhamento genético através da implementação das etapas do processo de enfermagem, proposta inédita em toda América Latina.

Segundo classificação teórico-metodológica, a produção acadêmica deste período sobre SAE é majoritariamente descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, que adota como referencial os fundamentos teóricos das necessidades humanas básicas de Horta e a taxonomia diagnóstica da *NANDA*. Os referenciais teórico-filosóficos utilizados são interacionismo simbólico, representações sociais e etnografia. Os métodos de escolha são análise de conteúdo, pesquisa convergente assistencial (PCA), pesquisa-ação e estudo de caso. Em menor escala estão os trabalhos quantitativos, de avaliação, de validação, de análise, do tipo retrospectivo. O hospital é o cenário de preferência em mais de 75% das pesquisas, seguido de unidade básica, campus universitário, domicílio e ambiente pré-hospitalar.

O reconhecimento da produção científica *stricto sensu* da enfermagem brasileira a respeito da sistematização da assistência constatou um perfil de ampla abrangência, de pertinência com a realidade da prática e de atualidade.

A primeira década pode ser resumida como a mais importante justamente por registrar o início da construção do conhecimento e anunciar a necessidade e relevância quanto à utilização de princípios científicos para nortear a prática de enfermagem. A produção é representada por uma única instituição de ensino superior, a UFRJ, onde foi criado o 1º programa de pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem no Brasil. Originariamente, as professoras de Enfermagem apresentavam as teses de livre docência neste local.

Os trabalhos pioneiros marcam a utilização do processo de enfermagem com todo seu rigor científico como o caminho seguro e próspero para atender o cliente na individualidade,



levando em conta aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Esta década pode ser considerada como a **Era da Sensibilização**.

O segundo período dá prosseguimento à produção acerca de SAE com uma obra a mais que o anterior e, além da UFRJ, a USP/SP compõe o cenário acadêmico respondendo por 60% das obras, incluindo a primeira de doutorado captada neste estudo. Hoje, são quatro programas de pós-graduação na USP/SP que disponibilizam três cursos de mestrado e quatro de doutorado. A tônica deste período se baseia em assegurar a cientificidade à enfermagem na medida em que há confirmação de resultados positivos nas pesquisas, resultados estes compreendidos na forma de resolução de problemas, promoção de saúde e efetividade da assistência, conforme pode perceber à análise das produções.

À semelhança da abordagem funcionalista, a década possui caráter normativo, obedecendo a uma lógica orientada pela ciência que cria protocolos e guia ações. Os trabalhos enfatizam o planejamento de medidas embasadas técnica e cientificamente e apresentam avaliação que não deixa dúvida quanto à positividade das respostas. A produção ainda é tímida, porém convence e fortalece a categoria, e garante a ênfase da primeira década. Esta década, considerada segundo período, pode ser chamada de **Era da Constatação**.

Os dez anos seguintes exibem um avanço de 80% e as pesquisas de doutorado atingem mais de 35% da produção; além da USP/SP, a USP/RP, a UFBA e a UFPB representam as instituições onde as pesquisas foram realizadas. A ampliação e aprofundamento de temas levam à busca de conhecimento em outras áreas, indicando um olhar abrangente sobre questões de pesquisa cujas respostas extrapolam o domínio da enfermagem. Esta década revela a complexidade da temática SAE e sua tendência é refinar e expandir a produção. Os estudos envolvem teorias, taxonomias, validação de instrumentos, clientelas específicas, capacitação de recursos humanos, e contribuem para sedimentação do conhecimento. Esta década, considerada terceiro período, pode ser chamada de **Era do Aprimoramento**.

A 4ª e última década é marcante pelo extraordinário aumento de mais de 760% no quantitativo de dissertações e teses, explicado pelo empenho das enfermeiras em prol da solidez da pós-graduação, criando novos programas em diversos pontos do país. As pesquisas deste período são provenientes de 24 instituições de ensino distribuídas nas regiões sudeste, nordeste e sul; nem todas de programas de enfermagem, pois 13 foram desenvolvidas em outras áreas, a saber: sete em medicina, três em educação, uma em psicologia, uma em administração, e uma em ciências biológicas.

Modelos assistenciais rigorosamente científicos, elaborados com especificidade para atender às demandas; o processo de enfermagem com a orientação teórica segundo Horta e a linguagem diagnóstica NANDA como preferências; a dificuldade recorrente para documentar; o reconhecimento da SAE, o processo de implantação e sua avaliação; o ensino da SAE na graduação; o descompasso entre os profissionais da academia e da assistência; a tecnologia da informação e o aconselhamento genético, dentre outros, são focos de atenção dos estudos compreendidos entre 1998 a 2007. Esta década pode ser reconhecida por ampliar a abrangência do tema imprimindo mais qualidade. Pode ser considerada como a **Era da Expansão**.

Um país do tamanho do Brasil, com incontáveis peculiaridades regionais, apresenta também diferenças substanciais refletidas na Enfermagem e o panorama que se descortina no estudo da produção acadêmica sobre SAE aponta uma concentração de pesquisas de mestrado e doutorado nas seguintes instituições: UNIFESP (14), USP/SP (11), USP/RP (10), UFPB (8) e UFC (7), totalizando 50 produções em 40 anos. São, portanto, centros de referência nos estudos que discutem a sistematização sob diversos olhares.

São os trabalhadores de enfermagem decidindo por um fazer mais e melhor, que impulsionam o desenvolvimento da categoria no Brasil e no contexto internacional. Sensibilizar e responsabilizar para implantar a SAE exige desenvolver capacidades, explorar

potencialidades, apostar em talentos, investir no recurso humano disponível e descobrir com o próprio grupo o caminho viável para re-escrever e refazer a prática, expressando verdadeiramente desejo de agir diferente.

À guisa de reflexão acerca desta análise dos 40 anos de produção acadêmica sobre SAE, o enquadramento realizado na forma de **Era de Sensibilização, de Constatação, de Aprimoramento e de Expansão**, correspondente a cada década, poderia ser sugerido como orientador do próprio processo de implantação nas instituições em geral? Inicialmente, o primeiro passo seria **sensibilizar** os trabalhadores de enfermagem para tomada de consciência quanto à importância da SAE; o segundo, **constatar** as necessidades a serem supridas para alcance de condições favoráveis à implantação; o terceiro, **aprimorar** a assistência mediante a implementação de mudanças planejadas; e, finalmente, **expandir** a assistência de enfermagem sistematizada a todos os setores da instituição a fim de concretizar a implantação da SAE.

## **CAPÍTULO II**

### **Referencial Teórico**

---

## 2.1 Determinando o rumo da investigação



**A escolha pelo caminho sociológico** de investigação se dá pelo interesse em conhecer como as enfermeiras da clínica cirúrgica do HC III significam a implementação da SAE. Suas ações são variadas, porém são fruto daquilo que vivem e compartilham em ambiente comum de trabalho. Nesse sentido, umas influenciam outras constantemente, num movimento que provoca: re-organização do pensamento, reformulação dos significados das coisas e mudanças no agir.

A experiência das enfermeiras em trabalhar num cenário que hoje se configura inovador, com exigências específicas, se torna importante de conhecer porque vem carregada de significados, o que pode trazer esclarecimentos, justificativas ou explicações para as respostas às medidas inovadoras implementadas pela SAE.

Para Coulon (1995), o objeto essencial da pesquisa de caráter sociológico é a concepção que os agentes têm do mundo. Esses agentes (aqui, as enfermeiras da clínica cirúrgica) compartilham experiências apoiadas na prática do dia a dia da oncologia, interrelacionam-se e dão significado ao pensar e agir.

Para Blumer (1969), as significações sociais devem ser consideradas como produzidas pelas atividades interativas dos agentes. Nessa perspectiva, é no ambiente hospitalar que são geradas as interações e, a partir delas, é elaborado o entendimento dos fatos e a significância dos mesmos. Por ocasião da implementação da SAE, as enfermeiras estão sendo chamadas a agir e esta ação conjunta está sendo construída agora, não estando vinculada a nenhuma forma pré-concebida, cabendo o seguinte entendimento: “é o processo social na vida coletiva que cria e sustenta as regras, não as regras que criam e sustentam a vida coletiva” (BLUMER, 1969, p.19).

Por outro lado, sob a ótica da tradição das ciências sociais e diferentemente da teoria interacionista, a ideia de que o grupo social atende a um conjunto pré-estabelecido de normas, regras e valores, argumenta antecipadamente que a implementação da SAE estaria mormente atrelada a dificuldades, conforme anunciado anteriormente nos artigos científicos. A vida coletiva tem autonomia para estabelecer suas próprias regras.

À luz do interacionismo, a SAE adquire significado no momento da interação social quando os atores travam relacionamentos, se comunicam e interpretam um ao outro enquanto estão trabalhando em meio às medidas inovadoras instituídas, onde o foco é o cuidado à cliente portadora de câncer de mama.

Lopes e Jorge (2005) falam da aplicação da teoria do interacionismo na prática da enfermagem para ampliar conhecimentos na construção de ações e estratégias voltadas a uma interação humanizada entre pessoas. Nessa interação, Carvalho et al (2007) dizem que estão misturadas vivências do passado e, hoje, essas lembranças são resgatadas e somadas as que estão acontecendo no exato momento vivido e, juntas, influenciam o agir.

Em pesquisa realizada em contexto domiciliar, Lacerda e Oliniski (2004) utilizaram este referencial teórico para descrever ações e reações de familiares cuidadores e enfermeiras, sendo possível compreender a necessidade de trabalho das profissionais e o relacionamento desenvolvido por meio dos cuidados prestados.

Dupas, Oliveira e Costa (1997) sinalizam a importância do interacionismo na prática da enfermagem ao permitir a compreensão do outro e de suas experiências, criando possibilidades que descortinem novas perspectivas do cuidar. Em tese de doutorado, Corrêa (2003) ao considerar que a orientação interacionista compreende que a ação humana se dá a partir de significados, aplicou esta teoria para compreender com mais profundidade o processo de pensar do enfermeiro na identificação de diagnósticos de enfermagem.

Enfocando a SAE como objeto simbólico, pode-se partir em busca de interpretar o significado de sua implementação junto àqueles atores sociais que estão imersos neste cenário; e, com isso, discutir medidas de melhor adaptação às inovações por ela anunciadas. Hoje, enfermeiras vivem a implementação da SAE e somente elas podem falar sobre esta experiência.

Portanto, proposições podem ser pensadas a partir da interpretação dos significados atribuídos pelas enfermeiras às medidas colocadas em prática, com isso deflagrando novos encaminhamentos e tomadas de decisão que vão realinhar a trajetória da implementação num movimento de aprender com a própria experiência, sendo estratégia interessante e valiosa. Assim, fica nítida a presença determinante da subjetividade na forma de tratar a questão, dispensando o olhar exclusivamente técnico.

Penso que a opinião das enfermeiras é relevante, particularmente neste momento de mudança, e deve ser ouvida, mesmo que se contraponha a determinados critérios inicialmente estabelecidos no planejamento por ocasião das medidas inovadoras, pois é no desenvolvimento prático das ações que se percebe o que é possível fazer e o que permanecerá no campo teórico.

Nesse sentido, é possível gerenciar apropriadamente a ‘chegada’ gradativa da SAE como proposta de organização da assistência de enfermagem, importando-se com a percepção dos agentes em suas experiências pessoais e coletivas, reais, vividas no momento atual pelo qual passa o HC III.

A adoção do interacionismo simbólico como referencial teórico desta pesquisa também está fundamentada no entendimento de Blumer (1969, p. 21) quando destaca que este não se configura como uma doutrina filosófica, mas uma perspectiva da ciência empírica social para conduzir a produção de conhecimento que se interessa pela compreensão das ações que se dão nos contextos cotidianos de espaços sociais. E nesses espaços o comportamento

humano é entendido como um ato social e não meramente uma resposta do indivíduo a si mesmo e a outras pessoas que lhe respondem.

O conhecimento construído a partir do interacionismo simbólico reside na riqueza das significações humanas que são dadas às coisas do mundo da vida. E este, com tamanha diversidade, oferece caracterizações próprias de grupos humanos em seus respectivos contextos. Não há pretensão de uma construção de conhecimento generalizável, todavia mostra-se esclarecedora para a realidade em foco, interessante, incitante e notável em seus desvelamentos.

Obras clássicas da sociologia produzidas no final do século dezenove são a origem do interacionismo simbólico, que tem a Escola de Chicago como berço de um grande número de trabalhos de pesquisa sociológica (COULON, 1995).

Discorrer sobre a concepção interacionista é trazer à tona sua maior expressão, considerado arquiteto do interacionismo simbólico, o filósofo americano George Herbert Mead (1864-1931). Ele foi professor na Universidade de Chicago desde 1893 até seu falecimento, e deixou palestras, aulas e numerosos apontamentos, que mais tarde foram ordenados sistematicamente em quatro livros póstumos: *Philosophy of the Present* (1932), *Mind, Self, and Society from de Standpoint of a Social Behaviorist* (1934), *Movements of the Thought in the 19th Century* (1936) e *Philosophy of the Act* (1938) por alunos e seguidores (HAGUETTE, 1997).

Sua principal obra *Mind, Self, and Society* representa uma coleção de aulas ministradas no curso de Psicologia Social da citada universidade, curso este amplamente conhecido e fortemente influente à época que deu luz ao pensamento de Mead e orientou intelectualmente a vida de adeptos por muitos anos. Charles W. Morris, organizador desta obra, anuncia Mead filosoficamente como pragmatista e cientificamente como psicólogo social. Acrescenta que o professor, muito embora tenha publicado vários trabalhos no campo da psicologia social, não



sistematizou sua posição e nem consolidou sua teoria. Tarefa que Morris buscou realizar ao compilar fielmente material deixado e referências publicadas por Mead, assim como anotações de alunos, e que possibilitou entrada no seu mundo intelectual (Morris in MEAD, 1934).

O livro traz conteúdos a respeito do behaviorismo social, das relações entre ser humano e sociedade, da atividade mental, da origem do self, dentre outros. Para Mead, sua teoria segue contrária ao behaviorismo radical criado por John B. Watson, pois segundo esta linha da psicologia a ação do social sobre o ser humano é subestimada, havendo preocupação com o comportamento externo observável do homem. O behaviorismo social desenvolvido por Mead considera o ato social não somente a partir do que se observa externamente, como também a partir da intenção interna do ato social que não é observável e exige investigação compreensiva (HAGUETTE, 1997).

O termo interacionismo simbólico foi apresentado primeiramente em 1937 por um ex-aluno de Mead e então professor da Universidade de Chicago, Herbert Blumer (1900-1987), seu maior seguidor e divulgador (COULON, 1995; HAGUETTE, 1997). Em *Symbolic Interactionism Perspective and Method*, atendendo a pedidos de alunos e colegas, Blumer (1969) escreve acerca de importantes aspectos do interacionismo simbólico e sua posição metodológica.

## 2.2 Interagindo com Mead e Blumer: os fundamentos da teoria

**Blumer explica que Mead** possuía preocupação central com os principais problemas da filosofia, o que o limitou na elaboração explícita da natureza da sociedade humana a quem ele atribuiu uma posição de suma importância.

Blumer, então, propõe construir um esquema teórico da sociedade humana a partir das contribuições brilhantes deixadas por seu mestre, que defendia que seres humanos possuem mentes e consciências como originariamente dadas, que eles vivem em mundos de objetos pré-existentes e autoconstituídos, que seu comportamento consiste de respostas a tais objetos, e que a vida em grupo consiste da associação de tais organismos humanos reagindo.

As principais questões consideradas e analisadas por Blumer são: *the self*, *the act*, *social interaction*, *objects* e *joint action*, descritos cada um deles a seguir.

### ***The Self***

Mead viu o ser humano como um organismo possuidor de um self. O fato de ser dotado de um self faz do ser humano um ator especial, transforma sua relação com o mundo e dá característica única a sua ação.

O mesmo autor simplesmente considerou que o ser humano é um objeto para ele mesmo, ou seja, que o ser humano percebe ele mesmo, tem opiniões a seu respeito, se comunica com ele mesmo e age em relação a ele mesmo.

A autointeração permite que o ser humano faça indicações a si mesmo: sua vontade, suas dores, seus objetivos, coisas ao seu redor, pessoas e suas opiniões, assim por diante. E mais além, avançando na auto-interação, ele julga, analisa e avalia objetos que selecionou para, então, planejar e organizar sua ação de acordo com o que selecionou e julgou.

Resumindo, possuir um self provê o ser humano de um mecanismo de autointeração que lhe permite encarar o mundo, formar e guiar sua ação. Para Mead, self é processo.

## ***The Act***

A ação humana adquire característica radicalmente diferente por ser concebida a partir do processo de autointeração, sendo construída na adaptação com o mundo ao invés de ser deflagrada por uma estrutura psicológica pré-existente. Ao fazer indicações a si mesmo e interpretá-las, o ser humano molda uma linha de ação.

Para agir, o ser humano precisa: indicar o que ele quer, estabelecer um objetivo, mapear uma linha de comportamento, perceber e interpretar ações dos outros, avaliar sua situação, checar sua posição aqui e acolá, ter uma ideia do que fazer em outras situações e incitar a si mesmo (frequentemente) face a situações trabalhosas e desencorajadoras. O fato de a ação humana ser autoconstruída não significa necessariamente que o ator seja zeloso na sua construção.

Aliás, ele pode ser 'pobre' nesta construção e falhar ao: não perceber algo que deveria tomar ciência, confundir objetos, fazer julgamentos insatisfatórios e errar ao mapear sua linha de conduta. Essas deficiências não contradizem o fato de que seus atos são construídos a partir do que ele toma em consideração. E o que toma em consideração são os objetos que selecionou e julgou.

## ***Social interaction***

A interação social simbólica envolve interpretação\*, ou seja, avaliação do significado das ações ou respostas de outra pessoa, e definição\*, ou seja, transmissão de indicações para outra pessoa no que se refere a como deve agir. Através do processo de interação, os seres humanos acomodam seus próprios atos aos atos contínuos de um e outro e guiam outros a fazer o mesmo. Consiste, pois, em um processo formativo em si mesmo uma vez que linhas de ação são construídas pelos atores mediante constante interpretação das linhas de ação de cada um.

A vida humana em grupo assume característica de processo contínuo, quer dizer, uma questão de estar sempre adaptando linhas de ação mutuamente. Essa adaptação conjunta de linhas de conduta é feita através do processo duplo de interpretação e definição, que funciona sustentando padrões já estabelecidos e criando novos.

A dependência das interpretações na definição dos atos explica por que a interação simbólica conduz de maneira tão intensa à transformação de formas de atividade conjunta que constitui a vida de grupo. Portanto, a interação simbólica é capaz de abranger toda sorte de associação humana, onde os atores em cada uma delas têm a tarefa de construir seus atos através da interpretação e definição dos atos de cada um.

## ***Objects***

Os seres humanos vivem num mundo ou ambiente de objetos e suas atividades se dão em função deles. Alguns pontos importantes na análise dos objetos são apresentados: sua natureza é constituída pelo significado que tem para a pessoa ou pessoas para quem ele é um objeto; este significado não está intrínseco no objeto, mas emerge a partir de como a pessoa está preparada para agir em relação a ele; é produto social e por isso formado e transformado

---

\* Grifo do autor.

pela interação social; as pessoas estão preparadas ou postas a agir em relação ao objeto com base no significado que o objeto tem para elas; e por ser algo a ser designado, pode-se organizar a ação em relação a ele ao invés de responder a ele imediatamente, pode-se inspecioná-lo, pensar a respeito, planejar um plano de ação a respeito dele ou decidir se vai ou não agir em relação a ele.

### ***Joint action***

Blumer usa o termo ‘ação conjunta’ no lugar de ‘ato social’ usado por Mead. Refere-se a maior forma coletiva da ação que se constitui da adaptação conjunta de linhas de comportamento de cada um dos atores. Ações conjuntas variam de uma simples colaboração entre dois indivíduos até um complexo alinhamento de atos de enormes aglomerados (organizações ou instituições).

Para Mead, o ato social é a peça fundamental na sociedade. Ele explica que uma ação conjunta não pode ser tomada como um comportamento igual por parte de cada indivíduo. Cada um obrigatoriamente ocupa uma posição diferente, age a partir dela e se engaja em ato individual e próprio. É da adaptação conjunta desses atos e não da igualdade entre eles que se constitui a ação conjunta.

E como os atos individuais se adaptam juntos na sociedade humana? Os atores adaptam seus atos juntos, primeiro, através da identificação do ato social no qual estão prestes a se engajar e, depois, através da interpretação e definição dos atos de cada um na formação da ação conjunta. Ao identificar a ação conjunta, o ator é capaz de orientar a si mesmo; ele possui a chave para interpretar os atos dos outros e um guia para dirigir sua ação em relação aos demais. Ainda que feita tal identificação, os atores dentro da ação conjunta que está sendo formada necessitam interpretar e definir os atos contínuos de cada um, verificar o que estão fazendo, planejar indicações e fazê-las para cada um acerca do que deve ser feito.

Com estas questões desenvolvidas a partir do pensamento de Mead, Blumer (1969, p.2) expõe a natureza do interacionismo simbólico, assentando sua teoria sobre três fundamentos básicos:

**a) Os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que as coisas têm para eles.** Tais coisas incluem tudo que o ser humano pode perceber em seu mundo – objetos físicos, como árvores ou cadeiras; outros seres humanos, como mãe ou balconista; categorias de seres humanos, como amigos ou inimigos; instituições, como escola ou governo; ideais, como independência pessoal ou honestidade; atividades dos outros, como comandos ou demandas; e qualquer outra situação com que o indivíduo se depare no seu dia a dia.

Blumer é incisivo ao dizer que o significado das coisas é determinante no comportamento do indivíduo, ou seja, o indivíduo age em relação às coisas conforme o significado que essas coisas têm para ele. A tendência segue na contra mão da psicologia e ciências sociais que atribuem, respectivamente, atitudes e estímulos, e posição social e valores, dentre outros fatores, como determinantes do comportamento. E acrescenta: sob investigação interacionista, ignorar o significado das coisas para o comportamento humano é visto como falsificar o comportamento.

**b) O significado de tais coisas é derivado ou emerge da interação social que o indivíduo tem com seu semelhante.** O significado surge a partir do processo de interação entre indivíduos, dando-se da seguinte maneira: o significado de uma coisa para um indivíduo é proveniente das formas nas quais outros agem em relação ao indivíduo com referência àquela coisa. As ações destes outros funcionam para definir a coisa para o indivíduo. Assim, o interacionismo simbólico vê os significados como produtos sociais, como criações que são

formadas nas e por meio das atividades das pessoas que são definidas à medida que elas interagem.

**c) Estes significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo indivíduo ao lidar com as coisas que ele encontra.** O processo interpretativo tem duas fases distintas. Em primeiro lugar, o ator significa para si próprio as coisas em relação as quais ele está agindo. Ele tem que dar destaque às coisas que têm significado para ele. O fato de ele fazer essas referências / indicações para ele próprio é um processo social internalizado no qual o ator está interagindo com si mesmo.

Esta interação com si mesmo é mais do que uma interação de elementos psicológicos. Trata-se de momento em que o indivíduo se engaja num processo de comunicação com si mesmo. Em segundo lugar, em virtude deste processo de comunicação com si próprio, a interpretação torna-se uma questão de manipulação de significados. O ator seleciona, verifica, suspende, reagrupa e transforma os significados à luz da situação na qual ele se encontra e à luz da direção de sua ação.

Desta maneira, a interpretação não deve ser considerada como uma simples aplicação automática de significados já estabelecidos, e sim com um processo formativo no qual os significados são usados e revisados como instrumentos que guiam e formam a ação. É necessário perceber que os significados desempenham papel importante no processo de auto-interação.

Para acompanhar a linha interacionista e melhor compreendê-la, faz-se necessário a apresentação de alguns conceitos fundamentais da teoria, preferencialmente nomeados pelo autor como “imagens de raiz”. A seguir, apresento tais conceitos em itens:

- **Natureza da sociedade humana ou vida humana grupal.** Grupos humanos consistem de seres humanos se engajando em ação. A ação consiste de numerosas atividades que os indivíduos realizam em suas vidas à medida que encontram um ao outro e à medida que lidam com as situações com as quais se confrontam. Podem agir individualmente, podem agir coletivamente, podem agir em nome de ou como representantes de uma organização ou grupo. As atividades pertencem aos indivíduos que estão agindo e são conduzidas por eles sempre em relação às situações nas quais estão inseridos. A importância desta característica simples e absolutamente redundante é que os grupos humanos ou sociedade vivem em ação\* e devem ser vistos em termos de ação. Esta imagem da sociedade humana como ação deve ser o ponto de partida (e de retorno) para qualquer esquema que pretende tratar e analisar a sociedade humana empiricamente.

- **Natureza da interação social.** A vida grupal necessariamente pressupõe interação entre os membros do grupo; ou, colocando de outra forma, uma sociedade consiste de indivíduos interagindo um com o outro. As atividades dos membros acontecem principalmente em resposta a um e outro ou em relação a um e outro. Os enquadramentos da sociologia e psicologia reconhecem pouca importância na interação e a consideram um meio através do qual fatores sociológicos (*status* social, papel social, normas, etc) e psicológicos (motivos, atitudes, complexos ocultos, etc) se expressam e determinam o comportamento (Blumer, 1969, p.7).

Interação social é interação entre pessoas e não entre fatores que são imputados a pessoas. O interacionismo simbólico reconhece a interação social como importante em si mesma, pois consiste em processo que forma a conduta humana ao invés de ser simplesmente um recurso ou um cenário para expressão ou liberdade da conduta humana. Mead identifica

---

\* Grifo do autor.



duas formas ou níveis de interação na sociedade humana para os quais Blumer confere outros termos (op. cit., p.8).

O quadro abaixo mostra os conceitos usados por ambos os autores.

QUADRO 4 – Conceitos usados por Blumer e Mead.		
Mead	Blumer	conceito
<p><i>The conversation of gestures</i> A conversa de gestos</p>	<p><i>Non-symbolic interaction</i> Interação não-simbólica</p>	<p>Ocorre quando o indivíduo responde diretamente à ação do outro sem interpretar aquela ação.</p>
<p><i>The use of significant symbols</i> O uso de símbolos significantes</p>	<p><i>Symbolic interaction</i> Interação simbólica</p>	<p>Envolve a interpretação da ação.</p>

- **Natureza dos objetos.** A posição do interacionismo simbólico é a de que os “mundos”<sup>\*</sup> que existem para os seres humanos e seus grupos são compostos de “objetos”<sup>\*</sup> e estes objetos são produtos da interação simbólica. Um objeto é qualquer coisa que pode ser indicada, qualquer coisa que pode ser apontada ou que se pode fazer referência, sendo classificado em três categorias: objetos físicos (cadeiras, árvores, bicicletas), sociais (estudantes, padres, um presidente, uma mãe) e abstratos (princípios morais, doutrinas filosóficas, conceitos). A natureza de um objeto consiste do significado que ele tem para o indivíduo. Este significado mostra a forma como ele olha o objeto, a forma na qual ele está preparado para agir em relação ao objeto e a forma como ele está pronto para falar a respeito dele. O significado dos

---

\* Grifo do autor.

objetos para um indivíduo nasce fundamentalmente a partir da forma como eles foram definidos para este indivíduo pelas pessoas com quem ele interage (Blumer, 1969, p.10).

**- O ser humano como um organismo em ação.** O interacionismo simbólico reconhece que os seres humanos devem possuir uma constituição que se adeque à interação simbólica. O ser humano é visto como um organismo que não somente responde aos outros em nível não-simbólico como também faz indicações para os outros e interpreta as indicações deles. Isso é possível em função de possuir um “self”\*, o que significa que o ser humano pode ser objeto de sua própria ação. Ele age em relação a ele mesmo e guia ele mesmo em suas ações em relação aos outros com base no tipo de objeto que ele é para ele mesmo. A noção do indivíduo como um objeto nasce do processo de interação no qual outras pessoas estão definindo o indivíduo para ele mesmo. Mead aponta que um indivíduo tem que ver a si mesmo de fora para poder se transformar em um objeto para si próprio. Isso pode ser feito somente quando o indivíduo se coloca na posição dos outros e se vê ou quando age em relação a si mesmo daquela posição. Os papéis que o indivíduo assume variam desde indivíduos separados / distintos (fase de brincadeiras), passando por grupos organizados (fase de jogos), chegando até o papel de comunidade abstrata (o outro generalizado). Portanto, ele vê a si mesmo a partir de como ele é visto e definido pelos outros. Por ser dotado de um self, o indivíduo é capaz de interagir com ele mesmo, de comunicar-se com si mesmo. A auto-interação existe fundamentalmente como um processo de fazer indicações para si próprio, o que ocorre continuamente na vida ativa, que consiste de uma série de tais indicações que o indivíduo está fazendo a si mesmo. Isso é nitidamente reconhecido quando percebemos que a pessoa está zangada com ela mesma, quando conversa com ela mesma planejando fazer algo, quando a estimula a fazer suas tarefas, quando percebe e considera coisa e outra, quando observa isso e aquilo

---

\* Grifo do autor.

acontecendo. De fato, para o ser humano tomar consciência ou ficar atento a qualquer coisa, equivale a ele fazer indicações sobre ela para si, julgando sua importância e traçando sua linha de ação (op. cit., p.13).

- **Natureza da ação humana.** A capacidade do ser humano de fazer indicações a ele mesmo dá uma característica distinta à ação humana. Significa que o indivíduo humano confronta um mundo o qual ele deve interpretar com a finalidade de agir em vez de um ambiente para o qual ele responde por causa de sua organização. Ele tem que lidar com as situações as quais é chamado a agir, verificando o significado das ações dos outros, planejando sua própria linha de ação à luz de tal interpretação. Ele deve construir e guiar sua ação em vez de simplesmente permiti-la em resposta aos fatores que atuam sobre ou através dele. Ele pode fazer um péssimo trabalho na construção de sua ação, mas ele precisa construí-la. Basicamente a ação humana consiste em levar em consideração os vários objetos que o ser humano percebe e formar uma linha de conduta com base na interpretação desses objetos. Sua conduta é formada e guiada através do processo de indicação e interpretação. E as linhas de ação podem ser iniciadas ou interrompidas, abandonadas ou postergadas, restritas a um simples planejamento ou a uma vida interna de devaneio ou, caso sejam iniciadas, podem ser transformadas. É preciso reconhecer que a atividade dos seres humanos consiste do encontro de um fluxo de situações no qual eles têm que agir e que sua ação é construída com base naquilo que eles percebem, como eles avaliam e interpretam o que percebem, e que tipo de linhas de ação planejam (op. cit., p.15).

- **Interligação da ação.** A vida do grupo humano consiste e existe na acomodação de linhas de ação de um para outro dentro de um grupo de pessoas. Tal articulação de linhas de ação evidencia e constitui a ação conjunta ou coletiva – uma organização societal de conduta de

diferentes ações, de diferentes participantes. Uma ação conjunta, enquanto construída de diversos atos que compõem sua formação, é diferente de qualquer ato e da simples agregação deles. Ela tem uma característica distinta em si mesmo, uma característica que se situa na articulação como fora do que pode estar articulado ou unido. Assim, a ação conjunta pode ser identificada como tal e pode ser falada e manipulada sem precisar ser dividida nas partes que a compõe. Isso é o que fazemos quando falamos de casamento, transação comercial, guerra, uma discussão parlamentar ou em serviço de igreja. Comparativamente, podemos falar da coletividade que se engaja numa ação em comum sem ter que identificar seus membros, assim como fazemos ao falar de uma família, uma corporação / empresa de negócios, uma igreja, uma universidade, ou uma nação (Blumer, 1969, p.16).

## **CAPÍTULO III**

### **Referencial Metodológico**

---

### 3.1 A orientação interpretativista da investigação



**De natureza qualitativa**, descritiva, e exploratória, a investigação situa-se nos pressupostos da teoria social e o paradigma interpretativo orienta o desenvolvimento das questões inerentes ao método escolhido, assegurando o rigor das etapas e confiabilidade de seus resultados. E a escolha pelo interacionismo interpretativo como referencial metodológico apóia-se na valorização de situações vividas por pessoas no mundo social, onde as experiências são compartilhadas e significadas a cada encontro entre elas, caracterizando realidades distintas. A perspectiva é dinâmica, sensível e compreensiva.

Assumir posição paradigmática obriga olhar o mundo sob determinada perspectiva concernente a aspectos ontológicos, teóricos, metodológicos e de natureza humana. No paradigma interpretativo, a abordagem segue nominalista, antipositivista, voluntarista e ideográfica, e a realidade social é compreendida em nível da experiência subjetiva (ANDRADE e TANAKA, 2001).

Os mesmos autores apresentam os quatro debates (quadro 5) que antecederam as posições paradigmáticas dentro das ciências sociais, sendo destacados (em cor) os focos do paradigma em questão.

**QUADRO 5 - Focos das discussões paradigmáticas das ciências sociais.**

<p><b>Debate ontológico</b></p>	<p><b>Nominalismo:</b> o mundo externo à cognição é constituído por nomes usados para estruturar a realidade.</p>	<p>Realismo: o mundo externo à cognição é real e existe independentemente da consciência individual.</p>
<p><b>Debate epistemológico</b></p>	<p>Positivismo: explica e prediz o que vai acontecer no mundo social por meio de regularidades e relações causais.</p>	<p><b>Antipositivismo:</b> o mundo social só pode ser compreendido a partir da perspectiva de quem vive a situação estudada.</p>
<p><b>Debate da natureza humana</b></p>	<p>Determinismo: situação ou ambiente determinam o homem e suas atividades.</p>	<p><b>Voluntarismo:</b> o homem é autônomo e possui livre arbítrio.</p>
<p><b>Debate metodológico</b></p>	<p><b>Ideográfico:</b> compreende o mundo das vivências dos sujeitos que são captadas nas interações cotidianas.</p>	<p>Nomotético: sustenta-se no rigor científico, a partir dos métodos das ciências naturais.</p>

Fonte: Andrade e Tanaka, 2001.

Norman Denzin, sociólogo, professor de comunicação, sociologia e humanidades na Universidade de Illinois (Estados Unidos), é detentor de dois prêmios por pesquisas sobre Interação Simbólica. Em 1988 recebeu *The Cooley Award* e em 1997 *The George Herbert Mead Award*, este último por estudo do comportamento humano. No prefácio de sua obra *Interpretive Interactionism* (1989), anuncia que a considerável literatura existente sobre métodos de pesquisa qualitativa não contém nenhum tratamento extenso do ponto de vista interpretativo existencial. Sua proposta ao escrever este livro é justamente preencher tal lacuna. É destinado a prover estudantes e estudiosos nas disciplinas humanas com uma descrição relativamente acessível da abordagem existencial interpretativa da forma como vem sendo praticada por ele e outros cientistas sociais. Descreve passo a passo seu método.

Sua perspectiva é, então, denominada “interacionismo interpretativo”, onde ele oferece sua versão de interpretação e procura unir a abordagem tradicional do interacionista simbólico com os trabalhos interpretativos fenomenológicos de Heidegger e a tradição associada à hermenêutica. Também utiliza trabalho recente da teoria feminista social, teoria pós-moderna e o método crítico-biográfico elaborado por C.W. Mills, Sartre e Merleau-Ponty, objetivando construir estudos que façam sentido no período pós-moderno da experiência humana.

Andrade e Tanaka (2001) dispõem sobre as origens epistemológicas e metodológicas fundantes da estrutura do interacionismo interpretativo, que prima pela valorização de significados, emoções, sentimentos e intenções de pessoas, assim como o conhecimento do senso comum, na busca pela compreensão e desvelamento de fenômenos estudados:

→ no interacionismo simbólico, cuja visão se dirige para o agir do indivíduo inserido em dado ambiente emoldurado por uma história, cultura e ordem social;

→ na fenomenologia, cujo alicerce é a experiência humana, seu significado e o sentido na consciência;



→ na hermenêutica, cuja interpretação leva à compreensão e aponta que a verdade está na subjetividade de cada ser humano.

Os mesmos autores (op. cit.) apresentam, também, os pressupostos que sustentam e fundamentam a pesquisa nesta linha:

- a) ação, interação e relações sociais, na busca pela apreensão do significado atribuído pelos sujeitos, individualmente ou reunidos, as suas ações-interações e às normas e regras que ordenam tais ações ou experiências;
- b) experiência vivida (epifania), o pensamento e o sentido sobre ela, entendendo que o significado e a consciência dessa experiência são mediados pelas interações;
- c) linguagem, temporalidade e a espacialidade. Deve-se buscar a significação de todas as vivências a partir da linguagem, inicialmente. Tempo e espaço são imprescindíveis.

Denzin (1989) apresenta o interacionismo interpretativo como abordagem qualitativa da ciência social que busca levar o mundo da experiência vivida ao alcance do leitor, sendo seu foco as experiências que, de maneira radical, alteram e dão forma aos significados que as ‘pessoas atribuem a si mesmas’ e aos ‘seus projetos de vida’. São situações importantes, decisivas e cruciais, chamadas ‘*epifanias*’, os momentos interacionais que marcam a vida das pessoas a ponto de transformá-las. Nas epifanias, as características pessoais tornam-se aparentes, assim como dificuldades e problemas. Nesse sentido, as dificuldades e os problemas são sempre biográficos e devem ser conectados a questões públicas, que são sempre históricas e estruturais. Esta é a tarefa do interacionismo interpretativo. As dificuldades surgem em momentos de crise existencial, individual ou coletiva, que são captados nas epifanias pelo pesquisador.

Três suposições organizam seu método:

⇒ Primeiro: no mundo da experiência humana, somente existe interpretação;

⇒ Segundo: é interessante tentar tornar estas interpretações disponíveis para os outros. Ao fazer isto, a compreensão pode ser construída. Compreendendo-se mais e mais, aplicam-se melhores programas para tratar de importantes assuntos sociais de nosso dia;

⇒ Terceiro: todas as interpretações são inacabadas e inconclusas.

Realizar uma pesquisa nesta perspectiva é

“assumir, em síntese, que a compreensão de um dado fenômeno é possível de ser obtida a partir das pessoas diretamente envolvidas; que as ações do ser humano se dão em direção ao outro, com o outro, a partir do outro, num processo mútuo; que ser humano implica participar de processos sociais compartilhados, dos quais emergem significados; que os significados dessas ações são passíveis de serem apreendidos quando se considera a linguagem e seus símbolos dentro do contexto em que se originam e são expressos” (ANDRADE e TANAKA, p.70, 2001).

Portanto, o foco é a experiência real no vivido. A realidade se constrói ativamente, incessantemente, com base na significação que se dá às coisas que compõem o mundo social. Os atos são sociais e carecem de compreensão.

Ao pesquisar sobre estudos do autor, encontro a utilização de seu método por enfermeiros, e seleciono cinco pesquisas (quatro de mestrado e uma de doutorado) para exemplificar. Bergamasco (1999), em tese de doutorado, analisou as narrativas biográficas de seis mulheres diagnosticadas com câncer de mama e evidenciou a oportunidade para que a assistência de enfermagem incluísse medidas para prevenir ou minimizar a angústia sentida pela mulher após receber o diagnóstico, uma vez que foi possível entender as questões referentes ao ajustamento psicossocial neste momento importante.

Em 2001, Wernet utilizou-se de doze entrevistas com enfermeiras pediatras, em seu estudo de mestrado. Buscou compreender como estas profissionais se direcionam à família ao

cuidar da criança e percebeu que existe um momento em que aquela (família) passa a ser objeto de sua assistência. Ela detalha como se processa esta mobilização.

Outra pesquisa salienta: “Reconstruímos a história da experiência das enfermeiras no cuidado da criança e da família ante a vivência do processo da morte, ressaltando os aspectos que possibilitaram a atribuição de significado à experiência” (POLES, 2003). Nesta dissertação, sete narrativas biográficas foram gravadas, transcritas e analisadas à luz do método de Denzin, possibilitando apreender esta experiência e entender o comportamento e ações desenvolvidos no cuidado da criança e família.

Maia (2005) discute os benefícios da utilização do brinquedo terapêutico por enfermeiras na prática assistencial com criança e família, na dissertação de mestrado. Utilizou-se dos dados de sete entrevistas semi-estruturadas que renderam narrativas acerca de como se processa a sensibilização das enfermeiras em relação ao emprego do brinquedo na assistência, sendo verificado, dentre outros, que o cuidado pode se transformar numa brincadeira e a doença pode ser ressignificada.

No seu mestrado, Moreira (2007) identificou epifanias na vida de sete mães de crianças portadoras de câncer, ao analisar suas narrativas e compreender que esta triste experiência é marcada para sempre quando as mães percebem que o tempo junto à criança está ameaçado, quando decidem que este é o tempo da criança e quando lutam pela criança movidas pelo amor.

Os cinco trabalhos apresentados oferecem noções fundamentais sobre o método de Denzin no que tange à natureza existencial das investigações, que são construídas dentro do mundo das experiências humanas, estas sempre emergentes e dinâmicas. Daí comprova-se o caráter inacabado e inconcluso das interpretações que são, então, disponibilizadas e livremente acessadas, contribuindo para a construção de um corpo de conhecimento autêntico, histórico e social.

A escolha por este método se justifica pela assunção de que as dificuldades pessoais manifestadas pela enfermeira na experiência da implementação da SAE e capturadas nos momentos epifânicos ganham expressividade coletiva quando manifestadas pela equipe de enfermeiras, adquirindo status de uma questão mais ampla no contexto do estudo, que merece o olhar cuidadoso da gerência com a finalidade de reorientar o processo de inovação organizacional.

### 3.2 O método de Norman K. Denzin

**As seis etapas** do processo interpretativo de Denzin (1989) são expostas passo a passo e descritas abaixo.

#### **Primeira etapa: *the research question***

→ **Delimitar, construir, elaborar a questão da pesquisa.**

A *Questão da Pesquisa* é delimitada a partir de duas fontes: o pesquisador e o sujeito. Denzin fala da necessidade de o pesquisador ser dotado de uma imaginação sociológica, que não é privilégio de sociólogos, e usar suas experiências de vida como parte da pesquisa, sendo importante a habilidade de pensar reflexivamente, historicamente, comparativamente e biograficamente.

O pesquisador é levado a procurar sujeitos que viveram a experiência que ele busca compreender, pois essas experiências pessoais ricas em detalhes ou minúcias fornecem o problema em essência e com profundidade, e auxiliam na definição da questão de pesquisa. Nelas está contido o fenômeno a ser estudado.

A questão é um *como* e não *por que*, pois estudos interpretativos investigam como as experiências de vida de situações críticas / momentos cruciais são organizadas, percebidas, construídas e significadas pelos indivíduos em interação.

A seguir, Denzin avança com mais detalhes na elaboração da questão de pesquisa:

- (1) Localizar dentro de sua própria história pessoal a experiência de vida problemática a ser estudada. O pesquisador trabalha a partir de sua própria biografia.
- (2) Descobrir se este problema pessoal é ou está se transformando em um problema de outros também.
- (3) Localizar onde estão reunidas as pessoas que compartilham a mesma experiência.
- (4) Perguntar *como* é viver tal experiência.
- (5) Tentar formular a questão de pesquisa de maneira simples e objetiva.

## **Segunda etapa: *deconstruction***

→ **Desconstruir e analisar criticamente as concepções a priori do fenômeno.**

A *Desconstrução* de um fenômeno envolve uma análise crítica de como ele vem sendo apresentado, estudado e analisado nas pesquisas e literatura atual, sendo necessário:

- (1) Expor concepções a priori do fenômeno em questão. Isso inclui como o fenômeno tem sido definido, observado e analisado.
- (2) Interpretar criticamente definições e observações existentes.
- (3) Analisar criticamente o modelo teórico básico da ação humana sugerido e usado em estudos anteriores.
- (4) Apresentar preconceitos e tendências que cercam a compreensão atual.

Expor tendências e preconceitos da atual literatura e situar a nova pesquisa dentro deste corpo de conhecimento e contra ele é o objetivo desta etapa. O pesquisador constrói sobre o que já está dado, e elabora sua interpretação com base também em pré-julgamentos acerca do fenômeno. Importante mencionar que nenhum trabalho interpretativo está livre de pré-concepções. Relembrando: conceitos e questões básicas trazidas pelo pesquisador são parte da pesquisa e Heidegger (2001) indica que eles determinam a maneira na qual se consegue um entendimento de antemão do assunto. Completa ele que toda pesquisa é guiada a priori por aquilo que é buscado.

Conforme Denzin (1989, p. 53) “*An interpretive circle surrounds the research process*” que traduzido expressa que um círculo interpretativo cerca o processo de pesquisa, o autor explica, e coloca pesquisador e sujeito no centro da pesquisa. Uma hermenêutica dupla ou círculo interpretativo é sugerido. O sujeito que narra uma experiência pessoal está, por razões óbvias, no centro da vida que está sendo contada. O pesquisador que lê e interpreta essa mesma história está no centro de sua interpretação sobre aquela história. São duas estruturas interpretativas que se tocam e coincidem em parte. Porém, não se sobrepõem completamente porque as experiências de um nunca serão as do outro. O melhor que se pode esperar neste caso é a compreensão.

### **Terceira etapa: *capture***

→ **Capturar o fenômeno, situando-o dentro do mundo natural e obtendo vários exemplos dele.**

A *Captura* do fenômeno implica localizar e situar o que será estudado no mundo natural. O que o pesquisador está fazendo com o fenômeno agora, em sua pesquisa. Inclui o seguinte:

(1) Identificar vários casos que incorporam o fenômeno em questão.

(2) Localizar as crises e epifanias nas vidas das pessoas estudadas.

(3) Obter múltiplas histórias particulares dos sujeitos em questão, relacionadas ao fenômeno.

A captura disponibiliza o fenômeno para o leitor, pois apresenta experiências tal qual elas ocorrem ou são reconstruídas. Quando as narrativas forem agrupadas em torno de um tema em comum, várias histórias devem ser coletadas; o que permitirá ao pesquisador comparar e contrastar as experiências de diferentes pessoas em fases diferentes do fenômeno sob investigação. Pontos de convergência podem ser identificados. Qualquer narrativa pode ser usada, desde que contribua para a compreensão do fenômeno.

### **Quarta etapa: *bracketing***

→ **Suspender o fenômeno, reduzi-lo aos seus elementos essenciais, retirando-o do mundo natural de maneira que suas estruturas essenciais e características possam ser descobertas.**

A *Suspensão* do fenômeno significa que o pesquisador retira-o do mundo onde ele ocorre e submete-o à profunda verificação, desmontando-o e dissecando-o; seus elementos e estruturas essenciais são descobertos, definidos e analisados. É tratado como um texto ou documento, uma instância do fenômeno estudado. Não é interpretado à luz dos significados padronizados pela literatura existente, e sim confrontado em seus próprios termos, sem influências externas, o assunto em si mesmo.

Suspensão envolve os seguintes passos:

(1) Localizar, dentro da experiência pessoal ou narrativa, frases chaves e afirmações que falam diretamente do fenômeno em questão.

- (2) Interpretar os significados destas frases como um leitor informado<sup>4</sup>.
- (3) Obter as interpretações dos sujeitos sobre estas frases, se possível.
- (4) Buscar, nos significados, o que eles revelam como características essenciais e recorrentes do fenômeno.
- (5) Oferecer uma afirmação temporária, ou definição provisória, do fenômeno em termos de suas características essenciais identificadas.

Neste momento, leitura minuciosa deve ser procedida para captar palavras chave e termos que organizam o texto. Denzin aponta que o investigador deve ser estimulado a fazer leituras processuais das narrativas, considerando que as palavras guardam significados que podem ir além do que elas aparentam.

## **Quinta etapa: *construction***

→ **Construir ou colocar o fenômeno de volta em termos de suas partes essenciais, pedaços, estruturas.**

A *Construção* baseia-se na suspensão. Ela classifica, ordena e remonta o fenômeno de volta a um todo coerente. Inclui o seguinte:

- (1) Listar os elementos suspensos do fenômeno.
- (2) Ordenar estes elementos a medida em que eles ocorrem dentro do processo ou experiência.
- (3) Indicar como cada elemento afeta e se relaciona a outros elementos dentro do processo em investigação.
- (4) Enunciar sucintamente como estruturas e partes do fenômeno aglutinam-se num todo coerente.

---

<sup>4</sup> Leitor informado é aquele que conhece o assunto que está sendo pesquisado.



O objetivo da construção é recriar a experiência vivida com base em seus elementos constituintes e analíticos. O pesquisador empenha-se em juntar as experiências vividas que se relacionam ao fenômeno e o definem, sendo importante buscar as mesmas formas recorrentes de conduta, experiência e significado em todas elas. Esta etapa assenta o fundamento para o próximo passo, a contextualização.

## **Sexta etapa: *contextualization***

→ **Contextualizar ou posicionar o fenômeno de volta no mundo social natural.**

A *Contextualização* começa com os temas principais e estruturas reveladas na suspensão e construção. Tenta interpretar aquelas estruturas e lhes dar significado, colocando-as de volta no mundo social natural. Isso dá vida ao fenômeno, pois ele é localizado nas biografias pessoais e ambientes sociais dos sujeitos em interação, que estão sendo estudados. Os significados são originários destes sujeitos, e são apresentados com suas palavras, em sua linguagem, com suas emoções. Aqui se revela como as experiências vividas por pessoas comuns alteram e formam o fenômeno. Inclui os seguintes passos:

- (1) Apresentar experiência pessoal e narrativas que incorporam as características principais do fenômeno como constituído nas etapas de suspensão e construção.
- (2) Apresentar histórias contrastantes que iluminarão variações nas etapas e formas do processo.
- (3) Indicar como experiências de vida alteram e formam as características principais do processo.
- (4) Comparar e sintetizar os principais temas destas histórias de maneira que suas diferenças possam ser trazidas para redefinir o processo.

## **CAPÍTULO IV**

### **Desenho da Investigação**

#### 4.1 Contexto histórico e cenário



### **A apresentação do contexto histórico e cenário** situa o

leitor quanto ao ambiente e os elementos que o contextualizam historicamente a fim de tornar acessível o mundo no qual a investigação mergulha.

O Hospital do Câncer III desempenha importante papel na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, participando ativamente dos programas de pesquisa e treinamento desenvolvidos no Instituto. Com uma estrutura arquitetônica de nove andares, reúne 52 leitos ativos (divididos entre a enfermaria de cirurgia e de oncologia clínica), centro cirúrgico com quatro salas, central de quimioterapia composta de dez poltronas e uma maca, central de material esterilizado, laboratório, diretoria médica, divisão de enfermagem, educação continuada, fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social, pesquisa clínica e serviços administrativos. Está interligado a outro prédio menor onde funciona o ambulatório com 21 consultórios, sala de curativos, radiologia, braquiterapia e radioterapia, além da farmácia.

A Divisão de Enfermagem e a Educação Continuada do HC III iniciaram a implantação da SAE em 2006 por ocasião de reuniões promovidas pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Seção Rio de Janeiro, num movimento em prol da mobilização dos profissionais deste Estado. À época, houve oportunidade de conhecer mais sobre sistematização e o disposto na Resolução COFEN nº. 272/2002.

De 2007 a 2009, o INCA disponibilizou, para todas as cinco unidades assistenciais, turmas para dois cursos, a saber: Capacitação em SAE, pela Dra. Enf<sup>a</sup>. Vera Lúcia Regina Maria, Consultora em SAE, e Exame Físico na Perspectiva da SAE, pelo Dr. Enf<sup>o</sup>. Marcos Brandão da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Até novembro de 2010, 96% e 80% dos enfermeiros do HC III haviam feito os cursos, respectivamente.

O HC III seguiu sua trajetória e no início de 2008 foi criado o GEISAE (Grupo de Estudos para Implantação da SAE) pelo Serviço de Educação Continuada, que foi determinante para encaminhar internamente as discussões científicas que se revelavam necessárias nesta etapa e planejar as atividades mensalmente, estabelecendo metas e prazos. Realizadas leituras de livros textos sobre SAE, assim como artigos científicos que relatavam experiências de implantação e implementação, dificuldades e facilidades encontradas neste processo. Discutiram-se também rotinas dos serviços, condutas dos profissionais, relações interpessoais, o que demonstrou a complexidade deste processo como um todo e a repercussão anunciada pela SAE no que tange à reorganização do serviço de Enfermagem.

Regularmente, a cada reunião do GEISAE compareciam representantes do Serviço de Educação Continuada e da Divisão de Enfermagem, do Ambulatório, da Radioterapia, da Radiologia, da Central de Quimioterapia, da Oncologia Clínica, da Clínica Cirúrgica, da Central de Material Esterilizado e do Centro Cirúrgico.

No início de 2009, prosseguindo com os trabalhos de implantação da SAE, intensas atividades teóricas foram desenvolvidas pela Divisão de Enfermagem e Educação Continuada, que culminaram na concretização de medidas que efetivamente passaram a valer a partir de abril do mesmo ano, quais sejam:

- a) a elaboração de versão compactada da Avaliação Inicial (AI - apêndice I), instrumento de coleta de dados elaborado originalmente por enfermeiros do Hospital do Câncer I. Esta versão é preenchida no momento da internação hospitalar e corresponde ao histórico de enfermagem;
- b) a escolha por um modelo simplificado (SOAP: subjetivo, objetivo, avaliação e prescrição) de evolução em prontuário para uniformizar o registro dos enfermeiros;
- c) a escolha da linguagem diagnóstica da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE);

- d) a construção do Plano Diário de Cuidados de Enfermagem (PC – apêndice II). Está disposto em três colunas e contém dados de identificação, com: data, nome, prontuário, leito e diagnósticos de enfermagem. A primeira coluna oferece uma listagem de 21 cuidados básicos pré-estabelecidos que dizem respeito, em sua maioria, à higiene, conforto e segurança. Há também espaço livre para acréscimos de outros cuidados específicos para cada caso, garantindo o planejamento individual da assistência. A segunda coluna corresponde ao local para aprazamento dos cuidados, e a terceira está destinada ao registro do técnico de enfermagem (anotação).
- e) A construção de três protocolos: manejo da dor, prevenção de queda e prevenção de úlcera por pressão, que contou com a participação de enfermeiros representantes de cada setor. A partir dos protocolos, foram geradas avaliações cujos parâmetros são registrados em local específico (quadros) no impresso de Controle e Avaliação do Estado Clínico (CAEC - apêndice III), que está descrito no verso do PC. Outras informações importantes estão contidas nesta avaliação: dados vitais, local e intensidade da dor segundo escala visual analógica (EVA), decúbito, líquidos infundidos e eliminados. Outros dois quadros trazem informações acerca de acesso venoso (data e local de punção, data de troca) e glicemia capilar (hora, resultado do teste capilar, dosagem de insulina, local da aplicação).

A incorporação dessas medidas ocorreu gradativamente nas unidades de internação clínica (5º andar) e cirúrgica (6º andar), e na sala de internação que funciona no ambulatório. A divulgação das mesmas e apresentação dos novos impressos aos demais setores ambulatoriais (radioterapia, quimioterapia e radiologia) e centro cirúrgico se processou paralelamente. A Divisão de Enfermagem e a Educação Continuada acompanharam juntas a implementação de todas essas medidas e procederam as adequações cabíveis para cada situação.

Quanto à equipe de enfermagem, sua participação foi sendo estimulada através de visitas nos setores de trabalho e em reuniões com a Educação Continuada. Tanto técnicos como enfermeiros gerentes e assistenciais foram ouvidos e suas sugestões em relação a ajustes nos instrumentos e adaptações às inovações na rotina foram acatadas para posterior discussão em grupo e reformulação dos impressos.

Acrescenta-se, também, ao contexto, o processo de acreditação hospitalar pelo qual passa o Hospital. A equipe de enfermagem mobilizou esforços para atender aos itens que se encontravam em não conformidade segundo os critérios de avaliação, buscando garantir condições favoráveis à recertificação, marcada para dezembro de 2010. A conquista do título de Hospital Acreditado pela *Joint Commission International*<sup>5</sup>, em dezembro / 2007, favoreceu oportunamente a SAE uma vez que ela também funciona como um instrumento de controle de qualidade da assistência. Fica clara a força propulsora da Acreditação no processo de implantação da SAE.

É neste contexto histórico que está inserida a unidade de internação cirúrgica localizada no sexto andar, cenário escolhido para realização desta investigação, uma vez que todas as medidas inovadoras anteriormente enumeradas foram nela implementadas. Ou seja, o novo histórico de enfermagem na forma de Avaliação Inicial (AI), Plano de Cuidados (PC), Controle e Avaliação do Estado Clínico (CAEC) e a metodologia de registro simplificado SOAP. Além deste critério, considerou-se também que a pesquisadora possuía contato menos próximo com esta equipe, o que facilitaria o processo de análise das narrativas. No quinto andar, onde foi realizada a entrevista piloto, ela havia sido plantonista noturna por dois anos e mantinha forte vínculo afetivo com todos os membros da equipe.

---

<sup>5</sup> A Acreditação Hospitalar é um certificado de qualidade de gestão e cuidado ao paciente, pelo qual as cinco unidades hospitalares do INCA estão passando desde 2004. O HC III tornou-se a primeira unidade a receber a certificação internacional pela qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. Os métodos para a busca da certificação estão contidos no Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar, desenvolvido pela *Joint Commission International* (JCI) e traduzido pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). O objetivo mediante a Acreditação é melhorar o desempenho de todos os serviços e segmentos na Unidade e a qualidade dos cuidados aos pacientes e acompanhantes.

À enfermaria cirúrgica de mastologia oncológica chegam, majoritariamente, mulheres para serem submetidas a determinado procedimento cirúrgico agendado eletivamente após terem cumprido um fluxograma de atendimento que se iniciou na triagem, passou pela deliberação cirúrgica, marcação de cirurgia, grupo de orientação para internação, consulta pós-diagnóstico e consulta de enfermagem da internação, sendo todos esses passos percorridos ambulatorialmente.

Elas seguem, então, para o andar cirúrgico, onde são admitidas pela enfermeira, encaminhadas ao grupo de orientação pré-operatório e, finalmente, instaladas na enfermaria. A partir daí, a permanência no andar pode variar de um dia até quatro ou cinco, salvo os casos em que há intercorrências. No dia da alta, participam do grupo de orientação e são instruídas sobre a ferida cirúrgica, dreno de sucção e curativo; recebem a cartilha de cuidados após mastectomia, e informações relativas às datas de retorno para sala de curativo, consulta médica e grupo mama e qualidade de vida.

A rotina do sexto andar não inclui somente as pacientes cirúrgicas. Existem aquelas que internam pela clínica médica, assim como pela oncologia clínica quando não há vaga no quinto andar, setor específico para as pacientes da oncologia.

#### **4.2 Atores sociais entrevistados e procedimentos éticos**

**A equipe de enfermagem** da clínica cirúrgica é composta de nove enfermeiras, sendo duas diaristas (chefe e substituta), quatro plantonistas diurnas e três plantonistas noturnas; além de 18 técnicos e dois auxiliares. A escala diária de 07:00 às 16:00h e a de plantão de 07:00 às 19:00h / 19:00 às 07:00h, com complementações, contabilizam uma jornada de 40 horas semanais na assistência.

Optou-se nesta investigação por trabalhar com as enfermeiras, considerando-as como líderes do processo de implementação da SAE; e buscou-se captar do grupo a experiência de viver este momento atual, utilizando-se como critério de inclusão estar pelo menos há um ano na clínica, havendo apenas uma enfermeira não elegível para a investigação neste critério. Do total de nove enfermeiras, subtrai-se esta, chegando-se a oito. Destas, duas não conseguiram disponibilidade para conceder a entrevista; sendo possível atingir seis, o que caracterizou 75% da equipe (tabela 1).

Importante registrar que as seis depoentes fizeram os cursos de Capacitação em SAE e Exame Físico.

Tabela 1: Caracterização das enfermeiras participantes da investigação.

<b>PARTICIPANTE</b>	<b>TEMPO de PROFISSÃO</b>	<b>TEMPO na CLÍNICA</b>	<b>LOTAÇÃO</b>	<b>FORMAÇÃO</b>
1	25 a	22 a	PLANTONISTA NOITE	ESPECIALISTA EM ONCOLOGIA
2	10 a	3a 2 m	DIARISTA	ESPECIALISTA EM ONCOLOGIA
3	6 a	2 a 9 m	PLANTONISTA DIA	RESIDÊNCIA EM ONCOLOGIA
4	9 a	6 a	DIARISTA	MESTRADO
5	16 a	10 a	PLANTONISTA DIA	RESIDÊNCIA EM ONCOLOGIA
6	28 a	10 a	PLANTONISTA NOITE	ESPECIALISTA EM ONCOLOGIA



O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, sob registro nº. 57/09, em 18 de setembro de 2009 (anexo A). Em concordância com as normas de Boas Práticas Clínicas (*Good Clinical Practices – GPC/ICH*) e em cumprimento da Resolução 196/96 e 251/97, foi garantido o anonimato das depoentes, explicitados os objetivos da investigação e a forma da coleta de dados, e oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido para leitura (anexo B). Após, o termo de consentimento foi assinado em duas vias, ficando uma em posse da depoente e outra da pesquisadora.

#### **4.3 Coleta e tratamento dos dados**

**Antes de entrar na etapa de campo,** bastante inquieta com as questões da SAE ocupando minha mente, lembro das palavras de Denzin (1989) a respeito de que o pesquisador leva consigo sua experiência sobre o que deseja investigar. Sem dúvida, o que me sensibiliza está no mundo do meu trabalho e é isso que me guia na busca por conhecer melhor e com detalhes o que sinto como dificuldade pessoal e que também aflige a outros.

Ter notícias de que os processos de implementação da SAE são permeados por percalços e ocorrem com alguma resistência é ponto já discutido. Viver a implementação no próprio serviço e trabalhar diretamente nela como mediadora do processo, perceber o desenrolar das etapas, acompanhar as enfermeiras colocando em prática as medidas inovadoras desde abril de 2009, ouvir seus depoimentos, atender suas solicitações, promover encontros e discussões, ou seja, participar ativamente e interagir com o grupo, é posicionar-me dentro do ambiente que desejo investigar, garantindo assim a localização adequada do pesquisador, sugerida pelo método.

O próximo passo foi: o que perguntar? Melhor: como perguntar? SAE é a questão, sua implementação propriamente. Então, ouvir dos sujeitos como estava sendo esta experiência me daria o que precisava. A fim de ‘testar’ as perguntas fiz, então, uma entrevista piloto com uma enfermeira da oncologia clínica (quinto andar), setor que passa pelas mesmas modificações no processo de trabalho que a enfermagem cirúrgica (sexto andar). Este teste possibilitou reconhecer que a forma de abordagem estava correta e as questões da entrevista adequadas (tabela 2). Após o convite para tomar parte na investigação e a concordância em participar, foi apresentado o objetivo da mesma, seguido da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, oficializando a decisão voluntária.

Tabela 2 – Questões da entrevista semi-estruturada.

1ª questão	2ª questão
<p>Você já teve algum contato com a sistematização da assistência de enfermagem?</p> <p>Caso positivo, fale a esse respeito.</p>	<p>Como você está vendo o momento atual do serviço de enfermagem no sexto andar, com a implementação da SAE?</p>

A primeira pergunta estabeleceu conexão com o passado, fazendo com que o sujeito retornasse no tempo para respondê-la, exigindo uma “consulta” a um episódio da vida pessoal, visitando sua história particular. A segunda tratou do momento atual vivido no ambiente comum de trabalho, onde enfermeiras, em constante interação, agem individualmente e em conjunto, buscando integrar-se às medidas inovadoras recém colocadas em prática, dando significados a suas ações e ressignificando-as depois.

Os dados foram coletados pela pesquisadora no mês de dezembro / 2009, por meio de entrevista semi-estruturada (cujas perguntas estão descritas na tabela 2), gravada em fita K 7, depois transcrita.

À perspectiva interacionista interpretativa, as interações que se travam entre as enfermeiras que compõem a equipe do sexto andar são ricas de significados construídos na real experiência da implementação da SAE, que está criando novas rotinas no cotidiano e registrando-se, efetivamente, como um evento marcante na vida de trabalho destes agentes. A base existencial é outra característica do método, que focaliza a epifania como um momento crítico / crucial / decisivo na vida de uma pessoa. A chegada da SAE é potencialmente significativa.

Nas palavras de Denzin:

*“People interact when they do things together”* (p.50, 1989).

As pessoas interagem quando fazem coisas juntas. A enfermagem trabalha em equipe em prol do paciente por 24 horas ininterruptas. O trabalho é fruto da interação contínua entre seus componentes. Como as enfermeiras estão vivendo o momento de implementação da SAE na enfermaria cirúrgica, onde naturalmente são desenvolvidas as atividades específicas deste setor? Como significam essa experiência no trabalho?

Seguindo, então, os passos de Denzin, a coleta de dados corresponde à terceira etapa (*capture*) de seu método. Neste momento, são identificados os sujeitos que vivem o fenômeno sob investigação e deles são capturadas narrativas que contam histórias reais das experiências vividas. As participantes das entrevistas estão identificadas segundo a ordem em que concederam seus depoimentos: P1, P2, P3, P4, P5 e P6.

# **CAPÍTULO V**

## **Resultados**

---



## 5.1 Compreendendo a experiência das enfermeiras na implementação da SAE.

**As enfermeiras** estão posicionadas diretamente frente às inovações instituídas na rotina de trabalho, acumulando experiências pessoais de vários momentos vividos, onde situações problemáticas, críticas e decisivas estão marcando suas vidas, a ponto de provocarem algumas transformações.

O interacionismo interpretativo permitiu fazer relações importantes acerca da implementação da SAE a partir do que foi percebido por elas, remetendo a fatores relacionados a dificuldades e facilidades, pontos positivos e negativos, forças propulsoras e impeditivas atuantes neste processo.

A lembrança de momentos da vida de graduanda e de profissional fora do HC III revela situações do primeiro contato com SAE. Seus significados são rememorados nos dias de hoje quando novamente estas pessoas ‘entram em cena’, agora juntas como enfermeiras, e lidam com a sistematização na prática.

Na elaboração de novos significados a partir das interações sociais que se estabeleceram, as experiências significativas do passado, conforme orientado por Blumer (1969), participaram do processo interpretativo e foram manipuladas, transformadas e ressignificadas à luz da situação na qual os atores sociais se encontraram. Essas experiências anteriores significaram algo e deixaram marcas que podem ser compreendidas como momentos importantes, até mesmo críticos e decisivos. Para Denzin (1989), a lembrança do passado está registrada na biografia de cada um e representa uma instância da experiência vivida que interessa ao pesquisador para construir uma interpretação.

Por meio de leituras processuais das narrativas, passei a buscar os elementos essenciais apresentados como frases chave, termos e afirmações acerca do objeto em questão. Isso possibilitou evidenciar momentos reais vividos pelas enfermeiras na implementação da

SAE e caracterizá-los como unidades experienciais. As situações interpretadas como marcantes, críticas e decisivas foram captadas como epifanias.

**Falando sobre o primeiro contato com a SAE** (primeira pergunta da entrevista), as experiências remeteram à época de graduação e de profissional empregada em instituição de saúde que não o HC III. Há quem não viveu experiência anterior e há quem viveu ‘dupla’ experiência (estudante + profissional).

**Falando sobre o momento atual da implementação da SAE na enfermagem cirúrgica** (segunda pergunta da entrevista), as narrativas prosseguiram densas e trouxeram rico conteúdo da experiência real vivida em meio às interações sociais desenvolvidas pelas enfermeiras na rotina dinâmica, típica desta clínica.

Foi possível aproximar as unidades de experiência segundo seu significado e agrupá-las em três grandes temas, em seguida subtemas, categorias, e algumas destas em subcategorias.

O primeiro grande tema ‘SENSAÇÃO DE REAPRENDER’ envolve o retorno ao passado à procura de lembranças de contatos realizados com a SAE, onde há um resgate daquilo que se aprendeu um dia. Hoje, este conhecimento é revestido de uma nova forma. Há sensação recorrente de estar reaprendendo.

O segundo grande tema ‘AGREGAR COMPLEXIDADE AO TRABALHO’ abarca a chegada das medidas inovadoras e sua repercussão na rotina diária do serviço. O trabalho é mais denso e complexo, e inclui desde questões burocráticas até aquelas da ordem de procedimentos clínicos.

E o terceiro grande tema ‘ENGAJAR-SE NO PROCESSO’ revela os novos modos de agir que as enfermeiras estão definindo a despeito das dificuldades encontradas e sofrimentos relatados (diagrama 1).

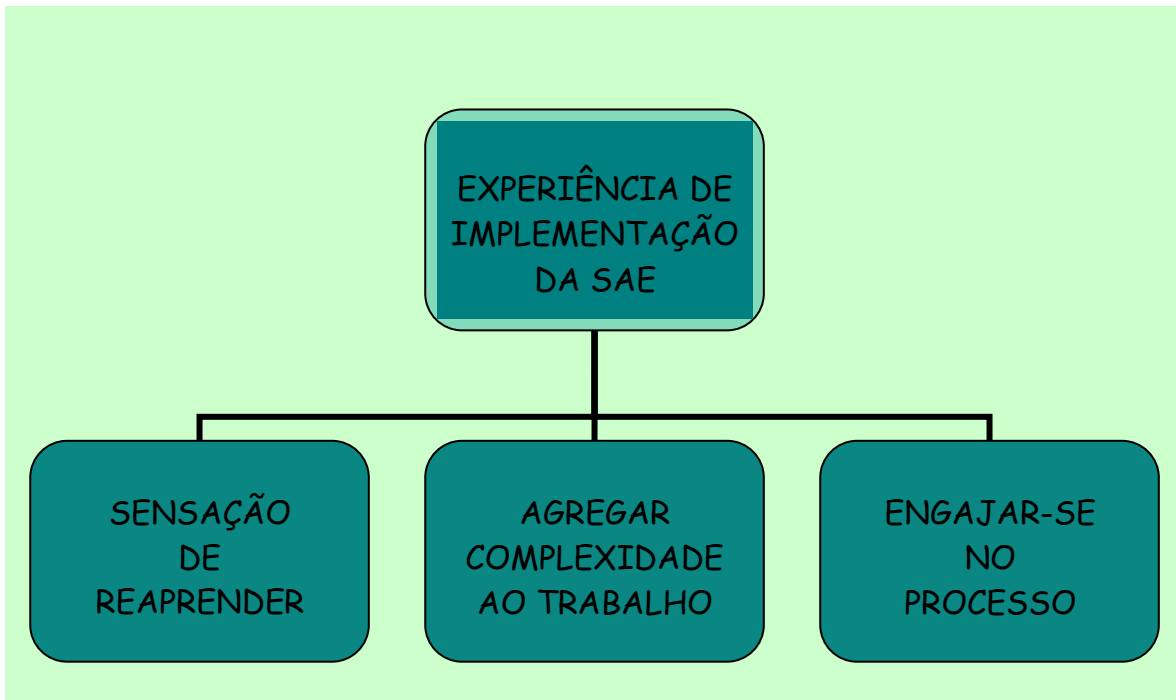


Diagrama 1. Os três grandes temas da experiência de implementação da SAE.

Este capítulo reúne a quarta etapa (*bracketing*) e a quinta etapa (*construction*) do método. Ao suspender o fenômeno, ele é revelado nas suas características e estruturas principais por meio de frases chave e agrupados em unidades experienciais para, em seguida, ser remontado em um todo coerente.

É o que passo a apresentar a seguir.

### 5.1.1 Sensação de reaprender: primeiro grande tema.

**Na experiência de implementação da SAE, a sensação de *reaprender*** significa o regresso ao passado à procura de lembranças de contatos realizados com a SAE, chegando-se à *época da graduação*. Esse mergulho de volta no tempo mostra que o momento atual não causa total estranheza, e que as novas condições (im)postas reúnem velhos elementos conhecidos que, nem por isso, deixam de oferecer dificuldades para a profissional. Nesse sentido, é possível compreender que a sensação é de revisitar algo que se aprendeu um dia, há muitos ou poucos anos atrás, simulando um retorno às origens. A experiência foi verbalizada de várias formas e manifestada como semelhante ao que foi visto no passado. Exemplo disso é o plano de cuidados de enfermagem pré-digito contendo itens relativos à higiene, conforto e segurança, com espaço destinado para prescrever manualmente cuidados não contemplados, muito semelhante ao modelo utilizado no período acadêmico.

Em geral, o conteúdo da experiência anterior confere algum grau de conhecimento acerca do objeto SAE e a profissional guarda consigo o significado deste objeto que um dia fez parte de seu mundo. A referência que se possui é o PE, o termo SAE é considerado novo, sendo ambos percebidos como a mesma coisa, pois todas as respostas às perguntas sobre SAE tratam de PE. Então, fica compreendido que PE é referido como SAE. Ele é recordado em detalhes, etapa por etapa, assim como a orientação teórica de Horta é reconhecida. A alusão às necessidades básicas das pacientes e à etapa de prognóstico do processo de enfermagem é outra evidência de que a teoria postulada por ela é preferência nacional. A abordagem biopsicossocioespiritual no discurso da enfermeira ratifica este dado e salienta a abordagem holística. Assim sendo, as volumosas folhas que compõem o histórico de enfermagem, os planos de cuidados e as evoluções são hoje citadas frequentemente e marcam que estas tarefas



diárias demandam tempo para sua execução. Isso está vivo na memória das entrevistadas e independe do tempo de formação que elas possuem.

*- Na realidade, a gente já teve esse contato desde a época da faculdade, mas não com esse nome. Sistematização: esse nome tão bonito. Na verdade, era o processo de enfermagem que a gente fazia. (P1)*

*- Na universidade, a gente fazia uma coisa muito parecida com o que nós estamos fazendo hoje aqui no INCA [...] existia um plano de cuidados semelhante a este que a gente tem aqui, que tem cuidados que todo mundo tem: banho de aspersão, banho de cadeira, mudança de decúbito [...] um espaço em branco para completar o que não contempla ali no plano pré-digitado. Enfim, na universidade o contato foi muito parecido com o que a gente tem aqui. Por isso que eu não vi grandes dificuldades. Entendeu? Então, não teve grandes novidades. É obvio que eu me formei tem pouco tempo. (P2)*

*- Tive contato na época da faculdade, a gente viu um pouco de sistematização, mas nada tão [...]. Lá a gente teve alguma coisa sobre sistematização. E aí sempre pensando em [...] Wanda Horta. (P3)*

*- Eu tive contato com a sistematização da assistência na universidade [...] A gente passava visita nos pacientes, fazia evolução com diagnóstico de enfermagem, preenchia plano de cuidados [...] Tinha também o histórico de enfermagem. (P2)*

*- Tinha o histórico, a história pregressa, o quê que o paciente tem, a parte social, psicológica, tudo isso. A gente vê o paciente naqueles 4 elementos: biopsicossocioespiritual, aquela história imensa, o quê que o paciente estava precisando, a necessidade dele. E até fazia a prescrição de enfermagem, inclusive. E eu me lembro ainda que no processo tinha o prognóstico. (P1)*

*- A gente teve uma noção, não nesse molde todo de NANDA, NOC, essas coisas todas. NANDA era falada, NIC e NOC não. Então, a gente já teve, assim, um estalo, não é nada tão cru. Talvez o modo de fazer seja diferente pra gente que se formou há mais tempo, parece que a gente está reaprendendo tudo de novo. Eu estava até conversando com a [colega de trabalho]: “parece que a gente não sabe nada”. Na realidade, se a gente for olhar*

*no fundo, no fundo, a gente realmente nasceu daquele  
ovinho. (P1)*

Compreende-se que o contato na graduação funciona como um facilitador para o enfrentamento da situação atual, uma vez que os conteúdos apreendidos à época foram acessados e hoje estão sendo reexaminados. Portanto, aplicar PE na prática não é novidade. É voltar a fazer do jeito que aprendeu na faculdade, ou seja, sob um modelo acadêmico e rigor científico.

O aprendizado do PE é lembrado com passagens significativas que trazem bem o contato e interação entre educador e educando e enfatiza a importância do uso da criatividade no contexto do cuidado. Também é recordada, em narrativa, a possibilidade do trabalho da enfermagem seguir paralelo ao do médico e não dependente deste, indicando a importância do desenvolvimento da autonomia da enfermagem.

A atmosfera propiciada pela presença do professor é acolhedora e incentivadora, dá segurança e esclarece dúvidas, favorecendo uma zona de conforto onde a graduanda não responde legalmente por suas falhas. A notícia de que não há grandes vínculos criados por elas no que se refere ao estágio passa a impressão de pouco compromisso e envolvimento com a atividade acadêmica. Aqui reside um importante contraste entre o antes (acadêmico) e o depois (profissional). Implementar a SAE é por em prática tudo que o professor ensinou, porém sem ele ao lado. Este momento desvela o peso real da responsabilidade sentida pela enfermeira ao ter que se identificar profissionalmente e assumir posição dentro da equipe multiprofissional, e desenvolver, com competência, suas atividades com base em conhecimento técnico-científico atualizado. O estímulo ao exercício do raciocínio e da capacidade criativa, outrora encorajado pelo professor, deverá ser gerado intrinsecamente pela enfermeira e seus pares de modo a atender satisfatoriamente às novidades do serviço.

*- Era aquela coisa de universidade mesmo: de aprender a fazer diagnóstico de enfermagem, a fazer prescrição de enfermagem, a fazer evolução no método SOAP, porque lá a gente já fazia SOAP. (P2)*

*- A taxonomia adotada na época foi NANDA, mas o livro que a gente utilizava era Carpenito, que tinha os diagnósticos da NANDA, mas ele era mais didático. (P2)*

*- A gente ia pra lá com o livro debaixo do braço, sentava e olhava para os diagnósticos de enfermagem ali na hora. (P2)*

*- Fazia o processo desde a época em que me formei, aquelas folhas imensas, com todos os detalhes [...] Me lembro que a professora explicou que a gente podia fazer muita coisa sem precisar do médico. Eu estudei numa faculdade que tinha uma cabeça mais moderna [...] A gente era estimulado a criar [...] Então, a gente tinha que criar e a faculdade estimulava a gente a isso[...] Então, a gente tinha que criar para dar o melhor para o paciente, mas tinha o processo de enfermagem, o processo de enfermagem.... (P1)*

*- Como acadêmico, você se dá o direito de errar, o professor está ali do lado, a cada dúvida você pergunta, esclarece. Você se sente seguro, né? (P2)*

*- Eu não me recordo direito quanto tempo ele [o histórico] era válido, esses detalhes assim, eu não sei dizer porque a gente era acadêmico. A gente ficava cerca de 2 meses em cada setor. Então, não tinha grandes vínculos. O objetivo maior era realmente o aprendizado. A gente não tinha grandes vínculos com o setor. (P2)*

A etapa de diagnósticos de enfermagem aparece como a mais comentada do processo, pois traz a novidade das classificações, sugerindo oferecer maior dificuldade para ser realizada. Apesar do exercício acadêmico praticado e depois deixado de lado, elaborar diagnóstico não se configura habilidade amplamente observada nas enfermeiras nos dias atuais. Pelo contrário, a introdução de classificações da prática vem a conferir uma noção de modernidade à enfermagem brasileira, e é percebida como um movimento de afastamento do

modelo biomédico e uma busca pela identidade da enfermagem. A enfermeira faz referência à taxonomia da NANDA e esta é clara em relação as demais, não havendo conhecimento de *Nursing Interventions Classification* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). No entanto, este conhecimento não é referido por quem está a mais tempo formada, sendo apontada a utilização de diagnósticos médicos e não específicos de enfermagem. Outra informação importante coletada refere-se à insuficiência do ensino do exame físico na graduação, principalmente quando confrontado com o conteúdo que foi ministrado no curso de capacitação do INCA. A partir da situação criada, interpreta-se que a profissional invariavelmente apresenta dificuldades para realizar algumas técnicas específicas e responder às volumosas páginas do histórico minucioso, que contém os dados do exame físico. Significa que ela vem experimentando estresse, não sabendo até quando isso vai durar, porque habilidade se adquire com o exercício diário ao longo do tempo. Sensação de insegurança também acompanha o desenvolvimento de atividades junto ao paciente e pode interferir nesta interação, contribuindo para desestimular a enfermeira no enfrentamento das inovações.

*- O diagnóstico a gente até fazia, mas não era um diagnóstico de enfermagem. Tinha esse detalhe, não era nesse molde, acho que ele se modernizou mais e a pessoa está passando a ter uma visão de enfermagem. A gente usava muito o diagnóstico médico. Era mais médico do que de enfermagem mesmo. (P1)*

*- A gente teve uma noção, não nesse molde todo de NANDA, NOC, essas coisas todas. NANDA era falada, NIC e NOC não. (P1)*

*- A taxonomia adotada na época foi NANDA. (P2)*

*- E aí sempre pensando em NANDA [...] nenhum momento em CIPE. (P3)*

A implementação da SAE também é narrada pela enfermeira *quando ela tem a oportunidade desta experiência fora do HC III*, já que vem ganhando importância em vários cenários públicos e privados, sendo observada uma tendência deste movimento em vários hospitais no estado do Rio de Janeiro. Porém, infelizmente, esta experiência pode ser assinalada como uma situação negativa. A falta de capacitação e acompanhamento pela educação continuada é apontada como a causa de não existir, de fato, uma assistência sistematizada, repercutindo em um aprendizado de concepções equivocadas que são passadas de plantão para plantão, entre as enfermeiras, onde erros se repetem. Viver a ilusão de uma SAE expõe a equipe e revela a inexistência de uma chefia de enfermagem competente, compromissada e responsável. A informação de que nos dias atuais os diagnósticos de enfermagem são elaborados de maneira aleatória pela profissional, sem seguir uma taxonomia, portanto sem metodologia científica, revela dado inconcebível e perigoso, e confirma um trabalho gerencial de caráter questionável. Deixa uma falsa impressão de que o profissional sabe trabalhar com SAE, até que lhe surja uma nova oportunidade para conhecê-la. Com este fato conhecido, reflete-se sobre que bases a SAE está sendo organizada, se os serviços estão planejando sua implementação e procedendo o monitoramento do processo. Não obstante, o reconhecimento da SAE e sua valorização por parte da enfermeira são indícios de que ela está sensível para rever seu modo de trabalhar.

*- Eu trabalho em outras instituições também que estão nesse movimento de sistematização. Já estão fazendo toda essa movimentação de sistematização. Enfim, é importantíssimo. (P4)*

*- Sim, tenho contato com a sistematização no hospital [ ]. Quer dizer, implantaram praticamente em paralelo. E a enfermeira faz plano de cuidados e tudo. [...] E aí, foi quando começou aqui a sistematização. (P6)*

*- Acreditei que eu estivesse tendo o primeiro contato com a sistematização. Acreditei e descobri logo depois que não*

*tinha tido contato. Porque lá não existia educação continuada. Então, o que era passado pra gente: existia um plano de cuidados, que o enfermeiro tinha que preencher [...] Como eu não fui treinada por uma educação continuada, porque no hospital não havia, a chefia de enfermagem é que fazia uma pseudo educação continuada. A gente foi passando adiante várias coisas erradas em relação à sistematização. Só aprendi naquele momento coisas de sistematização erradas. (P3)*

*- A gente fazia um diagnóstico que não era baseado em NANDA. Em nenhuma outra taxonomia. Mas existia. A gente fazia diagnóstico. E era diagnóstico que a gente queria dar [...] É complicado lembrar dos erros do passado. Mas existiam alguns diagnósticos que a gente dava, que eram diagnósticos que enfermeiro passava de enfermeiro para enfermeiro. (P3)*

A busca por referências anteriores, então, traduz o primeiro movimento da enfermeira ao encontro de conhecimentos teórico-práticos adquiridos anteriormente, quer como graduanda, quer como enfermeira fora do HC III, com o propósito de analisar a situação na qual hoje se encontra e atribuir-lhe significado. Em sua mente, importantes lembranças do passado são rememoradas e a ajudam pensar o momento atual. O período acadêmico foi positivo e significou que a graduanda consolidou satisfatoriamente ensinamentos pertinentes ao PE, estando habilitada a reproduzi-los em seu trabalho como enfermeira da clínica cirúrgica. A atmosfera de acolhimento e tranquilidade promovida pelo professor, tanto em sala de aula como em campo de estágio, além de valiosos conhecimentos e numerosas lições, ficaram gravados e hoje servem de sustentação para o desenvolvimento das atividades profissionais.

Em contrapartida, uma experiência desagradável como profissional fora do HC III pode marcar sua passagem por uma instituição de saúde cuja chefia de enfermagem não atuava como responsável legal do processo de implantação da SAE. Constitui seu papel de líder prover capacitação e treinamento dos recursos humanos a fim de instrumentalizá-los de

modo a desenvolver competências e adquirir conhecimentos. Da mesma forma, prestar assessoria e manter constantes avaliações são medidas necessárias para auxiliar o grupo neste processo. Nesta experiência, não consta que tais medidas foram tomadas, o que significou que o processo assistencial não dispunha de metodologia científica na sua totalidade, considerando que a etapa de diagnóstico de enfermagem apresentava falha grave. Sua aplicação inadvertida determinou uma não uniformidade na linguagem, revelando o desconhecimento total acerca do complexo processo de julgamento inerente a esta fase, desvalorizando o próprio trabalho intelectual e científico da enfermeira.

Ao sintetizar a primeira dimensão que participa da construção do significado da implementação da SAE, compreende-se que a experiência da graduanda e a experiência da profissional fora do HC III marcam o significativo peso que o PE representa no entendimento acerca do contato com SAE. Ou seja, SAE é identificada como PE, sendo a etapa de diagnósticos apontada como a mais complexa, que mais oferece dificuldade e que mais exige da aluna ou profissional. Compreende-se, também, a sensação de segurança percebida pela primeira na presença de acompanhamento atencioso e cuidadoso do preceptor na figura do mestre. Comparativamente, um desconforto foi percebido pela segunda justamente pela ausência de assessoria / supervisão de uma educação continuada. No diagrama 2, fica o esboço do primeiro grande tema e seus sub-temas, categorias e sub-categorias.

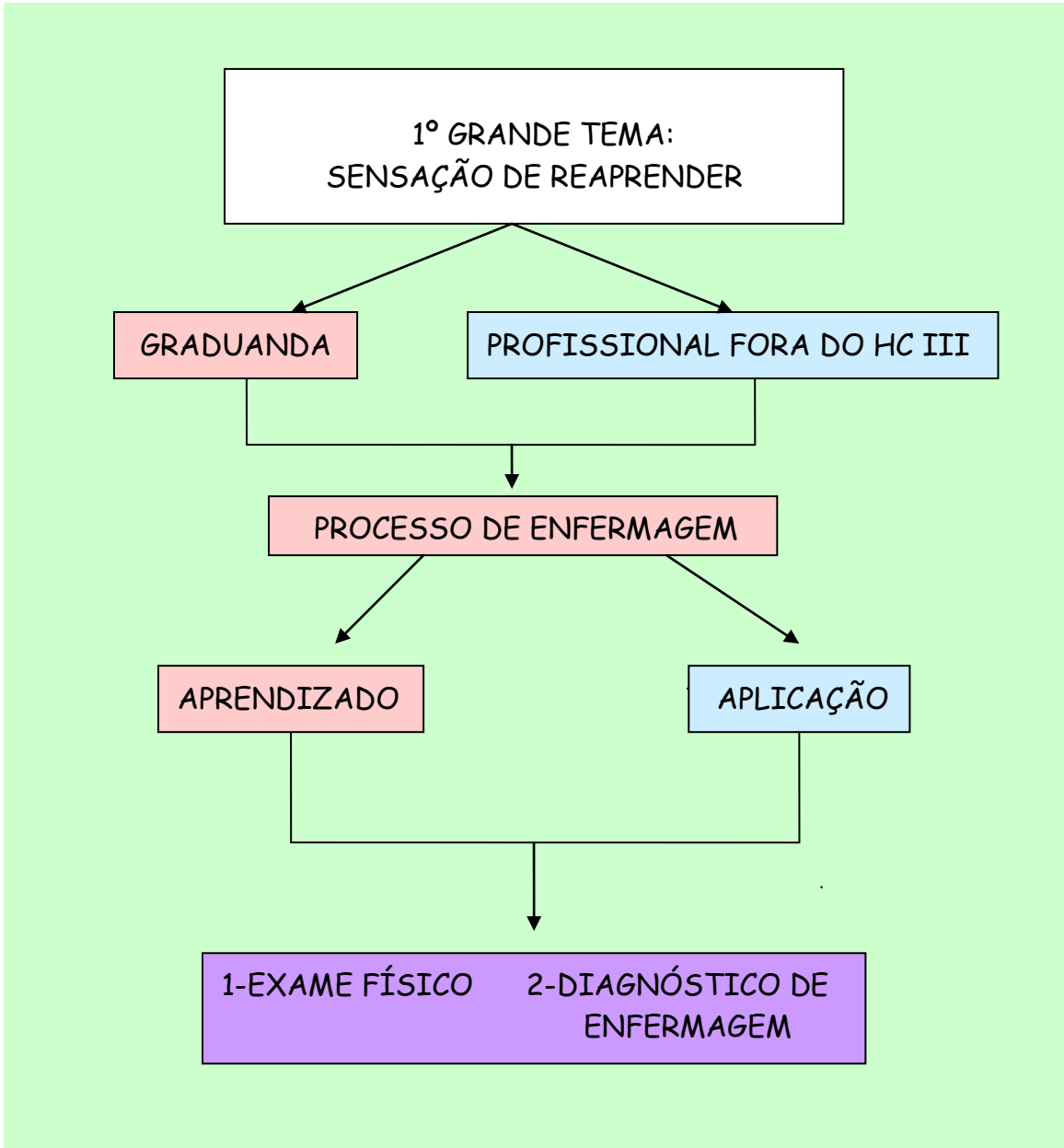


Diagrama 2. Dois sub-temas: graduanda e profissional fora do HC III. Duas categorias: o aprendizado e a aplicação do processo de enfermagem. Duas sub-categorias: exame físico e diagnóstico de enfermagem.



### 5.1.2 Agregar complexidade ao trabalho: segundo grande tema.

**Na experiência de implementação da SAE**, o segundo grande tema *agregar complexidade ao trabalho* traz a chegada das medidas inovadoras e sua repercussão na rotina diária do serviço. As enfermeiras passam a falar sobre a experiência de viver um mesmo fenômeno que toma parte em suas vidas no contexto do trabalho. Todas percebem a mudança que vem acontecendo na enfermagem cirúrgica e cada uma, a sua maneira, vive este momento tão marcante, quiçá epifânico. As narrativas se confirmam densas e ricas em detalhes, ora parecem um desabafo ora se assemelham a um parecer técnico; todavia, elas revelam pistas que levam aos significados das situações vivenciadas pelo grupo.

O fato da rotina estar modificada deixa para trás uma época de condutas e procedimentos dominados e controlados há alguns anos e marca o início de um período em que inovações terão que ser assimiladas e incorporadas no dia a dia. Significa pensar que ‘mudar’ é experienciar instabilidade, insegurança, medo e resistir ao novo. As falas são fortes e podem traduzir um lamento por ter que deixar de fazer a velha rotina conhecida e rapidamente executada para investir em outra proposta que chega repleta de novidades. A enfermeira não percebe tranquilidade nem simplicidade no momento atual, o que sinaliza para a chefia que as queixas precisam ser ouvidas e valorizadas, que não podem ser tratadas com banalidade, uma vez que isso vai determinar a forma como o trabalho está sendo desenvolvido e a sua qualidade.

*- Complicado. Acho que talvez você vá ouvir isso de todo mundo da noite. (P1)*

*- Novidade demais em um único momento. Muita coisa em pouco tempo. (P1)*

*- Acho que muita coisa mudou, sim, em termos de trabalho. (P2)*

*- Porque naquela época você examinava o paciente, você via o que tinha que ser resolvido em relação aquele paciente, ao quadro clínico dele, em relação a exames, tudo. Evoluía no prontuário e pronto. Não tinha plano de cuidados, não tinha. A folha de admissão era uma folhinha pequena, e que nós já estávamos habituadas a ela há tantos anos que a gente preenchia muito rápido. (P5)*

O momento atual da enfermeira foi percebido de diferentes formas e a principal delas trata da mudança na administração do serviço. Há uma tendência para organização das várias atividades gerenciais e assistenciais de modo a conferir um olhar para o que é da competência da enfermagem, evitando trazer para si situações do tipo burocráticas que podem ser resolvidas com o pessoal administrativo. Por exemplo, diminuindo o desperdício de energia e tempo com o que não cabe à enfermagem, o que é hábito frequentemente observado. Isso significa que mais tempo será reservado para tratar de assuntos que cabem somente a ela e, para tal, será preciso que a enfermeira se polície e aprenda a trabalhar desta maneira. É sinalizado enfaticamente quanto o cuidado está mais organizado, mais claro e facilmente identificado por meio de registros. As informações parecem estar à mão e elas servem de guia confiável. Significa identificar que as atividades estão planejadas e isso é fruto do trabalho organizado.

*- Acho que a gente direciona mais o nosso trabalho para aquilo que é competência nossa, porque a gente está aprendendo a fazer isso. Coisas que a gente fazia e podia perfeitamente delegar, mas o enfermeiro tem mania de querer fazer tudo, abraçar tudo, ter conhecimento de tudo, se meter em tudo [...] Então, é um processo de aprendizado, de você se desligar, abstrair determinadas coisas que fazia e que realmente não eram nossas, que não tinha que fazer [...] A gente começou a se desligar de coisas que realmente não nos pertenciam, que demandavam tempo enorme. (P2)*

*- Já consigo detectar algumas coisas assim. Eu acho fundamental. Vou exemplificar: a primeira coisa é da organização. Do que você faz mesmo. Pára agora, e tem tipo um passo a passo mesmo. (P4)*

*- É um sistema melhor porque ficaram mais organizadas as decisões. Eu sinto isso. Com o plano de cuidados, você já tem ali o roteiro [...] Eu acho assim: que é uma coisa que tem um critério, se todo mundo escrever naquele parâmetro [...] Eu sigo mais ou menos a evolução do doente, acompanhando o plano de cuidados. Mas que ficou assim, mais direcionado, eu acho que ficou. [...] Você lê. Está enrolada? Você vai lá e lê a evolução da outra. Te dá uma orientação. Ficou mais direcionado, você já vai direto, não precisa ler tudo. Entendeu? Eu acho. (P6)*

A tendência à organização pode ser percebida pela enfermeira numa atmosfera tensa e pesada, onde a nova rotina hospitalar está demandando muito trabalho. As dificuldades estão aparecendo e há situações caracterizadas como complicadas. A introdução do PE tornou complexa a metodologia assistencial ao acrescentar as etapas de diagnósticos, planejamento e implementação, pois a coleta de dados e avaliação já eram feitas, ou seja, a primeira e quinta etapas do processo. Aplicá-lo na íntegra significa um fazer bastante laborioso para o qual ainda não se dispõe de agilidade, ainda mais considerando o novo impresso para a coleta de dados do histórico, a taxonomia diagnóstica eleita e o plano diário de cuidados. Configuram inovações no trabalho assistencial para as quais mais tempo tem sido dedicado para sua realização. A avaliação inicial passou a ter quatro páginas (a anterior possuía duas), é bastante detalhada e longa, visando captar o máximo de informações sobre o estado da paciente no momento de sua internação. O tempo utilizado para respondê-la é muito maior, e isso tem comprometido o andamento do serviço. O uso de uma linguagem diagnóstica é outra inovação que vem suscitando dúvidas e, provavelmente, gerando as maiores dificuldades por ser um diferencial para a maioria. A CIPE tem caráter inédito e pode estar sendo encarada como a etapa desafiante do PE. O planejamento da assistência de enfermagem no formato de plano de

cuidados está sendo registrado diariamente e acompanhado pela enfermeira. Tudo isso tem a dizer sobre o grande trabalho desencadeado pela aplicação prática do método científico para se fazer enfermagem, o PE e, a reboque, o enfrentamento de inúmeras dificuldades inerentes a este desafio. Cada passo requer habilidades e conhecimentos específicos que favorecem a construção do verdadeiro papel da enfermeira na equipe multidisciplinar, e conferem autonomia e visibilidade à profissão. O reconhecimento próprio destas capacidades facilitará a execução do PE, a documentação da prática e o gerenciamento da qualidade da assistência.

*- A gente senta, conversa com o paciente, preenche quatro folhas de papel, faz internação, anamnese, colhe aquela história toda. Depois, vem o plano de cuidados que é outro papel, preenche o plano de cuidados com diagnóstico e tudo. Depois, tem a prescrição médica que é outro papel que você tem aprazar, ver a identificação. Então, quando você for ver são quatro, mais uma, mais uma, são seis folhas que a gente preenche. Fora se tiver exame pra gente colher, a gente preenche o pedido. É papel demais, entendeu? (P1)*

*- O desafio maior foi lidar com a CIPE [...] Não é que tenha sido fácil, não é, ter que pegar o livro para consultar. Alguns diagnósticos hoje a gente não precisa mais recorrer à bibliografia, o livro da CIPE, a gente não precisa [...] Então, o diferencial foi isso. A novidade maior foi essa. Porque em relação à sistematização, em si, é claro que muitas coisas mudaram... (P2)*

*- Porque hoje é diferente, muito diferente. A demanda aumentou de serviço, de trabalho pro enfermeiro [...] Ainda tenho que fazer plano de cuidados, olhar a paciente de uma maneira diferente porque hoje a admissão da paciente que [...] a gente levava 20 minutos fazendo, a gente leva 40. (P3).*

*- Você tem que admitir o paciente, colher dados do paciente, você tem que orientar a família, você tem que preencher todo aquele nosso histórico de enfermagem. (P5)*

A prática da técnica de exame físico conforme ensinada no curso de capacitação preocupou a enfermeira que não se sentiu hábil para reproduzi-la hoje, o que foi justificada pela lembrança da época da graduação, quando este ensino foi realizado, porém de modo deficitário e incipiente. Foi relatada dificuldade para preencher o novo modelo de histórico porque os dados coletados a partir do exame físico não contemplam todas as perguntas. O reconhecimento da insuficiência na formação acadêmica, neste item específico, levou a profissional a experimentar estresse e a continuar fazendo o exame superficial como ela sabe e, dessa forma, deixar em branco alguns itens da avaliação inicial, principalmente relacionados ao sistema cardiopulmonar. Identifica-se que a primeira etapa do PE está incompleta e que falta habilidade da enfermeira para executá-la. No entanto, na tentativa de suprir esta carência, ela buscou ajuda de outra enfermeira para que lhe fosse ensinado a técnica de ausculta. Esta manifestação é prova de que vem tentando trabalhar dificuldades próprias para minimizar seu nível de estresse, e revela compromisso com o trabalho e senso de responsabilidade. Esta situação também merece ser analisada atentamente pela chefia, considerando que foi feita capacitação das enfermeiras com o curso de exame físico e que se faz necessário um reforço no programa de educação permanente para acompanhamento e atualização das práticas.

*- A gente teve todo aquele processo de enfermagem, mas na realidade, na época da faculdade, a gente não deu semiologia. A gente não deu exame físico conforme a gente foi ver aqui. A gente aprendeu exame físico muito superficial, não do modo que aquele professor deu. Às vezes, eu fico meio insegura com aquilo tudo. Então, tem esse detalhe do exame físico. Se a gente for realmente fazer o exame físico conforme o professor deu, é complicado também. (P1)*

*- Você não tem toda a técnica, você não domina essa técnica toda de exame. Infelizmente, a nossa faculdade não ensinou exame físico como deveria. O médico tem uma matéria com dois - três períodos só disso, o professor*

*direto. A gente como enfermeira não tem. Essa é que é a grande verdade. (P1)*

*- Mas eu me sinto meio insegura até porque é um documento que a gente assina. Até que ponto a gente não tem total segurança, eu prefiro nem fazer. [...] Por exemplo, a ausculta eu combinei com [ fulana ] pra ela me explicar. (P1)*

*- Para você preencher todo aquele histórico de enfermagem, você não pode fugir do exame físico, por mais simples que seja. Você não pode fugir! Só se não preencher nada ali, entendeu? (P5)*

Ampliou-se a discussão acerca dos diagnósticos de enfermagem à medida que algumas interações entre enfermeiras foram se estabelecendo. Dúvidas, esclarecimentos e suposições tomaram lugar em seus diálogos, e elas buscaram fazer os julgamentos mais adequados a cada situação emergente, encontrar os melhores termos e, por fim, definir a proposição. Tarefa necessária ao empregar a CIPE, pois os títulos não estão prontos e devem ser construídos na hora, o que exige o emprego constante do livro. A noção de taxonomia, quando se tinha, era de NANDA. Implementar CIPE significou ter que aprender um conhecimento totalmente novo, que praticamente nunca havia sido estudado antes, para então ser aplicada na segunda etapa do PE, que também estava sendo introduzida em primeira mão. Uma dupla ‘novidade’ que exigiu trabalho dobrado. Nesta discussão ampliada, a enfermeira elaborou os chamados ‘diagnósticos de saúde’, que caracterizaram situações onde inexistiu um problema, e sim uma condição de nível específico de saúde com vistas a nível ainda mais elevado. Isso falou em favor de seu olhar ampliado para além das situações problemáticas da paciente. Interpreta-se que o trabalho agora é denso, tem outro peso, despende mais tempo e adquire outro formato. O exercício continuado de elaboração de diagnósticos levantou questionamentos sobre o emprego repetitivo dos mesmos termos como o diagnóstico principal, quando as situações abordadas sugeriram outras possibilidades. Foi observado que, para dar conta desta etapa do

processo, a enfermeira utilizou mecanismos como uma lista para rápida consulta no momento da internação, deixando a impressão de um tratamento massificado em detrimento do individual. A operacionalização de um conhecimento teórico é algo que passa por uma crítica, sendo lembrada a tão conhecida máxima de que a teoria é diferente na prática. A situação aponta mais uma vez para a necessidade de reforçar o acompanhamento nesta atividade, pois há repercussão de meios alternativos para enfrentar as dificuldades inerentes aquilo que lhes é apresentado como inovação; e suscita, também, a críticas por parte das mesmas em relação a tais atitudes, nas quais a teoria pode diferir muito da prática: a exemplo da “massificação” sugerida pela enfermeira. Isso ratifica que a mudança está acontecendo na medida em que a enfermeira está lançando mão de novos modos de agir.

*- Teve um dia que eu estava com dúvida no diagnóstico e eu queria ter certeza. Fui pegar o livro no 5º andar pra ver. A própria colega minha perguntou: ‘O que é que você quer?’ Eu disse que era uma paciente leucopênica. Ela disse que para a paciente leucopênica o diagnóstico era atual. Então, eu penso que para tudo o diagnóstico é atual, já se tem um diagnóstico para quando se está trabalhando com o principal. Mas será que naquela paciente, por exemplo com ferida atual, só a ferida seria o diagnóstico principal? Tudo bem: a ferida é um diagnóstico principal. Mas será que no momento é isso que é o mais importante para a paciente? Eu fico questionando uma série de coisas assim. (P1)*

*- Aquela mesma mastectomia da mama direita da Dona Maria deu tais e tais diagnósticos de enfermagem e na mastectomia da mama direita da Dona Joana vai ter outras coisas que talvez a gente não percebe ou percebe. Mas a gente, pelo corre corre, acaba massificando tudo numa única pessoa. Eu acho que o objetivo não é esse. (P1)*

*- A gente está massificando. A minha colega estava com uma lista. Com o dia a dia corrido. . . mas ela não está errada não, não estou achando que ela está errada ou certa. Mas aí eu fico botando em cheque toda essa teoria. Uma coisa é você apresentar a parte teórica conforme eu vejo, acho muito bonito o discurso [...] Mas e a prática? E*

*o dia a dia? E a prática? A gente não pode ficar sonhando, flutuando. Tem que ter os pés no chão. (P1)*

*- Eu acho que a dificuldade maior foi lidar com, fazer o diagnóstico de uma maneira diferente. Você não pegar aquela coisa pronta, você montar [...] Determinados diagnósticos que a gente utiliza, tantos, tantos dias, que já fica automático mesmo. Paciente pré-operatório, pós-operatório, é tudo muito parecido, mas tem sempre aquela paciente que foge da maioria. Aquilo que é diferente a gente consulta a bibliografia sim. (P2)*

*- Hoje, a sistematização te obriga a ter um envolvimento maior com essa paciente. Hoje, a gente está muito mais envolvido não só com as problemáticas, porque a gente não pensa só em problemáticas. Com a sistematização, a gente pensa também no bem estar dela. (P3)*

O momento da chegada da paciente à enfermaria cirúrgica revelou-se bastante crítico, especialmente para a enfermeira que trabalha sozinha no final de semana e no período noturno por conta de toda a rotina que envolve a internação hospitalar. Por se tratar do primeiro contato estabelecido entre a paciente e o serviço de enfermagem do sexto andar, a enfermeira desta unidade necessitou de um tempo maior para por em prática atividades que antes não faziam parte do seu dia a dia, ou seja, um detalhado inquérito na forma do novo modelo de avaliação inicial (primeira etapa do PE), elaboração de diagnósticos de enfermagem da CIPE (segunda etapa), planejamento e implementação da assistência por meio do preparo e execução do plano diário de cuidados (terceira e quarta etapas), e avaliação / evolução da assistência no modelo SOAP registrado em prontuário (quinta etapa). O momento da internação reúne uma carga aumentada de trabalho, considerada grande para uma profissional apenas, sendo queixa recorrente. Isso pode ser traduzido como um momento diferenciado que a enfermeira hoje vive em função da natureza cognitiva do trabalho que está sendo realizado, cujo conteúdo concentra processos de análise, interpretação, raciocínio e julgamento. São atividades intelectuais que exigem da enfermeira conhecimento e habilidade. Por isso se



configuram experiências de momentos críticos, difíceis de lidar, portanto geradores de mais estresse, desconforto e insegurança. Algumas lembranças do tempo de graduação ao lado da acolhedora presença do professor vêm à tona porque agora a enfermeira está só, assumindo e respondendo por suas ações e mais, fazendo anotações. Porque outra coisa que a preocupa é o quanto se escreve, haja vista o volume de folhas preenchidas. Então, praticar diariamente o processo de enfermagem torna a rotina de trabalho da enfermeira mais qualificada intelectualmente e menos mecanizada. Significa ter que passar a incorporar um método único de fazer enfermagem, onde o raciocínio é anterior à ação; significa fazer segundo o pensar rigorosamente científico; significa ter que começar a deixar de lado sua sistemática de trabalho e passar a assumir uma única sistematização da assistência de enfermagem. A constatação de que foi lançada uma quantidade enorme de informações novas significa que é preciso, no gerenciamento da mudança, observar e respeitar um tempo para assimilação de tudo pela equipe de enfermeiras, a contento.

*- E aí tem 12 internações. E fazer 12 internações com aquele processo todo, responder aquilo tudo, fazer os exames. Não é só preencher a folha! É fazer o exame, é você elaborar o diagnóstico, não é uma coisa já massificada. (P1)*

*- Eu considero internação desde o momento em que chegou o paciente até o final, quando você evoluiu tudo. Se você for ver chega quase há duas horas, entendeu? Se for colher hemocultura, se for colher urinocultura, swab, fazer curativo, preencher aquelas folhas... (P1)*

*- Como acadêmico [...] você se sente seguro. Enquanto profissional, não. É você, entende? No máximo você pode pedir opinião para a colega do lado. [...] É óbvio que a responsabilidade é muito maior. (P2)*

*- Porque, por exemplo, final de semana, uma enfermeira só e 12 internações. [...] A gente tem que fazer toda a coleta de dados dessas pacientes e ainda tem as da clínica e da oncologia no setor por falta de vaga no quinto andar*

*[...] E uma enfermeira só para dar toda essa cobertura, muitas vezes se torna impossível. (P5)*

Foram citados alguns procedimentos que se mostram como necessidades específicas das pacientes e podem estar incluídos na internação, tornando-a mais demorada, sendo exemplos: a coleta de fragmentos de feridas, coleta de culturas (sangue, urina), *swab* nasal e curativos. Estas possibilidades contribuem para aumentar o tempo total empregado para realizar a internação, que é bem superior ao que era gasto anteriormente. A questão tempo é abordada com frequência, principalmente tendo em vista o que foi acrescentado à rotina; o que significa que a profissional leva mais tempo para dar conta das atividades que aumentaram em quantidade e grau de dificuldade, e isso é reconhecido por ela. A enfermeira considerou que o longo tempo investido na internação comprometeu a assistência a outra paciente porque ela estava sozinha no plantão, sugerindo com isso que o registro da assistência parecesse desperdício. É tanto tempo que leva para fazer todos os registros e isso a mantém afastada da paciente, o que pode causar inquietação. Entretanto, conclui que não permanecia mais tempo ao lado da paciente na época em que registrava menos. Comenta-se que a queixa de ‘pouco tempo’ é velho argumento utilizado para justificar muitas situações e que já era citado antigamente quando a rotina era menos pesada. Parece mesmo que esta declaração fala a favor de que a enfermeira está enfrentando problemas para organizar as novas atividades dentro do seu período de trabalho disponível. Notando-se um paradoxo nestas declarações, visto que antes ela registrava menos e, no entanto, ficava longe da paciente e hoje, registrando muito, a situação se repete. A partir disso, é notório que o tempo já vinha sendo mal administrado por ela uma vez que, mesmo quando a rotina antiga vigorava e ela escrevia menos, ela não estava tão mais próxima da paciente quanto agora e a queixa de tempo escasso já era ouvida.

- De dia pode ser que seja um pouquinho melhor, talvez, porque tem mais gente. Mas mesmo assim, eu acredito que pra elas seja difícil, principalmente no final de semana que elas trabalham sós. (P1)

- Durante a semana fica mais tranquilo porque tem mais enfermeiras. Fica mais tranquilo, mas quando está cheio, cheio, lotado, a gente corre muito, mas consegue. Consegue. Mas fim de semana é mais crítico. (P5)

- Complicado [...] Principalmente quando a gente vai internar. A internação é que pega pra gente porque é muita folha. Não são 20 minutos. Aqueles 20 minutos foram apenas um 'docinho' pra gente achar que eram 20 minutos [...] é praticamente 1 hora. (P1)

- Há papel demais. Eu acho que a gente quer tanto ficar mais próxima do paciente, ficar com ele, mas a gente agora está se afastando por conta de papel. (P1)

- Porque hoje é diferente, muito diferente. A demanda de serviço aumentou, de trabalho pro enfermeiro. [...] A gente olhava a parte por causa de tempo. A desculpa era sempre que não tinha tempo. Engraçado! Hoje, a gente consegue ver o todo, com aquele tempo que não dava. Que não dava! E é o mesmo tempo. (P3)

- ... o dobro do tempo para fazer uma admissão. Atendendo todos os critérios daquela avaliação inicial. A gente leva 40 minutos, 50 minutos, dependendo da paciente uma hora e vinte. (P3)

- Porque a gente tem que fazer preenchimento de muitos dados, porque a gente tem que registrar tudo. A gente perde muito tempo com isso. (P5)

- Tudo o que você quer fazer, você tem que fazer e escrever muito. E é isso que eu acho que cansa as pessoas. Mas mesmo assim, quando as pessoas não escreviam, elas não estavam muito perto do doente. (P6)

A enfermeira tem consciência que seu olhar assistencial se ampliou quando ela buscou atender as demandas da clientela a partir do modelo assistencial implementado, o que significa dizer que timidamente está se delineando uma abordagem holística na assistência

prestada na enfermaria cirúrgica. Ela reconhece que o PE exigiu que se olhasse para a paciente como única, dotada de necessidades próprias e, portanto, merecedora de um tratamento particular mesmo que ali todas as pacientes estivessem reunidas pelo mesmo motivo: cirurgia para retirada de câncer de mama. Ela sentiu que a ‘forma automática do fazer’ está perdendo força e cedendo lugar para algo que é elaborado na hora, que é pensado, analisado e decidido. A ‘receita de bolo’, forma para nomear o fazer automático e pouco elaborado, não deve ser reproduzida. Este pode ser o sentido maior da demanda aumentada de trabalho a que a enfermeira se refere, pois usar de critério e método no dia a dia é abandonar a automação, é fazer ciência. No entanto, esse exercício maior das faculdades mentais com atividades que exigem definição, interpretação e decisão acerca das situações a que a enfermeira é chamada a agir, está sendo praticado de maneiras variadas, tendo como certo que a adaptação às inovações efetivadas recentemente é processual, temporal e individual.

*- Eu acho que o objetivo é individualizar, é fazer um tratamento holístico, individual. E eu não estou vendo muito por aí não. (P1)*

*- Então, algumas coisas eram todas feitas, mas nada disso era registrado, era feito no automático. Todo mundo já sabia que era assim. Tudo bem que existia uma norma, uma rotina no setor. Mas não existia isso num formato de prescrição de enfermagem. Hoje sim. Então, a gente começa a avaliar a paciente individualmente e escrever isso.[...] está tudo escrito, documentado. E é obvio que isso demanda mais tempo. A gente pára para pensar nisso porque, antigamente, eram os cuidados padrão, todo mundo era receita de bolo e acabou. E a gente não parava para analisar individualmente cada paciente. (P2)*

*- O perfil mudou, o perfil da assistência. A gente faz muito mais coisas do que fazia. A gente pára para pensar, não vai no automático. Entendeu? (P2)*

*- Até então a gente fazia sem muito raciocínio, sem pensar muito. A gente fazia tudo baseado no que o médico prescrevia. Veja bem, essa é a minha realidade, a minha realidade aqui! Antigamente, a gente fazia tudo baseado*

*no que o médico prescrevia, ou na doença da paciente. Como é um setor cirúrgico, é tudo no automático. A paciente interna, a gente admite, encaminha pro centro cirúrgico, recebe, dá alta. Quer dizer, não tem muito a ligação, não tinha. Na verdade, não tinha muito envolvimento. Hoje, a sistematização te obriga a ter um envolvimento maior com essa paciente. (P3)*

*- Saber um pouco mais da paciente [...] Não consigo mais desvincular a vida dessa mulher de uma internação, não dá mais. Antigamente, a gente fazia isso no automático. Eu fazia. Não sabia nada daquela mulher. Hoje, eu sei tudo. (P3)*

A autoridade superior representada pela chefia de enfermagem foi sentida e verbalizada pela enfermeira através de palavras de ordem contidas nas narrativas, o que anuncia uma chefia atuante no sentido de dar ênfase e exigir o cumprimento das determinações. No entanto, a partir do conteúdo das narrativas apresentado até então, não se encontram referências que revelem outras medidas tomadas pela chefia, sugerindo haver fragilidades no monitoramento do processo de mudança organizacional.

A profissional vem se mobilizando para cumprir as determinações e isto significou uma tomada de consciência acerca da relevância das novas medidas implementadas ou simplesmente uma obediência automática às mesmas. A Acreditação Hospitalar é citada quando se fala de cobrança, entendendo-se com isso que este pode ser o ponto de interseção entre os dois processos, pois tanto uma quanto outra se utiliza de mecanismos de observação, verificação, fiscalização, controle e cobrança.

*- Eu estou vendo que as pessoas, até pra facilitar e a gente está sendo cobrado nisso, usam seus métodos para dar conta das exigências que estão sendo feitas. (P1)*

*- Não sei se as pessoas estão conseguindo ter consciência total ou elas estão realmente fazendo porque tem que fazer. Eu posso estar enganada, às vezes as pessoas já se*

*conscientizaram. Se conscientizar de que é bom, ideal, que é melhor para o paciente, sim. Mas será que isso já está internalizado na pessoa? É isso mesmo? Ou a chefia mandou, então vamos fazer, vamos fazer. Vai chegar um ponto que a pessoa vai se conscientizar e vai fazer mesmo. (P1)*

*- Antigamente, antes da SAE [...] as exigências eram bem menores, em termos de cobrança, de acreditação... (P5)*

*- E agora com a acreditação, com todas essas cobranças, estamos tendo uma enfermeira neste andar. (P5)*

Agregar complexidade ao trabalho então, traduz o segundo movimento da enfermeira que se encontra completamente imersa na efervescência das novas situações criadas no dia a dia, com a implementação da SAE. É o momento em que vive intensamente o agora e vai percebendo que alguns modos de fazer terão que ser deixados de lado e novos deverão ser apreendidos. O serviço mais organizado, a complexidade da aplicação prática do processo de enfermagem na sua integralidade, o momento estressante da internação no final de semana e período noturno vivenciado por uma única enfermeira no plantão e a presença constante de mecanismos de cobrança marcam a experiência. No diagrama 3, fica o esboço do segundo grande tema e seu sub-tema, categorias e sub-categoria.



Diagrama 3. Um sub-tema: o processo de enfermagem em cinco etapas. Nove categorias: muito papel, avaliação inicial, cobranças, exame físico completo, diagnósticos de enfermagem, registro, plano diário de cuidados, acreditação e tempo curto. Uma sub-categoria: internação no final de semana e período noturno por uma única enfermeira.

### 5.1.3 Engajar-se no processo: terceiro grande tema.

**Na experiência de implementação da SAE**, o terceiro grande tema *engajar-se no processo* revela o quê e como a enfermeira está fazendo para se organizar e dar respostas a tudo que está acontecendo. Colocada frente à nova rotina, ela fez uma autoavaliação como profissional e tomou decisões. Desenvolveu mecanismos próprios de ação, tentando dar o melhor de si e corresponder satisfatoriamente às expectativas, o que não evitou que as dificuldades estivessem presentes e ocorressem situações críticas. Um monitoramento inconsciente sobre o modo como as coisas estão se dando foi elaborado por ela porque há expressões claras de reflexão, crítica, dúvida e certeza contidas nas narrativas. O que apontou que a profissional está comprometida com o processo, atenta ao que vem fazendo, elaborando questionamentos, buscando ajustes. Significou que está engajada na mudança, fazendo indicações para si mesma e para as outras enfermeiras a partir das situações em que se encontra, interpretando-as e planejando o que fazer.

*- Talvez o modo de fazer seja diferente pra gente que se formou há mais tempo, parece que a gente está reaprendendo tudo de novo. (P1)*

*- Mas não é o ideal, acho até que está longe do ideal. Mas tem que começar. (P1)*

*- A gente tenta fazer o máximo que pode, mas no dia a dia é difícil. (P1)*

*- Eu fico questionando uma série de coisas. Por exemplo: a paciente mastectomizada tem ferida operatória atual [...] ela me perguntou logo que chegou do centro cirúrgico: 'e agora, como é que vai ser com meu marido? Será que ele vai aceitar?' Aí eu pergunto: será que o diagnóstico principal seria ferida atual? [...] Acho que seria secundário. (P1)*



*- Isso não quer dizer que a gente não vai se superar e eu acho que a gente pode chegar lá. (P1)*

*- Eu consigo hoje atender paciente com um olhar maior, um todo. (P3)*

*- Eu ainda tenho que melhorar muito, ainda tenho que avançar muito, ler mais. (P4)*

*- Eu corro muito para fazer isso. Eu gosto de atender o doente. Vou lá, venho cá e escrevo. Vou lá, venho cá e escrevo. (P6)*

*- O plano de cuidados [...] também não sei se eu estou fazendo certo. (P6)*

As eventuais interações de enfermeiras entre si, de que se têm notícias por meio das narrativas, marcam o interesse no encontro com a outra para compartilhar opiniões, discutir ideias, esclarecer problemas e encontrar saídas. A enfermeira está definindo suas ações através da manipulação de conteúdos da experiência anterior à luz da experiência atual, influenciando e recebendo influência de seu grupo, e tomando consciência da dimensão que a SAE representa. Significa que é através da coletividade (equipe) que suas questões principais (dificuldades pessoais) são discutidas e tratadas.

*- Eu estava até conversando com a [ fulana ] : “parece que a gente não sabe nada. (P1)*

*- A ausculta, eu [...] combinei com a [ fulana ] para ela me explicar [...] tentar aprimorar o meu ouvido para conseguir decifrar um pulmão. (P1)*

*- No máximo você pode pedir opinião para a colega do lado. ‘O que você acha disso aqui [diagnóstico de enfermagem]’? Ela pode dizer acho que sim, ou acho que não. (P2)*

Toda essa mudança na rotina diária da movimentada enfermaria de clínica cirúrgica do HC III está desencadeando inúmeras reações nas enfermeiras e suscitando dúvidas em relação às facilidades esperadas pela tecnologia de informação. Questiona-se a possibilidade desta ferramenta não ser ágil suficiente para facilitar os registros, além de que o momento não parece oportuno para sua chegada, considerando o fato de ser mais uma novidade em meio a tantas outras recentemente introduzidas. Isso significa que no momento atual não se vislumbra o potencial tecnológico que será viabilizado pelo sistema informatizado. Com efeito, a enfermeira sente-se sobrecarregada de trabalho e não admite à ideia de mais uma intervenção porque provavelmente isso implicará em nova dificuldade; ela antecipa um sentimento negativo e anuncia discretamente uma resistência à informatização. Há momentos tensos que culminam em descontentamento pessoal por não ser possível fazer as atividades de melhor forma, ficando condicionada às possibilidades de cada profissional que, por sua vez, alerta para sinais de intensa atividade e cansaço.

*- Aí falaram assim: 'vai ter o computador'! Tudo bem, vamos substituir o papel por computador. Não sei se vai ajudar. Eu acho que a gente não está nem preparado para pegar computador. Se botar esse tal de palm que estão querendo, acho que vai confundir mais ainda a nossa cabeça. A gente não está conseguindo dominar tanta coisa. Eu não sei. (P1)*

*- Eu não sei quando colocarem no sistema como é que vai ficar a agilidade [...] Eu acho que tem que ser uma coisa ágil, porque senão você fica muito longe do doente. (P6)*

*- Talvez quando tiver o notebook, a enfermaria seja mais rápido. Já se viu fazendo isso? Entrando com o notebook na enfermaria! Seria o ideal! Mas não sei. Seria complicado [...] Vamos ver como vai ser a sistematização porque é um programa muito grande. (P6)*

*- Você corre, corre, corre, tentando fazer o melhor. Mas é claro que, o esperado que a gente quer que aconteça, não tem como. É humanamente impossível. (P5)*

*- Tudo o que você quer fazer, você tem que fazer e escrever muito. E é isso que eu acho que cansa as pessoas. (P6)*

A SAE vem sendo edificada gradativamente, pois foi referida como algo concreto e palpável. Mudanças de fato foram operadas pela enfermeira no seu fazer diário e houve diferença entre o antes e o depois. A constatação da realidade em transformação significou que a construção da SAE é processual, que o trabalho em desenvolvimento apresenta consistência e forma, sendo possível obter resultados positivos. A situação no momento sinalizou uma atitude profissional pró-ativa, sensível à mudança; mas, também, revelou claros sinais de apreensão e insegurança acerca do que está por vir.

*- Nesse momento, eu me deparei de fato com a sistematização concreta. Pra mim, é concreta. Eu sei que ainda estamos em construção. Mas é uma sistematização que eu vim agora buscando da minha época de faculdade. Eu vi que agora é o que eu estou tendo que aprender e estou aprendendo certo. (P3)*

*- Bom, agora o meu trabalho está ficando mais palpável. (P3)*

*- Você vê aquilo muito concreto, aquilo fazendo efeito. (P4)*

Engajar-se no processo, então, traduz o terceiro movimento da enfermeira que se encontra refletindo sobre novos modos de agir que vão compor a ação conjunta no contexto da mudança. Por meio dessas ações e por considerações baseadas na própria vivência do processo de implementação da SAE, interpreta-se que o momento é de ressignificação da prática, que apresento no diagrama 4 a seguir.

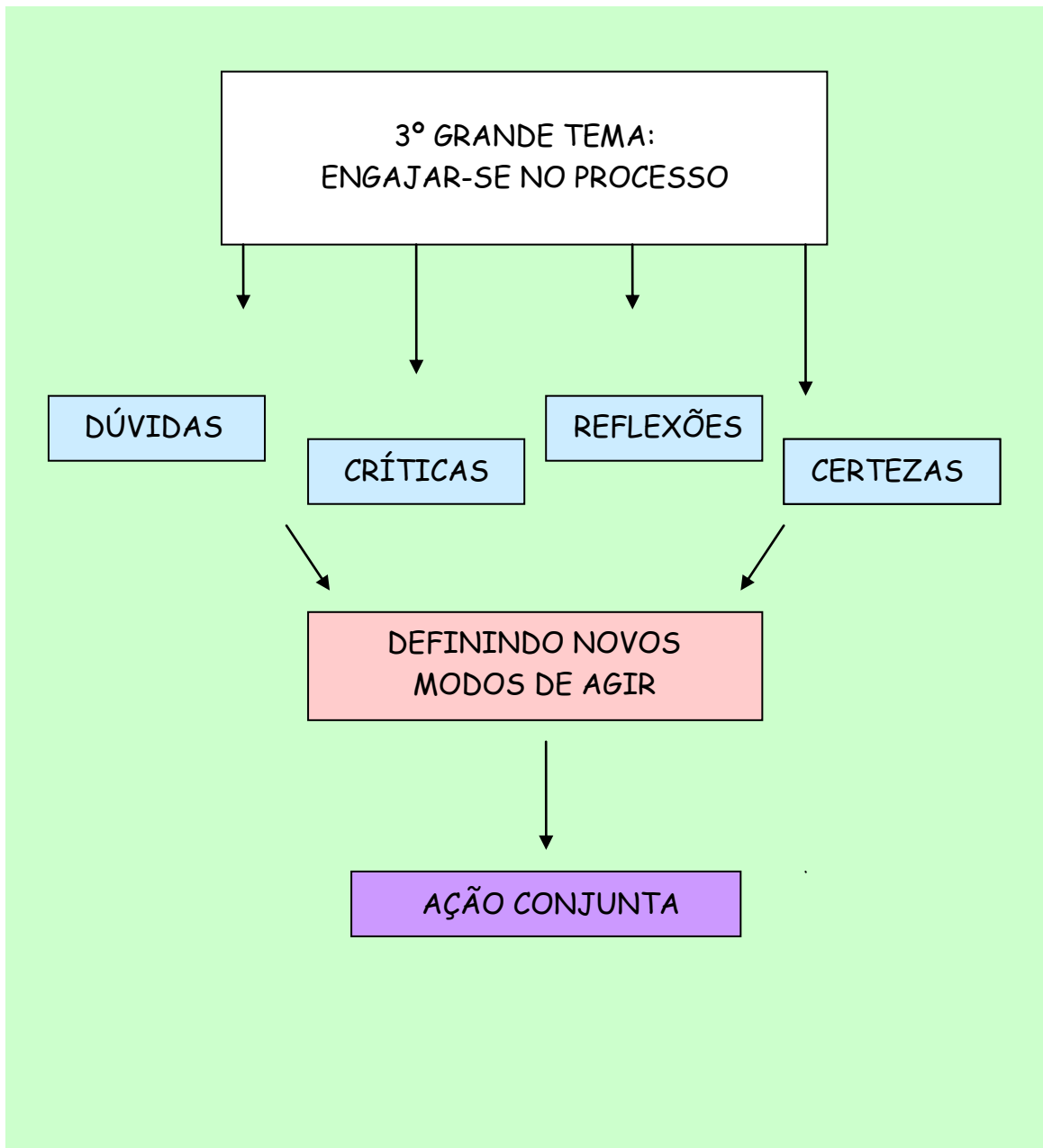


Diagrama 4. Quatro sub-temas: dúvidas, críticas, reflexões e certezas. Uma categoria: definindo novos modos de agir. Uma sub-categoria: ação conjunta.

Ao discorrer sobre o momento atual do trabalho na enfermagem cirúrgica do Hospital do Câncer III, a enfermeira externa, com forte emoção às vezes, sentimentos e impressões que marcam o enfrentamento de uma transformação real e bastante ampla na metodologia da assistência por ela desempenhada: a implementação da SAE vem impondo uma única sistemática de trabalho, a metodologia do processo de enfermagem na sua integralidade, determinando importante mudança nos modos de agir.

Na busca pela compreensão do significado desta experiência e orientada pela teoria interacionista simbólica, identifiquei as interações sociais estabelecidas pela enfermeira e encontro interações dela com ela mesma, com as pacientes e com outras enfermeiras. A partir dessas relações interpessoais, é elaborado o processo interpretativo onde ela resgata lembranças de experiências semelhantes ao momento atual. E o que ela hoje percebe intensamente é o processo de enfermagem. Sua fala está impregnada de 'processo', ele é dominante em sua narrativa, e é o que aparece forte em sua recordação também. Os significados elaborados na experiência primeira concorrem para a ressignificação da atual.

Neste resgate, ocorre um encontro de dimensões temporais distintas: o passado e o presente são colocados juntos e, à medida que se efetivam novos modos de agir, vislumbra-se algo que está por vir, o futuro. Em frações de segundo e num mesmo lugar, passado, presente e futuro parecem aglutinados e situados no mesmo tempo.

Então, o significado da implementação da SAE atribuído pela enfermeira está condicionado ao significado que o processo de enfermagem tem para ela, pois as referências e indicações relativas ao momento atual estão atreladas fortemente às etapas do PE e a todo o trabalho inerente a sua execução; e as referências e indicações rememoradas também trazem o mesmo conteúdo. Logo, a implementação da SAE é interpretada hoje como colocar em prática o PE, que é lembrado do passado. Por isso, SAE é interpretada como metodologia do PE.

A seguir, passo a apresentar a experiência da enfermeira a partir das proposições de Mead (1934) e Blumer (1969), experiência esta situada na vigência da inovação organizacional desencadeada pela implementação da SAE, a partir das proposições de Motta (2004). A enfermagem de clínica cirúrgica é palco de atores sociais agindo à luz da situação na qual estão inseridos, guiados pelos significados que estão sendo construídos à medida que interagem.

Este capítulo encerra o método de Denzin, a sexta etapa (*contextualization*), e ele ensina que o fenômeno sob investigação agora deve ser contextualizado no mundo social natural, ganhando significado e vida a partir da experiência originária dessas enfermeiras.

A primeira premissa que Blumer (1969) dispõe sobre o interacionismo simbólico fala que os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que as coisas têm para eles. Dessa forma, o significado que o processo de enfermagem tem para a enfermeira determina sua ação em relação à implementação da SAE, já que SAE é compreendida como metodologia do PE. O objeto PE, que surge do tempo passado, é substituído no presente pelo objeto SAE, portanto ambos são objetos que fazem parte do mundo da enfermeira. A esse respeito, para compreender o comportamento desta enfermeira na implementação da SAE, o teórico recomenda que se reconheça seu mundo de objetos, pois ele contém elementos significativos que são usados como referências.

Assim, a enfermeira não percebe grandes novidades no que ela hoje desenvolve, exceção feita à elaboração dos diagnósticos CIPE, e conduz o trabalho com atividades semelhantes as que fazia antigamente. No entanto, o significado que é dado ao momento atual é algo que está sendo construído pela equipe de enfermeiras, ou seja, ele é um produto social que emerge das interações que estão ocorrendo a todo o momento e provém da forma como cada enfermeira age em relação à outra enfermeira com referência ao momento atual. Esta é a segunda premissa da teoria que esclarece que as ações, por serem baseadas nos significados,

são passíveis de serem modificadas por influência da ação das outras, o que indica ressignificação.

O interacionismo simbólico tem uma visão bem distinta sobre a origem do significado, sendo contrário à posição tradicional do realismo, corrente filosófica que considera significado como sendo intrínseco ao objeto, uma parte natural de sua constituição. Sendo inerente ao objeto, basta separar o significado através de uma observação objetiva, pois o mesmo está dado, ele emana do objeto, não havendo qualquer tipo de processo envolvido na sua formação. É contrário também à abordagem que diz respeito à atribuição de elementos constituintes da psique como integrantes do significado, tais como sensações, sentimentos, idéias, memórias, motivos e atitudes. O interacionismo sustenta a premissa de que o significado surge a partir do processo de interação entre os indivíduos e que as ações destes definem o objeto para os outros (BLUMER, 1969).

Com este entendimento, retomo as interações da enfermeira identificadas nas narrativas e, como dito anteriormente, são em número de três. A mais comumente referida é a que se dá entre ela e a paciente, o que é perfeitamente compreendido em função do indivíduo ser o principal foco de atenção desta profissional, uma vez que o processo de enfermagem, conforme proferido em 1955 pela primeira vez em conferência por Lidia Hall (apud Nóbrega e Silva, 2008), é construído em quatro proposições: ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente.

Todavia, nesta interação a paciente não faz nenhuma referência ou indicação à SAE porque esta não é reconhecida como objeto integrante de seu mundo, não tendo significado algum para ela. Neste caso, os significados são formados a partir das e nas atividades desenvolvidas pela enfermeira ao aplicar a metodologia do processo de enfermagem. E neste momento as informações fornecidas nas narrativas contém pontos positivos e negativos que podem ser entendidos, respectivamente, como propulsores e impeditivos da implementação, e

vão ao encontro daqueles dados encontrados em outras pesquisas (Backes; Schwartz, 2005; Hermida, 2004; Cunha; Barros, 2005; Mendes; Bastos, 2003; Silva, 2005; Venturini, 2007), quais sejam: organização do serviço, abordagem holística e qualidade da assistência são alguns aspectos positivos; e falta de tempo, muita informação para registrar, limitação na realização da técnica de exame físico, excesso de trabalho, desgaste físico e grande volume de papel são exemplos negativos.

Os significados sinalizam uma noção do enfrentamento da situação pela enfermeira e podem indicar uma medida de sua habilidade, capacidade e conhecimento no desempenho das atividades inerentes à ‘nova’ metodologia assistencial implementada, em momento recente de mudança. À medida que a enfermeira executa a metodologia do PE, faz indicações sobre ele num processo de comunicação consigo mesma (auto-interação), a nível interno, conduzindo suas ações. Segue refletindo e analisando a respeito de que, como, para que e por que vem fazendo o que está fazendo, buscando interpretar as situações com as quais está lidando, conferindo-lhes algum significado e formando seu agir. O longo modelo da avaliação inicial a ser preenchido, a pouca habilidade para fazer uma ausculta e a dificuldade para elaborar um diagnóstico de enfermagem são exemplos que podem caracterizar situações críticas e gerar significados negativos.

Blumer (1969) orienta que em razão de engajar-se no processo de auto-interação, o indivíduo assume uma relação especial com o ambiente em que ele habita, pois a tudo que encontra faz indicações a si (auto-indicação), dá um significado e este é a base para dirigir sua ação; este comportamento é uma ação que surge da interpretação feita através do processo de auto-indicação. Portanto, o indivíduo que se engaja na auto-interação é um organismo ‘agindo’ que molda uma linha de ação baseado naquilo que leva em consideração.

O autor ainda discorre sobre o processo interpretativo em duas fases: a primeira consiste na significação que o indivíduo faz para si próprio das coisas em relação as quais ele



está agindo. O fato de ele fazer estas referências para si é um processo social internalizado no qual o indivíduo está agindo consigo, estabelecendo uma comunicação consigo. E a segunda orienta que a interpretação não deve ser considerada como uma simples aplicação automática de significados já estabelecidos, e sim como um processo formativo no qual os significados são usados e revisados como instrumentos que guiam e formam a ação. Além disso, Blumer (1969) acrescenta que a capacidade de fazer indicações a si mesmo é característica distinta do ser humano para se adaptar às situações a que é chamado a agir. Neste caso, a enfermeira vem se deparando com uma série de novas situações desencadeadas pela implementação da SAE e atribuindo significados próprios e planejando seu agir.

Então, a assídua interação da enfermeira junto à paciente é a fonte principal de ressignificação do PE e significação da implementação da SAE. Durante todo o tempo em que a enfermeira está praticando a metodologia do processo de enfermagem, ela é chamada a agir diante de novas situações, interpreta e significa cada uma, e define a ação desta ou daquela maneira. Consequentemente, linhas de ação vão se definindo e vão contribuir para compor a ação conjunta da equipe. SAE é, ao mesmo tempo, objeto e ação social.

Em menor proporção, pelo que as narrativas contam, ocorre a interação enfermeira-enfermeira quando há necessidade de esclarecer dúvidas, consultar uma opinião ou confirmar um dado; interação esta essencialmente motivada por um despreparo dela ao lidar com alguns procedimentos específicos (diagnóstico de enfermagem e ausculta pulmonar, por exemplo), hoje necessários em função da implementação da SAE. Daí, o resultado desta interação também contribui para a significação da experiência atual, pois neste caso as enfermeiras estão agindo umas com as outras em torno do mesmo objeto. Com isso, elas tomam conhecimento da forma como as outras consideram a implementação da SAE e a partir dessas informações, se abrem a novas ressignificações deste objeto.

Blumer (1969) ensina sobre o processo de interação que consiste em fazer indicações para os outros e interpretar as indicações feitas por eles. Deve-se ter como natural que os indivíduos são seres humanos distintos, que se reúnem em grupos diferentes, que fazem articulações diferentes e ocupam posições diferentes. Assim sendo, se orientam a partir de diferentes significados e abordam um ao outro de maneira diferente. Contudo, quando em situações de grupo, as atividades da coletividade serão formadas por meio de um processo de indicação e interpretação. A perspectiva geral do interacionismo simbólico vê a sociedade humana como pessoas engajadas no viver, entendido como um processo de atividade contínua onde elas estão desenvolvendo modos de agir nas situações com que se deparam.

Continua o teórico que a ação conjunta é resultado de um processo de interação interpretativa, onde os indivíduos estão identificando o ato social no qual estão se engajando e, através da interpretação e definição das ações com os outros e dos outros, adequam seus modos de agir um ao outro e não somente a si mesmos.

Com este pensamento, é possível e apropriado sugerir que a enfermeira da clínica cirúrgica está fundamentalmente elaborando indicações para si mesma, o que contribui para a ação conjunta. E timidamente fazendo indicações de uma para outra, o que também contribui para a ação conjunta. Portanto, a ação conjunta se mostra por esse movimento de reconhecimento do ato social pelo grupo conjuntamente, a partir da interação que se dá entre as enfermeiras, ao interpretarem e definirem as ações umas das outras, no ato social. Interação esta que ainda passa pela necessidade de verificação e acompanhamento das ações umas das outras: elas precisam verificar o que as outras estão fazendo e o que as outras estão planejando, e elas precisam fazer indicações umas as outras sobre o que fazer.

Como percebido nas narrativas, existe comunicação entre uma enfermeira e outra, porém esta se mostra ainda tímida, superficial e breve. E na ação conjunta, a questão da comunicação para viabilizar a interação simbólica é fundamental.

## **CAPÍTULO VI**

### **Discussão e análise dos resultados**



## Contextualizando SAE

A SAE traz a mudança, ou melhor, se apresenta como a própria. E para Blumer (1969) mudança surge com novas situações nas quais as pessoas têm que construir novos modos de agir, ou seja, desencadeia mudança na ação humana. Para ele, qualquer linha de mudança social é necessariamente mediada pela interpretação das pessoas envolvidas neste processo, e que esta não é pré-determinada por condições anteriores e sim depende do que está sendo considerado e avaliado na situação atual na qual o comportamento é formado. As variações na interpretação se dão à medida que diferentes linhas de ação confrontam com diferentes objetos, atribuem pesos / medidas diferentes aos objetos e os enquadram em padrões diferentes.

Em se tratando do mundo organizacional, romper com hábitos e costumes sedimentados e provocar a criação de novos modos de agir é minimamente enfrentar um período de turbulências, as quais são decorrentes das transformações ocorridas no nível individual até o nível da coletividade. Para Motta (2004), introduzir uma mudança que se julga positiva é inovar. Nesse sentido, a experiência sob investigação aborda a mudança no serviço de enfermagem desencadeada pela implementação da SAE no HC III, pois há evidências, a partir das narrativas, de resultados positivos alcançados pela enfermeira ao adotar novos modos de agir, que permitem o reconhecimento do trabalho mais organizado e sistemático que vem sendo desenvolvido e da visão holística que ampliou o alcance das necessidades da paciente. Assim, a implementação da SAE pode ser analisada como inovação no serviço de enfermagem.

Porém, quando o autor acrescenta que a mudança subentende uma ideia nova ou invenção, indaga-se ao falar de SAE exatamente porque, nesta investigação, SAE é interpretada pela enfermeira como PE e este, por sua vez, não é uma ideia nova para ela.

Aliás, o processo de enfermagem foi anunciado por Horta (1979, p.35) como “a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano”, em seis etapas (histórico, diagnóstico, planejamento, prescrição, evolução e prognóstico), sendo, portanto, bastante conhecido no meio acadêmico; porém, pouco aplicado na prática cotidiana, mesmo que de forma adaptada em cinco etapas.

Trata-se, então, de instituir o método que por sua vez vem sendo acompanhado de questionamentos relacionados a sua validade para a profissão e sua aplicabilidade prática, questionamentos esses que perduram também já há algum tempo. Dessa forma, assumo a implementação da SAE na enfermagem cirúrgica como inovação no serviço de enfermagem por se tratar de algo novo neste serviço, tendo como objeto o ‘familiar’ processo de enfermagem que, conforme dito anteriormente, faz parte do mundo dos objetos da enfermeira.

Ao consultar o dicionário de sociologia, encontro sustentação em Gallino (2005, p.374) acerca do vocábulo ‘inovação’, que deve ser entendida como “introdução, adoção, aplicação difusa e *normal* de uma nova técnica [...] de administração e de organização [...]”. **Por “nova” técnica, e eventualmente “nova” tecnologia, deve-se entender aqui tanto uma técnica (ou uma tecnologia) inteiramente inédita, fruto de uma descoberta ou uma invenção absolutamente original, [...] quanto uma técnica (ou uma tecnologia) localmente nova, isto é, inédita somente para aquela determinada sociedade ou setor da sociedade, mas já usada em outras partes”**. A partir desta definição, reafirmo a assunção da implementação da SAE na enfermagem cirúrgica como uma inovação.

Então, seguindo as etapas da inovação que são apresentadas por Motta (1991): a primeira- estímulo à criatividade, a segunda- aceitação e coletivização de ideias novas e a terceira- implantação de ideias novas, passo a analisar conteúdos / elementos do processo organizacional da mudança tal como vem ocorrendo na enfermagem cirúrgica.

A primeira é a criatividade, que penso ser mais bem compreendida como a ideia identificada pela gerência de enfermagem capaz de mudar o serviço e provocar seu desenvolvimento. O PE, ainda que suficientemente familiar das enfermeiras no plano teórico, não é realidade no plano prático e a ideia é justamente torná-lo prática diária, o que exige habilidade gerencial para coordenar os diversos fatores organizacionais e garantir o envolvimento eficaz das profissionais. O autor chama atenção que inovação é um processo coletivo e complexo que depende de habilidades gerenciais e da capacidade humana disponível.

Em relação à capacidade humana disponível acima referida, pelo exemplo claro da experiência vivida pela enfermeira - tendo como base as narrativas – percebe-se que ela é algo interno e particular, que depende de sua capacidade como ser humano e, portanto, consiste em processo individual e intransferível. Sendo assim, essa inovação é de fato um processo coletivo em que habilidades gerenciais e capacidades humanas disponíveis determinarão as características das interações da enfermeira.

A segunda etapa é a aceitação e coletivização da decisão de implementar a SAE que passa por um processo árduo e difícil, pois a mudança ameaça valores, concepções e formas de agir, como aponta Motta (1991). Sobre a aceitação, pode-se considerar simplesmente a assimilação de uma ordem superior inquestionável, assim como a assimilação mais complexa e demorada que passa por um processo de interiorização, podendo ser mais facilmente coletivizada. Quanto à coletivização da decisão de implementar, em parte foi viabilizada pelo GEISAE, cujas reuniões foram a base de divulgação e o encontro das enfermeiras, sendo possível visualizarem o novo modo de ação conjunta ‘idealizado’ pela chefia, que trabalhava juntamente com a educação continuada, como apaziguadora de interesses, moderadora de questionamentos diversos, esclarecedora de dúvidas, em busca da integração e colaboração de todos.

Por fim a terceira e última etapa- implantação de ideias novas, o autor aborda dois focos: contexto organizacional e ações gerenciais. Quanto ao contexto, considera a inovação sob quatro aspectos. E a cada um procedo à análise:

a) processo organizacional sistêmico e globalista. A implementação da SAE no HC III envolve todo o serviço de enfermagem do Hospital, compreendendo as interações com o meio ambiente e interligações com as diversas partes do sistema. Por tratar-se de processo interativo, racional e intuitivo, exige habilidades gerenciais para proceder continuamente às adaptações que se fazem necessárias, com isso garantindo a integração dos subsistemas. Gradativamente vai se difundindo e ganha repercussão global no campo das ideias porque há um efeito cascata na geração das mesmas, uma vez que, como lembrado por Motta (1991, p.236), “os indivíduos possuem diferentes estruturas de referência ou esquemas interpretativos que filtram suas percepções”. Esse dado endossa a premissa de Blumer (1969) sobre a manipulação e modificação de significados por meio de processos interpretativos elaborados por esses mesmos indivíduos quando confrontam objetos / situações. Identifico um ponto de interseção entre a teoria gerencial sobre mudanças e a teoria interacionista simbólica.

b) processo cultural. A equipe de enfermeiras da enfermaria cirúrgica, dotada de singularidade própria e mobilizada pela ‘chegada’ da SAE, passa por reformulação de seus antigos valores e desenvolvimento de novos ao compartilhar coletivamente a atual experiência da mudança. Ajustes gerenciais podem ser indicados de acordo com as particularidades da equipe na adaptação ao ambiente recriado. A SAE altera a cultura na organização. As enfermeiras passam por uma espécie de aprendizado em meio às cisões e rupturas de rotinas e administram o tempo para enfrentar novidades no trabalho, sendo imprevisível estimar sua duração. Motta (1991) alerta que o êxito na inovação reside no alinhamento dos seus valores,

expressos como significados e símbolos, àqueles defendidos pela gerência. E, no entendimento de Blumer (1969), é com base nas interações sociais estabelecidas entre os indivíduos que objetos / situações são ressignificados.

c) decisão organizacional. A edificação sólida de uma enfermagem científica é vislumbrada pela instituição da SAE com a proposta do processo de enfermagem, dessa forma coibindo definitivamente a assistência pautada no bom senso e praticada de modo intuitivo e assistemático. Com este pensamento, a gerência do HC III anuncia sua intenção, decide acertadamente pelo avanço técnico-científico de 'sua' enfermagem, imprime ritmo nas respostas às pressões do desenvolvimento veloz do mundo e contribui para a construção do conhecimento de enfermagem em oncologia.

d) processo conflitivo. A experiência da mudança revela momentos em que modos de agir passam a ter conotação de antigos para cederem lugar aos novos, que levam tempo para serem incorporados. É o ônus que cabe a cada enfermeira e lhe é percebido com certa agitação, sentimentos de receio, insegurança e incerteza. A experiência no 6º andar revela episódios críticos, tumultuados, de correria, porém contrastados com outros mais organizados e tranquilos. São criadas expectativas sobre o desempenho das enfermeiras plantonistas e gerentes, que passam a avaliar individualmente sua situação em relação a ganhos e perdas e manifestar aderência ou não à mudança.

Em relação às ações gerenciais, elas caminham no sentido da coordenação e controle permanentes do processo de mudança a fim de alcançar os resultados esperados, a despeito das forças de desintegração que naturalmente compõem o contexto da organização. A observância de algumas proposições apresentadas a seguir é útil na condução do



monitoramento da implantação da inovação, segundo o mesmo autor da área da administração:

a) Enfrentar a resistência e combater os hábitos.

Tão natural quanto à mudança e facilitada pelo tratamento democrático dado às relações sociais, a resistência se manifesta pelo exercício do pensamento diferente, devendo ser observada de perto e combatida sempre que obstruir o avanço almejado pela proposta inovadora. Pode estar vinculada à simples recusa de fazer diferente, alegando que não se corre risco em fazer o ‘já conhecido’, sendo desnecessário mudar. Outro motivo que leva à resistência é a autopercepção de que se possui pouca habilidade e competência, algumas fragilidades e deficiências no conhecimento para lidar com determinadas situações, levando o indivíduo a experimentar insegurança e desejo de não mais ter que enfrentar aquela dificuldade.

A preservação de hábitos dificulta que se vislumbrem novas possibilidades e se desfrutem das novidades. Os gestores da mudança devem auxiliar no esclarecimento de que a nova experiência oferece outra forma de visualizar o trabalho e oportuniza uma autorreflexão da vida do indivíduo.

As experiências passadas também desempenham papel relevante, principalmente se foram negativas, podendo bloquear a ideia do novo. Assim, ao encarar os riscos inerentes à inovação desencadeada pela SAE, a enfermeira experimenta sensações de instabilidade, percebe mais perdas do que ganhos e se vê impelida a reavaliar valores e comportamentos, as condições do próprio trabalho que vem realizando a fim de exercer suas funções e acomodar novos modos de agir. Nas narrativas não se percebe resistência declarada, todavia as ‘complicações’ e ‘carrerias’, as manifestações de reconhecimento da necessidade em fazer SAE e estudar para isso, os movimentos em prol de cumprir com o estabelecido (como o

pedido de ajuda para aprender a fazer ausculta ou esclarecer uma dúvida no diagnóstico) são elementos que traduzem o status funcional do grupo que encara continuamente assuntos não-rotineiros trazidos pela nova ordem.

Compreender a implementação da SAE é identificar comportamentos conflitantes e restritivos a ela ao mesmo tempo em que se deve verter esforços para fazer frente a tais comportamentos, contrapondo-se com medidas corretivas e auxiliares que maximizem os recursos internos de cada enfermeira.

b) Flexibilizar, agregar e agir com otimismo.

A gestão contemporânea encoraja menos rigidez entre as fronteiras organizacionais e maior permeabilidade às ideias e iniciativas, com intuito de construir uma nova cultura onde modos de pensar elaboram acerca das diferenças e similitudes coexistentes naturalmente nos ambientes de trabalho. Prochnow (2004) salienta que a enfermeira gerente deve enfrentar as diferenças como forma de situar suas ações baseadas na variedade de suas práticas e maneiras de posicionar-se e constituir-se, conferindo originalidade e singularidade à prática de enfermagem.

A força do trabalho em equipe se concretiza com ações e gestos de respeito mútuo, tendo-se em mente que ‘a união faz a força’ e ‘unidos venceremos’. Assumir postura otimista é enfrentar sem desânimo e com firmeza as dificuldades naturais da mudança.

A enfermeira em narrativa mostrou uma posição um tanto quanto isolada em si mesma, em interação com ela própria. Percebe-se pouca oportunidade de socialização com outras colegas da equipe, havendo manifestação muito sutil de troca de informações entre elas. Portanto, uma atitude centrada em si mesma marca esse momento inicial de mudança implementada (há nove meses) que revela muito trabalho e algum desgaste físico e psíquico, assim como empenho em acompanhar o novo ritmo mesmo que seja em obediência à ordem

superior. Uma demonstração de forte coesão e trabalho em equipe não foram identificadas nas narrativas. Há uma espécie de trabalho independente, em que cada enfermeira busca conciliar suas próprias possibilidades com as novas demandas do trabalho.

c) Relevância valores e respeitar a cultura da organização.

Enaltecer comportamentos positivos e atitudes entusiastas, bem como reconhecer esforços, é forma segura para incentivar as profissionais que vivem as tensões da mudança, sendo importante lembrar que no início pode haver mais apoio porque as pessoas não têm alternativa. O processo avança e as adaptações vão sendo feitas gradativamente, porém valores e tradições não se desfazem assim tão rápido. Motta (2004) lembra a necessidade de tempo para compreender, adquirir e praticar novas habilidades a fim de se adaptar às novas condições do trabalho.

Em respeito à dimensão cultural da enfermagem cirúrgica, atitude cautelosa precisa ser tomada em relação aos significados vinculados aos modos de fazer preservados há tempos, mesmo que as dimensões técnica e de organização estejam garantidas. A enfermeira lembra saudosamente em narrativa como era tranquilo e fácil fazer do ‘modo antigo’ e que hoje dá vontade, às vezes, de ‘sair correndo, mas não pode’ (P5). Suas movimentações mostram determinação para vencer dificuldades e a valorização do novo trabalho a ser executado, ficando entendido que melhorar a qualidade é valor cultural na instituição.

Decidir pela mudança denota principalmente um movimento em prol de atualização, engajamento e avanço, e a gerência tem a responsabilidade de conduzi-la. Descuidar-se da implementação da SAE significa danos ao progresso do serviço de enfermagem do HC III, além de desatenção às demandas da clientela, ao crescimento da profissional enfermeira e ao desenvolvimento da enfermagem como ciência e arte de cuidar do outro.

Motta (2001, p 220) orienta que “gerenciar a inovação é equilibrar o passado, o presente e o futuro”. É reconhecer a importância do passado e ao mesmo tempo a inevitável necessidade de acompanhar os avanços, é tratar com sabedoria toda sorte de questões emergentes e aguardar com parcimônia a adaptação ao novo. Analogamente, na experiência da enfermeira, ela faz sem perceber semelhante junção das três dimensões temporais, como foi descrito anteriormente no capítulo dos resultados. No enfrentamento da situação atual, onde percebe o antes e o depois, ela volta ao passado, busca referências e define linhas de ação fundamentalmente a partir da auto-interação, e vai constituindo a ação conjunta.

## **Considerações finais**

---



## **Esta investigação iniciou com uma vontade grande** de

falar da implementação da SAE que o Serviço de Enfermagem onde trabalho está vivendo, na medida em que acreditava que nesta busca encontraria respostas para as dificuldades que emergiam neste processo de adaptação à metodologia proposta, principalmente se fosse empreendido um verdadeiro trabalho em equipe. Não percebia este como sendo simples, e um caminho poderia ser trilhado a partir da equipe de enfermeiras que efetivamente ‘fazia acontecer’ ou se mobilizava para isso. Ao decidir pela clínica cirúrgica, a experiência das enfermeiras, estas responsáveis legais pela SAE, foi valorizada e explorar isso de perto revelou o que pode ser feito como intervenção.

Queixas de toda sorte, dificuldades e alguns aspectos positivos, enfim toda a revelação foi importante para compreender os sentimentos que permearam a real experiência, sendo possível alcançar um conhecimento a respeito das relações interpessoais das enfermeiras. O referencial teórico do interacionismo simbólico de Blumer (1969) permitiu uma análise das interações sociais destas profissionais e o referencial metodológico de Denzin (1989) permitiu a identificação dos momentos interacionais que marcaram esta experiência, chamadas epifanias. Tendo elas provocado uma reviravolta em suas vidas diante da situação da implementação. Nas epifanias, as características das enfermeiras tornaram-se aparentes.

Dentro do processo de inovação organizacional desencadeado pela implementação da SAE, a autointeração revelou-se como a principal fonte geradora de significados sobre o fenômeno, momento em que as enfermeiras fizeram indicações a si mesmas num confronto direto com o ambiente recriado pela mudança. Com a finalidade de adaptar-se às novas situações, seguiram continuamente interpretando-as e decidindo como agir. Expressão distinta da ação humana que naturalmente e intensamente as enfermeiras vêm manifestando, pois trata-se de momento de transformação no qual antigos hábitos estão sendo abandonados para novas adaptações serem processadas. Estão como que ‘presas’ na ambientação ao novo

cenário e processando a interpretação de tudo o que se passa, não tendo ainda conseguido sair desta relação consigo mesmas e se mostrarem mais sensíveis às significações dadas por seus pares, no processo de interação com as outras enfermeiras, e muito menos com os técnicos de enfermagem.

Ao fazer esta consideração, penso que a tese apresenta o significado da implementação da SAE como fruto das autointerações das enfermeiras que, em conjunto, estão construindo a ação conjunta na SAE. E analisando características das autointerações, percebo que a implementação da SAE pode ser concebida como uma epifania devido às dificuldades que algumas destas profissionais relataram ter passado. Vejo como situação crítica em comum o momento da execução da rotina de internação hospitalar no período noturno e final de semana, principalmente quando há somente uma enfermeira no plantão; configura-se como experiência marcante, uma reviravolta em sua vida que irá transformar seus modos de agir.

A SAE impulsionou as enfermeiras para próximo da paciente, incentivou mais envolvimento, e aumentou o tempo de permanência ao lado destes. Porém, é preciso acompanhar com atenção a qualidade desta interação em termos de aproveitamento, julgando imprescindível que haja tranquilidade por parte do profissional para estabelecer com segurança este encontro a fim de executar seu trabalho, pois houve relatos de dúvidas e desconhecimentos sobre algumas técnicas. Favorecer a autointeração é assessorar diretamente nas dificuldades inerentes à execução do processo, o que significa dizer: estudos de revisão de ausculta e treinamento da técnica, exercício diagnóstico e mais outras alternativas a serem pensadas junto às próprias enfermeiras, pois é inadmissível que não sejam envolvidas na metodologia do processo, e que não se sintam ativas e corresponsáveis por ele.

Importante também é pensar que tais dificuldades exercem efeito restritivo ao processo da mudança e representam indicações ‘negativas’ que as enfermeiras fazem umas as outras quando estão interagindo. E percebo estas interações como foco que merece muita

atenção, considerando sua delicada natureza subjetiva, devendo ser observado como se processam no dia a dia das atividades destas profissionais. Reitero que medidas para estimular a comunicação, o diálogo, o contato e a troca contribuem para a construção de valores como colaboração, participação e respeito, importantíssimos para o fortalecimento dos laços existentes e criação de outros; proporcionando um ambiente harmonioso e oportuno, bastante interessante não somente por tratar-se de momento de mudança, mas principalmente por tentar “recriar esperança sobre o trabalho e estabelecer nova ligação do indivíduo à organização” (MOTTA, 2004, p.200).

Penso que fortalecer as interações entre as enfermeiras é discutir o fazer enfermagem por quem faz, é confrontar as dificuldades e socializá-las na tentativa de aprender com a experiência da outra. É negociar os saberes, é trocar experiências. São atitudes que aquecem e revigoram o espírito de equipe na construção coletiva de um trabalho coeso representado por sólidas relações interpessoais.

Ao trabalhar pela incorporação da SAE no HC III e efetivar a almejada incorporação de mudança no Serviço de Enfermagem, gerência geral, gerências setoriais, demais enfermeiras, assim como técnicos e auxiliares de enfermagem, enfim todos são responsáveis. Buscar agregar as pessoas para unificar as práticas é conferir um sentido de segurança de fazer parte de um grupo. Todos precisam mover esforços no intuito de aprender a administrar as diferenças entre seres humanos, construir laços de integração e cativar o sentido de pertença. Ganho coletivo é sinônimo de ganho individual.

Importante trazer neste momento que as limitações da investigação estão presentes na medida em que não estão incluídos os demais integrantes da equipe de enfermagem da clínica cirúrgica que, igualmente às enfermeiras, vivem o processo de implementação da SAE, indicando a necessidade de pesquisa complementar englobando técnicos e auxiliares de enfermagem.



Motta (2004, p.219) reconhece que “desenvolver a perspectiva da transformação ajuda a mobilizar as pessoas para novas alternativas, mostrando-lhes o caminho do progresso, bem como despertando suas potencialidades de autodesenvolvimento”. Com efeito, é decisivo que enfermeiras e demais integrantes da equipe enxerguem as vantagens da inovação perante seus hábitos de pensar e agir, e que isso pode conduzir à satisfação a mais no trabalho, com reflexos para a própria vida.

Acrescenta o autor (op. cit., p.194) “trabalhar com filosofia de vida, sentimentos e conceitos sobre a realidade e o próprio julgamento da pessoa sobre si mesma e sua experiência de vida”, de fato, podem contribuir para superar obstáculos, mobilizar recursos internos, motivar-se, melhorar o desempenho atual, fazendo assim uma espécie de desafio ao monitorar seus próprios atos. Quero dizer com isso que a pessoa pode passar a enxergar diferente e nesta oportunidade trabalhar a questão do tempo me parece fundamental, pois é preciso saber administrá-lo bem e culpabilizá-lo menos por falhas, a fim de desmitificar possíveis incompreensões a seu respeito. O dia ainda possui 24 horas e redistribuir atividades faz parte do dia a dia.

A eficiência do monitoramento da mudança através da sensibilidade e competência do grupo gestor vai apontar para o êxito na efetivação da SAE, sendo indispensável à incorporação e respeito às especificidades da equipe de enfermagem, devendo ser lembrado sempre que:

a) a enfermeira que toma consciência de que é preciso operar a mudança dentro dela, avança como profissional. O tempo é outro e ela precisa acompanhá-lo porque este tempo é dela também. Motta (2004, p.206) ensina que “os hábitos reproduzem o passado e atrapalham o avanço da ideia de um futuro [sendo] preciso trabalhar agora por uma nova possibilidade”;

b) o incentivo à reconciliação, convivência e tolerância entre as profissionais ajudam no trabalho coletivo que toma lugar em cenário de tamanha heterogeneidade, devendo fazer surgir deste meio diversificado, a unidade possível em forma de uma verdadeira equipe;

c) a decisão de colocar em prática o ‘familiar’ PE deve ter o entendimento de um ideal que agora passa a pertencer também às enfermeiras por se perceber que ele ultrapassa a ideia inicial da chefia e ganha o status de preocupação coletiva. Em outras palavras, quero dizer que é essencial que ele seja percebido – sentido - como necessário para o dia a dia por ser uma ferramenta que guia com segurança a um lugar legítimo, ético e científico.

A SAE configurou-se como acontecimento inédito no HC III e, mais especificamente, na enfermaria cirúrgica como cenário da investigação, registrando momento significativo na vida de trabalho da equipe de enfermeiras. Cada uma foi desenvolvendo suas atividades, buscando adaptar-se às medidas inovadoras implementadas diante da busca de incorporar-se à nova rotina.

A implementação da SAE determinou a assunção de caminho científico e vem exigindo vontade, compromisso e empenho destas profissionais em suas ações, iniciando a construção de uma ação conjunta baseada em renovados valores e podendo ser visto, futuramente, como um marco histórico no Serviço de Enfermagem deste hospital.

Por hora, encerro esta interpretação consciente de que ela não tem fim . . .



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ANDRADE, S.M.O.; TANAKA, O.Y. Interacionismo interpretativo: uma nova perspectiva teórica para as pesquisas qualitativas. **Ensaio e ciência**, v. 5, n. 3, p. 55-72, dez. 2001.

\_\_\_\_\_. A avaliação de resultados em saúde sob a perspectiva do interacionismo interpretativo. **Revista do IMIP**, v. 14, n. 1, p. 7-12, jun. 2000.

ARAÚJO, I.E.M.; LAMAS, J.L.T.; CEOLIM, M.F.; BAJAY, H.M. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador relato de experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 18-27, jan./abr. 1996.

BACKES, D.S.; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciência, cuidado & saúde**, v. 4, n. 2, p. 182-188, 2005.

BARRANCO, E.; MOREIRA, M.C.; MENEZES, M.F.B. O líder de enfermagem em unidades oncológicas: intervenções da subjetividade na organização de espaços saudáveis de trabalho. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 213-218, 2010.

BECHARA, E. **Moderna gramática portuguesa**. 37. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Lucerna, 2004.

BERGAMASCO, R.B. **O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher**. 1999. 119 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Englewood (New Jersey): Cliffs/Prentice Hall, 1969.

BRASIL. Ministério da saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

CARVALHO, L.S.; SILVA, C.A.; OLIVEIRA, A.C.P.; CAMARGO, C.L. O interacionismo simbólico como fundamentação para pesquisas de enfermagem pediátrica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 1, p. 119-124, 2007.

CORRÊA, C.G. **Raciocínio clínico: o desafio do cuidar**. 2003. 175 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

COULON, A. **A Escola de Chicago**. Campinas: Papirus, 1995.

CUNHA, S.M.B.; BARROS, A.L.B.L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 568-572, 2005.

DANIEL, L.F. **Avaliação de um plano terapêutico de enfermagem psiquiátrica a pacientes psiquiátricos hospitalizados**. 1974. 142 f. Tese (livre docência)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1974.

DENZIN, N.K. **Interpretive interactionism**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1989. (Applied Social Research Methods Series, v. 16).

**DIAGNÓSTICOS de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011** / North American Diagnosis Association. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T.N.A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 2, p. 219-226, 1997.

FERRREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2009.

FIGUEIREDO, R.M.; ZEM-MASCARENHAS, S.H.; NAPOLEÃO, A.A.; GALERA, S.A.F. 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, 2006.

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, 2008.

GALLINO, L. **Dicionário de Sociologia**. Tradução de José Maria de Almeida. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2005.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematización de la asistencia de enfermería. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 233. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 2009

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HERMIDA, P.M.V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 733-737, 2004.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

HORTA, W.A. **A observação sistematizada da identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos**. 1968. 60 f. Tese (livre docência)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1968.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. 7. ed. São Paulo: EPU, 2005.

LACERDA, M.R.; OLINISKI, S.R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 239-248, 2004.

LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005.

MAIA, E.B.S. **Valorizando o brinquedo terapêutico como um instrumento de intervenção de enfermagem:** o caminhar da enfermeira para essa sensibilização. 2005. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

MEAD, G.H. **Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist.** Chicago: The University of Chicago Press, 1934.

MENDES, M.A.; BASTOS, M.A.R. Processo de enfermagem: sequências no cuidar, fazem a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 271-276, 2003.

MOREIRA, P.L. **Tornar-se mãe de criança com câncer:** construindo a parentalidade. 2007. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MOTTA, P.R. **Transformação organizacional:** a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

\_\_\_\_\_. **Gestão contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.

NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. (org.). **Fundamentos de cuidar em enfermagem.** 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008-2009.

NOVAES, H.M.C.S. **Assistência de enfermagem ao paciente geriátrico hospitalizado.** 1977. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

PAIM, L. **A prescrição de enfermagem:** unidade valorativa do plano de cuidados. 1976. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.

POLES K. **Compartilhando o processo de morte com a família:** a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. 2003. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SANTOS, M.J.S.F.L. **Genética e enfermagem:** a atuação do enfermeiro no aconselhamento oncogenético e no estudo molecular da síndrome de câncer de mama e ovário hereditário. 2003. 95 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Resumo, 2003.

SILVA, A.K.R.L. **Sistematização da assistência de enfermagem:** significado para a (o) enfermeira (o). 2005. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2005.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

VENTURINI, D.A. **O conhecimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem entre os anos de 1980 e 2005:** subsídios para a qualidade do cuidado. 2007. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2007.

VENTURINI, D.A.; MATSUDA, L.M.; WAIDMAN, M.A.P. Produção científica brasileira sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Ciência, cuidado & saúde**, v. 8, n. 4, p. 7-15, 2009.

WERNET, M. **Mobilizando-se para a família:** dando um novo sentido à família e ao cuidar. 2001. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

# APÊNDICE Nº 1



## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

### 1) IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA: ( ) Domicílio  
( ) Transferência Hospitalar COLHER SWAB  
( ) Asilo  
( ) Penitenciária  
( ) Morador de rua  
( ) Outros

Internação com período inferior há 30 dias: ( ) Não ( ) Sim COLHER SWAB

ACOMPANHANTE: ( ) NÃO  
( ) SIM Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone de Contato: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ FATOR RH: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: ( ) Não/Desconhece  
( ) Sim /Quais? \_\_\_\_\_

### 2) HISTÓRIA ATUAL E PREGRESSA:

Motivo da internação: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Tratamento proposto: \_\_\_\_\_

Tratamentos Anteriores } ( ) Não ( ) Sim ( ) RxT ( ) QT : \_\_\_\_\_  
Cirurgia: ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

Patologias Associadas: ( ) Nega /Desconhece  
( ) Diabetes  
( ) Hipertensão Arterial  
( ) Cardiopatia  
( ) Outras: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: ( ) Não  
( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

Transusão Sanguínea: ( ) Não/Desconhece  
( ) Sim

Dependência química: ( ) Não  
( ) Sim: ( ) Tabaco  
( ) Álcool  
( ) Outras drogas: \_\_\_\_\_  
( ) Ex-dependente: Especifique \_\_\_\_\_ Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Tabagismo passivo: ( ) Não ( ) Sim  
( ) Exposição à fumaça do tabaco na moradia  
( ) Exposição à fumaça do tabaco no trabalho

Tempo médio de exposição diária à fumaça do tabaco

( ) 1 - 6h ( ) 7- 12h ( ) acima de 12h

### 3) NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS:

#### 3.1) REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: ( ) Sonolento ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso

( ) Comatoso Escala Glasgow: \_\_\_\_\_ ABRIR ESCALA

Sedado: ( ) Não ( ) Sim

Nível de orientação: ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Tempo ( ) Espaço ( ) A si próprio

Distúrbios da Linguagem: ( ) Sem alterações ( ) Dislalia ( ) Disartria ( ) Disfonia ( ) Afasia

#### 3.2) REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA:

Temperatura axilar: \_\_\_\_\_ °C

Coleta de Cultura ( ) Não ( ) Sim. Local: \_\_\_\_\_

Linfonodo Superficial Palpável: ( ) Não ( ) Sim  
( ) Auricular posterior: ( ) Direito ( ) Esquerdo  
( ) Submaxilar : ( ) Direito ( ) Esquerdo  
( ) Cervical : ( ) Direito ( ) Esquerdo  
( ) Anterior  
( ) Fossa Clavicular: ( ) Infra ( ) Direito ( ) Esquerdo  
( ) Supra ( ) Direito ( ) Esquerdo  
( ) Axilar : ( ) Direito ( ) Esquerdo  
( ) Inguinal ( ) Direito ( ) Esquerdo

**Condição da rede venosa:**

( ) Boa ( ) Ruim ( ) Fina ( ) Calibrosa ( ) Palpável ( ) Impalpável

**Acesso Venoso:** ( ) Não

Abrir protocolo de cateter ( ) Sim

( ) **Periférico** Nºdias \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

( ) **Cateter Central de Inserção Periférica** ( ) MSE ( ) MSD Nºdias: \_\_\_\_\_

Data da realização do curativo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) **Profundo**

( ) **Semi-Implantado** ( ) Curta Permanência Local: \_\_\_\_\_  
( ) Longa Permanência Local: \_\_\_\_\_

Data da realização do curativo/manipulação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nºdias: \_\_\_\_\_

( ) **Totalmente Implantado** Local: \_\_\_\_\_

Data da realização do curativo/manipulação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nºdias: \_\_\_\_\_

( ) **Dissecção Venosa** ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

Data da realização do curativo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nºdias: \_\_\_\_\_

**Alterações:** ( ) Não ( ) Sim: ( ) Edema ( ) Calor ( ) Rubor ( ) Dor ( ) Obstrução

**Outros Dispositivos:** ( ) Não

( ) Sim

( ) Marcapasso provisório

( ) Derivação Ventrículo Peritoneal

( ) Cateter de Monitorização de Pressão Intracraniana

( ) Cateter Peri-Dural

( ) Derivação Ventricular Externa \_\_\_\_\_

( ) Cateter nasogástrico \_\_\_\_\_

( ) Cateter nasoentérico

( ) Cateter vesical de demora

( ) Dreno biliar \_\_\_\_\_

( ) Dreno de sucção: \_\_\_\_\_

( ) Dreno laminar: \_\_\_\_\_

( ) Dreno tubular: ( ) Torácico ( ) D \_\_\_\_\_ ( ) E \_\_\_\_\_

( ) Abdominal: ( ) D \_\_\_\_\_ ( ) E \_\_\_\_\_

**Alterações:** ( ) Não ( ) Sim: ( ) Edema ( ) Calor ( ) Rubor ( ) Dor ( ) Obstrução

Especifique o dispositivo: \_\_\_\_\_

**3.3) REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR:**

**PA:** \_\_\_\_\_ mmHg e **FC:** \_\_\_\_\_ bpm Abrir caixa com: ( ) Filiforme ( ) Cheio ( ) Regular ( ) Irregular

**Membros superiores:** Alterações: ( ) Não ( ) Sim:

Linfedema ( ) MSDireito ( ) MSEsquerdo

Calor ( ) MSDireito ( ) MSEsquerdo

Edema ( ) MSDireito ( ) MSEsquerdo Coloração/Aspecto: \_\_\_\_\_

Dor ( ) MSDireito ( ) MSEsquerdo

**Membros inferiores:** Alterações: ( ) Não ( ) Sim:

Linfedema ( ) MIDireito ( ) MIEsquerdo

Calor ( ) MIDireito ( ) MIEsquerdo

Edema ( ) MIDireito ( ) MIEsquerdo Coloração/Aspecto: \_\_\_\_\_

Sinal de Homan positivo ( ) MIDireito ( ) MIEsquerdo

Varizes ( ) MIDireito ( ) MIEsquerdo

Dor ( ) MIDireito ( ) MIEsquerdo

**3.4) PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:**

**Acuidade Visual:** Preservada ( ) Sim ( ) Não ( ) Diplopia ( ) Estrabismo

( ) Deficiência visual: ( ) Parcial \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_ OE ( ) Total \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_ OE

( ) Óculos ( ) Lente de Contato

( ) Prótese Ocular ( ) OD ( ) OE

**Acuidade Auditiva:** Preservada ( ) Sim ( ) Não

Deficiência auditiva: ( ) Total ( ) Parcial ( ) D ( ) E

( ) Prótese Auditiva ( ) Não

( ) Sim ( ) Direita ( ) Esquerda

**Fonação:** Preservada ( ) Sim ( ) Não

**Tátil:** Preservada: ( ) Sim ( ) Não

( ) Reduzida ( ) Ausente ( ) Anestesia ( ) Hiperestesia ( ) Hipoestesia

**Dor:** ( ) Não

( ) Sim ABRE A ESCALA EVA e Boneco da localização

**Gustatória:** Preservada: ( ) Sim ( ) Não: ( ) Ageusia ( ) Disgeusia ( ) Hipergeusia ( ) Hipogeusia

**Olfatória:** Preservada: ( ) Sim ( ) Não: ( ) Anosmia ( ) Hiposmia ( ) Hiperosmia



**3.5) OXIGENAÇÃO:** FR: \_\_\_\_\_ ipm

**Ausculta pulmonar:**

Murmúrio vesicular: ( ) Audível ( ) Direito ( ) Esquerdo  
( ) Inaudível ( ) Direito ( ) Esquerdo

Murmúrios adventícios: ( ) Sibilos ( ) Direito ( ) Esquerdo  
( ) Estridor ( ) Direito ( ) Esquerdo  
( ) Estertor ( ) Direito ( ) Esquerdo

**Função Respiratória:** ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Bradpneico ( ) Ortopneico ( ) Cheyne-Stokes

**Suporte ventilatório:** ( ) Não ( ) Sim: ( ) O2 Nasal ( ) Macronebulização ( ) Ventilador Mecânico

( ) TOT N° \_\_\_\_\_ N°dias \_\_\_\_\_  
( ) Traqueostomia: ( ) Cânula c/balonete N° \_\_\_\_\_ N°dias \_\_\_\_\_  
( ) Metálica N° \_\_\_\_\_ N°dias \_\_\_\_\_

**Presença de muco:** ( ) Não

( ) Sim Características da secreção:

( ) Espessa ( ) Fluida ( ) Amarelada ( ) Esbranquiçada ( ) Sanguinolenta ( ) Esverdeada

**3.6) INTEGRIDADE CUTÂNEO MUCOSA:**

**Mucosas Conjuntivais:** ( ) Normocoradas ( ) Hipocoradas ( ) Hidratadas ( ) Hipohidratadas  
( ) Hemorrágicas ( ) Ictéricas

**Mucosa Oral:** ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Cianose peri-labial ( ) Sangramento  
( ) Edemaciada Localização: \_\_\_\_\_ ( ) Mucosite Grau: \_\_\_\_\_ ABRIR ESCALA

**Pele:** ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ictérica ( ) Cianótica

( ) Outros: \_\_\_\_\_

Localização: \_\_\_\_\_

**Lesões de Continuidade:** ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Abrir folha de avaliação de ferida

**Boca:** Língua: Íntegra: ( ) Sim ( ) Não: ( ) Saburrosa ( ) Úlcera ( ) Fissura

Dentes Íntegros: ( ) Sim ( ) Não: ( ) Ausência ( ) Parcial ( ) Total ( ) Dor ( ) Cárie

Prótese dentária: ( ) Superior ( ) Inferior

Halitose: ( ) Sim ( ) Não

Gengiva: ( ) Sem alteração ( ) Edema ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Coleção de pus

Lábios: Íntegros: ( ) Sim ( ) Não:

( ) Lesões bolhosas ( ) Lesões ulceradas ( ) Fissura ( ) Sangramento

( ) Edema ( ) Leucoplasia ( ) Tumoração

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Condição da higiene oral:** ( ) Adequada ( ) Inadequada Abrir Protocolo de Higiene Oral

**3.7) SONO E REPOUSO:**

**Padrão de Sono:** ( ) Sem Alteração

( ) Com Alteração: ( ) Insônia ( ) Hipersonia ( ) Induzido

**Repouso:** ( ) Não tem hábito de repousar

( ) Repousa durante o dia: ( ) Pela manhã ( ) Após o almoço ( ) Ao final do dia

**3.8) MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO:**

**Mobilidade:** ( ) Sem alterações

( ) Com alterações ( ) Paresia: ( ) MID ( ) MIE ( ) MSD ( ) MSE

( ) Parestesia: ( ) MID ( ) MIE ( ) MSD ( ) MSE

( ) Hemiplegia: ( ) Direita ( ) Esquerda

( ) Paraplegia ( ) Tetraplegia ( ) Outros

**Força Muscular:** ( ) Preservada: ( ) MID ( ) MIE ( ) MSD ( ) MSE

( ) Diminuída: ( ) MID ( ) MIE ( ) MSD ( ) MSE

( ) Ausente: ( ) MID ( ) MIE ( ) MSD ( ) MSE

**Locomoção:** ( ) Deambulando ( ) sem auxílio

( ) com auxílio: ( ) Muleta ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas ( ) Restrito ao Leito

**Amputação:** ( ) Não ( ) Sim Local: \_\_\_\_\_

**Fadiga:** ( ) Não ( ) Sim Abrir escala numérica ( ) 1 - 3 Fadiga Leve

( ) 4 - 6 Fadiga Moderada

( ) 7 - 10 Fadiga Severa

**Órtese:** ( ) Não ( ) Sim: ( ) Colar Cervical ( ) Colete

**Prótese MMII:** ( ) Não ( ) Sim: ( ) Direito ( ) Esquerdo

**Prótese MMSS:** ( ) Não ( ) Sim: ( ) Direito ( ) Esquerdo

**3.9) NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO:**

**Peso:** \_\_\_\_\_ gr **Altura:** \_\_\_\_\_ cm **SC:** \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> **IMC:** \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup> (Abrir cálculo SC e IMC)

**Oral:** ( ) Sem auxílio ( ) Com auxílio

( ) Reflexo Deglutição: ( ) Não ( ) Sim

Disfagia: ( ) Não ( ) Sim: ( ) Discreta ( ) Moderada ( ) Severa

Ingesta: Alimentar ( ) Total ( ) Parcial Motivo: \_\_\_\_\_

Hídrica ( ) Adequada ± 8 copos/dia

( ) Inadequada - 8 copos/dia

Cateteres: ( ) Não ( ) Sim: ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) Esofagostomia

( ) Nasogástrico ( ) Nasoentérico

### 3.10) ELIMINAÇÃO

**Abdomen:** ( ) Plano ( ) Escavado ( ) Flácido ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Doloroso  
Abrir boneco da dor

( ) Ascítico **Perímetro Abdominal:** \_\_\_\_\_ cm ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Peristalse: ( ) Ausente ( ) Presente

**Intestinal:** ( ) Preservada Frequência \_\_\_\_\_ dias/semana **Abrir escala de Bristol**

( ) Ausente: \_\_\_\_\_ dias **Abrir escala de ROMA III**

Eliminação de flatos: ( ) Não ( ) Sim

Dispositivo para estomia: ( ) Não ( ) Sim Local: \_\_\_\_\_  
( ) Obs: \_\_\_\_\_

( ) Incontinência ( ) Constipação

**Órgãos Genitais:** ( ) Sem alterações

( ) Com alterações: **Abrir caixinha: Feminino e masculino**

( ) Fimose ( ) Edema de escroto ( ) Edema vulvar ( ) Prurido ( ) Leucorréia

( ) Sangramento Especifique: \_\_\_\_\_

( ) Dispaurenia ( ) Descarga Papilar ( ) Retração de Mamilo ( ) Assimetria Mamária

( ) Nódulos Mamários Palpáveis ( ) Edema Mamário

( ) Outros : \_\_\_\_\_

**Urinária:** Espontânea ( ) Sim ( ) Não

Dispositivo: ( ) Cistostomia ( ) Nefrostomia: ( ) Direita ( ) Esquerda

( ) Cateterismo: ( ) Alívio ( ) Demora ( ) Irrigação Contínua

Com alterações: ( ) Não ( ) Sim: ( ) Incontinência ( ) Disúria **COLHER URINOCULTURA**

( ) Anúria ( ) Piúria **COLHER URINOCULTURA**

( ) Poliúria ( ) Grumos **COLHER URINOCULTURA**

( ) Oligúria ( ) Hematúria ( ) Colúria

**3.11 ) Perfomance Status:** Abrir escalas Zubrod e Karnofsky

#### 4. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS:

**4.1 - ESTADO EMOCIONAL:** ( ) Tranquilo ( ) Ansioso ( ) Assustado ( ) Choroso ( ) Agitado ( ) Irritado  
( ) Triste ( ) Agressivo

#### 4.2 - IMAGEM CORPORAL:

Existe alteração da imagem corporal ( ) Não ( ) Sim

Refere percepção alterada do corpo ( ) Não ( ) Sim

Apresenta respostas não verbais relacionadas à doença e suas consequências ( ) Não ( ) Sim

Evita reconhecer e tocar o próprio corpo ( ) Não ( ) Sim

#### 4.3- AUTO ESTIMA:

Apresenta verbalização auto negativa ( ) Não ( ) Sim

Apresenta expressões de vergonha ( ) Não ( ) Sim

Verbaliza sentimentos de culpa ( ) Não ( ) Sim

Avalia a si mesmo como incapaz ( ) Não ( ) Sim

#### 4.4- AMOR / ATIVIDADE GREGÁRIA / FAMÍLIA:

Recebe suporte da rede social ( ) Não ( ) Sim:

( ) cônjuge ( ) família ( ) amigos ( ) vizinhos ( ) religioso ( ) outros

Necessita de cuidador: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_

#### 4.5- RECREAÇÃO E LAZER:

Atividades de lazer e recreação ( ) Não ( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_

**AUTO CUIDADO:** ( ) Independente Dependente: ( ) Parcial ( ) Total

#### 5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS:

##### 5.1 CRENÇA/RELIGIÃO:

( ) Não ( ) Sim: ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Outras: \_\_\_\_\_

Solicita apoio religioso: ( ) Não ( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_

**6.Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\*Assinatura enfermeiro

\_\_\_\_\_  
\*\*Assinatura enfermeiro

**SIGLAS:** **CCIP** - Cateter Central de Inserção Periférica; **CPD** - Cateter Peri Dural; **DVE** - Derivação Ventricular Externa; **DVP** - Derivação Ventrículo Peritoneal; **EVA** - Escala Visual Analógica; **PIC** - Pressão Intra craniana **VM**-Ventilação controlada; **SIMV**-Ventilação mandatória intermitente; **CPAP**- Pressão Positiva contínua nas vias aéreas; **PSV**- Suporte Pressórico Ventilatório; **MMSS**-Membros superiores; **MMII** Membros inferiores **DIH**-Dias de internação hospitalar **FSC**-Fossa supra-clavicular.





## ANEXO Nº 1



A(o): Enfª Marise Dutra Souto  
Pesquisador(a) Principal

Rio de Janeiro, 18 de setembro de 2009.

**Registro CEP nº 57/09** (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)  
**Título do Estudo:** O significado da implantação da sistematização da assistência de enfermagem no processo de trabalho

Prezado(a) Pesquisador(a),

Informo a composição do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer que analisou e aprovou o estudo acima especificado.

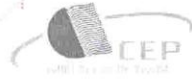
*Adriana Scheliga  
Ana Lúcia Amaral Eisenberg  
Ana Valéria Paranhos Miceli  
André Marcelo Machado Soares  
Beatriz Jardim  
Carlos Henrique D Silva  
Célia Helena Fernandes Costa  
Cláudio Gustavo Stefanoff  
Eliana Teixeira Maranhão  
Héliton Spindola Antunes  
Ivan da Costa Marques  
Marcelle Coelho de Rosario  
Maria Beatriz Kneipp Dias  
Márcia de Fátima Batalha de Menezes  
Michele Quarti  
Miguel Ângelo Martins Moreira  
Orany Francisco Araújo Sobrinho  
Paulo Alexandre Mora  
Ricardo Silva  
Urquilei dos Santos Pinheiro  
Virgínia Pires  
Walter Esteves Piñeiro  
Wilza Barbosa Felipe*

*Médica Oncologista Clínica HC I - Coordenadora  
Médica Patologista – DIPAT  
Psicóloga do Serviço de Psicologia - HC I  
Teólogo / Filósofo Extra INCA  
Nutricionista - CONPREV  
Médico HC IV – Coordenador Substituto  
Enfermeira da Oncologia – HC I  
Coordenador do Laboratório do BNT - CPQ  
Fisioterapeuta da Fisioterapia - HC I  
Dentista do Serviço de Pesquisa Clínica - CPQ  
Matemático Extra INCA  
Advogado Extra INCA  
Enfermeira da Divisão de Atenção Oncológica - CONPREV  
Enfermeira da Divisão de Enfermagem - HC I  
Enfermeira - Extra INCA  
Biólogo da Divisão de Genética - CPQ  
Representante de Usuários - CES/RJ  
Médico Oncologista - HCII  
Chefe do Biotério - CPQ  
Representante de Usuários - CES/RJ  
Bióloga - CEMO  
Advogado Extra INCA  
Enfermeira da Comissão de Infecção Hospitalar - HC III*

Atenciosamente,

Dra. Adriana Scheliga  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP-INCA

## ANEXO Nº 2



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### O Significado da Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em uma Unidade Cirúrgica de Mastologia Oncológica

Prezado senhor (a), meu nome é Marise Dutra Souto, enfermeira do Serviço de Educação Continuada do HCIII (INCA) e estou desenvolvendo um estudo para a conclusão do curso de Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro. Você trabalha no HCIII, que está em processo de implantação da SAE. Por isso, está convidado a participar de um estudo como voluntário de uma entrevista semi-estruturada. O mesmo tem o objetivo de descrever o significado atribuído pela equipe de enfermagem às mudanças desenhadas pela implantação da SAE em uma unidade cirúrgica de mastologia oncológica, podendo revelar subsídios técnico-administrativos para implantação da SAE em outras instituições.

As informações a seguir são úteis para você conhecer mais detalhes do estudo.

#### PROCEDIMENTOS

Para a fase de coleta de dados, serão realizadas: análise de documentos, observação participante e entrevista semi-estruturada. Esta só será possível caso você concorde em participar do estudo. A entrevista será previamente agendada e gravada em fita magnética.

#### MÉTODO ALTERNATIVO

É facultada a não participação no estudo.

#### RISCOS

Sua participação não envolve nenhum risco.

  
Dra. Adriana Scheliga  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP-INCA

#### BENEFÍCIOS

Gerar recursos organizacionais e criar condições favoráveis para superar resistências e transformar o Serviço de Enfermagem, de modo que a implantação da SAE seja um processo coletivo e institucional.



### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações e entendi o propósito do estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Por intermédio deste documento, dou livremente meu consentimento para participar do estudo, entendendo todos os procedimentos, sabendo que poderei desistir caso assim desejar, sem haver qualquer prejuízo.

Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do voluntário)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dia mês ano

\_\_\_\_\_  
(nome do voluntário – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, esclareci os pontos relevantes do estudo ao voluntário.

\_\_\_\_\_  
(assinatura da pesquisadora)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dia mês ano

  
Dra. Adriana Scheliga  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP-INCA