



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

REMO RODRIGUES CARNEIRO

Sistematização da Assistência de Enfermagem
no Centro de Terapia Intensiva de um hospital referência
em Urgência e Emergência

Belém – PA
2018

REMO RODRIGUES CARNEIRO

Sistematização da Assistência de Enfermagem
no Centro de Terapia Intensiva de um hospital referência
em Urgência e Emergência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PPGENF, do Instituto de Ciências da Saúde – ICS, da Universidade Federal do Pará – UFPA, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientador: Prof. Dr. Genylton Odilon Rêgo da Rocha.

Belém – PA
2018

REMO RODRIGUES CARNEIRO

Sistematização da Assistência de Enfermagem
no Centro de Terapia Intensiva de um hospital referência
em Urgência e Emergência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PPGENF, do Instituto de Ciências da Saúde – ICS, da Universidade Federal do Pará – UFPA, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientador: Prof. Dr. Genylton Odilon Rêgo da Rocha.

Data de Aprovação: ____ / ____ / ____.

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. GENYLTON ODILON RÊGO DA ROCHA – orientador
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof^a Dr^a MARY ELIZABETH DE SANTANA – 1^a examinadora
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof^a. Dr^a. VERA LÚCIA DE AZEVEDO LIMA – 2^a examinadora
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof^a Dr^a SANDRA HELENA ISSE POLARO – Suplente
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Belém – PA
2018

A meu pai, Sebastião (*in memoriam*) que me ofertou, como uma de suas maiores heranças, a oportunidade para estudar.

Por todo incentivo, por cada dia de trabalho de sua vida dedicado ao crescimento moral, pessoal e intelectual dos seus filhos, o meu amor incondicional!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e por me conduzir SEMPRE pela melhor direção, mesmo quando me apresentei incapaz de enxergar Seus planos para mim.

A meus pais, alicerce sólido e apoio incondicional em todos os meus momentos, bons e ruins.

A meus irmãos, batalhadores e companheiros de vida e meu refúgio, sempre apoiadores, cada um a seu modo, de minhas conquistas.

Aos meus amigos, principalmente os que trago desde a infância, sempre presentes nos bons e maus momentos e sempre me apoiando e incentivando a não fraquejar no caminho. Sou incapaz de aqui citar nomes para não ser injusto com ninguém. O meu muito obrigado a todos por tudo.

Aos meus companheiros de mestrado da turma 2016 por todo compartilhamento de conhecimento e, principalmente aos meus companheiros da Linha de Pesquisa de Educação, Daniela, Pâmela, Marília e Emerson. Juntos fomos cúmplices, vivemos dilemas e problemas, e hoje temos a certeza dessa amizade para a vida.

A meu orientador, Prof. Genylton, por toda paciência e por abraçar esse desafio juntamente comigo. Às professoras Sandra Helena Isse Polaro, Vera Lúcia de Azevedo Lima e Mary Elizabeth de Santana por todos os conselhos e boas dicas fornecidas para a confecção dessa pesquisa.

A meu namorado André, importantíssimo na fase de finalização dessa pesquisa, que com palavras amigas e incentivadoras, sempre renovava meus anseios e minhas energias.

A todas as pessoas que verdadeiramente vibraram com essa conquista. Aqui encerro mais uma etapa de um planejamento profissional traçado em longo prazo, em idos de 2002. Muito ainda há por vir e muito há ainda que se percorrer. Obrigado por todo o apoio.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados”.

(Florence Nightingale)

RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica cada vez mais utilizada para orientar a prática profissional do enfermeiro, principalmente para os que atuam no Centro de Terapia Intensiva (CTI), sendo capaz de fornecer uma maior segurança à assistência prestada ao paciente crítico, elevando a qualidade dos cuidados e proporcionando uma maior autonomia aos profissionais de enfermagem. Essa necessidade de orientação do serviço de enfermagem a partir de uma metodologia ocorre impulsionada pelo elevado processo de globalização da informação e da necessidade de otimizar recursos, diminuir custos, aumentar a segurança do paciente e proporcionar uma maior credibilidade, competência e visibilidade ao profissional, a partir de uma maior autonomia de suas ações. Com o propósito de *conhecer como a equipe de enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva de um hospital público referência em urgência e emergência compreende a SAE*, esta pesquisa de cunho qualitativo, do tipo estudo de caso, utilizou um roteiro de entrevistas com os enfermeiros do lócus de pesquisa (CTI). O método escolhido para a análise dos dados foi análise de conteúdo, buscando identificar estruturas, padrões e elementos semelhantes que traduzissem a realidade e pudessem responder às questões de pesquisa propostas no estudo. A relevância acadêmica da pesquisa está pautada no fato de não haver, na região amazônica, sobretudo no estado do Pará, estudos que tratem sobre a sistematização da assistência de enfermagem em hospitais locais ou que abordem a maneira como esse conhecimento é aplicado na prática profissional, limitando-se, quando há, a estudos teóricos sobre a temática. Concluiu-se que há carência de conhecimentos dos enfermeiros pesquisados sobre a SAE no tocante a sua aplicação sequencial e implementação plena. Identificou-se que há ausência de fases, instrumentos adequados para registro dos cuidados realizados e ausência de um referencial teórico que sustente a assistência prestada ao paciente. Há, também, muito que melhorar no que se refere à plena implantação e implementação da SAE no ambiente pesquisado. Sugere-se uma mudança escalonada que parte do estabelecimento de uma Filosofia, missão e objetivos do Serviço de Enfermagem como um todo, para posteriormente se promover e incentivar uma larga atualização de conhecimento de todos os integrantes da equipe de enfermagem e, assim, estabelecer a criação de grupos de trabalho para discussões de como se melhorar a assistência e buscar o apoio institucional sob a justificativa de elevação da qualidade da assistência prestada.

PALAVRAS CHAVE: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Centro de Terapia Intensiva. Enfermeiros.

ABSTRACT

Systematization of nursing care is a scientific methodology used to specifically guide the nursing practices of those working in the Intensive Care Center. They provide a better quality in patient treatments increasing the professional's autonomy of the staff involve in the process. The necessity of standardization of information and the need to optimize resources, reduce costs, increase patient's safety and provide greater credibility, competence visibility and autonomy to the nursing professionals are the ideals ones to achieve. The purpose is knowing how the nurses team work in the Intensive Care Center of a public hospital in emergency and urgency unit. This study case used a script of interviews apply with the nurses involved in locus. The method chosen is qualitative and involves data analysis that looking for identifications of patterns structures and similar elements that translated the reality and can answer certain questions about the study. The relevance of the study is based on the fact that, in the Amazon region, especially in the state of Pará, there are no studies that deal with the systematization of nursing care in local hospitals or addresses the way in which these knowledges are applied to. When these studies exist, they are theoretical only. It was concluded then that there is a little knowledge about Systematization of nursing care regarding its sequential application and full implementation, too. It was identified that there are no ways or adequate instruments to register the care performed by professionals and an absence of a theoretical framework applied to that supports for the patients. There is much to improve in terms of full implementation of Systematization of nursing care, either. It was suggested a change of approach that starts from the establishment of philosophy, mission and objectives concepts of the Nursing Service as a whole. The promotion and encourage of a creation of working groups for discussions on how to improve care and seek institutional support under the justification of raising the quality of care is proposal too.

KEY WORDS: Systematization of Nursing Care. Intensive Care Center. Nurses.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 UMA BREVE DISCUSSÃO TEÓRICA SOBRE A SAE	22
2.1 Os primórdios da Enfermagem e o ato de cuidar	22
2.2 O Processo de Enfermagem	25
2.3 O surgimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a partir da Evolução do Processo de Enfermagem	28
2.3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB)	29
2.3.2 Teoria do Auto Cuidado	35
2.4 O Diagnóstico de Enfermagem como Fase Essencial do Processo de Enfermagem e a criação da NANDA Internacional, Inc. ®	38
2.5 Aspectos Legais Sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Exercício Profissional	42
2.5.1 A Regulamentação do Ensino de Enfermagem no Brasil (1920 a 1931)	42
2.5.2 A Regulamentação do Exercício Profissional de Enfermagem (1955 a 1990)	43
2.5.3 A Afirmação do Processo de Enfermagem enquanto prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem	47
2.6 Etapas/Fases do Processo de Enfermagem	52
2.6.1 Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)	53
2.6.2 Diagnóstico de Enfermagem	54
2.6.3 Planejamento de Enfermagem (Resultados e Plano de Cuidados)	58
2.6.4 Implementação	60
2.6.5 Avaliação de Enfermagem	61
3 O HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MÁRIO PINOTTI: ASPECTOS GERAIS	62
3.1 Conhecendo o hospital e sua Equipe de Enfermagem	62
3.2 Considerações sobre o lócus de pesquisa: o Centro de Terapia Intensiva	65
4 A SAE NO CTI DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MÁRIO PINOTTI SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS	67
4.1 O conhecimento dos enfermeiros sobre a SAE	68
4.2 O processo de aplicação da SAE pelos enfermeiros atuantes no CTI	77
5 CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS	91
ANEXO 01 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	99
ANEXO 02 – Termo de Autorização da Pesquisa em Âmbito Hospitalar	102
APÊNDICE 01 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105

APÊNDICE 02 – GUIA DE ENTREVISTA	106
APÊNDICE 03 - CRONOGRAMA	109
APÊNDICE 04 – DECLARAÇÃO DE INSEÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO AO HPSM- MP	110
APÊNDICE 05 - ORÇAMENTO	111

1 INTRODUÇÃO

Ao entrar no Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Pará no ano de 2002, entre muitas dúvidas que pairavam em minha mente, estava a que tratava da relação do profissional enfermeiro com o paciente: qual deveria ser minha postura diante do paciente doente a mim responsabilizado? Como eu poderia contribuir para a **cura/recuperação da doença** do paciente? A última pergunta, não à toa, teve aqui a expressão **cura da doença** negritada pelo simples fato de que, ainda no primeiro semestre de curso, mesmo com entendimento limitado devido à carência de conhecimento científico sobre o assunto, fui apresentado ao cerne da enfermagem, o qual tem seu foco centrado não na cura da doença, mas sim na figura do ser humano, objetivando o reestabelecimento e/ou auxílio de suas habilidades de autocuidado (consideradas essenciais à vida) e que foram afetadas por conta da doença.

Para a população em geral (e para mim naquele momento, então acadêmico de enfermagem) é difícil compreender qual o campo de atuação do enfermeiro sem conhecimento científico e prático em saúde. Tentarei aqui explicar como é o processo de trabalho da enfermagem no intuito de que não pairarem dúvidas sobre o objeto deste estudo, conhecido nos seus primórdios históricos como PROCESSO DE ENFERMAGEM e, mais atualmente, como SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, também chamada pelos profissionais de enfermagem pela simples abreviação SAE. Ratifico aqui a importância desse esclarecimento sobre a profissão enfermagem, pois o que observo entre os enfermeiros e entre a equipe multiprofissional de saúde, são dúvidas e desconhecimento sobre o papel do enfermeiro junto ao paciente.

Na Semiologia de Enfermagem, o enfermeiro realiza o HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, momento/etapa onde são colhidas informações sobre seus antecedentes mórbidos pessoais, familiares e queixas principais atuais. Sequencialmente, o enfermeiro realiza o DIAGNÓTICO DE ENFERMAGEM, que é uma descrição da resposta humana aos problemas de saúde atuais ou potenciais, que acabam por comprometer sua independência, necessitando da intervenção da enfermagem para no auxílio ou execução de cuidados que venham a suprir as necessidades essenciais de cada indivíduo, conhecidas como NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHB). Identificado os problemas e necessidades humanas básicas afetadas, o enfermeiro estabelece para o paciente o PLANO DE CUIDADOS ou PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM, um conjunto de cuidados e ações que

devem ser executados pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem a fim de atender as já referidas Necessidades Humanas Básicas que foram comprometidas pelo estabelecimento da doença. O objetivo desses cuidados, além de suprir as necessidades do paciente, visa também o restabelecimento da independência do paciente para execução das necessidades comprometidas, até que não seja mais necessário o auxílio da equipe de enfermagem (GEORGE, 2000).

Percebe-se, após a leitura do parágrafo anterior que a enfermagem tem seu foco no CUIDAR do ser humano, a partir de ações diretas junto ao paciente enfermo, que teve sua vida e independência alteradas pela doença instalada em seu organismo. Diante do exposto, é possível que ainda pairam dúvidas acerca do tema aqui proposto. Não à toa, mesmo com cinco anos de estudo dentro da academia, comumente observamos enfermeiros que desconhecem seu próprio papel e objeto de trabalho, sobretudo entre enfermeiros que possuem maior tempo de formação (CUNHA, 2003).

É fato que a Sistematização da Assistência de Enfermagem existe em todos os hospitais, consequência da determinação legal estabelecida pelo conselho de classe da categoria (BRASIL, 2009) de que nenhuma unidade de saúde deva estabelecer e/ou prestar assistência de enfermagem sem o seu devido embasamento/orientação via plano de cuidados de enfermagem, elaborado, privativamente, pelo enfermeiro, a partir da avaliação do paciente baseada em conhecimentos técnicos e científicos que sejam capazes de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares, de integração multiprofissional e estratégias humanizadas de cuidado. Assim, a assistência sistematizada é capaz de gerar a organização do trabalho, segundo as fases do seu fluxo, refletindo em muitos benefícios para o reestabelecimento da saúde do paciente, como segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, bem como a individualização da assistência de acordo com as necessidades biopsicossociais próprias de cada um, proporcionando, entre outros benefícios, visibilidade e autonomia para o enfermeiro enquanto líder de uma equipe profissional responsável em assistir o paciente nas 24h do dia, além de diminuir o tempo de hospitalização e conseqüentemente, gerar economia de recursos para a instituição (DINIZ, 2004).

A escolha do tema Sistematização da Assistência de Enfermagem ocorreu diante das situações cotidianas vivenciadas nos hospitais enquanto profissional enfermeiro. Sabedor por formação de que esta metodologia, como dito anteriormente, é capaz de organizar o planejamento e execução dos cuidados que serão diretamente realizados pelo enfermeiro e

equipe de enfermagem junto ao cliente, direcionando e personalizando a assistência de enfermagem, pude observar nos mais variados hospitais e diferentes setores e clínicas que existe um subjugamento da SAE enquanto prática de enfermagem.

Posso dizer que esse subjugamento não é total, haja vista a necessidade da existência do “impresso” *Plano de Cuidados de Enfermagem* para cumprir fins legais (atender às normativas do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN) e Institucionais (o impresso é, obrigatoriamente, parte integrante do prontuário do paciente e sua ausência é motivo de glosa de prontuários, quer seja junto ao SUS/Secretarias de Saúde/Ministério da Saúde, quer seja junto a convênios de cunho particular e/ou complementar ao SUS).

Entretanto, o fato de existir em todos os hospitais para cumprir uma questão legal não indica que a Assistência de Enfermagem seja realmente sistematizada da maneira preconizada pelo conselho de classe e da maneira ensinada e tão fortemente defendida no meio acadêmico. A existência de falhas e dificuldades para a concepção e estabelecimento de uma rotina diária de assistência sistematizada individual é consenso entre os profissionais. Muitas dificuldades são comuns a vários hospitais, outras são específicas, segundo a clínica, demanda, público atendido e nível de comprometimento da equipe para organização e autonomia do serviço em enfermagem.

Segundo Santos (2014), mesmo após anos de sua criação e oferecendo tantas vantagens para o profissional e o indivíduo, sua implantação ainda não ocorreu a contento. Isso deve a uma série de obstáculos que necessitam ser vencidos como: falta de reconhecimento por parte da equipe de enfermagem, número adequado de profissionais de enfermagem nos serviços¹, envolvimento com processo, valorização por parte da administração da instituição, bem como os indicadores de resultado da assistência. Além disso, realizar este processo requer do profissional base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do outro.

¹ Segundo estudo realizado por Braga e Selow (2016) entre os anos de 2007 e 2014, a inadequação dos recursos humanos interfere na qualidade do atendimento, na segurança do paciente e no custo da assistência, levando a eventos adversos. Tomasi et al (2001), por sua vez, afirmam que a preocupação com questões de quantificação de pessoal de enfermagem sempre esteve presente no discurso oficial das instituições hospitalares. Entretanto, ainda segundo estes autores, não tem se traduzido em decisões concretas para definição e implementação de políticas capazes de enfrentar ou resolver os problemas que, junto com o crescimento e diversificação dos próprios serviços de saúde, vêm se acumulando e adquirindo contornos progressivos. Para Vasconcelos et al (2017), o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) constitui uma das formas de avaliar qualitativamente as necessidades de pessoal de enfermagem para a assistência, considerando o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de Enfermagem, a partir do estabelecimento do tempo despendido no cuidado direto e indireto, afim de atender às necessidades bio-psico-sócio-espirituais do paciente.

Considerando essas dificuldades, inicio falando sobre o número insuficiente desses profissionais nos serviços de saúde. Há desproporção entre número de pacientes e o quantitativo de enfermeiros responsáveis pela assistência. O que se observa é o acúmulo de tarefas para um único profissional, dentre elas destacam-se prestar assistência de enfermagem sistematizada individualizada em todas as suas fases (histórico, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, evolução do estado geral e posterior avaliação da assistência), realizar procedimentos invasivos e assistências mais complexas privativas de sua função, fazer horário de medicações prescritas, atender intercorrências emergenciais, entre outras *atividades de cunho administrativo*² que por si só, se enumeradas neste texto já originariam uma extensa listagem.

Ao longo dos anos identificamos mudanças nas ações do enfermeiro em função das necessidades dos serviços de saúde, determinadas por suas políticas, com o afastamento gradativo desse profissional em relação ao cuidado direto ao paciente, e sua inserção gradativa nas atividades de gerenciamento do cuidado e da unidade no cotidiano do trabalho. Assim, o cuidado direto passa a ser desempenhado mais frequentemente pelas demais categorias de enfermagem (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Diante do exposto, com uma rotina de serviços com várias atividades a serem cumpridas, tendo o tempo como o principal inimigo, é difícil (e diria até impraticável) executar com rigor todas as fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem como a mesma deveria ser executada.

Além de um quantitativo deficitário de enfermeiros, o que se observa nos hospitais é a prática de uma enfermagem extremamente dependente da prescrição médica e todos os esforços são direcionados a cumpri-la fielmente, sem falhas e que todos os entraves para sua execução sejam registrados de maneira compreensível. Ora, este é apenas um dos muitos cuidados a serem adotados pela equipe de enfermagem, incluindo o enfermeiro. Assim, a realidade instalada nos hospitais é a confecção do plano de cuidados de maneira aleatória sem considerar as particularidades de cada um, onde a equipe “checa” os cuidados como realizados, executando-os da maneira mais conveniente e segundo a disponibilidade

² As atividades de cunho administrativo incluem tarefas como resolver problemas de lâmpadas queimadas, falha na rede de gases medicinais, verificação do quantitativo de materiais dos mais variados tipos e abastecimento do setor quando estes estão em falta, acionar médicos de sobreaviso, acionar laboratório para coleta de exames, protocolar os mais variados documentos, autorizar entrada ou saída de equipamentos do setor, entre outras muitas tarefas que poderiam ser plenamente executadas por um Assistente Administrativo de nível médio. Vale ressaltar que estas tarefas atribuídas pela própria administração do hospital como de responsabilidade do enfermeiro de cada setor.

individual de cada profissional, deixando a assistência sem um começo, um meio e um fim ordenado, o que, em muitos casos, quando executada da maneira correta, poderia diminuir o tempo de hospitalização do paciente. Eis aqui, outro fator primordial: a ausência de indicadores institucionais que demonstrem de maneira científica o impacto das ações de enfermagem sobre a recuperação do paciente. Se estudos analíticos da realidade instalada fossem desenvolvidos de maneira continuada, poderia se estabelecer um padrão que, continuamente avaliado, elevaria a qualidade da assistência prestada, obviamente, a partir de uma sistematização que direcionasse as ações.

Assim, diante de muitas particularidades de cada ambiente hospitalar, do subjugamento de todo o processo da Sistematização e diante do acúmulo de funções que não fazem parte do rol de responsabilidades do profissional enfermeiro, obteve-se o desejo de investigar mais sobre o processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti, também conhecido como HPSM Mário Pinotti ou PSM 14 de Março, hospital público municipal de Urgência e Emergência que atende a pacientes oriundos dos diversos municípios da Região metropolitana de Belém e seus arredores, incluindo, ainda, pacientes pertencentes a estados vizinhos, como Maranhão e Amapá.

A escolha deste *locus* de pesquisa deve-se ao fato de o mesmo abrigar diferentes clínicas, diversas especialidades³ além de atender a diferentes grupos sociais. Esta pluralidade faz deste hospital um excelente campo de pesquisa para a temática proposta, haja vista a grande necessidade de uma enfermagem eficiente, como uma assistência sistematizada e individualizada. O hospital pesquisado possui em seu corpo funcional um quadro de 102 (cento e dois) enfermeiros, entre servidores efetivos e contratados.

A amostra desse estudo é composta 05 (cinco) enfermeiros que compõem a equipe fixa de um dos setores do hospital. O setor hospitalar escolhido para a realização dessa pesquisa foi o Centro de Terapia Intensiva (CTI), por ser o ambiente que agrega uma equipe multidisciplinar fixa, possui uma organização diferenciada em relação aos demais setores do hospital, além de possuir pacientes em estado crítico e que demandam cuidados intensivos de enfermagem sistematizados. Constitui-se, portanto, em uma amostra por conveniência por entender que a mesma adquire um sentido muito particular, estando inserida no seu contexto,

³Desde as mais simples, como as de atenção em clínicas médica, até mais complexas, como as clínicas de cirurgia geral e traumatológica, até as mais especializadas, como Neurologia Clínica, Neurocirurgia, Nefrologia e Hemodiálise, Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Cirurgia Torácica, Cabeça e Pescoço, Cirurgia Vascular, Cirurgia Reparadora e Bucomaxilofacial, entre outras.

sendo meramente reguladora de um processo, do qual se pretende explorar, descrever e/ou explicar.

Esta técnica é muito comum e consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível. Ou seja, os indivíduos empregados nessa pesquisa são selecionados porque eles estão prontamente disponíveis, não porque eles foram selecionados por meio de um critério estatístico. Geralmente essa conveniência representa uma maior facilidade operacional e baixo custo de amostragem (VENTURA, 2007)

Assim, diante de muitas indagações sobre o processo diário de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, surgiram as seguintes **questões de pesquisa**:

- ✓ Que conhecimentos os enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva possuem sobre SAE?
- ✓ Como a SAE vem sendo aplicada pelos enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva?

O estudo foi desenvolvido com o **propósito** de conhecer como a equipe de enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva de um hospital público referência em urgência e emergência compreendem a SAE.

Como **objetivos específicos**, o presente estudo se propõe a:

- ✓ Analisar o conhecimento dos enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva sobre a SAE;
- ✓ Descrever como ocorre o processo de aplicação da SAE no Centro de Terapia Intensiva;

A pesquisa é original e relevante ao meio acadêmico pelo fato de não haver na região amazônica, sobretudo no estado do Pará, estudos que tratem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em hospitais da região. Esse fato foi verificado por Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009), que tratam sobre a implementação da SAE nos serviços de saúde do Brasil a partir da análise de 30 (trinta) estudos publicados no período de 1986 a 2005 nas bases de dados LILACS, BDENF e SCIELO, as quais compreendem um grande número de publicações latino-americanas na área de enfermagem. Nesse estudo, observa-se que todas as

pesquisas consultadas foram desenvolvidos em hospitais das regiões sul, sudeste e nordeste do país e nenhum na região norte.

Além disso, a linha de pesquisa EDUGESPEN⁴ do curso de mestrado desta universidade centraliza suas pesquisas para a região amazônica, motivo pelo qual me instigou o desenvolvimento deste estudo como forma de sensibilizar os enfermeiros para o pensamento crítico-analítico sobre questões inerentes a profissão, já discutidas anteriormente.

Abordar a temática aqui proposta me desafiou a buscar aprofundamento em teorias e métodos de assistência que a grande maioria dos acadêmicos e profissionais não gosta de estudar e/ou abordar. Talvez esta seja mais uma causa a ser identificada para a não existência de uma assistência de enfermagem sistematizada.

Pode-se dizer que o estudo aqui apresentado é uma pesquisa *qualitativa*, do tipo *estudo de caso*, por se tratar de uma estratégia de pesquisa capaz de investigar a história de um fenômeno a partir da reunião de informações detalhadas e sistemáticas, em pesquisa de campo por observação direta de uma realidade ou, ainda, a partir de entrevistas. O estudo de caso como modalidade de pesquisa é entendido, segundo Ventura (2007), como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais. Visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações.

A sociologia e antropologia foram as primeiras ciências a utilizar os estudos de caso, no final do século XIX e início do século XX, com Frédéric Le Llay, na França, Bronislaw Malinowski e membros da Escola de Chicago, nos Estados Unidos. Estes estudos, nas diversas áreas do conhecimento, buscavam estudar a vida em sociedade, a partir do estudo de um caso, geralmente problemático, para fins de diagnose, tratamento ou acompanhamento. Posteriormente, os cursos de direito, administração e ciências da saúde (medicina, enfermagem, etc.) passaram a utilizar os estudos de caso não apenas para a pesquisa, mas como recurso didático com o fim de ilustrar uma situação ou estimular situações de ensino (ANDRÉ, 2008).

⁴ O EDUGESPEN - Grupo de Estudos em Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado de Enfermagem foi criado em 2010 pela necessidade da produção de pesquisas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, junto ao Projeto Pedagógico do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará. O grupo tem como objetivo reunir alunos, docentes, enfermeiros assistenciais e demais profissionais da área da saúde e da educação na produção de conhecimento fundamentado em processos investigativos que articulem à práxis pedagógica, a gestão e o cuidado de enfermagem. Em seu desenvolvimento o Grupo se destaca, principalmente, em uma linha de Pesquisa, a de Educação, Formação e Gestão para a práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem. (Extraído na íntegra de <http://edugespenufpa.webnode.pt/sobre-nos/>).

Segundo Yin (2015), os estudos de caso são indicados como estratégia quando questões do tipo “como” e “por que” surgem como determinantes das indagações investigadas, quando o pesquisador possui pouco controle sobre os eventos a serem pesquisados e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Dessa maneira, o estudo de caso constitui o método que visa à compreensão de fenômenos sociais complexos, preservando as características holísticas e significativas dos eventos da vida real. Ainda segundo Yin (2015), os estudos de caso objetivam compreender o evento em estudo e, ao mesmo tempo, desenvolver teorias mais genéricas a respeito do fenômeno que se observa, indo muito além da descrição de fatos ou situações, buscando proporcionar conhecimento acerca do fenômeno estudado, comprovando e contrastando relações evidenciadas no caso. Em suma, o objetivo do estudo de caso é explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar o fenômeno existente.

Pode-se afirmar que no estudo de caso, o pesquisador é o principal instrumento de coleta e análise de dados, quando não é o único. Assim, haverá momentos em que sua condição humana será altamente vantajosa, permitindo reagir imediatamente, fazer correções, descobrir novos horizontes, bem como, haverá situações em que essa condição pode levar a cometer erros, perder oportunidades, envolver-se demais com certos casos e menos com outros. Saber lidar de forma consciente e ativa com sua condição humana é o desafio principal a ser enfrentado pelo pesquisador (ANDRÉ, 2008). Yin (2015) complementa essa teoria afirmando que “as demandas do estudo de caso sob o ponto de vista intelectual, pessoal e emocional são maiores do que as de qualquer outra estratégia de pesquisa.” Ou seja, pessoas (pesquisadores) que se sentem mais a vontade com esquemas flexíveis em relação a esquemas mais estruturados, se adaptaram melhor ao estudo de caso.

O método de coleta de dados ocorreu com o apoio de um **roteiro de entrevista**, contendo perguntas abertas sobre a temática Sistematização da Assistência de Enfermagem, estruturadas de maneira a responder as questões da pesquisa. Segundo André (2008), no estudo de caso a entrevista cumpre um papel fundamental: por meio dela o pesquisador é capaz de conhecer a visão de mundo e/ou a representação que os sujeitos têm de determinado objeto ou de sua condição. Ela deve ser planejada de forma muito clara e objetiva, pois se corre o risco do material coletado não atingir o resultado esperado. É muito fácil fazer perguntas e obter respostas, de certo modo, o entrevistado tem uma tendência a dar ao seu interlocutor a resposta que ele deseja, porém apenas o planejamento da entrevista é que irá

permitir a superação desses obstáculos. A recomendação nesses casos é sempre recorrer a manuais específicos que tratam da entrevista como técnica de coleta de dados.

Esta pesquisa iniciou com a confecção de um projeto de pesquisa para apreciação da banca de qualificação formada por 03 (três) discentes do curso de Mestrado acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Pará e, após aprovação da banca, encaminhou-se ofício ao HPSM Mário Pinotti solicitando de autorização para coleta de dados no referido hospital. De posse do Termo de aceite deferido, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde (ICS). Após essa etapa e sua resposta positiva, procedeu-se informe ao HPSM Mário Pinotti sobre a data de início da coleta de dados no local mediante ofício com cópia do Termo de Aceite do Comitê de Ética em pesquisa. Após liberação do hospital para o levantamento de dados, buscou-se junto aos enfermeiros do CTI, disponibilidade para participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os enfermeiros, sujeitos da pesquisa, foram entrevistados conforme guia de entrevista proposto. As entrevistas foram gravadas e transcritas simultaneamente com o auxílio de programa de celular Google Talk®. Após a transcrição dos áudios, retornou-se com o texto das falas a cada participante para que houvesse a verificação do conteúdo escrito e aprovação dos mesmos para início da análise dos resultados. Foi dada aos participantes, nesse momento, a oportunidade de corrigir ou acrescentar alguma informação às perguntas realizadas, bem como refazer a entrevista, parcial ou totalmente, ou mesmo deixar de participar da pesquisa. Todas as respostas foram aprovadas pelos seus respectivos participantes, sendo acrescentadas algumas palavras (destacadas entre colchetes) para melhorar ou mesmo complementar o entendimento das falas sem prejuízo, segundo os mesmos, do sentido da sua resposta fornecida à pergunta realizada. Posteriormente, os sujeitos da pesquisa foram aleatoriamente codificados como enfermeiro 01 a enfermeiro 05, de maneira que a sequência numérica não represente a ordem de entrevista dos participantes e com o intuito de preservar o anonimato da fonte. As falas transcritas foram lidas na íntegra, buscando-se por elementos semelhantes entre as falas dos participantes ou que traduzissem a realidade investigada, comparando-as entre si, a fim de determinar respostas e teorias para as perguntas da pesquisa.

O método escolhido para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo. Segundo Franco (2012), o ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada, expressando um significado ou sentido, permitindo ao pesquisador fazer inferências sobre qualquer um

dos elementos da comunicação (fonte, processo codificador que resulta em uma mensagem e se utiliza um canal de transmissão, um receptor e seu respectivo processo codificador), no intuito de se responder perguntas do tipo: o que se fala? O que se escreve? Com que intensidade? Para que serve? Com que frequência? Que tipos de símbolos figurativos são utilizados para expressar as ideias? E os silêncios? E as entrelinhas? A análise de conteúdo (ou análise semiótica) analisa, ainda, textos ou séries de textos e busca temas e significados ao observar a frequência com que determinados termos se repetem. Ou seja, buscará identificar-se estruturas e regularidades padrões no texto transcrito a partir da fala captada na entrevista, realizando, em seguida, inferências baseadas nesses padrões, buscando por elementos semelhantes ou que traduzam a realidade investigada, comparando-as entre si através da categorização construídas por meio de leitura exaustiva e profunda das falas transcritas, agrupando-os em temas significativos para o objetivo da pesquisa.

O Trabalho visto por uma visão ampla (macro) é composto por 05 (cinco) grandes seções.

A **INTRODUÇÃO**, aqui enumerada como a **seção 1** da presente pesquisa, apresenta o início de minha trajetória profissional e o surgimento do interesse pela temática abordada, agregando, ainda, a problemática, questões de pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos, a relevância da pesquisa, bem como a metodologia adotada para o seu desenvolvimento, bem como sua relevância para o meio científico.

A **seção 2, Uma breve discussão teórica sobre a SAE**, aborda a história da enfermagem enquanto ciência que cuida e aprimorou suas técnicas de cuidado, esclarecendo o surgimento da SAE a partir do Processo de Enfermagem. Como embasamento teórico, são utilizadas duas autoras clássicas da enfermagem, referência em assuntos relacionados ao processo do cuidado: Wanda de Aguiar Horta e Dorothea E. Orem, criadoras da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e da Teoria do Autocuidado, respectivamente. Além disso, é abordado o papel da NANDA Internacional, Inc ® (NANDA-I)⁵ na padronização mundial dos diagnósticos de enfermagem, sua fundação e sua influência sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Ainda como embasamento teórico, é pertinente tratar/abordar sobre os aspectos legais da Sistematização da Assistência de Enfermagem no exercício profissional, a partir de um

⁵ Nomenclatura e Abreviação utilizadas atualmente em lugar da antiga nomenclatura Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (traduzido do inglês North American Nursing Diagnosis Association), conforme explicado no último parágrafo da seção 2, Item 2.4, página 40.

apanhado geral acerca as resoluções do órgão de classe da categoria que tratam sobre a prática da SAE nos diferentes âmbitos de cuidado.

Por fim, está descrita em detalhes cada etapa do Processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem, para que, ao final desta seção, o leitor possa compreender o que é SAE, como ela surgiu e como ela se desenvolveu até os dias de hoje.

A **seção 3**, intitulada **O Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti: aspectos gerais** é subdividida em duas partes, a saber: *a primeira*, intitulada **Conhecendo o Hospital e sua equipe de enfermagem** foi escrita no intuito de apresentar o Local de pesquisa a partir de um resgate histórico desde sua criação, as transformações sofridas ao longo do curso temporal até os dias atuais, ressaltando sua importância para o serviço público de saúde, para a população da capital e para a demanda reprimida de saúde dos municípios do interior do estado do Pará. Nesse primeiro momento, é apresentada, ainda, a estrutura organizacional atual do serviço de enfermagem, como forma de ambientar o leitor a realidade ora investigada. A *segunda* parte desta seção, por sua vez, intitulada **Considerações sobre o lócus de pesquisa: o Centro de Terapia Intensiva** apresenta o setor de trabalho da população de amostra dessa pesquisa, relatando as rotinas de serviço de enfermagem nesse setor. Para escrever essa seção, foi necessário realizar um levantamento de informações no próprio hospital pesquisado, haja visto que não existem trabalhos ou pesquisas publicadas que tratem sobre a história do hospital ao longo de seus quase 100 anos de funcionamento. Ao procurar o Centro de estudos para o levantamento dessas informações, fui recebido pelo então coordenador do Centro, Raimundo Árias, funcionário do HPSM-MP desde 1979 e que me concedeu algumas informações históricas sobre o hospital e realizou o convite para participar de uma sessão especial da Câmara de vereadores de Belém no dia 30 de outubro de 2017, onde o mesmo proferiu uma palestra sobre a história do HPSM-MP, baseado em um resgate histórico realizado por ele que se encontra em fase de finalização e, portanto, ainda não publicado oficialmente. Coletaram-se, ainda, informações de um documento iconográfico (banner) sobre a história do HPSM-MP disponível no Centro de Estudos para consulta.

Considerada a penúltima da dissertação, a **seção 4** de nome **A SAE no CTI do Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti sob a ótica dos Enfermeiros**, contém os dados obtidos a partir as entrevistas realizadas com os enfermeiros do lócus de pesquisa. Esses dados foram organizados por categorias e elementos semelhantes, a fim de propor uma análise sobre a SAE no HPSM-MP a partir de padrões da fala captada junto ao entrevistado, comparando-as entre si. Essas informações são apresentadas em dois subtópicos: *O conhecimento dos*

enfermeiros sobre a SAE e O processo de aplicação da SAE pelos enfermeiros atuantes no CTI.

Por fim, a **seção 5, CONSIDERAÇÕES FINAIS** traz o desfecho da pesquisa, apresentado de maneira objetiva e coerente os resultados advindos da análise dos dados na seção anterior, bem como responde às questões de pesquisa propostas no início da investigação, elencando considerações a partir do que foi obtido.

2 UMA BREVE DISCUSSÃO TEÓRICA SOBRE A SAE

2.1 Os primórdios da Enfermagem e o ato de cuidar

À medida que se estuda a história de uma profissão, passamos a compreender o seu significado e sua importância à sociedade. O estudo da história da Enfermagem nos permite elucidar o cenário vivido e nos convida a compreendê-la a partir de sua evolução. O conhecimento da sua cultura, política e história, possibilitam que as antigas heranças e costumes possam ser aperfeiçoados e assim, dar abertura a uma nova visão do cuidado (OGUISSO, 2007).

No início da civilização, a doença era considerada como castigo divino, sendo assim, os sacerdotes e as feiticeiras que desempenhavam o papel de cuidador. Com o passar do tempo, alguns sacerdotes começaram a adquirir conhecimentos empíricos e a utilizar plantas medicinais, tornando-se curandeiros e passando este conhecimento de forma hereditária. Entretanto, esse saber empírico, foi se transformando ao longo do tempo, e na Idade Moderna, começou-se a aprimorá-lo e torná-lo científica, dando início, as Escolas de Enfermagem. Bem como, considerada fundadora da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale, tornou-se uma das primeiras especialistas no mundo em higiene e saneamento público, deixando um relevante legado no cuidado e atenção aos doentes (LOPES, 2010).

Humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano (GEORGE, 2000, p.159).

A humanidade tem visto diferentes formas do cuidar através de sua história, a enfermagem não existia como profissão. O cuidar na antiguidade era praticado somente no círculo familiar. Na Grécia e Roma antiga, os deuses eram responsabilizados por influenciar a cura e quem cuidava dos doentes eram as mulheres da nobreza. Esse tipo de trabalho, com o passar dos tempos, foi relegado aos escravos e às mulheres camponesas. Com o advento do cristianismo, as mulheres que cuidavam dos enfermos passam a ter um maior reconhecimento e respeito, dando início à Ordem das Diaconisas. Mesmo assim, em várias partes do mundo, os homens ainda eram considerados mais capacitados para o cuidar. Na Índia, as mulheres eram consideradas impuras. Somente os homens tinham permissão para realizar massagens

nos enfermos, dar banhos e ajudar a caminhar. E na Arábia Saudita, as mulheres eram consideradas incapacitadas para cuidar dos enfermos (MIRANDA, 2011).

Na idade média, com o declínio dos grandes impérios, houve o fortalecimento da religiosidade, a ascensão da igreja católica. Período que ficou marcado por grandes epidemias e pestes que assolavam a sociedade, que era totalmente teológica. A doença era vista e pregada pela igreja como um castigo de Deus, redenção dos pecados ou, no caso dos distúrbios mentais, como uma possessão demoníaca, por isso, os cuidados para com os doentes foi adotado pela igreja como uma prática de caridade. O tratamento do enfermo era pautado em exorcismos, penitências, orações e unções para afastar os maus espíritos, para a purificação da alma e as funções de sacerdotes e médico eram acumuladas pelos clérigos. A igreja considerava as ciências, em especial, a medicina, como blasfêmia perante o evangelho, por isso não havia mais pesquisas científicas. As práticas médicas eram consideradas desnecessárias, as medidas terapêuticas foram substituídas pelo conforto espiritual, portanto, a morte era considerada uma libertação do sofrimento (MOREIRA, 2002).

Ainda no período medieval, as ordens monásticas criaram os primeiros hospitais, que abrigavam e também excluíaam os doentes e os pobres. A assistência era destinada ao conforto espiritual e não para a cura. Somente no final da Idade média é que foram criados códigos sanitários visando a melhoria nas condições de higiene das cidades, já que ainda persistia como modelo explicativo das doenças a teoria miasmática, que preconizava a transmissão das mesmas através da inalação do ar corrompido por matérias em decomposição (MIRANDA, 2011).

A visão do cuidar como forma de caridade, de amor ao próximo e de humildade adotada pela igreja é que se fundamenta a história da enfermagem, onde o leigo executava os cuidados dentro desse conceito de altruísmo. O cristianismo proporcionou às mulheres, solteiras e viúvas, a oportunidade de realizar um trabalho de assistência aos pobres e doentes com a criação das ordens cristãs, como as diaconisas. Com o passar do tempo foram surgindo novas associações cristãs. Esse é o elo entre a assistência promovida pelas ordens religiosas e a prática de enfermagem proposta por Florence Nightingale. (COSTA, 2006).

Nascida em 12 de maio de 1820, de família rica, Florence Nightingale era extremamente religiosa, tinha por convicção ajudar os pobres e os doentes, diminuindo dessa forma seu sofrimento. É considerada em todo o mundo, como fundadora da enfermagem moderna. Foi educada dentro da aristocracia, aprendeu religião, matemática, filosofia e vários idiomas. Durante uma viagem cultural visitou Kaiserswerth, na Alemanha, onde conheceu o

trabalho exercido pela Ordem das Diaconisas, da Igreja Luterana. Então aos 30 anos toma a decisão de dedicar sua vida à enfermagem, iniciando assim seu treinamento em Kaiserswerth. Acompanhou também, o trabalho desenvolvido pelas irmãs de caridade de São Vicente de Paulo, no Hotel-Dieu, em Paris. Observou e realizou anotações, listas de funções, gráficos das atividades assistenciais e administrativas realizadas pelas irmãs (LOPES, 2011).

Na guerra da Criméia, em 1854, Florence foi nomeada superintendente do grupo de enfermeiras que foi enviado para prestar assistência em saúde aos feridos de guerra. Após o primeiro mês, Florence já havia implantado medidas de higiene ambiental, enfermarias arejadas, roupas de cama e pessoais lavadas e melhor alimentação hospitalar. Para os convalescentes, criou espaços para atividades e leitura. Pelo hábito de utilizar uma lâmpada à noite quando ia cuidar dos doentes, ficou conhecida como “a Dama da Lâmpada”. Foi pioneira na criação de métodos e normas aos cuidados com o doente e o ambiente. Suas anotações serviram de base para a enfermagem profissional com a criação da Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, em Londres (PEREIRA NETO, 2006).

No Brasil, a organização da enfermagem começou no período colonial estendendo-se até o século XIX. Os cuidados aos doentes eram exercidos na maioria dos casos por escravos, que auxiliavam os jesuítas, que também exerciam as funções de médicos e enfermeiros. As ervas medicinais eram a base do tratamento terapêutico. A primeira casa de misericórdia foi inaugurada, dentro dos padrões de Portugal, em 1543. Somente no século XIX, o Brasil instaurou medidas de proteção referente à maternidade, criando a sala de partos. Em 1832 foi organizada e criada a primeira Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde funcionava a escola de parteiras (PEREIRA NETO, 2006).

O desenvolvimento da área médica não influenciou de imediato a profissão de enfermagem. Anna Nery foi nome de destaque no período do império. Ofereceu-se para ir cuidar dos feridos na guerra do Paraguai (1864 a 1870), rompendo preconceitos da época. Não mediu esforços para cuidar dos feridos, improvisando hospitais. A primeira Escola de Enfermagem no Brasil foi implantada no Hospital Nacional de Alienados e foi instituída pelo Decreto Federal nº 791 de 27 de setembro de 1890, denominando-se atualmente Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Já no século XX, foi inaugurada a Escola de Enfermagem Anna Nery (1923); a Escola de Enfermagem Carlos Chagas (1933); Escola de Enfermagem Luisa de Marillac; Escola Paulista de Enfermagem e Escola de Enfermagem da USP (1944). (MOREIRA, 2002).

Uma das principais personagens na enfermagem brasileira foi a enfermeira Wanda de Aguiar Horta. Em seus estudos afirmou que a enfermagem não poderia sobreviver como ciência sem uma filosofia própria, assim esta profissão necessitava de três seres: ser enfermeiro; ser cliente/paciente; ser enfermagem. Horta desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas do Cuidado, tendo como objeto o ser humano, visando o bem-estar do mesmo e o ciclo para sua total recuperação. Os padrões de cuidados utilizados atualmente baseiam-se no modelo preconizado por Horta, já que o processo de enfermagem consiste em seis etapas, que em seu sentido geral buscam atender as necessidades básicas do paciente. Os dois primeiros passos (histórico e diagnóstico de enfermagem) destinam-se à investigação das necessidades do paciente; o terceiro e quarto passos (planejamento e intervenção de enfermagem) determinam os cuidados necessários; os dois últimos passos (evolução e prognósticos de enfermagem) avaliam a efetividade e os resultados das intervenções aplicadas, visando o atendimento do maior número de necessidades básicas (GONZALEZ-CASTILLO et al., 2016).

Assim, o apanhado histórico sobre a percepção da doença como castigo divino na era medieval, confrontado com as práticas de cuidar exercidas por diferentes sujeitos até a profissionalização da enfermagem, nos permite ratificar a necessidade de o enfermeiro pautar suas ações em pesquisas e aprimoramento das técnicas de cuidado adotadas. O saber fazer em enfermagem passa por um processo de transformação e melhorias à medida que os profissionais se comprometam a prestar um cuidado sistemático, com definição de metas a serem seguidas e objetivos a serem alcançados, no intuito de elevar a prática profissional. Florence Nightingale, Anna Nery, Wanda de Aguiar Horta foram modelos de transformação de realidade a partir da identificação dos problemas apresentados e execução de ações sistematizadas. Cabe a cada profissional, individual e coletivamente, resgatar da maneira devida e adotar em sua prática diária o direcionamento de cuidados elaborados a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem, prevendo, promovendo e recuperando a saúde dos indivíduos.

2.2 O Processo de Enfermagem

De acordo com Carvalho e Garcia (2002), a expressão "processo de enfermagem" foi empregada pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, para explicar o cuidado de enfermagem. Historicamente, podemos identificar até três gerações distintas do processo de

enfermagem, cada uma delas sendo influenciada pelo estado de desenvolvimento do conhecimento e pelas forças atuantes que lhe são contemporâneas:

- **Primeira geração:** Problemas e Processos (1950 a 1970);
- **Segunda geração:** Diagnóstico e Raciocínio (1970 a 1990)
- **Terceira geração:** Especificação e Teste de Resultados (1990 até a presente data)

Em se tratando da composição do Processo de Enfermagem, Horta (1995) relata que em 1967 um grupo da Universidade Católica identificou as fases do processo de enfermagem como:

- Levantamento(aqui incluído o diagnóstico de enfermagem)
- Planejamento
- Implementação

Lucile Lewis (1970 apud CARVALHO; GARCIA, 2002), em sua obra, descreve o processo de enfermagem também com três fases:

- Levantamento (aqui também inclui o diagnóstico de enfermagem, embora ela não use este termo, e sim identificação do problema e estabelecimento da prioridade)
- Intervenção
- Avaliação;

Já para a Associação Americana de Enfermeiras, conforme cita Jesus (2002 apud KLETENBERG, 2006) as etapas do processo são:

- Coleta de dados
- Diagnóstico de enfermagem
- Plano de Cuidados
- Revisão do plano

Dessa forma, até o final da década de 1960, observa-se que há inúmeros modelos do processo de enfermagem, mas nenhum deles apresentando uma base teórica, com exceção do apresentado por Callista Roy⁶, que se baseia na Teoria da Adaptação⁷ e consta das seguintes fases:

- Levantamento do comportamento do cliente
- Levantamento dos fatores influentes
- Identificação do problema
- Estabelecimento do objeto
- Intervenção
- Avaliação.

Daniel (1981 apud CARVALHO; GARCIA, 2002) afirma que já foram utilizados vários modelos de processo de enfermagem, os mundialmente mais conhecidos foram propostos por: Little e Carnevali (1971), Carrieri (1971), Carlson (1972), Yura (1973), Mitchell (1973), Lewis (1976), Horta (1965-1979), Daniel (1977), Paim (1978), Chalmers (1984) e Vietta (1986), cada um fundamentado essencialmente nos mesmos princípios básicos milenares do método científico, mas operacionalizado segundo visões filosóficas e técnicas diversas, favorecendo a rotina em variadas situações e condições.

Até o final da década de 1960, não tínhamos no Brasil um modelo de processo de enfermagem que fosse adotado de forma significativa e comum a muitos hospitais. Foi na década de 70 que Wanda Horta introduziu o Processo de Enfermagem em nosso país. Para Jesus (2002 apud KLETENBERG, 2006), nesta mesma década, o planejamento de cuidados se fortaleceu pela abordagem interdisciplinar, muito utilizada em alguns hospitais dos Estados Unidos e Reino Unido.

⁶Callista Roy, enfermeira formada em 1963, com Doutorado em Sociologia em 1977, desenvolveu um modelo de adaptação que foi a base de seu trabalho de graduação, sob orientação de Dorothy E. Johnson, pioneira da proposição da enfermagem como ciência e arte e que desenvolveu o modelo de sistemas comportamentais.

⁷ Apresenta elementos de fundamental importância para a prática da enfermagem. O receptor do cuidado de enfermagem, seja ele o indivíduo, a família, a comunidade ou a sociedade, cada qual com uma abordagem holística de adaptação. Os aspectos individuais compõem um ser unificado e as pessoas sempre estão interagindo com o ambiente, com permanente troca de informações, estímulos e respostas, constituindo um sistema em que existem entradas, saídas, controles e retroalimentação.

2.3 O surgimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a partir da Evolução do Processo de Enfermagem

Com o passar do tempo, a Enfermagem começou a se preocupar em executar suas ações de forma sistematizada, embasada em teorias e direcionada ao indivíduo, família e comunidade. Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) passa a ser sinônimo de processo de enfermagem, o qual representa um instrumento de planejamento e execução de cuidados (CARPENITO, 1997; ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Para Cunha (2003), foi durante as décadas de 1980 e 1990 que o planejamento do cuidado passou a ser incorporado com uma nova terminologia: a sistematização da assistência de enfermagem, dando-se maior atenção a segunda etapa do processo de enfermagem, a do diagnóstico, porém perdura até hoje a dificuldade de sua aplicação prática.

Dessa forma, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), segundo Tannure et al (2010), é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora na qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem.

Atualmente, o exercício profissional de enfermagem no Brasil, regulamentado e fiscalizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), estabelece as fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através de Resolução editada em 2009, a qual será comentada mais adiante.

A necessidade de se orientar a assistência de enfermagem a partir de uma metodologia científica está, nos dias de hoje, pautada no crescente processo de globalização da informação e nas atuais políticas públicas de saúde, quer seja como forma de maximizar recurso e diminuir custos, quer seja para oferecer respaldo científico, aumentar a segurança da assistência ao paciente a partir da melhora do cuidado em enfermagem ou mesmo dar maior credibilidade, competência e visibilidade ao profissional, conferindo-lhe maior autonomia em suas ações (TANNURE et al., 2010).

Dessa forma, após o passeio histórico realizado nos dois itens anteriores, pode-se aqui afirmar que a prática de uma assistência de enfermagem sistematizada em nível mundial sofreu várias influências teóricas segundo seu momento histórico, suas teorias adotadas como referência e a realidade praticada/vivenciada. No Brasil, é indispensável falar sobre a **Teoria**

das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Cardoso de Aguiar Horta⁸ e da **Teoria do Auto Cuidado**, de Dorothea E. Orem⁹, as quais influenciaram grandemente (e ainda influenciam) a maioria dos modelos de Sistematização adotados no Brasil.

2.3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB)

Segundo Horta (1979), nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria e assim tem de ser a enfermagem, que não deve prescindir de uma filosofia unificada que lhe dê bases seguras para o seu desenvolvimento.

Segundo a autora, existem três seres:

- Ser enfermeiro (gente que cuida de gente);
- Ser cliente/paciente (indivíduo, família, comunidade);
- Ser enfermagem (comprometimento, compromisso).

Horta (1979) coloca para discussão as seguintes questões: **a enfermagem é uma ciência? É uma teoria?** Para responder estas questões, diz que para ser ciência a enfermagem precisaria possuir um corpo de conhecimentos (e isso a profissão possui, segundo ela mesma), que sejam sistematizados e organizados (esta questão ainda não é dominada pela profissão). Por outro lado, para ser uma teoria, necessita possuir conhecimentos empíricos e teorias relacionadas entre si e referentes ao universo natural, a enfermagem possui todos os requisitos.

Além disso, Horta (1979) define ciência como sendo “a práxis, vontade de poder, em que a técnica é vontade de poder efetuada”. Já a teoria serve como “guia de ação, para coleta de dados, para a busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência”. Ainda assim, considerando que a caracterização de uma ciência se dá pela indicação clara de seu

⁸Wanda Cardoso de Aguiar Horta, nascida em 11 de agosto no ano de 1926 em Belém do Pará, foi uma notável professora do Curso de Enfermagem onde conseguiu introduzir conceitos da sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas: “Enfermagem é ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais; gente que cuida de gente” (GEORGE, 2000).

⁹Dorothea E. Orem nasceu em 1914, em Baltimore, Maryland, EUA, formando-se em 1930, recebendo o título de Bacharel em Ciências e Educação de Enfermagem em 1939 e Mestre em Ciências em Educação de Enfermagem em 1945. Obteve Doutorado em Ciências em 1945 e novamente em 1980 e 1988; Nomeada Membro Honorário da Academia Americana de Enfermagem em 1992. (GEORGE, 2000).

objeto, sua descrição, explicação e previsão, e que o objeto da ciência é o ente concreto que se revela ao homem.

Todo ente está no habitáculo do ser, um único ser pode ter seus entes concretos como objeto de várias disciplinas e que cada uma das ciências (administração, economia, história, sociologia, psicologia, medicina, antropologia) tem seu ente próprio, todas têm um único habitáculo, qual seja: o ser humano (HORTA, 1979).

Neste raciocínio, temos a enfermagem, segundo Horta (1979), sempre acumulando conhecimentos e técnicas empíricas, relacionadas entre si, que procuram explicar os fatos à luz do universo natural. O objeto da enfermagem é o ser humano, assistindo-o no atendimento de suas necessidades básicas, e estes são os entes da enfermagem. Ao descrevê-los, explicá-los, relacioná-los entre si e predizer sobre eles, caracteriza-se a enfermagem como ciência.

Wanda Horta partiu do pressuposto que as necessidades são universais, porém a forma de manifestação varia de uma pessoa para outra, conforme idade, sexo, cultura escolaridade, fatores socioeconômicos, ciclo saúde/enfermidade, ambiente, entre outros. Assim, Horta procurou iniciar o desenvolvimento de uma teoria, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, na qual procura mostrar a enfermagem como ciência aplicada, transitando da fase empírica para a fase científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia, como uma ciência independente.

No desenvolvimento de seus estudos, Horta inspirou-se na Teoria da Motivação Humana de Maslow, fundamentada nas necessidades humanas básicas. Elaborou sua teoria fundamentando as necessidades humanas básicas assim descritas:

- Necessidades fisiológicas;
- Segurança;
- Amor;
- Estima;
- Autor realização.

Segundo Maslow (1943 apud GEORGE, 2000), o indivíduo passa a buscar sempre satisfazer um nível superior ao que se encontra, onde se situa o permanente estado de

motivação por esta busca, nunca existindo satisfação completa, pois se assim fosse não existiria mais motivação.

João Mohana (1964 apud CARVALHO & GARCIA, 2002) classificou as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Em sua teoria, Horta introduziu em cada nível proposto por Mohana subgrupos de necessidades, de forma a justar esse modelo para a prática assistencial de enfermagem.

Na enfermagem, segundo Horta (1979), busca-se utilizar a denominação de João Mohana:

- Necessidades de nível psicobiológico;
- Necessidades de nível psicossocial;
- Necessidades de nível psicoespiritual.

Horta considera, ainda, a enfermagem como:

- Um serviço prestado ao ser humano;
- Parte integrante da equipe de saúde.

Definindo, assim, os seguintes princípios:

- O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, sujeito às leis que o regem no tempo e no espaço;
- O ser humano está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia;
- A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam ao desequilíbrio no tempo e no espaço.

Além de todas essas observações, Horta (1979) descreve o enfermeiro como integrante da equipe de saúde, sendo a enfermagem responsável pela (o) (s):

- Manutenção do equilíbrio dinâmico, prevenindo desequilíbrios e revertendo desequilíbrios em equilíbrio do ser humano, no tempo e no espaço;

- Ser humano que possui necessidades básicas que precisam ser atendidas para o seu bem-estar;
- Conhecimento do ser humano em relação às suas necessidades. Este conhecimento é limitado pelo próprio saber, o que exige um profissional para auxiliá-lo;
- Conhecimentos e técnicas de enfermagem acumuladas ao longo de séculos e que deverão ser utilizadas para o atendimento das necessidades básicas afetadas;
- Assistência a estas necessidades do ser humano, com a aplicação do conhecimento e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais.

Horta (1979), assim, define o primeiro conceito, que vem a ser o de que a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Para a autora, assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais. Este conceito de Horta (1979) impõe as seguintes proposições sobre as funções do enfermeiro:

- a) **Área específica:** assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e ensinar o autocuidado;
- b) **Área de interdependência:** atua na manutenção, promoção e recuperação da saúde;
- c) **Área social:** atua no ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal e participação na associação de classe.

Horta (1979) define alguns princípios para a enfermagem:

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano;
- A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio;
- Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação;
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

Segundo Horta (1979), a enfermagem para ser eficiente e eficaz necessita “atuar dentro de um método científico de trabalho”, a que chamou de processo de enfermagem. O processo de enfermagem é um processo de ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistir o ser humano, constituído, segundo ela, por seis fases ou passos:

- a) **Histórico de enfermagem**: consistindo no roteiro sistematizado para o levantamento de dados que tornam possível a identificação dos problemas;
- b) **Diagnóstico de enfermagem**: consistindo na identificação das necessidades do ser humano e a determinação do grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão;
- c) **Plano assistencial**, que consiste na determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido;
- d) **Plano de cuidados/prescrição de enfermagem**, que consiste na implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado), que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano;
- e) **Evolução de enfermagem**, que consiste no relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano sob assistência profissional, avaliando-se a resposta do ser humano à assistência implementada;
- f) **Prognóstico de enfermagem**, que consiste na estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Horta (1979) faz, ainda, considerações importantes sobre diferenças quanto aos significados do que segue:

1. **Assistência de enfermagem**: aplicação, pelo enfermeiro, do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visem atender às necessidades básicas do ser humano;
2. **Cuidado de enfermagem**: ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano.

Os instrumentos básicos, segundo Horta (1979), para a aplicação do Processo de Enfermagem são:

1. Habilidades;
2. Conhecimentos;
3. Atitudes;
4. Observação;
5. Comunicação;
6. Destreza manual;
7. Planejamento;
8. Avaliação;
9. Criatividade;
10. Trabalho em equipe;
11. Utilização de recursos da comunidade.

Uma das fases mais importantes do trabalho do enfermeiro consiste na coleta de dados que leva à identificação dos problemas de enfermagem, que é toda situação e/ou condição apresentada pelo indivíduo, família ou comunidade que exija assistência profissional.

Para a identificação dos problemas de enfermagem, o enfermeiro utiliza-se do exame físico e histórico, que deve ser o mais completo possível, necessitando que o enfermeiro identifique e diagnostique os problemas de saúde, quais sejam:

1. O que o paciente acha de sua doença: qual a causa, por que adoeceu, o que pensa que está acontecendo, o que significa para ele a doença, tratamento, internação, hospital, alta, cirurgia, exames, enfermagem e outros aspectos importantes;
2. Que doenças já teve e suas experiências a respeito;
3. Medos ou preocupações a respeito;
4. Fase da doença: grave, aguda, crônica, subaguda, etc.;
5. Resultados de exames de interesse.

Cumprida esta fase, chega-se ao diagnóstico e problemas de enfermagem, ao plano assistencial, ao plano de cuidados de enfermagem, à evolução e ao prognóstico de enfermagem.

2.3.2 Teoria do Auto Cuidado

Consiste, basicamente, na ideia de que os indivíduos, quando capazes, devem cuidar de si mesmos. Quando existe a incapacidade, entra o trabalho do enfermeiro no processo de cuidar. Para as crianças, esses cuidados são necessários mediante incapacidade dos pais e/ou responsáveis interferirem neste processo de manter continuamente a quantidade e qualidade do cuidado terapêutico.

A primeira publicação deste conceito deu-se em 1959. Em 1971, Orem publicou *Nursing: Concepts of practice*, com repetidas edições em 1980, 1985 e 1991. Cada uma dessas edições trouxe aprimoramento e ampliação dos conceitos, com desfecho em 1991 na publicação de sua teoria geral, que define a intervenção da enfermagem na ausência da capacidade de manter a quantidade e qualidade do autocuidado, como terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento de seus efeitos. (GEORGE, 2000).

Segundo Queiróz et al (2014), a teoria do déficit do autocuidado, que é composta por três teorias inter-relacionadas:

- Teoria do déficit do autocuidado;
- Teoria do autocuidado;
- Teoria dos sistemas de enfermagem.

O entendimento dos objetivos dessa teoria está diretamente relacionado com a compreensão dos conceitos de autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado. Orem (1995) define que **autocuidado** “é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”.

Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o seu desenvolvimento. Esta capacidade de cuidar de si mesmo é afetada por fatores condicionantes básicos, como a idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, modalidade de diagnósticos e de tratamentos, sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos. (QUEIRÓZ, 2014)

Orem (1995) vincula o autocuidado a três categorias de requisitos, que são:

- Universal;
- Desenvolvimento;
- Desvio de saúde.

Os requisitos universais do autocuidado, preconizados por Orem (1995), estão relacionados, de uma maneira geral, com as atividades de vida diária do indivíduo a ser assistido.

Esses são os requisitos principais:

- Manutenção de uma ingesta suficiente de ar;
- Manutenção de uma ingesta suficiente de água;
- Manutenção de uma ingesta suficiente de alimentos;
- Provisão de cuidados associados com processos de eliminação e excrementos;
- Manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social;
- Prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano;
- Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações conhecidas e desejo de ser normal (de acordo com a genética, características constitucionais e talentos dos indivíduos).

Orem (1995) explica o autocuidado e relaciona os vários fatores que afetam sua provisão, especificando quando a Enfermagem é necessária para auxiliar o indivíduo a administrar o autocuidado.

Os métodos utilizados para o autocuidado são:

- Agir ou fazer para outra pessoa;
- Guiar e orientar;
- Proporcionar apoio físico e psicológico;
- Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal;
- Ensinar.

As áreas de atividades para a prática da enfermagem, segundo Orem (1995), são:

- Iniciar e manter relacionamento com o paciente/família até estado de “alta” da enfermagem;
- Determinar “se e como” devem receber apoio da enfermagem;
- Estar atento às necessidades do paciente/família em relação à enfermagem;
- Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos pacientes/família da assistência de enfermagem necessária;
- Coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do paciente.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem define as necessidades de autocuidado em relação à capacidade do paciente para o autocuidado, em que, na ocorrência de déficit de autocuidado, a enfermagem pode e deve agir e interferir.

Classifica em três situações, sendo:

- a) **Totalmente compensatório**, em que a incapacidade de autocuidado é atestada e a enfermagem se faz necessária, podendo ser socialmente dependentes de outros indivíduos que façam parte do grupo/família, possibilitando a continuidade de sua existência e seu bem-estar. É o caso das pessoas comatosas, dos conscientes, capazes de observar, julgar, decidir, mas não pode ou não deve desempenhar ações que exijam deambulação ou manipulação, ou ainda, dos que sejam incapazes de atender suas próprias necessidades e/ou tomar decisões, embora possam deambular e desempenhar algumas ações de autocuidado, embora com orientação e supervisão constantes (**Exemplos**: fraturas vertebrais C3-C4; retardo mental).
- b) **Parcialmente compensatório**, no qual o enfermeiro e o paciente assumem ações do cuidar e outras atividades envolvendo deambulação e manipulação, com o principal papel tendo a participação de um ou ambos. É o caso de cirurgias que limitem movimentos de deambulação, troca de curativos, etc.
- c) **Sistema de apoio-educação**, em que o paciente pode, deve e assume as atividades de autocuidado, orientado e monitorado sempre. O enfermeiro atua como espécie de consultor e educador.

Podem ocorrer situações em que uma ou mais situações se façam presentes e necessárias, simultaneamente. A Teoria de Orem proporciona uma base compreensiva para a prática da enfermagem, com utilidade na educação, prática clínica, administração, pesquisa e sistemas de informação na enfermagem. (GEORGE. 2000).

De fácil entendimento e compreensão, a teoria define quando a enfermagem é necessária e a intensidade de sua intervenção, relacionada com as necessidades afetadas do paciente/familiar, em que o enfermeiro atua parcial ou totalmente, mas nunca deixando de ser o condutor, educador e orientador do processo de cuidar.

Orem, ainda, fundamenta sua teoria na promoção e manutenção da saúde, considerando os aspectos holísticos da assistência de enfermagem e a responsabilidade do indivíduo em relação ao processo do cuidar, tornando-se um sistema dinâmico, versátil e fluente em relação aos objetivos, sendo simples o entendimento, embora complexo na composição. Sua teoria continua a evoluir, universalmente, com impacto na profissão, contribuindo, significativamente, para o desenvolvimento das teorias de enfermagem.

2.4 O Diagnóstico de Enfermagem como Fase Essencial do Processo de Enfermagem e a criação da NANDA Internacional, Inc. ®

A atividade diagnóstica na enfermagem se deu durante a guerra da Crimeia (1954), quando Florence Nightingale usou sua ampla base de conhecimentos, compreensão da incidência e prevalência da doença e seu poder agudo de observação para desenvolver uma abordagem da enfermagem. O principal enfoque era o controle do ambiente dos indivíduos e das famílias, tanto dos sadios quanto dos enfermos.

Na investigação dos clientes, Nightingale defendia dois comportamentos essenciais para as enfermeiras:

- **Primeira área de investigação:** perguntar ao cliente o que é necessário ou desejado: onde?, quando?, qual?
- **A segunda área de investigação** consiste no uso da observação, (como observar), isto é, do impacto do ambiente sobre o indivíduo.

Os diagnósticos de enfermagem se baseavam na análise das conclusões obtidas das informações investigativas. Acreditava que os dados deveriam ser usados como base para a

formação de qualquer conclusão. Entretanto, o conceito de diagnóstico de enfermagem e a utilização de classificações diagnósticas tende a ser visto como novo, pois seu desenvolvimento vem se dando de uma forma mais ampla nos últimos 40 anos.

O termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado pela primeira vez em 1953, quando Vera Fry publicou um estudo em que foram identificadas cinco áreas de necessidades do cliente, considerando-as como domínio da enfermagem. Em 1960, Faye Abdellah introduziu um sistema de classificação para identificação de 21 problemas clínicos do cliente.

Na década de 70, um grupo de enfermeiras americanas reconheceu a necessidade de desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados por enfermeiras e enfermeiros. Como consequência, em 1973, foi realizada a I Conferência Nacional sobre Diagnósticos de Enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade de St. Louis (St. Louis University School of Nursing), e criado o Grupo Nacional para a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem (Nacional Group for the Classification of Nursing Diagnosis), representando todos os elementos da profissão: prática, educação e pesquisa.

Segundo Carpenito (1997), em 1973 surgiu nos EUA a primeira taxonomia de diagnósticos de enfermagem a fim de assimilar conhecimentos de enfermagem por meio de um sistema de classificação compatível com a informática.

Na quinta Conferência, o Grupo Nacional (Nacional Group) passou a ser denominado de Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA), constituindo uma organização mais formal com representantes eleitos, um corpo de diretores e comitês fixos encarregada do sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem uniforme para a profissão de enfermagem.

A incorporação de avanços científicos à prática de enfermagem, através da utilização da NANDA, permitiu identificar e disseminar novos diagnósticos de enfermagem para testagem clínica, o ensino e a literatura (Carpenito, 1997). Deste modo, os diagnósticos de enfermagem aprovados pela NANDA, desde 1973 a 1984, resultaram da prática baseada na evidência, desenvolvidos por grupos de enfermeiros convidados a participar das conferências norte-americanas.

Carpenito (1997) relata, ainda, que em 1984 nasce o Comité de Revisão Diagnóstica (CRD) com o propósito de desenvolver um processo de revisão e aprovação de atualizações de diagnósticos. Em 1987, a Associação Norte Americana de Enfermeiros (ANA) torna a sistema de classificação mais acessível e uniforme ao nomear a NANDA como a organização

responsável pelo sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem. Neste contexto, o primeiro periódico de Nursing Diagnosis foi publicado em 1990.

Na IX Conferência, em 1990, a NANDA (1990 apud DINIZ, 2004) aprovou a definição de Diagnóstico de Enfermagem:

Diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

O grupo de teóricos dos comitês taxonômicos da NANDA produziu uma estrutura conceitual para o sistema de classificação de diagnóstico denominada a Taxonomia I dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, que foi publicada oficialmente em março de 1990.

Na décima quarta conferência bienal, em abril de 2000, foi apresentada a Taxonomia II, com a mudança dos nomes de muitos diagnósticos, a inclusão de sete novos diagnósticos e seis diagnósticos revisados. Desde março de 1990, quando foi publicado o primeiro número do Diagnósticos de Enfermagem (Nursing Diagnosis), a publicação oficial da NANDA, vem recebendo várias atualizações.

Na reunião do Conselho Internacional de Enfermagem, em Seul, em 1989, foi aprovada uma resolução em que as associações de enfermagem envolvidas desenvolvessem um sistema de classificação, mas voltado para *o cuidado de enfermagem*, que proporcionasse instrumentos para que os enfermeiros de todos os países pudessem usar para descrever a enfermagem e as suas contribuições para a saúde.

Na Classificação Internacional da Prática da Enfermagem (CIPE), a versão Alfa foi divulgada em 1996, tendo sido alterada, corrigida e aperfeiçoada, dando origem a um novo texto, a versão Beta, apresentada pela primeira vez nas comemorações do Centenário do CIR, em junho de 1999, em Londres.

No Brasil, em 1990, um grupo da Paraíba fez um trabalho pioneiro de publicação da classificação diagnóstica em português, no livro “Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática”, despertando também o interesse por classificações diagnósticas, no Brasil, os simpósios sobre diagnósticos de enfermagem realizados por iniciativa do Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem (GIDE), a partir de 1991.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) vem realizando um trabalho que inclui a tradução e o estudo da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE)

desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). Além disso, há um projeto em nível nacional, denominado CIPESC, desenvolvido pela ABEn, que tem como objetivo classificar as práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil.

Em 2002, após a Conferência NANDA, NIC e NOC (NNN) em Chicago, os diagnósticos de enfermagem aprovados foram colocados na Taxonomia II. Esses incluíam 11 diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, bem como os diagnósticos de enfermagem recentemente revisados e aprovados. Nos anos seguintes, à medida em que novos diagnósticos de enfermagem foram desenvolvidos e aprovados, foram adicionados à estrutura taxonômica nos locais apropriados. Em janeiro de 2003, o Comitê de Taxonomia reuniu-se em Chicago (EUA) e fez refinamentos adicionais na terminologia na Taxonomia II. Após a Conferência NNN de 2004, em Chicago, o Comitê de Taxonomia colocou os diagnósticos recém-aprovados em suas categorias apropriadas. O Comitê de Taxonomia, para promover seu foco internacional, revisou os eixos da Taxonomia II e comparou-os com o Modelo de Terminologia de Referência da International Standards Organization (ISO) para um Diagnóstico de Enfermagem.

Conforme vinculado em seu próprio site, antes do ano 2002, "NANDA" era um acrônimo para a Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem. No entanto, este já não é mais o nome da organização. Em 2002, tornou-se oficialmente NANDA Internacional (NANDA e Internacional, Inc. em 2011), tendo em vista o crescimento significativo da sua adesão fora da América do Norte. A organização continua a usar "NANDA", como parte do seu nome, devido a sua familiaridade. No entanto, "NANDA" já não é um acrônimo para "North –American." Em vez disso, NANDA é a marca da organização, como a Nike®, por exemplo, é uma marca. O nome correto da organização atualmente é NANDA Internacional, Inc. (sem hífen) e a sua abreviatura é NANDA-I (com hífen). A própria organização solicita para não utilizar mais o nome "North American Nursing Diagnosis Association" para descrever a organização, a não ser que a citação esteja se referindo a organização antes de 2002 (<http://www.nanda.org/nanda-internacional-sobre-o-nosso-nome.html> Site Oficial NANDA, com adaptações).

2.5 Aspectos Legais Sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Exercício Profissional

2.5.1 A Regulamentação do Ensino de Enfermagem no Brasil (1920 a 1931)

No início do século XX, a enfermagem estava sujeita a menos valia do trabalho manual e a sua formação estava restrita aos grandes centros urbanos, que aliados ao pequeno número de secundaristas no país acarretaram déficit de profissionais nesse período. A política de governo nas décadas de 1960 e 1970 para expansão profissional fez diminuir os ganhos financeiros da categoria, que, se na década de 1920, era reconhecida como profissão liberal, passou a ser assalariada, com ganhos ditados pelo mercado de trabalho (KLETEMBERG, 2004).

O preparo dos docentes e discentes até a década de 1960 era deficitário, haja vista que em 1956, 64% das professoras de enfermagem tinham apenas o certificado ginásial. A carreira de nível superior, anseio da categoria desde a implantação do ensino de enfermagem, foi consolidada somente em 1961, com o ingresso efetivo de secundaristas na universidade. Esse fato decorreu das dificuldades de expansão do ensino, o que também foi comprovado por números, pois, em 1950, haviam 39 escolas, e, em 1974, eram apenas 41, com a efetivação da pós-graduação somente após a década de 1970 (SILVA, 1986; GERMANO, 1983).

Portanto, a publicação do artigo de Wanda Horta sobre o processo de enfermagem, em 1971, coincidiu com o processo de qualificação docente imposto pela reforma universitária, provocando na academia o desenvolvimento de metodologias pedagógicas para seu ensino e sua validação em hospitais-escola. Este fato pode ser comprovado em estudo publicado por Kletemberg (2004) sobre a história da metodologia da assistência de enfermagem, que constatou que existiam 47 artigos sobre o tema e suas autoras eram docentes ou profissionais ligadas a centros acadêmicos na época, destacando-se quantitativamente, escolas de São Paulo e do Rio de Janeiro.

Até a década de 1930, os decretos do governo brasileiro estavam direcionados apenas para a regulamentação do ensino de enfermagem no país. A primeira legislação que se voltou para o exercício da enfermagem no Brasil foi o **Decreto 20.109, de 15 de junho de 1931**. Como justificativa do decreto foi afirmado:

Considerando que a enfermagem é uma das mais nobres profissões às quais possa aspirar à atividade humana;

Considerando que os seus benefícios resultam não só dos cuidados ministrados aos doentes em domicílio ou nos hospitais, mas também da ação preventiva conjuntamente exercida pela enfermeira de saúde pública;

Considerando que, para o exercício dessa profissão, se vai exigindo nos povos mais adiantados um preparo técnico cada vez mais desenvolvido, outorgando-se mesmo às escolas que administram esse preparo as regalias de escolas superiores; [...]

Apesar de ser a primeira lei de regulamentação profissional (estabelecendo a enfermagem como nobre profissão), o texto não descreveu as atribuições do profissional, deixando como lacuna o rol dos seus direitos e deveres na sociedade brasileira. O foco do decreto foi a oficialização do ensino de enfermagem em nível superior e a constituição da escola padrão, determinando o controle do ensino para as enfermeiras norte-americanas fundadoras da escola Anna Nery. A partir deste decreto foi cunhado o termo "enfermeira padrão" ou "enfermeira alto padrão", referindo-se ao padrão Anna Nery de formação de enfermeiras e que se diferenciava dos demais cursos existentes.

2.5.2 A Regulamentação do Exercício Profissional de Enfermagem (1955 a 1990)

Somente em 1955 o exercício profissional da enfermagem foi regulamentado no Brasil pela **Lei 2.604/55**. Diferentemente da lei de 1931, ela *descrevia as atribuições dos profissionais da enfermagem*, discorrendo sobre seis categorizações existentes na enfermagem na época vigente: ***Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Obstetriz, Parteira, Parteira Prática, Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem.***

Para as categorias de enfermeiros práticos e parteiras práticas, a lei fixou prazo para a sua descontinuidade, revogando os Decretos 23.774 e 22.257, que as amparavam legalmente e que reconheciam os portadores desses certificados até a data da publicação da Lei 2.604/55. Por existirem sete categorias na profissão, que configurava a formação da equipe de enfermagem, considerou-se necessário especificar as funções atribuídas a cada uma delas, o que está regulamentado na Lei 2.604/55, em seu artigo 3º, destaca-se o texto relacionado às atribuições da enfermeira:

Art. 3º São atribuições dos enfermeiros, além do exercício da enfermagem:

a) direção dos serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares e de saúde pública, de acordo com o art. 21 da Lei n/ 775, de 6 de agosto de 1949;

b) participação do ensino em escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem;

c) direção de escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem;

d) participação nas bancas examinadoras de práticos de enfermagem.

Ao especificar as atribuições das enfermeiras para "além do exercício da enfermagem", a lei não determinou o significado deste termo, porém podemos inferir que este se refere àquelas atividades da prática de enfermagem cotidiana. O trabalho manual, de execução das técnicas de enfermagem, não retrataria o 'exercício da enfermagem' descrito na lei? Se assim o era, refletia ele a expectativa da sociedade frente à enfermeira? Apesar da frase ressaltada, o texto da lei descreveu claramente as funções de chefia, administração e de ensino para a enfermeira. A ela caberia prioritariamente a liderança, a condução do serviço de enfermagem que era o foco da formação destes profissionais, mantendo o preceito da divisão social do trabalho (observado no artigo 5º desta Lei) em intelectual e em manual, ficando a atividade gerencial para o enfermeiro, a quem compete a coordenação da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, os quais deveriam realizar "todas as atividades manuais da profissão".

Cabe destacar que o serviço de enfermagem atualmente se organiza sob a divisão parcelar do trabalho e desenvolve-se com relativa autonomia em relação aos demais profissionais, mas ainda está subordinado ao ato assistencial em saúde realizado pelo médico. As enfermeiras assumem a gerência em enfermagem, e além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, buscam concretizar as ações realizadas junto aos clientes (PIRES, 2008).

Estes novos conceitos nortearam um novo paradigma profissional, quando o trabalho manual passou a ser valorizado e cobrado pela elite intelectual da categoria. Assim, a enfermeira dos anos 60 viu-se pressionada por cobranças contraditórias das universidades, da

prática assistencial hospitalar e da lei do exercício profissional. De um lado, o ensino sofreu mudança radical, preconizando, dentre suas atribuições, o planejamento do cuidado prestado, em dicotomia com a legislação profissional, que definia como suas atribuições a administração, supervisão e ensino (KLETEMBERG, 2004).

Nessa mesma década, o governo militar, pressionado pelo mercado de trabalho em conjunto com a pressão popular por mais vagas universitárias, instituiu os cursos profissionalizantes, incluindo o curso técnico em enfermagem. Esse curso profissionalizante iniciou na escola Anna Nery, por meio do Parecer 171/66 (SANTOS, 2002). Esse documento descreve as disciplinas que seriam ministradas, bem como as áreas de estágios, como médica, cirúrgica, psiquiátrica e de saúde pública, dentre outras.

Esse parecer contém a mesma lacuna deixada pela legislação de enfermagem em anos anteriores, ou seja, a indefinição das atribuições desempenhadas por essa nova categoria, na equipe de enfermagem. O que se percebe, na análise desses documentos, é a criação de uma nova categoria, a fim de aumentar o número de profissionais no mercado a baixo custo, entretanto, sem delimitação de funções. Acrescentava-se a isso a existência de mais uma categoria, atendente de enfermagem, que era composta por pessoas sem formação especializada, cuja aprendizagem das práticas do cuidado dava-se no serviço de forma empírica. Ela não era considerada categoria legalizada, porém, correspondia à maioria da força de trabalho na enfermagem, até sua extinção, prevista na lei do exercício profissional de 1986. Esse contexto da não delimitação de funções correspondentes a cada categoria na equipe de enfermagem deve ter contribuído para as dificuldades encontradas pela enfermeira na aplicação do processo de enfermagem. Se existia a clareza de que competia a ela a supervisão, administração e o ensino, isso não acontecia na delegação das tarefas a serem executadas.

A promulgação da lei do exercício profissional de 1986 foi decorrente da ação conjunta entre a União, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem, os quais conseguiram a aprovação de Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que atualizava o exercício profissional da enfermagem, e do Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamentava esta lei. Muitos de seus artigos foram vetados, outras emendas surgiram, entretanto, a categoria considerou um grande avanço para o desenvolvimento profissional.

No texto dessa lei, a redução das categorias na enfermagem refletiu a realidade profissional, de enxugamento da categoria com a extinção dos enfermeiros práticos e

parteiras práticas, tendo sido acrescido a categoria de técnico de enfermagem, criado em 1966. A figura do atendente de enfermagem, que não constava oficialmente na lei, mas figurava como participante das práticas de cuidado de enfermagem, foi extinta oficialmente, concedendo o prazo de dez anos, a partir da data da publicação da lei, para que este se qualificasse. O texto da Lei regulamenta, nos artigos 10 e 11, como atribuições do enfermeiro:

Art. 10º. O desempenho das atividades de enfermagem constitui o objeto da profissão liberal de enfermeiro, ao qual é assegurada autonomia técnica de planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.

Art. 11º O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

1) Privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da Instituição de saúde pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) Organização e direção de serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

h) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

i) Consulta de enfermagem;

j) Prescrição da assistência de enfermagem;

l) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Nesta lei, as atribuições de administração e supervisão das unidades de enfermagem permanecem, dando continuidade às atribuições delegadas à enfermeira, desde a implantação da profissão no Brasil. Todavia, algumas atividades da administração desenvolveram-se e outras foram criadas, no período compreendido entre as duas leis do exercício profissional, de 1955 e 1986, como consultoria, auditoria e emissão de pareceres, que, já na década de 1980, figuravam-se no processo de trabalho dos enfermeiros, advindas da necessidade dos seguros de saúde e medicina de grupo em fiscalizar as atividades prestadas a essas instituições.

A regulamentação da prescrição de enfermagem e da consulta de enfermagem, que foi conquista da enfermagem, coroa a trajetória da metodologia da assistência de enfermagem iniciada na década de 1960, desenvolvida com esforços, reflexões, críticas e indiferenças, com a inclusão da sistematização da assistência nessa lei. A aprovação desses instrumentos retratou o reconhecimento da sociedade da necessidade de implantação do método científico no processo de trabalho do enfermeiro.

O reconhecimento da importância do processo está evidenciado em artigos recentes, que advogam que a aplicação de uma assistência de enfermagem sistematizada é a única possibilidade de o enfermeiro atingir sua autonomia profissional e constitui a essência de sua prática profissional(Andrade, 2007).

Assim, as décadas de 1980 e 1990 caracterizaram-se por impulso na metodologia da assistência de enfermagem, com a elaboração da taxonomia da North American Nurses Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), dentre outras. Ressalta-se também, os esforços da ABEn Nacional para o desenvolvimento e a validação da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em saúde Coletiva (CIPESC) por tratar-se de uma taxonomia com contribuição brasileira e, portanto, adequada à realidade do país.

2.5.3 A Afirmação do Processo de Enfermagem enquanto prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Em 2002, o COFEN, a partir de sua resolução nº 272/2002, pela primeira vez, dispôs sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras, conforme citação abaixo:

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem;

Essa mesma resolução, por muito tempo, manteve a dúvida conceitual entre os termos PROCESSO DE ENFERMAGEM e SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, como podemos observar nos artigos que seguirão.

Art. 1º – Ao Enfermeiro incumbe:

I – Privativamente: A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem: Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

Histórico: *Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.*

Exame Físico: *O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.*

Diagnóstico de Enfermagem: *O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.*

Prescrição de Enfermagem: *É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.*

Evolução de Enfermagem: *É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.*

Observe que, no artigo 1º dessa resolução, o processo de enfermagem é descrito como possuindo 5 etapas, auto descritas na letra da resolução.

Por sua vez, em seu artigo 3º, lê-se

Artigo 3º – A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por:

- Histórico de enfermagem*
- Exame Físico*
- Diagnóstico de Enfermagem*
- Prescrição da Assistência de Enfermagem*
- Evolução da Assistência de Enfermagem*
- Relatório de Enfermagem*

Assim, comparando os dois artigos citados, observamos que tanto o Processo de Enfermagem (PE) quanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possuem etapas comuns entre si (com a diferença que a SAE apresenta um item a mais, o Relatório de Enfermagem, o qual não foi descrito ou conceituado). Essa resolução editada como inovadora e afirmativa da SAE, aliada a todo processo evolutivo de práticas e conceitos sobre o assunto, ratificou conceitos e tornou a prática obrigatória em todas as instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas.

Artigo 2º – A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

Além disso, essa resolução delega aos Conselhos Regionais de Enfermagem a responsabilidade pelo zelo e cumprimento dessa norma, além de promover eventos científicos, como encontros e seminários, para subsidiar de maneira técnica e científica a implementação da SAE.

Em 15 de outubro de 2009, por sua vez, foi publicada a Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, dando outras providências. Foi apenas a partir dessa resolução que foi estabelecida uma distinção entre SAE e PE.

Observando a citação da letra dessa nova resolução:

***CONSIDERANDO** a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem;*

***CONSIDERANDO** que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;*

Pode-se perceber que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é **um processo mais global** do trabalho dos profissionais de enfermagem, ou seja, seriam todos os instrumentos utilizados para organizar o trabalho e a assistência de Enfermagem.

Para Silva (2016), existem diversas formas de sistematizar (organizar/ ordenar) a assistência, para torná-la segura, por exemplo:

- Os protocolos de atendimento;
- A escala diária de funcionários (também conhecida como Escala de distribuição de tarefas)
- Os fluxos de atendimento
- E o próprio processo de enfermagem.

Todos os itens citados são formas de sistematizar/ organizar o serviço (ou assistência) de enfermagem, compondo a SAE.

O Processo de enfermagem, por sua vez, constitui uma ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem sistemática, organizada em fases (Coleta de Dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem Implementação e Avaliação de Enfermagem), com o objetivo de orientar o cuidado profissional de enfermagem junto ao paciente, de promover a qualidade no cuidado que é prestado diretamente ao paciente.

O processo de enfermagem é uma atividade intelectual, que quando realizada de maneira adequada, contribui para o fortalecimento da profissão enquanto ciência, pois passamos do cuidado empírico (realizado pelo “achismo” ou intuição), para o cuidado baseado em evidências. Este trabalho intelectual é o que norteia o raciocínio clínico e a tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções. A utilização desta ferramenta possibilita a documentação dos dados relacionada às etapas do processo,

favorecendo a visibilidade das ações de enfermagem e, conseqüentemente, da sua relevância na sociedade (SILVA, 2016).

Ainda segundo a letra da Resolução:

***CONSIDERANDO** que o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional;*

***CONSIDERANDO** que a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional;*

Silva (2016), considerando a lei do exercício profissional (Lei n. 7.498/86) e o “Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente”, que foi aprovado pela Resolução COFEN nº 514/2016, afirmou que em se tratando de competências dos membros da equipe de enfermagem quanto ao processo de enfermagem, pode-se definir que é de competência exclusiva do Enfermeiro a Consulta de Enfermagem, que compreende

- Histórico de enfermagem;
- Diagnóstico de enfermagem;
- Planejamento da assistência de enfermagem (que compreende também a prescrição de enfermagem);
- Evolução de enfermagem.

Dessa forma, a 4ª fase, a de IMPLEMENTAÇÃO, não citada acima, que trata da execução das atividades prescritas na etapa de planejamento, é a única fase que não é de competência exclusiva do enfermeiro, mas sim de toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem).

Assim, dentre as atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem no processo de enfermagem, sob a supervisão e orientação do enfermeiro, especificamente na fase de IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM, (conforme citações no ART 5º, Resolução COFEN 358/2009) estão:

- Realizar os cuidados prescritos pelo enfermeiro;
- Realizar anotações relacionadas às intervenções/atividades prescritas pelo enfermeiro sejam elas independentes, dependentes ou interdependentes, lembrando que fornecem dados importantes ao enfermeiro e à equipe multidisciplinar para realizar a avaliação/ evolução do paciente.

Sobre a Resolução COFEN 358/2009, pode-se considerar, ainda, que a mesma:

- Manteve em seu texto a obrigatoriedade do Processo de Enfermagem¹⁰ em todas as instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros;
- Esclareceu que as fases de Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem fazem parte do PROCESSO DE ENFERMAGEM (ART. 2º) e determinando que o mesmo deve estar baseado em deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (ART. 3º);
- Dirimiu as dúvidas conceituais existentes entre Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem.

2.6 Etapas/Fases do Processo de Enfermagem

Considerando a NOVA RESOLUÇÃO COFEN 358/2009, são fases do Processo de Enfermagem:

- Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de enfermagem)
- Diagnóstico de Enfermagem
- Planejamento de enfermagem (resultados e plano de cuidados)

¹⁰ Agora com o termo **Processo de Enfermagem** e não mais com o termo **Sistematização da Assistência de Enfermagem**, como era escrito na resolução COFEN 272/2002.

- Implementação;
- Avaliação de enfermagem

Sendo assim, descreverei cada fase do referido processo.

2.6.1 Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)

Segundo COFEN (2009), a coleta de dados de enfermagem é:

(...) processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Para Smeltzer&Bare (2002), O histórico consiste da coleta sistemática de dados para determinar o estado de saúde do paciente e identificar quaisquer problemas de saúde reais ou potenciais.

Rossi e Carvalho (2002), afirmam que nesta fase se utilizam os conceitos do modelo teórico utilizado na elaboração do instrumento, direcionando a coleta dos dados e auxiliando na organização e seleção de dados relevantes.

Conforme descrito por Fernandes e Fontes, (2000), existem quatro tipos de dados durante esta primeira fase. São eles:

- a) **Dados subjetivos**: descrevem a visão do cliente, o que ele afirma, e estes não são mensuráveis (exemplo: as descrições de dor, fraqueza, frustração, náuseas, sentimentos, ideias e expectativas) e requerem a interação ou a comunicação do enfermeiro com o cliente;
- b) **Dados objetivos**: são as informações observáveis e mensuráveis, obtidas através dos sentidos (visão, olfato, audição e tato) durante o exame físico do cliente;
- c) **Dados históricos**: envolvem afirmações acerca de eventos ocorridos no passado (exemplo: hospitalizações anteriores, padrões normais de eliminações ou doenças crônicas)

- d) **Dados atuais:** referem-se aos acontecimentos ocorridos no presente (pressão sanguínea, vômitos, dor pós-operatório).

Os métodos utilizados pelo enfermeiro para a coleta de dados são:

- A entrevista,
- O exame físico,
- Os resultados de exames laboratoriais
- Os testes diagnósticos

É um momento importante de contato com o cliente, e deve ser estruturado utilizando-se um instrumento de registro (instrumento de coleta de dados) e obedecer aos princípios gerais para a realização de uma boa entrevista (JESUS, 2002).

Quanto ao exame físico, suas finalidades são coletar os dados, garantir a prestação de assistência integral e formular os diagnósticos de enfermagem (Ibidem).

O exame físico é constituído basicamente pela

1. **Anamnese**, a qual inclui: a identificação, o motivo da internação, antecedentes pessoais e familiares, hábitos e costumes, condições de moradia;
2. **Exame físico geral**, composto pelos: sinais vitais, biótipo, altura, peso, circunferência abdominal, pele, hidratação, estado nutricional / emocional e análise dos sistemas do paciente. Para este último, o enfermeiro deve utilizar suas habilidades dos sentidos para realizar a **observação, inspeção, percussão, palpação e ausculta**. Além disso, pode utilizar a observação analítica comportamental, a interrogação, a aplicação de testes psicológicos, dentre outros.

2.6.2 Diagnóstico de Enfermagem

Segundo a Resolução COFEN 358/2009, o diagnóstico de Enfermagem é um

(...) processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em

um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

A segunda fase do processo de enfermagem é muitas vezes designada como análise, identificação de problemas ou diagnóstico de enfermagem; embora todos estes termos sejam intermutáveis, o objetivo desta fase do processo de enfermagem é chegar a conclusão dos problemas ou necessidades de saúde específicas do paciente e/ou família e/ou comunidade, e intervir com um plano de cuidados.

Desta forma, o que seria Diagnóstico de Enfermagem?

1. Problemas de saúde reais ou potenciais que os enfermeiros, graças à sua educação e experiência, são capazes e têm permissão de tratar (GORDON,1982).
2. Um julgamento clínico sobre um indivíduo, uma família, ou uma comunidade que deriva de um processo sistemático e deliberativo de coleta e análise de dados, proporcionam a base para a prescrição da terapia definitiva pela qual a enfermeira é responsável (SHOEMAKER, 1984).
3. Uma afirmativa que descreve a resposta humana (estado de saúde ou padrão de interação real/ potencialmente alterado) de um indivíduo ou grupo, que o enfermeiro pode identificar legalmente e para a qual pode ordenar a intervenção definida visando a manter o estado de saúde, ou a reduzir, a eliminar, ou a prevenir as alterações (CARPENITO, 1997).

Foi em março de 1990, durante a nona conferência da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a assembleia geral aprovou uma definição oficial de diagnóstico de enfermagem:

1. O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família, ou comunidade aos problemas de saúde / processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 1990).

2. O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou aos processos vitais (NANDA, 2001).

Segundo Doenges e Moorhouse (1992) os fenômenos a que a enfermagem se refere são os padrões da resposta humana, e não dos processos de doença; por isso, os diagnósticos médicos / psiquiátricos mas envolvem sim as atividades de enfermagem independentes, bem como papéis e ações de colaboração.

Fernandes & Fontes (2000) referem a existência de cinco tipos de diagnósticos de enfermagem, são eles:

- 1) **Diagnósticos de enfermagem reais ou atuais**: é aquele que apresenta um estado o qual foi clinicamente validado por características definidoras maiores identificáveis. Este tipo de diagnóstico de enfermagem tem quatro componentes: título (fornece um nome para o diagnóstico. É uma frase concisa que representa um padrão de indicadores relacionados, podendo incluir qualificadores como “alterado”, “prejudicado”, “déficit” e outros); definição (expressa o significado claro e preciso do diagnóstico e auxilia a diferenciar um diagnóstico em particular de diagnósticos similares), características definidoras (referem-se aos indícios clínicos, ou seja, os sinais e sintomas subjetivos e objetivos que, em conjunto, apontam para o diagnóstico de enfermagem) e fatores relacionados (são condições ou circunstância que podem causar ou contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico. A identificação desses fatores é extremamente importante, uma vez que eles guiam as intervenções de enfermagem).
- 2) **Diagnósticos de enfermagem de risco**: segundo a NANDA, é um julgamento clínico sobre a maior vulnerabilidade que um indivíduo, família ou comunidade apresenta para desenvolver um problema, comparando-se com outros em situação igual ou similar. Este diagnóstico é validado clinicamente pela presença de fatores de risco, e estruturalmente ele apresenta o título, definição e fatores relacionados (fatores de risco).

- 3) **Diagnósticos de enfermagem possíveis:** eles descrevem problemas que podem estar presentes, mas que exigem dados adicionais para serem confirmados ou descartados.
- 4) **Diagnósticos de enfermagem de bem-estar:** de acordo com a NANDA, este diagnóstico é um julgamento clínico sobre os indivíduos, grupo ou comunidade em transição de nível específico de bem-estar para um nível mais elevado.
- 5) **Diagnóstico de enfermagem de síndrome:** representam um conjunto de diagnósticos de enfermagem real ou de risco, cuja presença é prevista devido a algum evento ou situação. A vantagem deste tipo de diagnóstico está no fato de que ele alerta o enfermeiro sobre a existência de uma condição clínica complexa, exigindo levantamento de dados e intervenções especializadas em enfermagem.

Além dos diagnósticos de enfermagem, existem os **problemas colaborativos**, conceituado como:

(...) certas complicações fisiológicas que os enfermeiros monitorizam para detectar o início ou mudanças no estado. Os enfermeiros resolvem problemas colaborativos usando intervenções prescritas por médicos e enfermeiros para minimizar complicações dos eventos” (CARPENITO, 1997, p.7).

Alfaro-Lefreve (2000) ressalta que por nós sermos enfermeiros não significa que os diagnósticos de enfermagem sejam mais importantes do que os problemas colaborativos. A gravidade do problema evidenciado pelo cliente é que lhe ajuda a decidir quais são as suas preocupações no momento. Para denominar os diagnósticos de enfermagem é necessário sistemas de classificação, “arranjo sistemático de fenômenos relacionados em grupos ou categorias baseado em características que os objetos têm em comum” (NANDA, 2001).

Assim, são duas as classificações mais utilizadas para denominar os diagnósticos de enfermagem:

- **A NANDA** que conforme Carpenito (1997), foi durante a primeira conferência sobre diagnósticos de enfermagem em 1973, realizada para identificar o conhecimento de enfermagem e estabelecer um sistema de classificação, resultando no National Group

for the Classification of Nursing Diagnosis, composto por diferentes enfermeiras dos Estados Unidos e Canadá. Na Quinta conferência em 1982, foi proposta uma força-tarefa para uma organização mais formal, sendo aprovado o grupo denominado North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Ele usou uma abordagem diferente para a assimilação científica dos diagnósticos de enfermagem à prática, esta abordagem envolve três atividades conjuntas, ocorrendo em um sistema aberto. Em 1987, a ANA sancionou oficialmente a NANDA como organização encarregada do sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem. Dois anos depois foi publicada a Taxonomia I revisada pela NANDA. Já em março de 1990, durante a nona conferência da NANDA foi apresentada a Taxonomia II e uma definição para diagnóstico de enfermagem, encontrando-se nesta versão nos dias atuais.

- **A CIPE / ICNP** “é uma classificação de fenômenos, intervenções e resultados que descreve a prática de enfermagem” (CIPE / ICNP, 2000). A mesma objetiva: estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem; descrever os cuidados de enfermagem a pessoas numa diversidade de locais, institucionais e não institucionais; permitir a comparação dos dados de enfermagem entre populações clínicas, locais, áreas geográficas ou tempos diferentes; demonstrar ou projetar tendências sobre a prestação de tratamentos e cuidados de enfermagem; incentivar a investigação em enfermagem; fornecer dados da prática de enfermagem que possam influenciar as políticas de saúde. Durante o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) foi iniciado o projeto para desenvolver uma CIPE, cuja versão alfa foi publicada em 1996. No momento a CIPE encontra-se na versão beta, uma revisão da alfa acrescido de outros aspectos como o enfoque da prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.

2.6.3 Planejamento de Enfermagem (Resultados e Plano de Cuidados)

Depois de termos falado a respeito da etiologia, sinais e sintomas previamente identificados e incorporados no diagnóstico de enfermagem, a atenção do enfermeiro é destinada a fase do planejamento do processo de enfermagem, ou seja, começa a se definir as prioridades, estabelecer os objetivos, identificar os resultados desejados, e determinar as intervenções específicas, onde estas ações são documentadas como plano de cuidados. A fase

do planejamento consiste na criação de metas a serem atingidas pelo paciente e de um plano de cuidados destinado a ajudar o paciente a resolver os problemas diagnosticados e a alcançar as metas identificadas (SWMELTZER; BARE, 2002).

Conforme preconiza o Conselho Federal de Enfermagem, através de sua Resolução COFEN 358/2009, no planejamento de Enfermagem ocorre a:

(...) determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

Operacionalmente, o planejamento começa pela priorização dos diagnósticos de enfermagem que foram estabelecidos. Geralmente são identificados múltiplos diagnósticos e certamente o enfermeiro não consegue estabelecer o plano de ação para todos eles, de imediato; assim, analisa quais deles deverão ser atendidos a curto, médio e longo prazo. Esta priorização pode ser feita pela equipe, numa discussão conjunta, podendo ainda ser incluído o cliente. Diante do diagnóstico que se pretende resolver, são estabelecidos metas e objetivos (BACHION, 2002).

As metas consistem em resultados gerais que se pretende que o cliente alcance no sentido de promoção, manutenção, recuperação da saúde e reabilitação. Os objetivos são condições necessárias ao alcance das metas, as quais devem ser realistas, isto é, devem considerar as habilidades e limitações do sujeito e os recursos disponíveis. Devem também, estarem centradas no cliente e ser pertinentes ao diagnóstico em questão (Ibidem).

A prescrição das intervenções representa as ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem / problema colaborativo, cuja prescrição está diretamente relacionada ao seu fator desencadeante.

Existem três tipos de intervenções de enfermagem:

1. **Intervenções dependentes:** são aquelas elaboradas a partir das prescrições médicas;
2. **Intervenções interdependentes:** são as intervenções que o enfermeiro realiza em colaboração com outros membros da equipe de saúde;

3. **Intervenções independentes:** as quais podem ser executadas sem recomendações médicas.

Alfaro-Lefreve (2000) menciona que as intervenções de enfermagem são realizadas pelo enfermeiro, para monitorar o estado de saúde do cliente, minimizar os riscos, resolver ou controlar um problema, auxiliar nas atividades da vida diária, promover a saúde e a independência ideal.

Para Bachion (2002), normalmente as prescrições possuem *validade por 24 horas* nos serviços hospitalares, com exceção nos setores de atendimento à clientela de alto risco, como no pronto socorro, unidade de terapia intensiva, centro de recuperação pós-anestésica, berçário de neonatologia, entre outros. Nestes casos, *a prescrição deve ser válida por intervalos de menos duração*. Ainda há caso sem que as ações planejadas podem vigorar por um período *maior que 24 horas*, seria o caso de clientes atendidos no domicílio pelas equipes do Programa Saúde da Família, em creches, escolas, abrigos.

2.6.4 Implementação

Para o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2009), a fase de implementação consiste na *realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem*.

Nesta fase do processo de enfermagem não são apenas os enfermeiros que a realiza, mas também os técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e/ou pacientes e familiares. Assim, Smeltzer&Bare (2002) conceituam esta etapa como a colocação em execução do plano de cuidados por meio de intervenções de enfermagem.

Conforme Fernandes &Fontes (2002) a implementação do plano de cuidados, inclui:

- **Estabelecimento das prioridades diárias:** exige a aplicação dos mesmos princípios abordados no planejamento. No entanto, os passos para o estabelecimento das prioridades em base diária são um pouco diferentes, pois a implementação concentra-se no fazer.
- **Investigação e reinvestigação:** envolve a coleta permanente de dados, enquanto são realizadas as intervenções, para monitorar as respostas do cliente.

- **Realização das intervenções e modificações necessárias:** realizar sempre as intervenções de enfermagem com o entendimento completo dos princípios e justificativas envolvidas, observando cuidadosamente a resposta do cliente para modifica-las, quando a meta não for atingida.

2.6.5 Avaliação de Enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem, através de sua Resolução mais atual sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem, determina a fase de avaliação como realizada em separado das demais fases, definindo-a como um:

(...) processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. (Resolução COFEN 358/2009)

Em se tratando de avaliação do processo, Fernandes e Fontes (2002) inclui a fase de avaliação dentro da fase de implementação, devendo sempre ser realizada no caso do cliente não obter a resposta desejada. Deve-se, assim, fazer questionamentos para descobrir o que houve de errado e depois realizar as modificações necessárias e registrá-las no plano de cuidados.

3 O HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MÁRIO PINOTTI: ASPECTOS GERAIS

3.1 Conhecendo o hospital e sua Equipe de Enfermagem

O Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti (HPSM-MP), também conhecido como “Pronto Socorro da 14” (numeral atribuído a sua localização à Travessa 14 de março, no bairro do Umarizal, em Belém, Pará), foi criado pelo decreto Lei N° 1.916, de 30 de outubro de 1920, instituída pelo então governador do estado, Lauro Sodré (ÁRIAS, 2016).

Os 97 anos de história dessa casa de saúde nunca foram organizados ou registrados de maneira única e acessível a quem tivesse o interesse de conhecê-la. Assim, de forma a garantir informações precisas sobre a sua criação, funcionamento e evolução ao longo de quase um século de serviços prestados à Urgência e Emergência, há quase dois anos o Comitê de Humanização do Hospital, em conjunto com o Centro de Estudos da instituição iniciaram várias pesquisas em documentos microfilmados e consultas a livros de autores locais na Biblioteca Pública Arthur Vianna e na Empresa de Tecnologia da Informação do Estado do Pará (Prodepa), de maneira a realizar o resgate histórico do hospital. A pesquisa é dirigida pelo coordenador do comitê de Humanização, Raimundo Árias, funcionário do HPSM-MP desde 1979, fornecedor da maioria das informações aqui descritas, haja vista que os trabalhos oficiais sobre a pesquisa ainda não foram finalizados e/ou publicados para, da maneira devida e merecedora, serem citados como de praxe.

Quando o hospital foi criado, seu funcionamento acontecia na antiga Central de Polícia, localizada no Centro da cidade. Nessa época a saúde em Urgência e Emergência já possuía um caráter gratuito e estava subordinada ao Serviço de Polícia do Estado, pois a maioria dos atendimentos estavam relacionados a casos de polícia (como agressões físicas, ferimentos por armas de fogo, por armas brancas, entre outros). Só depois de algum tempo, o prédio foi transferido para a sua atual localização na travessa 14 de março, onde foi sendo ampliado conforme a necessidade (ÁRIAS, 2016).

Outra curiosidade levantada pela pesquisa do Comitê foi a estrutura e o texto da lei que instituíram a criação do serviço de Urgência e Emergência no hospital, que lembra muitos conceitos atuais de saúde pública e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS); a mesma já mencionava gratuidade do serviços, da solução dos problemas de saúde (resolubilidade), o acesso a toda população (universalidade) e que nenhum paciente deveria deixar de atendido,

pois o hospital era caracterizado como “Portas Abertas”¹¹ a todos os casos de urgência e emergência. Além disso, a lei trata sobre o atendimento domiciliar de urgência e emergência, de responsabilidade do hospital, onde, após acionada, uma equipe composta por médico, enfermeiro e motorista deveriam, em 05 minutos, estar no domicílio chamado com a ambulância do hospital e resolver o problema. Caso não fosse possível, o paciente deveria ser removido para internação hospitalar, lembrando em muitos aspectos o atual molde de atendimento prestado nacionalmente pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Em meados da década de 1970, o hospital contava apenas com 60 leitos e especialidades básicas para atender a uma demanda média diária de 100 atendimentos/dia. Hoje, o HPSM-MP possui 220 leitos e 45 especialidades médicas para atender a uma demanda diária média de 400 pacientes/dia, conforme dados fornecidos pela direção clínica do hospital (informação verbal)¹².

O Serviço de Enfermagem no HPSM-MP é executado pela Equipe de Enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo esta equipe responsável pelo atendimento e prestação de cuidados diretos e indiretos de enfermagem e de saúde a todos os pacientes que buscam atendimento no hospital, seja direta (executando ações de enfermagem no intuito de prevenir, promover e, principalmente, recuperar a saúde do paciente) ou indiretamente, participando em ações de controle de infecção hospitalar e executando serviços de limpeza, preparo e esterilização de artigos e materiais, garantindo a segurança das ações de todos os profissionais que atuam no hospital (NERY, 2017).

Atualmente, o Serviço de Enfermagem dispõe de 102 (cento e dois) enfermeiros, entre servidores efetivos e contratados, trabalhando em regime diário ou em regime de plantão e é organizado da seguinte maneira: todos da equipe de enfermagem são subordinados ao **Gerente de Enfermagem**, exercido privativamente por um enfermeiro (conforme a Lei do exercício profissional da categoria). Abaixo do Gerente de Enfermagem estão as **Chefias Setoriais**, exercidas também privativamente por um enfermeiro. Cada setor que possui uma equipe de enfermagem é coordenado pelo enfermeiro plantonista e os técnicos de

¹¹ O termo “Portas Abertas” ou “Hospital de Porta Aberta” é um termo muito comum e muito utilizado nos dias de hoje pelos profissionais do HPSM-MP. Assim, independentemente do hospital estar cheio, todos os pacientes deverão ser recebidos e atendidos.

¹² Fala do Dr. Raimundo Árias, médico do HPSM-MP e coordenador do Centro de Estudos do mesmo hospital, em sessão solene da Câmara Municipal de Belém, em 30 de outubro de 2017, em palestra sobre os 97 anos de história do HPSM-MP.

enfermagem são subordinados a este último, segundo setores de atuação do Serviço de Enfermagem (NERY, 2017).

Dentre os setores hospitalares em que há prestação de assistência direta de enfermagem ao paciente, observa-se: **Sala Verde, Sala Amarela, Sala Vermelha, Traumatologia, Neurologia, Centro Cirúrgico, Centro de Terapia Intensiva (CTI), Enfermarias do 1º e 2º andar (Bloco A), Enfermarias do 1º e 2º andar (Bloco B), Pediatria e Central de Regulação.**

Por sua vez, nos setores abaixo relacionados não há execução de cuidados sistematizados ao paciente pelos respectivos motivos apresentados em seguida:

- ✓ **Classificação de Risco:** Local onde os pacientes são acolhidos, classificados segundo sua gravidade, determinando sua prioridade de atendimento e direcionados para os diferentes setores hospitalares. Neste setor não há o estabelecimento de cuidados/intervenções diretos de enfermagem ao paciente e, dada a dinâmica do setor, não é possível estabelecer um plano de cuidados para os inúmeros pacientes atendidos.
- ✓ **Sala Azul:** Setor hospitalar destinado ao atendimento de paciente que irão fazer medicação para alívio de sintomas e/ou ficarão em observação em clínica médica. Pacientes nesse setor, oficialmente, não estão internados. Existem cuidados de enfermagem, porém não há uma Sistematização estabelecida para esses pacientes dado seu curto período de permanência dentro do hospital.
- ✓ **Central de Material e Esterilização (CME):** Possui equipe de enfermagem 24h (enfermeiro e técnicos de enfermagem), com ações e protocolos de trabalho estabelecidos, porém neste setor não são realizadas ações diretas de assistência ao paciente; local destinado ao expurgo de material biológico contaminado, além de lavagem, preparo e esterilização de artigos que serão utilizados na assistência direta ao paciente pela equipe multiprofissional, no intuito de garantir a segurança do paciente no que tange a esterilidade de materiais.
- ✓ **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):** Setor do hospital responsável pelo controle de infecções hospitalares, gerenciamento e educação continuada de medidas profiláticas que garantam a segurança do paciente. Possui enfermeiro e técnico de enfermagem que trabalham em horário comercial, mas que não possuem, também, uma assistência sistematizada de ações estabelecidas. Seu foco é contribuir com a recuperação do paciente indiretamente, auxiliando profissionais e administração a adotar as melhores práticas para tal.

3.2 Considerações sobre o lócus de pesquisa: o Centro de Terapia Intensiva

Ao longo de seus 97 anos de existência, o Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti já passou por quatro grandes reformas no intuito de atender às exigências dos serviços de saúde. Tido como o setor modelo do hospital devido a sua organização material e de recursos humanos, é uma unidade complexa dotada de sistema de trabalho de monitorização contínua de pacientes por equipe interdisciplinar nas 24h do dia, composta por uma equipe mínima (por turno de trabalho) que inclui um médico, um enfermeiro e cinco técnicos de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais exclusivo. Complementa a equipe um fisioterapeuta (em plantão diurno de 12h, 07 dias por semana), um odontólogo intensivista (em plantão matutino de 04 horas em horário comercial), além de outros profissionais do hospital que atuam em diferentes regimes de trabalho (nutricionista, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, demais especialidades médicas disponíveis no hospital em caráter de plantão permanente e/ou sobreaviso, assistentes administrativos, maqueiros, dentre outros). Possui 10 leitos equipados, sendo destes: 01 estruturado como isolamento respiratório e ambiental e 01 bloqueado para uso exclusivo em atendimento de emergências a pacientes renais dialíticos. Os 08 demais leitos destinam-se a pacientes das diversas especialidades médicas atendidas no hospital, que sejam potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que, com o suporte e tratamento intensivos, tenham possibilidade de se recuperar (NERY, 2016).

Serve de retaguarda, ainda, para pacientes que tenham realizado cirurgias complexas ou que apresentaram alguma complicação em transoperatório ou mesmo que foram submetidos a cirurgias de longa duração, que necessitem de uma observação mais cuidadosa da equipe, como os pacientes de neurocirurgia. Está integrado, ainda, ao fluxo de pacientes críticos gerenciados pelo Núcleo Interno de Regulação do Hospital (NIR), recebendo pacientes críticos estabilizados advindos das Salas Vermelha e Amarela do hospital ou, ainda, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) do município de Belém já em funcionamento, como a UPA DAICO e a UPA DASAC. Eventualmente, recebe pacientes advindos de outros municípios. Em todos os casos citados, sempre devidamente gerenciados e regulados pelo NIR (NERY, 2016).

Além disso, agregado a estrutura física do CTI está o Serviço de Hemodiálise do HPSM-MP, inaugurado no dia 15 de março de 2015. Dispõe de três máquinas para hemodiálise de pacientes admitidos no hospital com quadro clínico de urgência dialítica. Esse

serviço está estruturado atualmente para o atendimento de até 24 pacientes no total (12 pacientes/dia), sejam eles críticos (internados no CTI) ou não (internados nas enfermarias do hospital). Conta com equipe de trabalho própria e exclusiva, composta por 01 enfermeiro (que não integra a equipe do CTI), um médico nefrologista de sobreaviso e 02 técnicos de enfermagem por turno de trabalho que executam apenas tarefas relacionadas aos pacientes dialíticos, não integrando a equipe mínima do CTI descrita anteriormente. A necessidade da breve descrição desse serviço se justifica pelos fatos de o mesmo estar agregado à estrutura física do CTI e de que é responsabilidade da equipe mínima do CTI prestar o atendimento de suporte avançado de vida (SAV) na ocorrência de qualquer emergência com o paciente renal crônico dialítico durante as sessões de hemodiálise (independente de este estar ou não internado no CTI). A possibilidade de descompensação do paciente (internado em enfermaria) durante as sessões de hemodiálise é o que justifica o bloqueio de um dos leitos do setor para o atendimento de emergências (NERY, 2016).

4 A SAE NO CTI DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MÁRIO PINOTTI SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS

Para cumprir com o propósito da referida pesquisa de conhecer como a equipe de enfermeiros compreende a SAE, foram realizadas entrevistas com 05 (cinco) enfermeiros que compõe a escala fixa de serviço do Centro de Terapia Intensiva do hospital pesquisado. As entrevistas foram realizadas no período de 25/05 a 11/06/2018, no próprio local de trabalho dos participantes, conforme disponibilidade dos mesmos, agendada após contato prévio.

A amostra de 05 (cinco) enfermeiros é exclusivamente feminina, com sua maioria (80%) situada na faixa etária de 41 a 50 anos de idade, possuindo um tempo de formação acadêmica de mais de 16 anos. Todas cursaram instituição pública superior no estado do Pará, possuindo título de especialista em Terapia Intensiva e/ou Urgência e Emergência. Todas são servidoras efetivas (concuradas) da Prefeitura de Belém. 80% da amostra atuam no HPSM Mário Pinotti há mais 16 anos, sendo que 40% atuam no CTI do referido hospital por um tempo de 06 a 10 anos e 40% por um período mais extenso, de 11 a 15 anos. Apenas uma enfermeira compõe a equipe há menos de 05 anos.

Após leitura atenta do material compilado obtido a partir das entrevistas com os participantes desse estudo, percebeu-se que os enfermeiros possuem, em sua maioria, um conhecimento limitado sobre o assunto (talvez limitado ao que foi ensinado na academia) e não possuem instrumentos adequados para executar esse processo sistematizado ou, ainda, não possuem incentivo suficiente para mobilizar uma mudança na forma em que a assistência é prestada nesse local.

Segundo Hermida e Araújo (2006), é necessário capacitar todos os membros da equipe para a aplicação de uma assistência de enfermagem sistematizada. O enfermeiro deve estar preparado com conhecimentos científicos e manter-se em constante atualização (o que deve fazer parte do programa de educação em serviço das próprias instituições) para poder orientar, incentivar/sensibilizar técnicos de enfermagem para uma aplicação conjunta e coesa de cuidados, envolvendo-os, inclusive, no processo de criação do modelo assistencial sistematizado a ser seguido. Parece quase impossível uma efetiva implantação da SAE ocorrer sem que a equipe de enfermagem esteja devidamente preparada, sob o ponto de vista do conhecimento científico (fundamentação teórica) e da habilidade prática. Portanto, devem fazer parte das etapas de planejamento para a sua implantação, o reconhecimento da necessidade de capacitação da equipe de enfermagem e o investimento financeiro das instituições, se necessário, no preparo para o desempenho dessa prática.

Assim, após aplicação do roteiro de entrevistas, transcrição das falas dos entrevistados, retorno dessas falas a seus respectivos emissores, leitura exaustiva dos textos em busca de elementos que traduzam uma realidade sob os moldes da Análise de Conteúdo proposta por Franco (2012), obteve-se os resultados que foram agregados nos itens a seguir.

4.1 O conhecimento dos enfermeiros sobre a SAE

Sem dúvida, o conhecimento é um dos grandes influenciadores sobre o agir dos profissionais de enfermagem, pois confere segurança nas tomadas de decisões relacionadas ao atendimento do paciente, nas decisões junto à equipe interdisciplinar e junto às atividades administrativas na unidade de trabalho. Isso é refletido na equipe de enfermagem, pois possui o enfermeiro como um condutor. Dessa forma, assumir condutas e atitudes está diretamente relacionado ao conhecimento que o profissional possui, dando ao enfermeiro e sua equipe a certeza de estarem agindo da maneira mais correta e adequada no que se refere aos cuidados prestados ao paciente (DOMINGUES e CHAVES, 2005).

No Brasil, segundo a Resolução COFEN-358/2009, a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, cabendo-lhe a liderança, execução e avaliação do processo que engloba a Coleta de Dados (Histórico), o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação do processo sistematizado, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, ainda, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou comunidade e a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem.

Observou-se neste estudo que a função do Enfermeiro e da equipe de enfermagem na aplicação da SAE estava bem definida no que diz respeito à determinação de tarefas de enfermagem, visto que todos os enfermeiros respondentes se intitularam como os responsáveis por essas determinações.

Em contrapartida, observou-se uma confusão de conceitos entre cuidados prestados diretamente ao paciente (que são descritos no plano de cuidados) e atividades relacionadas ao gerenciamento do ambiente de trabalho, conforme respostas a seguir:

No caso geralmente sou eu que faço essa divisão de tarefas. Quais são as tarefas que existem, os cuidados com paciente tem, o técnico que fica na medicação, que fica responsável pelo expurgo, verificar se tem algo

material no expurgo para entregar lá na CME [(Central de Material e Esterilização)] receber pegar o material na CME e o técnico que fica na visita pela parte da manhã e a visita pela parte da tarde
(Enfermeiro 01)

Normalmente essas tarefas são divididas em escala. Uma escala que determina em que atendimento cada técnico vai ficar. Em qual paciente... Eles fazem aqueles cuidados que atendem às necessidades humanas básicas: banho, toalete, troca de lençóis, higienização, cuidado mais direto com esse paciente e medicações.
(Enfermeiro 03)

De acordo com as escalas, né? Escala de medicação, escala de cuidados, atendimentos nas urgências. Quem fica com o quê? Tipo assim, numa parada quem vai ficar na preparação da medicação, quem vai ficar na reanimação, quem vai ficar na administração de medicamentos.
(Enfermeiro 04)

Às vezes eu tenho uma situação e aquela funcionária tá num procedimento ou tá numa situação que naquela hora a impede e eu digo: ‘Não, deixa que a outra funcionária vai ficar na visita’. Mas a nível de designar tarefas essas tarefas são muito bem definidas na divisão de tarefas do mês.
(Enfermeiro 05)

É fato que a enfermagem é muitas vezes, responsável pela organização do ambiente de trabalho, tanto para execução de suas próprias atividades como para a execução das atividades das outras categorias de profissionais da saúde. Essa organização/gerenciamento do ambiente de trabalho é classificada como uma espécie de assistência indireta de enfermagem. Manter o ambiente organizado, manter um estoque de insumos de trabalho em quantitativo suficiente para prestar uma adequada assistência, sobretudo nas situações de urgência e emergência, são atividades gerenciadas pelo enfermeiro e executadas em conjunto com a equipe de enfermagem como um todo. É preciso, contudo, saber, em que momento realizar essas atividades de maneira que a assistência direta ao paciente não seja prejudicada e colocada em segundo plano.

Cabe ressaltar que a pergunta, durante as entrevistas, foi claramente explicitada como “**divisão de tarefas relacionadas aos cuidados com o paciente**”. Com isso, esperou-se que

os enfermeiros relatassem que os cuidados de enfermagem eram determinados por eles no plano de cuidados estabelecido a partir da avaliação e identificação dos diagnósticos de enfermagem, devendo ser executados pelos técnicos de enfermagem ou pelo próprio enfermeiro, caso aquele cuidado seja de competência privativa do enfermeiro.

Hermida e Araújo (2006), revelam que o estabelecimento de uma assistência de enfermagem sistematizada mostra-se bastante complexo dentro de uma instituição de saúde e que, antes de tudo, recomenda-se que os enfermeiros conheçam a estrutura institucional onde ela será implementada, valores, clientela, recursos humanos e suas funções, capacidade produtiva e, nesse reconhecimento, identificar facilidades e dificuldades a fim de que o método seja implantado com conhecimento da situação e com metas possíveis de serem alcançadas.

Além desse reconhecimento da realidade institucional, é necessário sensibilizar toda a equipe de enfermagem para a implantação da SAE. Alguns autores atribuem a falta de interesse dos técnicos de enfermagem em implementar o processo à carência de orientações quanto a sua importância, ou mesmo, ao fato de não estarem envolvidos na sua elaboração (MATTÉ et al., 2001).

Outro requisito necessário para a implementação da SAE é a necessidade de sustentação da mesma por um modelo teórico que irá direcionar a identificação de problemas potenciais junto ao paciente e que, ao mesmo tempo, seja capaz de validar os cuidados assistenciais de enfermagem que serão desenvolvidos junto ao paciente. A Resolução COFEN-358/2009, em seu artigo 3º, trata sobre esse assunto:

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. (BRASIL, 2009)

Escolher um referencial teórico pressupõe o conhecimento de teorias de enfermagem e exige análises e discussões entre a equipe em relação: à empatia pela teoria, entre seus conceitos, pressupostos e proposições; à viabilidade do modelo teórico ao contexto de aplicação. Deve-se, ainda, considerar as necessidades específicas dos pacientes a quem será dirigido, bem como a estrutura da instituição, o número de enfermeiros, auxiliares e técnicos

de enfermagem, a cisão entre modelo teórico e filosofia, missão e objetivos do Serviço de Enfermagem e institucional (HERMIDA & ARAÚJO, 2006).

A utilização de mais de uma teoria num mesmo contexto é possível, haja visto algumas experiências positivas nessa direção, a exemplo da SAE no HU-USP, cujo modelo de assistência encontra-se pautado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e nos conceitos de Autocuidado de Dorothea Orem (MELLEIRO et al apud CIANCIARULLO et al., 2001).

Outros autores corroboram que, embora muitas vezes uma única teoria é levada à prática, dependendo das características da população atendida, pode ser necessário que se utilize, numa mesma instituição, mais de um referencial teórico (HERMIDA, 2004).

Nas entrevistas realizadas nesta pesquisa, observou-se que apenas uma enfermeira não cita em sua resposta elementos de nenhuma das teorias perguntadas, citando apenas as dificuldades da assistência geradas pela falta de insumos materiais, observadas principalmente no serviço público de saúde.

Na minha assistência diária, no caso as necessidades humanas básicas, né? Prestados ao paciente eu acho que é de um modo geral estão bem aplicadas. Às vezes a gente tem algumas dificuldades por falta de algum tipo de material que eu acho que isso ocorre em vários hospitais [principalmente] do serviço público. Mas assim, eu acho que é ela é bem aplicada durante a assistência diária ao paciente na unidade de terapia intensiva

(Enfermeiro 01)

Nas demais falas de outros entrevistados, porém, observamos uma melhor interação destes com os conceitos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, conforme exposto a seguir:

A [teoria] das necessidades humanas básicas a gente vê muito aqui no CTI, né? Que é, como diz, o cuidado diário do paciente: fazer a higiene dele, alimentação (...)

(Enfermeiro 02)

No momento em que você oferta água ou oferta alimento para esse paciente, faz a limpeza do paciente, faz o curativo, esse cuidado mais direto. Limpa a pele, limpa o rosto... Quando você, enfermeiro, passa a sua visita no leito do paciente e percebe que ele tá sujo, que ele tá com a

pele oleosa. Ou você mesmo procede esse cuidado ou você designa um técnico para fazer. Eu vejo muito da Wanda Horta nessa nossa assistência
(Enfermeiro 03)

Mais da Wanda Horta. Porque ela atende às Necessidades Humanas Básicas, né? Que é o que a gente faz aqui na terapia intensiva. Que é o cuidar do paciente, dar o banho no leito, principalmente o paciente que fica aqui na UTI, principalmente o paciente que fica consciente e orientado, às vezes ele fica deprimido, geralmente a gente vai, conversa, atende na medida do possível algumas dessas necessidades deles, por isso eu acho que aqui a gente aplica mais a da Wanda Horta mesmo
(Enfermeiro 04)

Observa-se ainda em algumas respostas que os enfermeiros citam brevemente alguns cuidados relacionados à teoria das Necessidades Humanas Básicas e faz relação com a Teoria do Autocuidado, expressando a opinião de que esta última é pouco aplicada (ou observada) no seu local de trabalho devido a pouca frequência de pacientes internados com um nível de consciência que permita a este profissional praticar os pressupostos da teoria de Orem. Em suma, demonstram conhecimento acerca da essência dessas duas teorias, apesar de não sinalizarem a aplicabilidade da Teoria de Orem para a assistência a família do paciente sob cuidados críticos.

Aqui é bem pouco [que] nós temos pacientes [que sejam] conscientes e orientados para [estimular] o autocuidado, pra gente fazer orientação. É muito difícil, (...) é raro, mas [às vezes] existe.
(Enfermeiro 02)

Pra mim, ainda em cima das necessidades humanas básicas. Apesar de parecer assim meio retrógrada, mas eu pelo menos vejo assim. Até porque a questão [da teoria] do autocuidado, olhando para terapia intensiva, ela fica um pouco a desejar. Porque eu tô com um paciente muito dependente, né? Então ele basicamente, basicamente não, ele é 100% dependente de mim! Dependente de mim que eu digo da equipe toda, então eu vou em cima dessas necessidades, eu vejo assim até com o CTI em si é [um local que possui] um paciente muito rico de informações. (...) Mas na questão do CTI, o nosso paciente por ele ser muito dependente de nós, a gente vê muito clássico [a teoria das

necessidades humanas básicas em cima] das necessidades dele, em tudo e por tudo.

(Enfermeiro 05)

Dessa forma, promover uma aplicação prática das teorias de enfermagem requer um esforço conjunto de enfermeiros assistenciais e docentes, envolvidos no processo de educação continuada e/ou educação em serviço, sendo imprescindível, primeiramente, a compreensão de “uma teoria através de seus componentes conceituais essenciais e da sua forma, contexto e processo” (DELL’ACQUA, 2002). Na assistência de enfermagem os modelos teóricos têm contribuído quando utilizados como referencial para a sistematização da assistência, adaptados às necessidades/especificidades dos pacientes e contextos, porém sem perder de vista os conceitos e pressupostos originários da teoria da qual fazem parte (SOUZA apud CIANCIARULLO et al., 2001)

A Resolução COFEN-358/2009, criada a partir de uma revisão da Resolução COFEN nº272/2002, que dispunha sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras, entre suas várias reformulações, reconhece que o cuidar em enfermagem (ou processo de enfermagem) integra o processo de sistematização da assistência e reconhece sua organização em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: COLETA DE DADOS (ou Histórico de Enfermagem), DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM.

Assim,

(...) o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional particular, que demanda habilidades e capacidades cognitivas (pensamento, raciocínio), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções, sentimentos e valores); implica em pensar e estudar, e exige flexibilidade, criação e inovação de planos de cuidado, que sejam aderentes às necessidades humanas e sociais da clientela.

(GARCIA, 2016)

Por se tratar de uma atividade privativa do enfermeiro e que exige uma série de conhecimentos para a sua realização, é indispensável que esse profissional conheça o processo na íntegra. A quarta pergunta do roteiro de entrevista propôs, além de avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre as fases do cuidar/processo de enfermagem, permitiu identificar a percepção destes acerca dos problemas de implementação da SAE em seu local de trabalho,

complementando, por conseguinte, a compreensão das respostas obtidas na quinta pergunta do roteiro de entrevistas (estas últimas a serem analisadas no próximo subitem).

Na fala destacada adiante, o enfermeiro entrevistado cita 02 fases da assistência em sequência correta: DIAGNÓSTICO e PLANEJAMENTO. Cita alguns cuidados que poderiam indicar a fase IMPLEMENTAÇÃO, fato não muito claro na sua explanação.

Identificar o problema para poder traçar a assistência ao paciente, a necessidade da mudança de decúbito, a necessidade de fazer o controle dos sinais vitais adequadamente
(Enfermeiro 02)

No trecho a seguir, o entrevistado cita as fases DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO e IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM. Cita essas 03 fases na sequência correta, mas omite as fase inicial do processo (COLETA DE DADOS) e a final (AVALIAÇÃO).

Os elementos que eu observo acredito que o diagnóstico de enfermagem, né? Que a gente realiza. A prescrição de enfermagem e a execução desses cuidados. Essas são as fases que a gente observa.
(Enfermeiro 01)

Nas falas seguintes, dois enfermeiros entrevistados demonstram conhecimento acerca das cinco fases da Assistência Sistematizada do Cuidado:

No momento em que a gente chega até o paciente, faz o exame físico, a gente já tá fazendo uma (...) fase dessa sistematização. Quando a gente vai para o impresso da sistematização de enfermagem que a gente [estabelece o diagnóstico] e designa os horários do cuidado que a equipe vai prestar, quando a gente evolui o estado do paciente é outra fase da sistematização da assistência de enfermagem. Ela faz parte, né? De todo o nosso processo. Ela é o nosso registro do nosso cuidado.
(Enfermeiro 03)

Como eu tenho uma prática da sistematização bem mais definida, então aqui eu sinto uma coisa bem definida é a nossa evolução. A nossa evolução a gente é algo que faz parte da etapa que eu visualizo com uma coisa bem enraizada. Mas a questão do diagnóstico, a questão do plano de cuidados e aquela questão de eu checar aquilo que eu fiz, eu ainda não consigo visualizar isso aqui. Ainda tá muito no automático, no mecânico, no só por fazer. Eu traço um plano de cuidado sem eu ter um diagnóstico referenciado e nem um diagnóstico relacionado. Então é uma coisa vaga. Eu vejo como uma das etapas da SAE aqui é só a evolução.

(Enfermeiro 05)

Note-se que o **Enfermeiro 05**, além de elencar com segurança as fases da sistematização da assistência (dado o seu conhecimento e experiência adquiridos em outro serviço de saúde), faz uma dura crítica acerca da falta de estabelecimento de um plano de cuidados realmente voltado para e relacionado com as necessidades individuais de cada paciente.

Conhecer esse perfil dos pacientes segundo suas necessidades específicas é fundamental, pois pode auxiliar na escolha do método de assistência de enfermagem a ser utilizado. Porém, ressalta-se que cada paciente é único e como tal possui características próprias e particularidades que não podem ser esquecidas no estabelecimento das ações de enfermagem (HERMIDA, 2006).

Crítica semelhante a anterior ocorreu no discurso do **Enfermeiro 02**, onde são expostas a mecanização das fases do processo (que deveria ser sistematizado) e a falta de instrumentos (impressos) que atendam a essa necessidade.

A gente faz aqui, mas é uma coisa tão automatizada e muita coisa às vezes não tem ali [no impresso]. Aqui a gente fala da nutrição, da mobilidade, a gente fala da necessidade (...) de eliminação.

Olha... sinceramente? A assistência aqui eu acho que fica muito a [desejar], devido a só marcar[mos] o xis [no impresso] que é pra minimizar, pra diminuir o nosso tempo gasto, a gente fica muito (...) mecanizado. Quando eu comecei no [citou trabalho anterior em outro hospital, da rede privada], a nossa chefia (...) rasgou isso [o impresso] e determinou: 'qualquer paciente que você admita, vocês tem que fazer o diagnóstico, as evoluções, tudo!' Então, a gente ia pro CARPENITO, mas a gente raciocinava. Aqui não! Aqui a gente já pega assim, [pronto], a gente nem lembra muito [de como realmente fazer].

(Enfermeiro 02)

Hermida (2006) cita em sua publicação que os impressos são instrumentos de registro que podem variar em quantidade para se adequar às fases do processo que se deseja padronizar e à teoria de enfermagem escolhida para sustentar a assistência a ser prestada, conforme as necessidades de cada paciente. Ainda segundo a autora,

É requisito básico que todas as fases da SAE sejam registradas e arquivadas no prontuário do paciente. Um sistema de registro formal da assistência prestada justifica-se por auxiliar nas atividades de planejamento, possibilitar a pesquisa e a auditoria no âmbito da enfermagem. (HERMIDA, 2004)

Por sua vez, segundo a resolução COFEN-358/2009, em seu Art. 6º,

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. (BRASIL, 2009)

Para a Enfermagem, o descaso com o registro adequado do processo de cuidado, seja no prontuário do paciente, ou em outros documentos próprios da Enfermagem, independente de tradicional ou eletrônico, pode resultar por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional e, por outro lado, em obstáculo para a avaliação de sua prática, o que é talvez mais sério, pois dificulta o avanço da ciência de Enfermagem (GARCIA, 2016).

De todos os entrevistados, apenas um enfermeiro não citou nenhuma fase da assistência sistematizada, conforme transcrito no próximo parágrafo. Percebeu-se certo nervosismo para responder a pergunta. Assim, não é possível definir se a resposta foi gerada diante do desconhecimento sobre o assunto ou se o nervosismo impossibilitou que a resposta fosse adequada ao tema.

Mais o cuidado, né? Assim, a execução, se está sendo feita da maneira correta, a supervisão, a gente tá olhando, pra ver se realmente está sendo bem executado, pra ver o que pode ser melhorado. E a assistência, né? Assistência propriamente dita, né? Dos pacientes acamados.

(Enfermeiro 04)

Diante do exposto, é possível perceber que, mesmo os enfermeiros da pesquisa reconhecendo a importância da SAE, há ausência de conhecimento sobre o processo de cuidar para uma assistência de enfermagem sistematizada. Há, ainda, falta de correlação entre as fases já existentes e os cuidados que deveriam ser realizados conforme a necessidade de cada paciente, o que gera barreiras e limita a assistência a cuidados de rotina. A atualização de conhecimentos sobre o assunto¹³, e reformulação dos instrumentos utilizados para guiar e registrar adequadamente a assistência se faz necessário para uma correta e efetiva assistência sistematizada de enfermagem, sempre incentivando um maior envolvimento dos outros integrantes da equipe (técnicos de enfermagem) com a atualização, adequação e implementação do processo. Hermida e Araújo (2006) ressaltam que para implantar essa metodologia é preciso muito mais que construir instrumentos, sendo o trabalho em equipe essencial nesse processo, além da garantia de algumas condições por parte da própria instituição, como por exemplo, o número de enfermeiros e técnicos de enfermagem suficientes para essa prática.

4.2 O processo de aplicação da SAE pelos enfermeiros atuantes no CTI

Segundo Castilho, Ribeiro e Chirelli, (2009), a SAE tem apresentado potencialidades e dificuldades nos serviços de saúde, uma vez que se propõe a reorganizar e sistematizar as práticas de saúde em enfermagem. No entanto, essas ações dependem de muitos esforços dos atores envolvidos nos diversos cenários dos serviços, academia e comunidade para que sua

¹³ Castilho, Ribeiro & Chirelli (2009), citando quatro estudos pesquisados em seu artigo, destacam que a desatualização profissional dos enfermeiros, caracterizada pela insuficiência de conhecimento destes para assumir uma conduta de enfermagem e suas consequências, é o primeiro (e talvez principal) entrave ao processo de implementação pleno da SAE em um determinado ambiente e se constitui como o primeiro déficit a ser corrigido para, após, proceder-se uma análise de realidade e buscar por soluções para os problemas identificados e posterior criação de estratégias de incentivo para a adoção de melhores práticas de trabalho e assistência de enfermagem.

construção cotidiana ocorra. Representa uma abordagem de enfermagem ética e humanizada, dirigida à solução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa, de um grupo (ou família) ou mesmo extensivo a comunidade. No Brasil é uma atividade regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, constituindo, portanto, uma ferramenta de trabalho do enfermeiro.

Com o passar dos anos e avanços dos estudos em enfermagem sobre o real papel do enfermeiro dentro do contexto hospitalar, observou-se que mudanças deveriam ser realizadas, sobretudo nas necessidades gerenciais dos serviços de saúde. Observou-se, ainda, que o enfermeiro estava cada vez mais se distanciando dos cuidados diretos ao paciente e assumindo apenas papéis de gerenciamento do cuidado e da unidade¹⁴ no cotidiano do trabalho. Observou-se, como consequência desse distanciamento, que o cuidado direto passou a ser conduzido (com certa “liberdade”, inclusive) pelas demais categorias de enfermagem (PEDUZZI e ANSELMINI, 2002).

Dessa forma, ao serem indagados sobre as atividades que são desempenhadas do início ao final do plantão de trabalho (primeira pergunta do roteiro de entrevista), buscou-se analisar o que de fato os enfermeiros priorizavam nesse intervalo de tempo: se atividades gerenciais/administrativas ou assistência de enfermagem direta ao paciente.

Nas falas destacadas a seguir, além da ausência das fases de uma assistência sistematizada já discutida nos parágrafos anteriores, nota-se uma tendência a se desempenhar primordialmente atividades como reposição de material, supervisão de recursos humanos no caso de faltas e supervisão de tarefas designadas aos técnicos de enfermagem, verificação e testagem de equipamentos, feitura do censo hospitalar do local, observação da prescrição médica, aprazamento de medicações, realização de procedimentos e registro em livro de ocorrências.

Geralmente eu chego vou pegar o plantão. Vou ver se tem algum paciente Grave, vou ver o livro de ocorrências, se faltou técnico no plantão para providenciar reposição, vou fazer/solicitar material para o trabalho do dia, fazer assistência de enfermagem, avaliar um por um para fazer evolução de todos. Realizo os curativos quando necessário, aqueles curativos mais complexos (grandes), faço o horário da medicação, se for o caso (se o médico incluir alguma medicação durante o dia). (...) confiro

¹⁴ Entenda-se aqui o sentido da palavra **unidade** por *local de trabalho* ou *local onde se está desempenhando o trabalho*, ou mesmo “posto de enfermagem”. E a esta unidade está agregada todas as demandas administrativas desta, como já citado na introdução: demandas administrativas que vão desde lâmpadas queimadas, passando por provimentos de insumos para o trabalho neste ambiente até encaminhamento de exames e solicitações.

o balanço, quando o técnico fechou balanço, confiro o balanço hídrico, as medicações que eles administraram, se está tudo ok.

(Enfermeiro 01)

Geralmente leio o meu livro de ocorrências, depois dessa Leitura (...) vou passar visita leito a leito, vendo cada paciente, a necessidade que precisa, vendo se precisa trocar alguma coisa. Depois de passar a visita, vejo as prescrições [médicas]. Faço o Censo [hospitalar], porque eu trabalho à noite. (...), eu deixo as sistematizações prontas pro dia seguinte prontas pros meus colegas, evoluo alguma intercorrência, que agora nós temos um novo impresso, né?! E faço/atendo as intercorrências se necessário for e faço (...) o gráfico de gerenciamento de risco.

(Enfermeiro 02)

Abro o livro de ocorrência, avaliar os pacientes, fazer evolução do estado geral deles, verificar o carro de parada, verificar material: insumos, laringoscópio funcionamento dos equipamentos, verificar se a equipe está completa, registrar toda a equipe no livro de ocorrência e atender qualquer eventualidade que ocorra durante o plantão.

(Enfermeiro 03)

Supervisão, prescrição da assistência de enfermagem, evolução, visita nos pacientes internados, supervisão da equipe de técnicos. Atender intercorrências, aspiração quando necessário, realização de curativos complexos.

(Enfermeiro 04)

No excerto a seguir, contudo, o **Enfermeiro 05** destaca atividades em sequência mais coerente para um dia de trabalho sistematizado em terapia intensiva. Ao destacar a realização da coleta de dados junto aos registros do paciente para se familiarizar com o quadro clínico atual e, posteriormente, proceder a avaliação, diagnóstico e estabelecimento de cuidados com registro adequado dos mesmos. Essa maior coerência de atitudes pode estar relacionado à experiência da enfermeira com elementos de uma assistência de enfermagem sistematizada de outro serviço, conforme visto em parágrafos anteriores:

Eu me inteiro do plantão no sentido de ler o livro de ocorrências e eu me inteiro de todos os pacientes. Até porque eu não consigo ir ao paciente

sem primeiro ler a história dele, então, eu busco o livro de ocorrência para as intercorrências e busco o prontuário para eu saber qual aquele caso. (...) Eu vou pras mesas de procedimento, eu reviso as mesas, se não existir a mesa de procedimento eu rearrumo ela. E a questão do material de intubação, eu faço toda a revisão do material e aí eu vou para minha assistência. A burocracia em si, é de mim mesmo, eu deixo por último. Eu não sou de chegar e começar logo a escrever, então eu vou, atuo logo na assistência, atuo logo na parte do meu decorrer de plantão, aí depois eu vou ver [a burocracia].

(Enfermeiro 05)

Thomas e Guidardello (2002) apontam que dificuldades encontradas durante a operacionalização da SAE, que vão desde sobrecarga de trabalho associada aos desvios e indefinição da função do enfermeiro, sendo, por isso, necessário conscientizar a equipe quanto à importância do seu papel conjunto. Relatam ainda que do enfermeiro é cobrado o cumprimento de tarefas administrativas menos relacionadas à assistência de enfermagem, além de haver ausência de definição clara por parte das lideranças de enfermagem sobre os papéis de cada elemento humano dentro do quadro de enfermagem. Outro ponto citado foi a exiguidade de tempo para a assistência, devido ao número insuficiente de profissionais para o desempenho da atividade, sendo que o enfermeiro relata não ter tempo nem disponibilidade para priorizar o cuidado ou mesmo para desenvolver seu saber. A existência de recursos humanos adequados e capacitados foi também outra condição citada pelos autores para que haja disponibilidade da equipe de enfermagem para a implementação da SAE.

Para finalizar as entrevistas, cada participante teve a oportunidade de emitir sua opinião sobre a questão: A assistência de enfermagem prestada aqui no CTI é sistematizada? Apenas o **Enfermeiro 01** respondeu que **SIM**. A seguir, solicitou-se que o mesmo destacasse as conquistas alcançadas para se chegar a esse patamar.

Hoje em dia a gente tem o nosso próprio POP¹⁵ (...) a gente tem nossas normas e rotinas e a gente tem agora um impresso novo que é para gente fazer as evoluções que inclui a escala de Morse¹⁶, a escala de Braden¹⁷

¹⁵ O Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento organizacional que traduz o planejamento do trabalho a ser executado. É uma descrição detalhada de todas as medidas necessárias para a realização de uma tarefa (SILVA et al, 2016).

¹⁶ A Escala de Quedas de Morse é uma escala de avaliação do risco de queda, desenhada para adultos e amplamente utilizada no nosso país. A escala deve ser calibrada para cada contexto para que as estratégias de prevenção sejam dirigidas aos doentes que estão em maior risco (DIAS et al, 2018).

enfim a gente deu um avanço a gente deu um avanço né nós conseguimos avançar bem bastante quanto a sistematização de assistência na nossa unidade de terapia intensiva
(Enfermeiro 01)

Aqui cabe ressaltar que o entrevistado destaca uma melhoria sobre duas fases da assistência sistematizada e não do processo como um todo. A fase de INVESTIGAÇÃO foi incrementada com a aplicação de escalas validadas e largamente utilizadas na assistência de enfermagem e a fase de AVALIAÇÃO, por sua vez, recebeu melhorias no tocante do registro de ações (evolução de enfermagem). Em contrapartida, não citou outras melhorias nas fases DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO e IMPLEMENTAÇÃO. Cita, ainda, o estabelecimento de um POP (Manual de Procedimentos Operacionais Padrão) próprio do setor. A padronização de procedimentos e ações a partir do estabelecimento desse tipo de instrumento a ser seguido por todos os profissionais aos quais ele é direcionado constitui um grande avanço para o fortalecimento de uma assistência sistematizada, mas que por si só não a garante.

Os demais entrevistados, por sua vez, quando indagados sobre a última pergunta, foram categóricos ao afirmar que a assistência de enfermagem no CTI **NÃO** é sistematizada. Após a resposta negativa, solicitou-se que fosse destacado pelos mesmos o que precisaria melhorar ou mudar na assistência praticada no CTI atualmente.

A conscientização de todos nós, tanto como enfermeiro como técnico de enfermagem, porque a gente só dá valor quando é um parente da gente (...) A gente tem que brigar para fazer[em] [as coisas]. É igual a alimentação: eu preciso dizer que preciso fazer o teste de localização [da sonda], que eu preciso fazer uma aspiração para ver se tem resíduo [na sonda]. (...) Ninguém faz! Eles fazem isso mecanicamente. Checam [a prescrição de enfermagem]. Checam sem saber. Escrevem “aceitando dieta”, mas a sonda tá aberta. Mas tá checado lá [que a dieta foi administrada]. (...) Eles fazem tudo mecanicamente, acho que eles nem sabem o que é aquilo. Porque aquilo que eu faço pra eles fazerem, eles tão dando o “OK” que eles fizeram. Isso vai pra um processo, vão ver: ‘tá aqui, eu mandei você fazer a mudança de decúbito e você checkou’. Você tá errado. Eu acho que a nossa assistência ainda é muito precária. Eu acho. Em questão da Sistematização como tem que ser. (...) Aqui a gente não tem qualificação de nada. Como eu disse (...) a gente não precisa ser muito profundo para eles, mas eu acho que o básico tem que

¹⁷ Indica quais pacientes correm risco para desenvolvimento de lesões por pressão (SOUZA et al, 2006)

ter. Com paciente traqueostomizados, com aerossol no nariz! Como é isso? Não aqui no CTI, mas nos andares. Acho que são coisas assim que faltam melhorar. (...) Olha... tem que ter educação continuada. Porque os nossos técnicos cada um faz as coisas segundo a cabeça deles. Não seguem a prescrição de enfermagem.

(Enfermeiro 02)

Primeiro a gente precisa uniformizar essa assistência. Eu acho que ela tá muito automática. Uniformizar entre todos os enfermeiros membros da equipe e estimular o técnico de fato ler o que a gente coloca como assistência de enfermagem e não apenas marcar de qualquer jeito que é isso que acontece, né?! Faz um risco assim [checando aleatoriamente na prescrição que o cuidado foi feito]

(Enfermeiro 03)

Acho que essa parte também deixa a desejar. Embora esteja á na nossa prescrição: “Mudança de decúbito de 2/2h”, pra alguns de 4/4h, ou algumas coisas, mas... [não são realizadas]. Às vezes na nossa folha de controle, muitas coisas estão [registradas] errada. Tem muitas coisas que você não tem como saber se foram realmente feitas.

(Enfermeiro 04)

Aqui, ao ler atentamente os trechos destacados, nota-se que a assistência de enfermagem não se apresenta uniformizada (conforme observação feita por **Enfermeiro 03**) e, esse problema é recorrente entre todos os membros da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos), pois a equipe como um todo carece de atualizações de conhecimentos (como cita o **Enfermeiro 02**) sobre os papéis de cada um nesse processo. Outro fato a ser analisado é a fase IMPLEMENTAÇÃO sendo praticada sem seguir o que foi estabelecido pelo enfermeiro na fase PLANEJAMENTO. Com isso, a assistência de enfermagem passa a ser executada por “achismos” e interpretação pessoal do técnico de enfermagem que executa o cuidado. Cuidado este configurado, nesse cenário, pela isenção de embasamento científico adequado e que rompe os limites das competências legais estabelecidas pelo conselho de classe para cada membro da equipe, segundo suas capacidades técnicas, de maneira a garantir uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Além do exposto, há a observância de uma grave prática profissional em **checar**¹⁸ um cuidado que não foi devidamente realizado (ou que foi realizado parcialmente ou sem observar os cuidados mínimos para a sua execução segura).

Castilho, Ribeiro e Chirelli, (2009) ratificam, em sua pesquisa, essa realidade:

(...) Outro aspecto da operacionalização é a ausência de realização e não execução da prescrição de enfermagem pela equipe. Observamos que a equipe (...) pode não estar preparada ou não visualizar o profissional enfermeiro, enquanto responsável pelo gerenciamento da assistência de enfermagem, por estar habituada a rotinas e ao cumprimento da prescrição médica (...). Além disso, essa prescrição costuma (...) não ser valorizada pelos próprios enfermeiros, equipe de enfermagem, médicos e administração da instituição (...).
(CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009)

Os autores supracitados destacam, além do já exposto, a falta de reconhecimento da importância da SAE por outras categorias profissionais e pela própria instituição. Em suas pesquisas na literatura especializada sobre o assunto, esses autores destacam que é necessário que as instituições promovam e incentivem um processo contínuo de avaliação da implantação/implementação da SAE, com constantes mudanças quando necessário, criando estratégias para guiar, incentivar e supervisionar a sua execução e garantir benefícios institucionais, em busca de melhores resultados e respostas aos tratamentos realizados, com redução de custos, podendo, inclusive, reduzir o tempo de estadia hospitalar proporcionado por uma rápida recuperação oriunda de uma assistência ordenada e eficiente, além de melhorar a satisfação dos usuários pelos serviços oferecidos e melhorar a satisfação da equipe como o todo, a partir do reconhecimento profissional.

Para Hermida e Araújo (2006), a falta de vontade das chefias e da instituição é apontada como um fator que dificulta a implantação e/ou implementação da SAE, além do fato da instituição como organização burocrática não esperar que seja realizado outro cuidado, além do medicamentoso estabelecido pelo médico.

Dentre as respostas obtidas sobre melhorias e mudanças a serem observadas sobre a assistência prestada, a proferida pelo **Enfermeiro 05** destaca-se por mostrar, operacional e

¹⁸ Aqui entendido como o ato de registrar em prontuário que determinada substância ou procedimento foi administrado e/ou realizado.

coerentemente, os passos a serem percorridos para que ocorra uma efetiva transformação da realidade existente.

A gente teria que fazer um plano de ação, primeiramente. Porque eu acho que a gente teria que tratar todos os nossos problemas pra que a gente começasse a realmente descobrir quais são as nossas fragilidades, porque a sistematização ela dá trabalho. Dá trabalho porque ela quer que a gente pense. (...) eu tenho que ir lá no meu paciente. Eu tenho que ver as necessidades dele e, em cima daquela necessidade, eu tenho que traçar o meu diagnóstico de enfermagem para que eu trace o plano de ação. Só que isso não é muito (...) a nossa praia aqui. A gente ainda não consegue! Eu até digo que é uma coisa que nós fazemos, mas a gente tem deficiência em fazer um diagnóstico e não é vergonha [de assumir isso]! Eu acho que é isso. (...) Então isso requer traquejo, habilidade, e isso é muito exercício. A gente precisa porque tem um tempo aí de SAE, mas ela é muito novinha [aqui no CTI] e a gente ainda precisa amadurecer mais. Mas para que a gente começasse, eu acho que a gente precisa fazer um plano de ação para saber todas nossas dificuldades, número de enfermeiros que a gente tem, qual estratégia a gente vai fazer.

(Enfermeiro 05)

Hermida e Araújo (2006) relatam que, quanto à viabilidade prática da SAE, um estudo identificou que a “vontade” da chefia de enfermagem e da instituição em implantar essa proposta deve se converter em atitudes concretas que viabilizem os recursos necessários para a sua implementação e manutenção. Diante dessas considerações, parece bastante pertinente que se realize amplas discussões no âmbito institucional acerca da proposta da SAE, antes de se partir para as demais etapas do processo de implantação dessa metodologia. O recurso humano é um dos fatores mais relevantes na operacionalização da SAE, tanto no aspecto quanti-qualitativo, quanto no que se refere à função de cada elemento da equipe. Ainda segundo os autores,

No aspecto organizacional, a falta de pessoal de enfermagem/enfermeiros é o fator que predomina prejudicando a implementação da SAE. Uma vez que essa prática exige a presença ininterrupta dos enfermeiros nas unidades, esta é uma variável que precisa ser considerada no dimensionamento e seleção de pessoal. Essas afirmações permitem questionar se as instituições de saúde brasileiras estão realmente preparadas e interessadas em aumentar seu quadro de

enfermeiros em quantidade suficiente que garanta a implantação efetiva dessa metodologia.
(HERMIDA; ARAÚJO, 2006)

A proposta de elaboração de um plano de ação proposto por **Enfermeiro 05** mostra-se coerente ao afirmar que é necessário identificar as falhas existentes, tanto no setor de trabalho como as dificuldades em nível institucional, seja na falta de promoção de atividades de educação em serviço para estimular a atualização de conhecimentos de todas as categorias, seja relacionado ao quantitativo insuficiente de pessoal por planejamento de recursos humanos que não considere as peculiaridades dos pacientes atendidos.

O pioneirismo no planejamento de recursos humanos de enfermagem é atribuído a Florence Nightingale, que, de maneira subjetiva, dividia os trabalhadores e suas respectivas tarefas considerando a gravidade dos pacientes. Historicamente, os primeiros métodos para dimensionamento de pessoal eram intuitivos e baseavam-se na divisão de leitos/pacientes pelo número de profissionais, processo que, em alguns locais, é utilizado até os dias de hoje. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), recentemente, vem se preocupando com a adoção de parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, definindo critérios qualitativos e quantitativos, tomando como base as horas médias de cuidado requeridas pelos pacientes segundo tipo de grau de dependência dos cuidados de enfermagem (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL' AGNOL, 2009).

Para Silva, Echer e Magalhães (2016),

A demanda de horas de enfermagem tem crescido consideravelmente nas instituições de saúde e as despesas para recursos humanos, principalmente referentes aos profissionais de enfermagem, representa parte significativa do total dos custos dos hospitais. Além disso, manter um quadro de pessoal de enfermagem adequado é de extrema importância para obter bons resultados assistenciais nas instituições. Resultados de um estudo recente sugeriram que o aumento do número de pacientes atribuído à equipe de enfermagem por dia implica no aumento das taxas de quedas do leito, infecções relacionadas ao cateter vascular central, rotatividade de profissionais e absenteísmo. O estudo destacou ainda que nos locais onde há menor proporção de pacientes por profissional de enfermagem os indicadores de qualidade assistencial e gerencial de segurança do paciente também apresentam melhores resultados.

(SILVA; ECHER; MAGALHÃES, 2016)

Desse modo, observa-se que o projeto de gestão institucional também interfere diretamente nos rumos e resultados de qualquer plano proposto, independente da categoria proponente, visto que a construção coletiva das bases teóricas e existência de uma infraestrutura básica para o seu funcionamento deve ser disponibilizada. Assim, todos os sujeitos envolvidos no processo de mudança, reestruturação, implantação e/ou implementação devem participar ativamente desse processo, sugerindo e discutindo, em prol de uma assistência em saúde digna e segura para o ser humano.

Percebe-se por fim, que mesmo a maioria dos entrevistados tenha a consciência de que a assistência de enfermagem prestada no CTI não é sistematizada, pouco ou nada é feito para mudar essa realidade. Observa-se ausência de fases dessa metodologia, não havendo um direcionamento de cuidados com um objetivo pré-definido. O que há são cuidados soltos e aleatórios executados pela equipe. Percebe-se, ainda, que há acúmulo de funções gerenciais do ambiente pelo enfermeiro que não dizem respeito à assistência de enfermagem propriamente dita. É necessário estabelecer institucionalmente as reais responsabilidades e atribuições do enfermeiro e que estas não destoem do que realmente é preconizado pela literatura e pela legislação, que centralizam o paciente como principal foco de trabalho da enfermagem.

5 CONCLUSÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um método sistemático e dinâmico de prestar cuidado de enfermagem, promovendo efetividade de ações, direcionando as condutas a partir de uma observação completa do indivíduo, orientada a resultados com economia de recursos. Além disso, é capaz de estimular os enfermeiros a analisar constantemente o que estão fazendo e a estudar formas diversas de como poderiam fazer seu trabalho cada vez melhor. Mostra-se essencial para que se possa gerenciar e desenvolver uma assistência de enfermagem individualizada (segundo as necessidades próprias de cada indivíduo), organizada, segura, dinâmica e competente, sobretudo no ambiente pesquisado, o CTI, o qual se destina especificamente ao tratamento de pacientes em estado crítico que demandam efetividade de tratamento, recursos especializados e cuidado de enfermagem integral proporcionado pela SAE plenamente fundamentada no conhecimento científico.

Apesar de os enfermeiros pesquisados se posicionarem como gerenciadores do cuidado a partir da identificação de problemas e estabelecimento de cuidados, há carência de conhecimentos atualizados de todos os que integram essa equipe de enfermagem. Parece haver uma certa confusão quanto às fases do processo e qual a sua sequência de aplicação; afinal, por se tratar de um método sistematizado, como o próprio conceito de sistematizar define, é preciso que se cumpra uma sequência lógica de aplicação (com um começo, um meio e um fim) para se chegar ao objetivo definido. Não existe ação sem um direcionamento ou sem um planejamento prévio diante de uma problemática. Sem uma meta a ser alcançada, a ação desempenhada se agrega a premissa do “fazer por fazer”. É necessário, também, compromisso de todos para que se cumpra o que é previamente estabelecido e haja flexibilidade segundo as necessidades e dificuldades encontradas. E conforme estudado e exposto ao longo deste trabalho, a SAE por ser um trabalho profissional particular, necessita de habilidades e capacidades cognitivas (pensamento e raciocínio crítico), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções, sentimentos e valores). Necessita de dedicação para sua aplicação, tempo, pensamento e estudo, além de flexibilidade para criação e inovação a cada plano de cuidados estabelecido, que sejam aderentes às necessidades humanas e sociais de cada paciente. Compreende-se, ainda, que esta SAE necessita estar estruturada em uma teoria específica (ou até duas teorias, como alguns estudos apontam ser possível). Esta teoria precisa ser bem compreendida por todos, pois todas as ações de cuidar são direcionadas e sustentadas segundo seus princípios.

Embora a assistência de enfermagem sistematizada seja discutida em meio acadêmico no Brasil desde idos da década de 1970, tendo como sua defensora principal Wanda de Aguiar Horta, somente no ano de 2002 a SAE passou a ser implementada formalmente nas instituições de saúde brasileiras e reafirmada a partir de outra resolução, em 2009, considerada um avanço para a prática do cuidado em enfermagem. Em contrapartida, essas resoluções por si sós, talvez não ofereçam todo o apoio que a implantação de uma assistência de enfermagem sistematizada exige. Muitos fatores desencadeiam dificuldades práticas de implantação e implementação dessa metodologia nas instituições de saúde. Dentre elas, pode-se destacar o número insuficiente de funcionários de enfermagem. A SAE em sua fase de implantação deve ser ajustada conforme a realidade e possibilidades da instituição no tocante a número de funcionários versus horas semanais de serviço. Deve, ainda, considerar o grau de dependência dos pacientes para os cuidados de enfermagem (e não apenas o quantitativo de funcionários versus o número de leitos existentes). Isso se torna ainda mais complexo quando falamos em dimensionamento de pessoal para atuar em Centro de Terapia Intensiva, pois os pacientes ali internados possuem funções vitais que demandam maiores cuidados, além de haver um número considerável de procedimentos técnicos de competência privativa do enfermeiro.

Esse déficit profissional é extensivo para outras categorias, sobretudo as de nível médio que atuam em caráter complementar à categoria de enfermagem (como a de auxiliares administrativos). A ausência desses profissionais no serviço geram desvio de função e de atenção ao principal foco da enfermagem: o indivíduo. Com essa carência, o que tem se observado em muitas instituições de saúde (inclusive particulares) são enfermeiros obrigados pela administração hospitalar (e muitas vezes com o aval das chefias de enfermagem) a assumir atividades que não são de sua competência, já bastante discutidas neste trabalho. Esse fato, aliado a uma sistematização implantada de maneira deficitária gera uma tendência para desempenhar atividades de cunho administrativo do setor de trabalho em detrimento da assistência ao paciente, pura e integral, como observado nas falas de todos os entrevistados. A partir do momento que fica “impregnado” no consciente de todos que o enfermeiro detém as responsabilidades de prover o setor de materiais de consumo, encaminhar exames, cobrar avaliações médicas, providenciar reposição de funcionários para o setor, teremos uma assistência deficitária por, involuntariamente, transferirmos a responsabilidade da gerência e execução do cuidado para o técnico de enfermagem, desenvolvendo-as segundo suas próprias percepções. A quase totalidade dos enfermeiros pesquisados possuem a consciência de que a

assistência de enfermagem no seu ambiente de trabalho não é sistematizada, fato que gera sentimento de inquietação, mas não é capaz de gerar atitudes para mudanças ou aprimoramento. Houve tentativas de se melhorar o serviço através da confecção de um novo impresso para evolução, mas ao que parece, o mesmo foi construído unilateralmente, sem o envolvimento de todos.

A geração de mudanças e melhorias no serviço, como a própria assistência, deve ser um acontecimento ordenado, onde todas as fases de implantação devem ser respeitadas. Destaca-se que as fases para a implantação de uma assistência sistematizada requer revisões e atitudes extensas e trabalhosas. Primordialmente, sugere-se que o serviço de enfermagem como um todo deve ter, organizacionalmente, uma FILOSOFIA, uma MISSÃO e OBJETIVOS claramente definidos. Posteriormente, necessita promover estudos e capacitações em serviço para enfermeiros e técnicos de enfermagem no intuito de resgatar o que foi aprendido em sua formação de base, bem como apresentar os novos estudos acerca da metodologia de maneira a estimular a compreensão da necessidade de sua implantação efetiva e de expor claramente as vantagens do método quando adotado e plenamente implementado por todos. Após este estágio, a formação de grupos de trabalho que envolvam enfermeiros e técnicos de enfermagem para construir de maneira conjunta um modelo assistencial é capaz de aumentar a participação e estimular a implantação e implementação da SAE nos diferentes locais de trabalho, segundo suas próprias demandas e necessidades. Isso significa que todos, por meio desse processo, serão capazes de compreender efetivamente o que fazem, podendo construir e reconstruir o seu trabalho sempre que necessário.

Após esse processo descrito anteriormente, a ideia de benefício institucional deve ser “vendida” a administração hospitalar, centrada na melhoria da assistência prestada e destacando as inúmeras vantagens que a SAE pode proporcionar, como a redução do tempo de internação hospitalar à medida que agiliza os diagnósticos de necessidades reais do paciente, otimização e redução de custos, melhora da comunicação entre os membros da equipe, onde cada elemento assume suas atividades segundo suas competências profissionais, evitando repetições desnecessárias e prevenindo erros, otimizando todo o processo de segurança do paciente, além de se constituir como excelente mecanismo para geração de indicadores que traduzam a realidade, permitindo a avaliação contínua da assistência prestada.

Nem sempre é claro para as pessoas que não pertencem à área enfermagem os aspectos intelectuais existentes por detrás desse processo. Não à toa, o tempo de formação mínimo

exigido para a formação de um enfermeiro mostra-se incipiente diante do leque de informações e vastidão de conceitos e possibilidades que esta ciência dispõe. A falta de conhecimento sobre a importância da assistência e a falta de reconhecimento efetivo com valorização da profissão se deve, principalmente, pela falta de registro sistemático, ordenado e compreensível do cuidado que foi prestado e a condição que efetivamente o determinou, gerando, inclusive, um obstáculo para a avaliação de sua prática. Ou seja, um leigo em enfermagem, ao visualizar a prática assistencial da categoria, poderia simplesmente descrevê-la como um amontoado de tarefas rotineiras e manuais, de cunho simples ou mais trabalhoso, executadas de maneira aleatória, como banho no leito, preparo e administração de medicações, verificação de sinais vitais, mobilização em leito, sondagem vesical, aspiração de secreções, curativos simples a mais complexos, entre tantos outros exemplos que poderiam ser aqui incluídos.

Assim, sistematizar a assistência constitui um passo importante para a valorização profissional, pois implica modificações no modo de assistir e no modo de se conceber a ciência enfermagem, que passa do estilo funcional para o estilo centrado no paciente, elaborando cuidados direcionados ao indivíduo e não apenas para a doença. No entanto, é necessário que os enfermeiros envolvidos com a sua implantação plena e implementação saibam e se comprometam em articular essas práticas com a filosofia da instituição, repensando seu processo de trabalho em saúde. Espera-se que a abordagem trabalhada neste estudo contribua preparando muitos enfermeiros para uma reflexão mais profunda de suas potencialidades para iniciarem ou reformularem seu método diário de trabalho, independente do seu local de atuação profissional. Para a melhoria do serviço de enfermagem pesquisado, por sua vez, sugere-se que se faça uma reimplantação da metodologia existente, iniciada com a capacitação de toda a equipe de enfermagem para a transformação da realidade existente, em prol de uma assistência mais efetiva, eficiente e reconhecidamente plena.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997.

ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5.ed. Porto Alegre: ARTEMED, 2005. 248 p.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Editora Liber Livros: Brasília, 2008. 68 p. (Série Pesquisa: Vol. 13)

ÁRIAS, Raimundo. HPSM-MP: 96 anos de história. 2016. 1.Banner.

BARROS, A.L.B.L. **Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital São Paulo** [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, UNIFESP; 1998.

BASTOS, J.L.D., DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007. Disponível em www.revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/.../2634 Capturado em 05/09/2017.

BRAGA, D. C. C.; SELOW, M. L. C. A Relevância do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem para a Qualidade no Cuidado do Paciente: revisão bibliográfica. **Vitrine Prod. Acad.**, Curitiba, v.4, n.2, p.89-103, jul/dez. 2016. Disponível em <http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/download/209/210>. Acesso em 10 set 2018.

BRASIL. Resolução COFEN-272/2002, de 27 ago.2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br> Acesso em: 25/11/2015. Revogada pela Resolução COFEN-358/2009, de 15 out 2009.

BRASIL. Resolução COFEN-358/2009, de 15 out 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html Acesso em 09/01/2017.

Conselho Federal de Enfermagem de São Paulo – COFEN. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. [online]. São Paulo; 2016. [26 out 2016]

CARPENITO, L. J. **Plano de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnóstico de Enfermagem e Problemas Colaborativos**. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CASTILHO, Nadia Cecilia; RIBEIRO, Pamela Cristine; CHIRELLI, Mara Quaglio. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto & Contexto - enferm.**, Florianópolis, v.18,n.2, p. 280-289, June 2009. Access on 31 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200011>.

COSTA, Gabriela M.C.; et al. Uma abordagem da atuação histórica da enfermagem em face das políticas de saúde. **REME – Rev. Min. Enf.**;10(4):412-417, out./dez., 2006. Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/439#>DOI: http://www.dx.doi.org/S1415-27622006000400016> Capturado em 22/07/2017.

COSTA, Roberta et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, Dec. 2009. Acesso em 22 Julho 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>.

CUNHA, A. P. et al. Serviço de Enfermagem: Um Passo Decisivo Para a Qualidade. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, ano 6, n. 60, p. 25-30, maio 2003.

DANIEL, L. F. **Enfermagem: Modelos e Processos de trabalho**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1987. P 82-87.

DELL'ACQUA, M.C.Q., MIYADAHIRA, A.M.K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2002; 10(2):185-91.

DIAGNÓSTICOS de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. Porto Alegre:Artmed, 1999-2000, p.143-167.

DIAS, J. A. A; DAVID, H. M. S. L.; VARGENS, O. M. DA C. Ciência, enfermagem e pensamento crítico: reflexões epistemológicas. **Rev. enferm. UFPE** online; 10(4): 3669-3675, set. 2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9911/pdf_11158 Acesso em 03/07/2017

DIAS, Maria José Martins da Costa; MARTINS, Teresa; ARAUJO, Fátima. Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 1, p. 65-74, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13101>.

DINIZ, E. . et al. **A Evolução da Sistematização da Assistência de Enfermagem e sua influência na qualidade da assistência prestada ao cliente**. OnLine. Mar 2004. Capturado

em 06/12/2016. Disponível em
[Http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/a%20evolucao%20da%20sistematizacao.pdf](http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/a%20evolucao%20da%20sistematizacao.pdf)

DOMINGUES, T.A.M., CHAVES, E.C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. 2005

FELIX, N.N., RODRIGUES C.D.S., OLIVEIRA, V.D.C. Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. **REV. Interdisciplinar**. São Paulo, 2009 Disponível em
http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev5_v5n3.pdf

FRANCO, Maria Laura P. Barbosa. **Análise do Conteúdo**. Série Pesquisa. Brasília: Liber Livro, 2012.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. Série Atualização e Enfermagem. Vol 2. São Paulo (SP): Atheneu; 2004. p. 37-63.

GARCIA, Telma Ribeiro. Systematization of nursing care: substantive aspect of the professional practice. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v.20, n.1,p. 5-10, Mar. 2016. Access on 31 July 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160001>.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias em Enfermagem: os fundamentos para prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez; 1983.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In GODOI, C. K.; BANDEIRA DE MELO, R; SILVA, A. B. (org). **Pesquisa Qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, p. 115-146, 2006.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. p.79-108.

GONZALEZ-CASTILLO, M.G. & MONROY-ROJAS, A. Proceso enfermero de tercera generación. **Enferm. univ** [online]. 2016, vol.13, n.2, pp.124-129. ISSN 2395-8421. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>. Acesso em 03/07/2017.

HERMIDA, P.M.V.; ARAÚJO, I.E.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm**. 2006 set-out; 59(5): 675-9.

HERMIDA, P.M.V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 2004; 57(6): 729-32.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979

HUITZI-EGILEGOR, Joseba Xabier et al. Estudo retrospectivo da implementação do processo de enfermagem em uma área de saúde. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n.5, p.1049-1053, outubro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000501049&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 de julho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500006>.

KLETEMBERG, D.F, SIQUEIRA M.D., MANTOVANI M.F. **Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986**. Esc. Anna Nery, Dez 2006, vol.10, n°3, p.478-486. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 20/11/2015

KLETEMBERG, Denise Faucz et al. **O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional**. Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.1, pp.26-32. ISSN 0034-7167. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100005> Acesso 13/01/2017.

KLETEMBERG, D.F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica [dissertação]**. Curitiba: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2004.

LE GOFF, J. **História e memória**. Campinas: UNICAMP; 1990.

LESSA, Andréa BSL; ARAÚJO, Cristina N. V. A. enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **REME • Rev Min Enferm**. 2013 abr/jun; 17(2): 474-480 Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664> > Acesso em 22/07/2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20130036

LISBOA, R. S. (Org.), SANTANA, D. (Colab.), LISBOA, N. (Rev.). **Guia de elaboração de trabalhos acadêmicos**. Belém: Biblioteca UFPA, 2017.

LOPES, Lúcia Marlene Macário & SANTOS, Sandra Maria Pereira dos. Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Rev. Enf. Ref.**[online]. 2010, vol.serIII, n.2, pp.181-189. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400019&lng=pt&nrm=iso . acessos em 23 jul. 2017. ISSN 0874-0283.

MAGALHAES, Ana Maria Muller de; RIBOLDI, Caren de Oliveira; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev.**

bras. enferm., Brasília, v.62, n.4, p.608-612, Aug. 2009. Access on 03 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400020>.

MATTÉ, V.M., THOFEHRN, M.B., MUNIZ, R.M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. **Rev Gaúcha Enferm**, 2001; 22(1): 101-21.

MELLEIRO, M.M., FUGULIN, F.M.T., ROGENSKI, N.M.B., GONÇALVES, V.L.M., TRONCHIN, D.M.R. A evolução do sistema de assistência de enfermagem no hospital universitário da Universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In: CIANCIARULLO, T.I., GUALDA, D.M.R., MELLEIRO, M.M., ANABUKI, M.H (org). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo (SP): Ícone; 2001. p. 109-30.

MIRANDA, Jair Junio. Saúde e doença na antiguidade: a influência do conceito greco-romano sobre o judaísmo bíblico e o novo testamento. **Revista Hermenêutica**, [S.l.], v. 11, n. 1, jan. 2011. ISSN 2238-2275. Disponível em: <<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/hermeneutica/article/view/244>>. Acesso em: 22 Jul. 2017.

MOREIRA, A. A. **A primeira escola de enfermagem**. In: Geovanini, T. História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

NERY, C. C. S. (org). **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP)**. Enfermagem/CTI Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti. 2016. Última Revisão Fevereiro de 2016.

NERY, C. C. S. et al. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP)**. Coordenação de Enfermagem / Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti. 2017.

NEVES, R.S. & SHIMIZU, H.E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enferm.** Vol.63 N°02 Brasília Mar./Apr. 2010. Disponível em www.scielo.br Acesso em 20/11/2015.

OGUISSO, Taka (org). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. Ed ampliada. – Barueri, SP: Manole, 2007. – (Série Enfermagem). 224p. ISBN: 9788520421994

OREM, Dorothea E. Nursing: Concepts of Practice. 5. Ed. 1995.

OREM, D. E. Nursing – concepts of prática. 3 ed. Traduzido por Fernando Volkmer, 1985. New York: McGraW-Hill Company, 1980. Texto resumido para fins didáticos, pela Dra. Eloita P. Neves.

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v.55, n.4,p. 392-398, Aug. 2002. Acesso em 01 Julho de. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20020086>.

PEREIRA NETO, André de Faria. Interfaces da história da Enfermagem: uma potencial agenda de pesquisa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 524-531, Dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Julho 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000300023>.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 492-499, Sept. 2006. Acesso em 01 Julho. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300015>.

PERSEGONA, Karin Rosa et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 645-650, set. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300027&lng=pt&nrm=iso. acessos em 22 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300027>.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume; 2008.

PORTAL EDUCAÇÃO. Teoria de Callista Roy. Criado em 27 fev 2012. Disponível em <https://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/25161/teoria-de-callista-roy> Acesso em 09/01/2017.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina; VIDINHA, Telma Sofia dos Santos; ALMEIDA FILHO, António José de. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 3, p. 157-164, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.

SANTOS, E. **Legislação em Enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem**. São Paulo: Atheneu; 2014.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez; 1986.

SILVA, Karen Schein da; ECHER, Isabel Cristina; MAGALHAES, Ana Maria Müller de. Grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem: uma ferramenta de gestão. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, e20160060, 2016. Access on 03 Aug. 2018. Epub June 07, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160060>.

SILVA, Nathália Caroline da. O Processo de Enfermagem (PE) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **Enfermeiro Aprendiz. online**. 06/09/2016. Disponível <http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/o-processo-de-enfermagem-pe-e-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-sae/> Capturado em 29/12/2016.

SOUSA, Cristina Albuquerque de; SANTOS, Iraci dos; SILVA, Lolita Dopico da. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 3, p. 279-284, Junho 2006 . Access on 03 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300006>.

SOUZA, M.F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T.I., GUALDA, D.M.R., MELLEIRO, M.M., ANABUKI, M.H (org). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo (SP): Ícone; 2001.

TANNURE, M. C. & PINHEIRO, A. M. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

THOMAZ, Vanessa Aparecida; GUIDARDELLO, Edinêis de Brito. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Nursing** (São Paulo); 5(54):28-34, nov. 2002

TOMASI, N. G. S. et al. Dimensionamento de Recursos humanos em Enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.6, n.1, p.83-89, jan./jun. 2001 Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/44909/27341>. Acesso em 10 set 2018.

VASCONCELOS, R.O.; RIGO, D.F.H.; MARQUES, L.G.S.; NICOLA, A.L.; TONINI, N.S.; OLIVEIRA, J.L.C. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem Hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Esc Anna Nery** 2017; 21(4):e20170098. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0098.pdf. Acesso em 10 set 2018.

VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev SOCERJ**. 2007; 20(5):383-386 setembro/outubro. Disponível em http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2007_v20_n05_art10.pdf. Capturado em 01/10/2017.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman Editora LTDA, 2015.

ANEXOS

ANEXO 01 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Terapia Intensiva de um hospital referência em Urgência e Emergência sob a ótica dos enfermeiros

Pesquisador: REMO RODRIGUES CARNEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83728818.1.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.597.925

Apresentação do Projeto:

Com o propósito de conhecer como a equipe de enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva de um hospital público referência em urgência e emergência em Belém, compreendem a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Trata-se de pesquisa de cunho qualitativo, do tipo estudo de caso e utilizará um roteiro de entrevistas com os enfermeiros do lócus de pesquisa (CTI). O método escolhido para a análise dos dados foi análise de conteúdo, buscando identificar estruturas, padrões e elementos semelhantes que traduzam a realidade e possam responder às questões de pesquisa propostas no estudo.

Objetivo da Pesquisa:

conhecer como a equipe de enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva de um hospital público referência em urgência e emergência compreendem a SAE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e inerentes às pesquisas qualitativas e contam com o compromisso do pesquisador em minimizá-los protegendo-os contra a quebra de sigilo. Quanto aos benefícios, a contribuição para o incremento do conhecimento científico sobre SAE na amazônia dada a carência de estudos sobre a temática proposta e aos pacientes o benefício de uma assistência qualificada.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.597.925

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo tem alta relevância social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão presentes e de acordo com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1082540.pdf	26/02/2018 16:12:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradoRemo.pdf	26/02/2018 16:10:42	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REMO.docx	26/02/2018 16:10:02	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_REMO.docx	26/02/2018 15:32:38	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Remo.pdf	26/02/2018 14:59:25	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_REMO.pdf	24/02/2018 22:20:06	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_aceite_Orientador_Remo.pdf	24/02/2018 21:53:59	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSODOPEQUISADOR_REMO.pdf	24/02/2018 21:53:24	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito
Outros	Termo_Autorizacao_Pesq_Ambito_Hospitalar_Remo.pdf	24/02/2018 21:52:42	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_Remo.pdf	24/02/2018 21:50:28	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_FINANCEIRO_HPSM_MP_REMO.p	24/02/2018 21:48:36	REMO RODRIGUES CARNEIRO	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.597.925

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 13 de Abril de 2018

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO 02 – Termo de Autorização da Pesquisa em Âmbito Hospitalar

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA EM ÂMBITO HOSPITALAR

LOCAL DA PESQUISA:

HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MÁRIO PINOTTI

REPRESENTANTE LEGAL:

SAMUEL TADEU LIMA AFLALO

TÍTULO PROVISÓRIO DA PESQUISA:

A Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Terapia Intensiva de um hospital referência em Urgência e Emergência de Belém/PA sob a ótica dos enfermeiros.

ORIENTADOR

Prof. Dr. Genylton Odilon Rêgo da Rocha

PESQUISADOR

REMO RODRIGUES CARNEIRO

O Representante legal do local de pesquisa, citado acima, AUTORIZA o pesquisador supracitado a desenvolver suas atividades de pesquisa para fins acadêmicos, bem como:

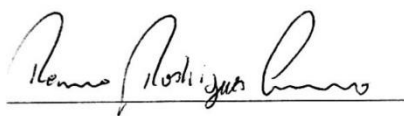
1. Disponibiliza a equipe de enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva a participar da pesquisa, desde que seja de seu interesse ou de livre escolha de participação, mediante autorização por escrito dos mesmos, conforme protocolos legais de pesquisa;
2. Dá livre entrada ao pesquisador no hospital em horários a serem definidos e autorizados pela Chefia de Enfermagem;

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

1. Preservar a identidade dos entrevistados cujos dados serão coletados;
2. Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. Não interromper ou obstruir o bom funcionamento dos trabalhos desenvolvidos em âmbito hospitalar, preservando o atendimento do cliente.

4. Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar as fontes, utilizando para tal, recursos de codificação;
5. Que serão respeitadas todas as normas da Resolução 466/12, que trata da pesquisa com seres humanos e suas complementares na execução deste projeto.

Belém, 30 de JANUÁRIO de 2018.



Remo Rodrigues Carneiro

RESQUISADOR



Samuel Tadeu Lima Aflalo

(Diretor HPSM-MP)



APÊNDICES

APÊNDICE 01 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

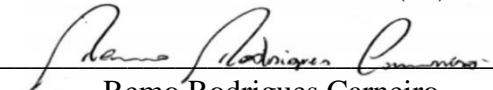
(Baseado na Resolução Nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

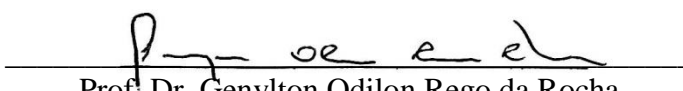
Prezado Sr(a): _____

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Terapia Intensiva de um hospital referência em Urgência e Emergência**. Esta pesquisa está sendo realizada pelo aluno Remo Rodrigues Carneiro do PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGENF) da Universidade Federal do Pará, como dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, e tem como objetivo Conhecer como enfermeiros que atuam no CTI deste hospital compreendem e aplicam a SAE diariamente.

Sua participação é de suma importância e consistirá em participar da entrevista conduzida pelo pesquisador com perguntas abertas referentes à temática proposta. Os áudios das entrevistas serão utilizados apenas para coleta de dados pertinentes a pesquisa. Os riscos desta pesquisa podem envolver constrangimento pessoal por parte das perguntas realizadas ou ainda gerar insegurança em você por uma possível quebra de anonimato. Informamos desde já que em nenhuma hipótese serão divulgadas quaisquer informações que permitam a sua identificação. Os dados serão analisados, guardando assim o absoluto **sigilo das informações pessoais**. Queremos também deixar claro que **sua participação é de seu livre-arbítrio, não havendo pagamento** pela mesma, podendo se **recusar a responder quaisquer perguntas** do formulário.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelo autor da pesquisa, ao qual será feita a divulgação para os trabalhadores envolvidos, e para o meio acadêmico e científico. Qualquer dúvida posterior a pesquisa pode ser esclarecida através do telefone (91) 98112-3555 ou e-mail remo.carneiro@gmail.com


Remo Rodrigues Carneiro
Pesquisador


Prof. Dr. Genylton Odilon Rego da Rocha
Prof. Orientador

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações contidas no formulário.

Belém, ____ / ____ / ____.

Assinatura do entrevistado

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará
(CEP-CCS/UFGPA) – Complexo de Sala de Aula/ICS – Sala 13 – Campus Universitário, nº 01,
Guamá – CEP: 66075-110 – Belém – Pará. Tel: 32018028 E-mail: cepcs@ufpa.br

APÊNDICE 02 – GUIA DE ENTREVISTA**PARTE I - CONHECENDO O PROFISSIONAL**

Código _____ | **SEXO** ()M ()F | Número na pesquisa: _____

FAIXA ETÁRIA:

() 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () 51 a 60 anos () > 60 anos

TEMPO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM:

() < 1 ANO () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos () > 20 anos

TIPO DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR (IES) DE BASE:

() PÚBLICA () PRIVADA

LOCAL DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR (IES) DE BASE:

() PARAENSE () OUTRA REGIÃO DO PAÍS

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR EM ENFERMAGEM:

() ESPECIALIZAÇÃO () MESTRADO () DOUTORADO

TEMPO DE TRABALHO NO HPSM-MP:

() < 1 ANO () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos () > 20 anos

TEMPO DE TRABALHO NO CTI DO HPSM-MP:

() < 1 ANO () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos () > 20 anos

PARTE II – PERGUNTAS

1) QUAIS SÃO AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ROTINEIRAMENTE POR VOCÊ, DO MOMENTO EM QUE VOCÊ CHEGA AO PLANTÃO ATÉ O MOMENTO QUE VOCÊ SAI?

QUESTÃO DE PESQUISA 1: Que conhecimentos os enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva possuem sobre a SAE?

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Analisar o conhecimento dos enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva sobre a SAE

QUESTÃO DE PESQUISA 2: Como a SAE vem sendo aplicada pelos enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva?

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Descrever como ocorre o processo de aplicação da SAE no Centro de Terapia Intensiva.

2) QUEM DETERMINA E COMO SÃO DIVIDAS AS TAREFAS DE ENFERMAGEM RELACIONADAS AO CUIDADO COM O PACIENTE?

QUESTÃO DE PESQUISA 1: Que conhecimentos os enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva possuem sobre a SAE?

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Analisar o conhecimento dos enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva sobre a SAE

QUESTÃO DE PESQUISA 2: Como a SAE vem sendo aplicada pelos enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva?

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Descrever como ocorre o processo de aplicação da SAE no Centro de Terapia Intensiva.

3) AUTORAS CLÁSSICAS DA ENFERMAGEM COMO WANDA HORTA E DOROTEA OREM CONSIDERAM O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO A ESSÊNCIA DE UMA ASSISTÊNCIA IDEAL. COMO VOCÊ PERCEBE ESSAS TEORIAS PROPOSTAS POR ELAS NA SUA ASSISTÊNCIA DIÁRIA?

QUESTÃO DE PESQUISA 1: Que conhecimentos os enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva possuem sobre a SAE?

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Analisar o conhecimento dos enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva sobre a SAE

QUESTÃO DE PESQUISA 2: Como a SAE vem sendo aplicada pelos enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva?

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Descrever como ocorre o processo de aplicação da SAE no Centro de Terapia Intensiva.

PARTE II – PERGUNTAS

4) QUAIS ELEMENTOS E/OU FASES DE UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADA VOCÊ OBSERVA NO SEU LOCAL DE TRABALHO?

QUESTÃO DE PESQUISA 1: Que conhecimentos os enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva possuem sobre a SAE?

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Analisar o conhecimento dos enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva sobre a SAE

QUESTÃO DE PESQUISA 2: Como a SAE vem sendo aplicada pelos enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva?

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Descrever como ocorre o processo de aplicação da SAE no Centro de Terapia Intensiva.

5) A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRETADA AQUI NO CTI É SISTEMATIZADA?

SE SIM: O QUE VOCÊ DESCREVE COMO CONQUISTAS ALCANÇADAS PARA SE CHEGAR A ESSE PATAMAR?

SE NÃO: O QUE PRECISA MELHORAR / MUDAR NA ASSISTÊNCIA PRATICADA HOJE NO CTI?

QUESTÃO DE PESQUISA 1: Que conhecimentos os enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva possuem sobre a SAE?

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Analisar o conhecimento dos enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva sobre a SAE

QUESTÃO DE PESQUISA 2: Como a SAE vem sendo aplicada pelos enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva?

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Descrever como ocorre o processo de aplicação da SAE no Centro de Terapia Intensiva.

APÊNDICE 04 – DECLARAÇÃO DE INSEÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO AO HPSM-MP

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO AO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MÁRIO PINOTTI

Declaro para os devidos fins que a realização da pesquisa “**A Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Terapia Intensiva de um hospital referência em Urgência e Emergência sob a ótica dos enfermeiros**” tem como pesquisador responsável, Remo Rodrigues Carneiro, aluno do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará e que o presente trabalho não acarretará ônus financeiro ao referido hospital, uma vez que todas as despesas deste estudo serão custeadas pelo próprio pesquisador responsável.

Belém, 21 de Fevereiro de 2018



Pesquisador(a) Responsável

APÊNDICE 05 - ORÇAMENTO

DESCRIÇÃO DO MATERIAL DE CONSUMO	UNID.	VALOR UNITÁRIO	QUANT	VALOR (R\$)
MATERIAL DE CONSUMO				
Resma de papel	PCT	R\$ 18,50	2	R\$ 37,00
Impressão	FLS	R\$ 0,10	700	R\$ 70,00
Encadernação	UN	R\$ 3,00	5	R\$ 15,00
Pranchetas	UN	R\$ 4,50	3	R\$ 13,50
Caneta esferográfica	UN	R\$ 1,50	3	R\$ 4,50
Internet	MENSA L	R\$ 97,00	8	R\$ 776,00
MATERIAL PERMANENTE				
Pen drive 4gb	UN	R\$ 25,00	3	R\$ 75,00
Notebook	UN	R\$ 2.300,00	1	R\$ 2.300,00
Celular (gravação áudios)	UN	R\$ 1.700,00	1	R\$ 1.700,00
Software Áudio Recorder®	UN	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00
Software Office Professional 2016®	UN	R\$ 1.179,00	1	R\$ 1.179,00
TRANSPORTE				
Passagem de ônibus	UN	R\$ 3,10	30	R\$ 93,00
Táxi/Uber	UN	R\$ 24,00	2	R\$ 48,00
TOTAL				R\$ 6.311,00