

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UNOCHAPECÓ E UNIVERSIDADES ASSOCIADAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

IVETE MAROSO KRAUZER

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – UM
INSTRUMENTO DE TRABALHO EM DEBATE**

2009

IVETE MAROSO KRAUZER

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – UM
INSTRUMENTO DE TRABALHO EM DEBATE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Enfermagem, da Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem –
Área de Concentração: Filosofia, Saúde e
Sociedade.

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em
Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra Francine Lima Gelbcke

IVETE MAROSO KRAUZER

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – UM
INSTRUMENTO DE TRABALHO EM DEBATE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em novembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa


BANCA EXAMINADORA:



Dra. Francine Lima Gelbcke
- Presidente -



Dra. Maria Bettina Camargo Bub
- Membro -



Dra. Siliamar Camponogara
- Membro -



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
- Membro Suplente -



Dra. Leoni Terezinha Zenevitz
- Membro Suplente -

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Vice-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó na pessoa da Professora Dra. Maria Assunta Busato e posteriormente representada pelo Professor Dr. Claudio Alcides Jacoski, pelo empenho em trazer o Curso de Mestrado em Enfermagem - modalidade interinstitucional para a nossa universidade, que me permitiu cursá-lo em meu local de residência.

À Professora Dra. Maria Elisabeth Kleba, pelo apoio, carinho e dedicação incansável na luta pela qualificação das enfermeiras da Unochapecó e da região.

Às docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelos inestimáveis esforços que vêm fazendo para desenvolver a enfermagem de Santa Catarina e do Brasil. Especialmente na dedicação à aprovação do Plano Sul.

À minha orientadora, professora Dra. Francine Lima Gelbcke, pelas suas contribuições elucidativas e coerentes. Obrigada, pela sua tranquilidade em orientar, o que me deixou extremamente confiante em fazer essa caminhada sem sobressaltos.

Às minhas colegas de mestrado, pelo companheirismo, compartilhamento das ansiedades e apoio mútuo, o que permitiu alcançarmos este sonho tão desejado.

À banca Examinadora, pelas contribuições importantes que me permitiram visualizar o caminho dessa pesquisa.

Aos (as) enfermeiros (as) participantes da pesquisa. Obrigada pelas considerações sinceras, pelo apoio e compreensão. Especialmente a Enfermeira Tânia Zunkowski Tacca, pelo seu empenho em explicitar os objetivos e delineamento desse trabalho aos seus colegas.

E por fim, à minha filha Emanoella, fonte de inspiração. Obrigada pela compreensão e apoio. Aos meus filhos Victor e Roger pelos constantes desafios que me possibilitam enfrentar como mãe.

KRAUZER, Ivete Maroso. **Sistematização da Assistência de Enfermagem – um instrumento de trabalho em debate**, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 99p.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbke.

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde.

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de conhecer a compreensão sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE e identificar os aspectos potencializadores e dificultadores presentes no processo de trabalho dos Enfermeiros de um hospital público do oeste de Santa Catarina. Foi de natureza qualitativa, com caráter exploratório e descritivo, realizada através de 24 entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado. Os dados foram tratados pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2000). Quanto ao perfil dos participantes, a maioria dos enfermeiros possuía pós-graduação lato-sensu na área hospitalar, encontravam-se na faixa etária de menos de 30 anos, com menos de cinco anos de experiência profissional. Conhecem teoricamente a SAE; compreendem os seus pressupostos; exercitaram os passos do método científico durante a graduação e reconhecem algumas teoristas de enfermagem. As potencialidades apontadas na implantação da SAE foram: a valorização e o reconhecimento da enfermagem como profissão; promoção na melhoria da qualidade da assistência e contribuição ao aprendizado científico da enfermagem. Como dificuldades apontaram: a resistência da equipe de enfermagem e da equipe médica na implantação da SAE; o desconhecimento da administração sobre esse assunto e a falta de experiência dos enfermeiros. Os resultados indicaram que o conhecimento sobre SAE, adquirido na graduação, é compatível com as novas diretrizes curriculares nacionais para o ensino da enfermagem, a compreensão se aproxima dos conceitos referenciados e acreditam ser viável à implantação da SAE na instituição. Uma lacuna percebida e que necessita aprofundamento teórico foi identificar a abordagem que as escolas de graduação trabalham a SAE, pois parece que não está sensibilizando os estudantes para sua aplicação. As dificuldades devem ser enfrentadas através da sensibilização da Direção Geral sobre a temática; do fortalecimento da equipe, visando consolidar os conhecimentos teóricos e filosóficos; educação permanente envolvendo os demais setores; criação de uma rede solidária de troca de experiências. A possibilidade de realizar este estudo pode contribuir para a implantação da SAE nesta instituição, pois os enfermeiros e enfermeiras poderão refletir sobre a temática, identificar os processos de trabalho que permeiam as suas atividades num modelo clássico de gestão. Com isso, munir-se de competências e habilidades para propor o cuidado de forma sistematizada, atendendo a legislação vigente de modo coerente e sustentado por um referencial teórico. Assim, adquirir a visibilidade e autonomia apontada nas potencialidades e desejada por todos.

Palavras-Chave: Processo de Enfermagem; Teoria de Enfermagem; Conhecimento.

KRAUZER, Ivete Maroso. Nurse Care Systematization - a working tool in debate, 2009. Dissertacion (Master. in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 99p.

Adviser: Dra. Francine Lima Gelbke
Research Field: Health Working Process

ABSTRACT

This study aimed at comprehending Nurse Care Systematization – NCS and at identifying the enhancing and limiting aspects present at the nursing work process in a public hospital in the west of Santa Catarina. This was a qualitative study with exploratory and descriptive character accomplished through 24 semi-structured interviews. Data was treated by content analysis as proposed by Bardim (2000). As for the participants profile, most of them hold a *latu-sensu* post graduation degree in hospital field, aged under thirty years old and less than five years of professional experience. Participants had knowledge of NCS and showed understanding of its assumptions as well as practice on the scientific method steps during graduation and also recognized some of the nursing theorists. The following potentialities were pointed at NCS implementation: value and recognition of nursing as a profession; promotion of quality improvement in assistance as well as the contribution to the scientific nursing learning. The difficulties found were: the nursing and physicians team resistance to the implementation of NCS; the administration lack of information about the subject as well as about the lack of experience of nurses. The results showed that the knowledge about NCS acquired during graduation is compatible with the new national curriculum guidelines for nursing teaching and the understanding is close to the referenced concepts as well as the feasibility to implement NCS at the institution. A gap that was noticed, and demands theoretical deepening, was to identify the approaches used by graduation schools to work NCS, as they don't seem to be motivating students to use it. Difficulties must be tackled by moving the Head Office about the theme; building up the team in order to consolidate theoretical and philosophical knowledge, providing permanent learning involving other departments; also by creating a network for exchanging experience. The possibility of carrying out this study might contribute to NCS implementation in this institution as the nurses will be able to think about this subject as well as will be able to identify working processes which are part of their activities in a classical managing model. Therefore they can be provided with competences and skills in order to propose a systematized care which meets current legislation coherently supported by theoretical referential and eventually acquiring autonomy as pointed out in the potentialities.

Key words: Nursing Process; Nursing Theory; knowledge.

KRAUZER, Ivete Maroso. **Sistematización de la Asistencia de Enfermería – un instrumento de trabajo en debate**, 2009. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Post-Graduación en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 99p.

Orientadora: Dra Francine Lima Gelbke

Línea de Investigación: Proceso de Trabajo en Salud

RESUMEN

Esta investigación ha tenido el objetivo de conocer la comprensión sobre la Sistematización de la Asistencia de Enfermería – SAE e identificar los aspectos potencializadores y dificultadores presentes en el proceso de trabajo de los Enfermeros de un hospital público del oeste de Santa Catarina. Ha sido de naturaleza cualitativa, con carácter exploratorio y descriptivo, realizada a través de 24 entrevistas, utilizando una encuesta semi-estructurada. Los datos han sido tratados por el análisis de contenido propuesto por Bardin (2000). Con respecto al perfil de los participantes la mayoría de los enfermeros había cursado post-graduación lato-sensu en el área hospitalaria, tenían menos de 30 años con menos de cinco años de experiencia profesional. Conocen teóricamente la SAE; comprenden sus bases; han ejercitado los pasos del método científico durante la graduación y reconocen algunas teorías de enfermería. Las potencialidades apuntadas en la implantación de la SAE han sido: la valorización y el reconocimiento de la enfermería como profesión; promoción en la mejoría de la calidad de la asistencia y contribución al aprendizaje científico de la enfermería. Como dificultades han destacado: la resistencia del equipo de enfermería y del equipo médico en la implantación de la SAE; el desconocimiento de la administración sobre ese asunto y la falta de experiencia de los enfermeros. Los resultados han indicado que el conocimiento sobre SAE, adquirido en la graduación, es compatible con las nuevas directrices curriculares nacionales para la enseñanza de la enfermería, la comprensión se aproxima a los conceptos referenciados y creen que es viable la implantación de la SAE en la institución. Una falla percibida y que necesita profundización teórica ha sido identificada en el abordaje de como las escuelas de graduación trabajan la SAE, pues parece que no están sensibilizando a los estudiantes para su aplicación. Las dificultades deben ser enfrentadas a través de la sensibilización de la Dirección General sobre la temática; del fortalecimiento del equipo, buscando consolidar los conocimientos teóricos y filosóficos; educación permanente envolviendo a los demás sectores; creación de una red solidaria de intercambio de experiencias. La posibilidad de realizar este estudio puede contribuir para la implantación de la SAE en esta institución, pues los enfermeros y enfermeras podrán reflexionar sobre la temática e identificar los procesos de trabajo que rigen sus actividades en un modelo clásico de gestión. Con eso, munirse de competencias y habilidades para proponer el cuidado de forma sistematizada, respetando la legislación vigente de modo coherente y sustentado por un referencial teórico. Así, adquirir la visibilidad y autonomía apuntadas en las potencialidades y deseadas por todos.

Palabras-Clave: Procesos de Enfermería; Teoría de Enfermería; Conocimiento.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Faixa etária dos participantes.....	50
Tabela 2: Tempo de formação na graduação.....	50
Tabela 3: Instituição de origem dos participantes por estados federativos.	51
Tabela 4: Formação profissional em nível de especialização.	52
Tabela 5: Tempo de trabalho na instituição.	54

SUMÁRIO¹

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem: contextualização da temática.....	14
2.2 A sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: da influência nightingaleana aos dias atuais.....	20
2.3 Experiências de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1 A profissão de enfermagem no contexto brasileiro.....	28
3.2 Processo de trabalho em saúde e na enfermagem.....	38
4 INDICAÇÕES METODOLÓGICAS.....	44
4.1 Tipo de pesquisa.....	44
4.2 Local de estudo.....	44
4.3 Participantes da pesquisa.....	45
4.4 Coleta e análise dos dados.....	46
4.5 Rigor da pesquisa e aspectos éticos.....	48
5 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS.....	49
5.1 Perfil dos participantes.....	49
5.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem: conhecimento e perspectivas dos enfermeiros.....	55
5.3 Potencialidades identificadas para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	59
5.4 As dificuldades apontadas para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
7 REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICES.....	92
ANEXOS.....	95

¹ Esta dissertação foi redigida sob a vigência do Decreto Presidencial n. 6.583 de 29 de setembro de 2008 que promulgou o acordo ortográfico da Língua Portuguesa, assinado em Lisboa, em 16 de dezembro de 1990.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem como profissão, referem Corona, Carvalho (2005), tem passado por profundas transformações, entre as quais se pode mencionar o impulso e o crescimento de um corpo de conhecimentos próprios. Historicamente, a enfermagem foi centrada no modelo biomédico e paulatinamente vem incorporando conhecimentos das áreas da educação, administração, psicologia, sociologia, entre outras, no ensejo de formular teorias e modelos explicativos dos processos de fazer a enfermagem.

Nas últimas décadas, a Sistematização da Assistência de Enfermagem² foi colocada como uma possibilidade de oferecer uma identidade à enfermagem, haja vista o aprofundamento das discussões sobre a filosofia da profissão e sua relação com a função profissional e como esta deve desenvolver-se (CARLOS AGUSTÍN, 2006).

Entendo a SAE como um instrumento metodológico que faz parte do processo de trabalho, sendo protagonizada pelos enfermeiros e extensiva aos técnicos e auxiliares de enfermagem

Há vários estudos demonstrando que os enfermeiros tomaram para si o estudo e o aprofundamento das discussões sobre a sistematização do corpo de conhecimento da enfermagem, sendo inegáveis os avanços da Enfermagem na busca de sua identidade. Neste sentido, “são os conteúdos das Teorias de Enfermagem que representam o saber dos (as) enfermeiros (as), da mesma forma que as Teorias da Sociologia representam o saber dos sociólogos (as) [...]” (DE OLIVEIRA et al, 2007, p. 113).

Estas teorias consistem numa ampla estrutura teórica que define os principais conceitos da enfermagem: saúde, ser humano, sociedade e enfermagem e seus pressupostos, propondo modelos de cuidado, de modo a caracterizar a enfermagem como ciência. A construção deste saber, aponta Johnson, citada por De Oliveira et al

² Neste trabalho optei pelo uso da terminologia Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por estar em acordo com a Resolução 272/02, do Conselho Federal de Enfermagem. Entretanto, nas citações foram resguardadas as terminologias utilizadas pelo (s) autor (es).

(2007, p. 113), parte do princípio de que “uma profissão não pode existir por muito tempo sem explicitar seus fundamentos teóricos. Além disso, os fundamentos precisam ser testados e expandidos”.

Assim, a sistematização da assistência de enfermagem, amparada por um referencial teórico, adquiriu relevância junto à comunidade científica, por ser uma expressão do atual conhecimento da enfermagem. Kletemberg (2004) enfatiza que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é um instrumento de trabalho capaz de se legitimar e ter relevância social. No Brasil, a partir da década de 1960, Wanda de Aguiar Horta notabilizou-se ao propor um modelo teórico para ser utilizado como uma possibilidade metodológica de nortear a profissão.

Doenges, Moorhouse (1999, p.15) afirmam que: “durante anos os profissionais de enfermagem vêm lutando para definir a enfermagem por meio da identificação de parâmetros de enfermagem, com a meta de obter status profissional”.

Outros autores, como Pires (2007), ressaltam a necessidade de a enfermagem utilizar metodologias capazes de dirigir as ações de uma forma sistematizada. Moura, Pagliuca (2004, p. 271) referem que a aplicação de uma teoria parece representar “um interesse crescente por parte dos enfermeiros, sendo que o seu uso apoia os enfermeiros na definição dos seus papéis, no melhor conhecimento da realidade, na adequação e qualidade do desempenho profissional”.

Koerich et al (2007, p. 447) enfatizam.

Desde a década de 1950, observa-se uma tendência crescente na profissão pela busca de procedimentos/métodos de organização e planejamento dos serviços de enfermagem que sejam mais eficientes e se traduzam numa assistência de enfermagem mais qualificada.

O meu interesse por esta temática advém da época de graduação, na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, a partir de 1985, quando experimentei desenvolver a prática da sistematização no hospital universitário e unidades sanitárias da rede pública de Florianópolis, nos estágios supervisionados e no desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso. Naquele momento percebi a importância da sistematização da assistência para guiar as ações e a dimensão do conhecimento da Enfermagem.

Posteriormente, quando iniciei a vida profissional, exerci várias funções ao longo de 22 anos de trabalho na área e, em praticamente todas as atividades desenvolvidas, procurei reforçar a importância de ter um método de assistência para guiar a prática profissional.

Vivenciei vários momentos na área da saúde do País. Participei da implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS, que buscava organizar o sistema de saúde, a partir de uma visão integral das ações. Posteriormente, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, quando, nesta época, assumi a função de Secretária de Saúde de um município no interior do Mato Grosso. Neste espaço político, desenvolvi uma metodologia centrada em problemas identificados na área materno-infantil e percebi que a enfermagem pode influenciar decisivamente nos rumos da saúde de um município e ter visibilidade técnica e política.

Quando o movimento da Reforma Sanitária culminou com a aprovação do Sistema Único de Saúde – SUS, já me encontrava em Chapecó, exercendo a profissão em um hospital regional público, entidade muito rica e complexa no que se refere ao cuidado de enfermagem. Neste espaço, minhas crenças sobre a necessidade de sistematizar a assistência ficaram mais evidentes, mas por diversas razões não evolui muito na sua fundamentação. Quando realizei o concurso público na Secretaria de Saúde do município de Chapecó, em 1997, pude desenvolver um trabalho mais organizado, participando ativamente da elaboração do plano municipal de saúde e dos planos específicos das Policlínicas e neste momento, utilizei alguns conceitos e pressupostos teóricos para desenvolver a assistência.

A partir do ano 2001, iniciei atividades na Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, lecionando no Curso de Enfermagem, na disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso I e II, no 5º e 6º período, respectivamente, e Fundamentos Teóricos e Filosóficos no 4º período. Nestas disciplinas, aprofundei o estudo dos conteúdos relativos à sistematização da assistência de enfermagem, pois o Curso implementou o uso do Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, desenvolvido nos campos de atividades teórico - práticas.

Ao fazer tais práticas, percebi que a realização do processo de enfermagem com os estudantes não despertava nos enfermeiros assistenciais a curiosidade pelo método, pois estes focalizavam sua atuação nos procedimentos técnicos, nas

normas e rotinas já estabelecidas, sem, contudo, não parecerem estar fundamentadas em um referencial teórico.

Passei a me questionar quanto aos motivos que levam os enfermeiros e a instituição a não utilizarem a sistematização da assistência em sua prática diária. Causava-me desconforto esta situação e me instigava a investigar, principalmente, porque muitos dos enfermeiros que atuam no hospital foram formados em nossa universidade e possuem o conhecimento teórico acerca de tal questão. Será que a formação oferecida não está sensibilizando os profissionais? Que dificuldades vislumbram para a aplicação da sistematização da assistência? E se percebem facilidades para tal implementação, porque não o fazem? E a instituição não vislumbra a SAE como uma possibilidade de melhorar a qualidade dos serviços? Quais são os processos de trabalho estabelecidos? Estes questionamentos iniciais me motivaram na realização desta pesquisa.

Pode-se perceber que, em minha trajetória profissional sumariamente relatada e a breve contextualização sobre o assunto, existe um profundo envolvimento com a temática da sistematização da assistência de enfermagem e isso me instigou a investigar: qual a compreensão que os enfermeiros, de um hospital público da região oeste de Santa Catarina, possuem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE?

Como pesquisadora, tracei o seguinte objetivo: conhecer a compreensão sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE e identificar os aspectos potencializadores e dificultadores presentes no processo de trabalho dos Enfermeiros de um hospital público do oeste de Santa Catarina

Através do conhecimento e da compreensão acerca da SAE e a identificação dos processos de trabalho estabelecidos neste espaço de prática, poder-se-á propor caminhos que subsidiem a possível aplicação da sistematização da assistência de enfermagem. Assim, me parece ser importante estabelecer critérios teóricos e metodológicos para desenvolver uma forma sistematizada do cuidado que deve ser prestado ao ser humano, família e comunidade, pois acredito que a valorização do trabalho da enfermagem passa pela aplicação de uma metodologia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura constitui-se num elemento importante para a compreensão do que já foi apreendido sobre o assunto, integrando e facilitando o acúmulo de conhecimentos (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Meu interesse pela Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE advém da crença de que o conhecimento sistemático e a aplicação concomitante no cotidiano são fatores primordiais para o reconhecimento da enfermagem como profissão, ciência e arte.

A busca de informações ocorreu nas bases de dados: LILACS, BIREME, BVS, teses e dissertações do Portal da Capes, catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – CEPEn, base de dados da biblioteca da USP – PERIENF, Programa de atualização em Enfermagem - PROENF e revistas indexadas, dos últimos cinco anos, utilizando os descritores sistematização da assistência de enfermagem, metodologia da assistência de enfermagem, processo de enfermagem e processo de trabalho em saúde e enfermagem.

2.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem: contextualização da temática

Os referenciais teóricos e filosóficos que fundamentam a Enfermagem são norteadores de um instrumento de assistência denominado, no Brasil, de: Metodologia de Assistência de Enfermagem (MAE); Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); Processo de Enfermagem (PE), Metodologia do Cuidado e outras denominações que variam de acordo com a linha de pensamento de diversos autores.

Existe uma variação de denominações acerca da SAE, como encontrei na citação a seguir:

Processo de enfermagem, metodologia da assistência e a própria sistematização da assistência ora apresentam-se como sinônimos e ora apresentam-se com diferentes definições. Diante dessa perspectiva considera-se que o emprego equivocado desses termos gera conflito e dificuldade de entendimento sobre a prática profissional da enfermagem (FULY, LEITE E LIMA, 2008, p. 884).

Em que pese estas controvérsias conceituais das terminologias, o que se encontra amplamente referendado na literatura é a necessidade da SAE ser fundamentada por uma teoria de enfermagem.

A prática científica da enfermagem requer a adoção de uma teoria que dê significado a realidade onde se executam os cuidados. A ciência da enfermagem, através das suas teorias, se aplica à prática e proporciona mecanismos através dos quais os profissionais utilizam seus conhecimentos, habilidades e competências para aperfeiçoar e tratar das respostas humanas dos indivíduos, famílias e comunidade frente às adversidades (CARLOS AGUSTÍN, 2006).

Deparei-me com um artigo produzido por Figueiredo et al (2006) que teve como objetivo caracterizar a produção científica nacional sobre sistematização da assistência de enfermagem. Neste estudo, constatou-se:

a média de produção foi de 13.4 publicações/ano em 23 periódicos, com predomínio de estudos na área hospitalar (63,2%). O tema cardiologia ocorreu em 17,6% das publicações e o foco da atenção na implementação, no desenvolvimento e na avaliação de modelos de SAE em 78,6% dos artigos. Taxonomia NANDA foi citada em 40,2% da produção e dentre as obras que fizeram menção a modelos teóricos Wanda Horta apareceu em 40,5% deles. Considera-se que existem ainda muitas lacunas na produção de conhecimento sobre o tema, em especial na análise da qualidade da assistência com a implantação de um tipo de método (FIGUEIREDO et al, 2006, p. 299).

Horta (1979, p. 7) refere que a “enfermagem, desde os seus primórdios, vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural”.

Kletemberg (2004) constata que a metodologia da assistência é um instrumento científico que facilita o planejamento e a sistematização de suas ações, bem como para a equipe de enfermagem.

A Resolução n° 272/02³, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), determina, privativamente, ao enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. Através desta resolução, mesmo vista com reservas e criticada por muitos profissionais, obteve-se o amparo legal de uma prática já realizada pelos enfermeiros em algumas instituições.

A Resolução COFEN n° 293/04⁴ considera várias nuances do trabalho de enfermagem e vem reforçar a necessidade de dimensionar adequadamente o quantitativo mínimo de horas em cada setor em que a enfermagem atua, de modo a poder prestar uma assistência de qualidade e de minimização de riscos (REZENDE, GAIDZINSKI, 2008). Interpreto esta resolução como mais um apoio legal que a equipe de enfermagem, especialmente os enfermeiros, tem para gestionar junto à administração das instituições a implantação da sistematização da assistência de enfermagem, haja vista que ela demanda um tempo maior dedicado ao cuidado.

Ambas as resoluções, segundo a atual presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, estão sendo discutidas no COFEN, em vista das contradições teóricas e metodológicas que têm surgido entre os integrantes da categoria (informação verbal)⁵.

Entretanto, Silva, Ciampone (2003, p. 18) fazem uma ressalva em relação à implementação da SAE, constatando: “[...] temos percebido ao longo de nossas práticas profissionais que as enfermeiras têm dificuldades de operacionalizar o processo de enfermagem [...]”. Neste sentido, os autores a seguir apontam:

[...] o sucesso da sistematização vinculava-se à adoção de um processo de trabalho e da agregação de variáveis como: reformas processuais de trabalho; redefinição de valores conceituais e comportamentais dos atores que participavam do cenário em que ocorria o processo; delimitação de atividades e, conseqüentemente, de papéis a exercer na organização; conhecimentos científicos específicos; e reformulações infra-estruturais do serviço (TAKAHASHI et al, 2008, p. 33).

Em pesquisa feita por Backes et al (2005), em um hospital filantrópico: 88% dos enfermeiros referendam o que já foi apontado em outros estudos quanto às dificuldades na implantação da sistematização de enfermagem – SAE, como: a

³ Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras.

⁴ Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas.

⁵ Comentário feito pela Dra. Denise Pires, na reunião do Grupo de Pesquisa PRÁXIS, em 27 de agosto de 2009, Florianópolis-SC.

sobrecarga de trabalho, desvio de função e número insuficiente de profissionais para o desempenho da atividade. Na referida pesquisa, somente 10% dos enfermeiros entenderam que as dificuldades podem estar associadas à falta de instrumentalização, à descrença e às resistências particularizadas.

Estas dificuldades não parecem ser apenas um fenômeno brasileiro, pois, num estudo conduzido na Europa que procurava testar a criação de um modelo de registros de enfermagem, mostrou como resultados: limitação do processo de enfermagem realizado em conformidade com o modelo, em particular na identificação dos problemas apresentados pelos pacientes, e, conseqüentemente, o diagnóstico e eventual intervenção (POKORSKI et al, 2009).

No Reino Unido, outro trabalho avaliou se os dados obtidos a partir dos registros de enfermagem poderiam ser fielmente usados para identificar intervenções para os pacientes que haviam sofrido infarto agudo do miocárdio ou uma fratura da cabeça do fêmur. O resultado mostrou que os registros de enfermagem não fornecem uma imagem adequada dos pacientes (POKORSKI et al, 2009).

Benedet, Bub (2000) afirmam que suas experiências de prática assistencial apontam para as dificuldades que existem em relação à aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, que, muitas vezes, carecem de fundamentação teórica, ou estas são realizadas inadequadamente. Além disto, são muito centradas na patologia, reduzindo a assistência ao modelo causa/efeito, ou seja, aos sinais e sintomas manifestados pelos pacientes.

Tannure, Gonçalves (2008, p. 13), corroborando o que diversos autores já apontaram, afirmam: “para sistematizar a assistência é necessário um marco conceitual que fundamente a organização que o serviço almeja alcançar, [...] tornando coerente uma linha de pensamento”. O marco conceitual deve prescindir à implementação da SAE. “É composto de conceitos (e suas definições), que visam descrever fenômenos, explicar situações, prever acontecimentos e controlar os resultados obtidos a partir das ações de enfermagem” (TANNURE, GONÇALVES, 2008, p. 10).

Com base nesta assertiva, há que se perguntar: realmente a SAE tem sido elaborada e sustentada por um marco conceitual? Que mudanças na prática diária dos enfermeiros são necessárias para que esse instrumento metodológico seja utilizado? Como os processos de trabalho já estabelecidos numa instituição podem

influenciar na implementação da SAE?

Reportei-me, então, aos primórdios da enfermagem, muito antes da divisão de atribuições por categorias e encontrei nos relatos que o enfermeiro cuidava dos doentes. Isto permitia uma aproximação mais efetiva com a pessoa necessitada, tornando importante o desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar.

À medida que a profissão foi modificando o seu perfil de atuação, outras atribuições, especialmente de gestão e gerência, foram assumidas pelo enfermeiro e isto, de certo modo, o afastou do cuidado direto à pessoa. Esta constatação está ilustrada no aprofundamento teórico sobre a identidade dos enfermeiros, protagonizado por Renovato et al (2009, p. 238):

[...] a enfermeira e o enfermeiro afastaram-se paulatinamente do cuidado direto, correndo de modo singular e diferencial, e notoriamente contraditório. Se, por um lado, a formação universitária e o status conferido trouxeram uma certa satisfação à enfermagem, restringindo-se tão somente as atividades administrativas e atuando apenas em atividades de cuidar que requeriam mais qualificação, por outro lado, o trabalho em saúde realizado pela enfermagem, em vários momentos, atendeu aos interesses das instituições hospitalares, como resultantes da falta de poder e de uma política de atuação. Os conflitos vivenciados na prática refletiram ainda a ausência de autonomia, visto que o cabedal de conhecimento formal adquirido não se fez acompanhar de avanços no domínio da assistência em saúde.

Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009) confirmam esta tendência ao constatarem as mudanças nas ações dos enfermeiros, muitas vezes, solicitadas pela política das instituições e serviços, direcionando suas atividades para o gerenciamento o que determinou o seu afastamento do cuidado direto aos pacientes.

Hausmann, Peduzzi (2009, p. 259) corroboram esta linha de pensamento ao constatarem: “Há um conjunto de estudos sobre o processo de trabalho do enfermeiro que mostra a predominância de atividades gerenciais, sobretudo com ênfase no gerenciamento dos serviços”.

No contexto da sistematização da assistência, foco deste estudo, é imprescindível que o enfermeiro estabeleça uma aproximação direta com a pessoa necessitada, aprofunde os seus conhecimentos clínicos, estabeleça um efetivo processo de comunicação, de modo a poder implementar o cuidado prioritário e adequado à necessidade da pessoa.

Assim, para desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem, há que se escolher um marco conceitual para fundamentar as ações de enfermagem.

Este deve permear os modos de fazer dos enfermeiros. Os marcos conceituais propostos pelas teóricas em enfermagem, invariavelmente propõem alguns passos que devem estar interligados, tais como: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (PAUL, REEVES, 2000).

O desenvolvimento destes passos demanda mais tempo de trabalho do enfermeiro no cuidado ao paciente, haja vista a necessidade de investigar, coletar os dados e realizar o exame físico. Com estas informações, há possibilidade de desenvolver o raciocínio clínico, estabelecer os diagnósticos reais e potenciais, planejar a assistência global e estabelecer as prioridades diárias para o cuidado para aquele paciente, o que permitirá um fazer sistematizado, com base científica.

Doenges, Moorhouse (1999) enfatizam que o planejamento escrito e utilizado é capaz de fornecer o rumo e a continuidade do cuidado, facilitando a comunicação entre os integrantes da equipe. Naturalmente, isso demanda um tempo maior dedicado ao cuidado, como aponta o seguinte estudo, porém, pode determinar uma assistência mais qualificada.

Quanto ao tempo despendido para a aplicação da SAE num hospital geral, constatou-se:

[...] o tempo estimado pelas enfermeiras tanto na avaliação como no registro de um paciente, tanto na admissão como no seguimento foi significativamente superior ao tempo medido, que pode ser explicado pelo fato de que o tempo percebido pelas enfermeiras reflete a realização de outras atividades realizadas concomitantemente a SAE. O tempo médio estimado mostrou que na admissão o maior tempo médio foi na UTI Adulto 46,6 minutos, seguido pela Pediatria 41,7 minutos, Berçário 29,4, Alojamento Conjunto 26,3 e Centro Obstétrico 22,3 minutos (REZENDE, GAIDZINSKI, 2008, p. 158).

Então, sistematizar a assistência implica o uso de um tempo maior para realizar o cuidado; identificar as prioridades; depende dos mecanismos de gestão e gerência estabelecidos na instituição que, a meu ver, devem facilitar este processo. Isto pressupõe reaproximar-se da pessoa necessitada; discutir as condições de trabalho estabelecidas nas instituições, na correlação direta do número de funcionários x leito; no desenvolvimento da educação permanente, enfim, a SAE vista como um instrumento de trabalho deve estar diretamente ligada ao processo de trabalho e modelo de gestão estabelecido nas instituições.

Reconhecendo que a temática é extremamente vasta, a possibilidade de fazer este referencial teórico, identificando estudos e pesquisas realizados nos últimos tempos, certamente contribuirá para a compreensão dos fatores que favorecem ou não o desenvolvimento da enfermagem neste espaço de prática. Desta forma, nesta revisão, destaco a evolução da sistematização da assistência de enfermagem, objetivando compreender os aspectos mais importantes desta trajetória e identificar as experiências de aplicação da SAE nos serviços de saúde.

2.2 A Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: da influência nightingaleana aos dias atuais

A enfermagem nightingaleana contribuiu para o desenvolvimento da profissão, referendando a necessidade de observação acurada, de habilidades na comunicação e ao fazer a distinção entre conhecimento de enfermagem e conhecimento médico, criando desta forma os fundamentos básicos do conhecimento da enfermagem e as diretrizes para o processo de construção teórico-prática (KLETEMBERG, 2004).

De Oliveira et al (2007, p. 110) referem que Nightingale “[...] procurou mostrar que era possível e necessário um preparo formal e sistemático para a aquisição de conhecimentos no campo da Enfermagem [...]”. Contribuiu para isto a publicação da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, considerada como os primórdios do conhecimento sistematizado da enfermagem.

No processo histórico de construção do conhecimento da enfermagem, existem movimentos cíclicos, demonstrando a natureza dinâmica e específica desta profissão. De Oliveira et al (2007, p. 110), em seus estudos sobre a evolução do conhecimento da enfermagem no mundo, apontam quatro fases: a *1ª fase*, o foco de investigação foi centrado em “o que fazer”, tendo como precursora Florence Nightingale.

A *2ª fase*, denominou-se de domínio do fazer técnico, ou seja, “como fazer”, onde a maneira de executar uma técnica era mais importante que o cuidado ao doente. Esta forma persiste até os dias atuais em algumas localidades brasileiras (DE OLIVEIRA et al, 2007).

De Oliveira et al (2007, p. 110) apontam que “a partir da década de 1950 até meados de 1960 ocorreu o advento dos princípios científicos, caracterizando a 3ª fase de evolução do conhecimento da enfermagem onde se investigava porque fazer”. Nesta fase, a enfermagem buscava tornar-se mais científica, aproximando-se do saber médico.

Procurando consolidar o conhecimento produzido na enfermagem, com o intuito de responder a questão: qual o saber próprio da enfermagem? Esta caracteriza, de acordo com De Oliveira et al (2007), a 4ª fase de evolução do conhecimento da enfermagem.

Assim, pela visão dos autores anteriormente citados, constituiu-se o conhecimento da enfermagem, iniciando de maneira empírica e culminando na atualidade, com o uso de teorias para fundamentar a prática. Estas propõe conceitos, pressupostos e uma metodologia que busca validar o conhecimento na prática.

Leopardi (1999, p. 12) explicita alguns pressupostos que apontam a direção adotada para o estudo das Teorias de Enfermagem. São eles:

- Teoria de Enfermagem é um instrumento de trabalho e, como tal se articula com estrutura geral e tendências da sociedade, particularmente com a ciência, em cada período de seu desenvolvimento. As teorias de enfermagem expõem tendências das visões sobre o processo saúde-doença e sobre a experiência de trabalho terapêutico.
- O conteúdo das teorias define determinada lógica que identifica a opção ideológica do autor.
- A teoria e a prática de enfermagem devem ser momentos complementares da práxis, de modo a tomar a teoria uma representação o menos falsa possível da realidade do trabalho de enfermagem.

No Brasil, de acordo com Cruz (2004), a sistematização da assistência de enfermagem começou com Horta e, nas últimas décadas, os enfermeiros conquistaram um modelo, uma linguagem, uma legislação e alguns compromissos, especialmente o de validar o seu conhecimento por meio da aplicação de um modelo teórico no cotidiano das instituições.

Os estudos de Horta foram fundamentais para impulsionar as discussões sobre sistematização de assistência nas escolas de graduação em enfermagem. Na década de 1960, esta pesquisadora propôs uma teoria baseada nas “necessidades humanas básicas” de Maslow, denominada processo de enfermagem. Está

fundamentada no método científico, compondo-se de seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

Kletemberg (2004) constata que há 40 anos a enfermagem já se preocupava com a sua identidade profissional, validação e valorização na área da saúde, sugerindo que a cientificidade e a sistematização da assistência são imprescindíveis à profissão.

A busca pela sistematização do conhecimento da enfermagem demanda o uso de uma teoria que sirva de base para a prática da enfermagem, de modo a ser reconhecida como ciência. No ano de 1979, “a literatura sobre as teorias teve grande impulso, ensejando uma maior reflexão sobre o assunto” (TANNURE, GONÇALVES, 2008, p. 9).

Aliado ao contexto da evolução do conhecimento da enfermagem, há que se pensar também na força de trabalho, afinal os profissionais são os protagonistas e desenvolvem a enfermagem. No Brasil, a realização da primeira pesquisa acerca da força de trabalho em enfermagem ocorreu na década de 1950, e foi fundamental para se conhecer o perfil profissional e compreender a necessidade de um maior número de escolas, visando à formação profissional. Esta pesquisa denominou-se “Levantamento de recursos e necessidades da enfermagem,” patrocinada pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn (KLETEMBERG, 2004).

As informações desta pesquisa, nos idos de 1956, demonstraram a imensa tarefa que a enfermagem tinha pela frente para se afirmar como profissão e buscar um corpo de conhecimentos próprios. Naquela época, as enfermeiras tinham preocupação, também, com o modelo de trabalho da enfermagem e sua consequente forma de pensar e agir, o que possivelmente podemos denominar, na atualidade, de sistematização da assistência de enfermagem.

Os profissionais, para dar conta do método, de acordo com Pires (2007, p. 9), “[...] necessitam de conhecimentos científicos, habilidades técnicas, atitudes e posturas éticas, intuição, interação, sensibilidade, entre outros aspectos, para uma atuação adequada”. Ainda, a autora aponta que a produção científica sobre sistematização tem munido os enfermeiros de habilidades e competências para realizar um cuidado fundamentado.

Entretanto, no campo profissional da enfermagem, as teorias são pouco conhecidas, e a adoção dos seus princípios para a produção do conhecimento é

escassa e limita-se quase que exclusivamente à academia e alguns hospitais universitários (DE OLIVEIRA et al, 2007).

Isto nos reporta aos questionamentos iniciais, pois apesar da sistematização da assistência de enfermagem ser amplamente referendada e validada pelos pesquisadores, percebe-se que as instituições que a desenvolvem são escassas, se comparado ao contingente de enfermeiros existentes no Brasil. Esta discrepância torna o debate extremamente relevante.

Há que se ampliar as discussões e compreender como ocorre o processo de trabalho na saúde e na enfermagem, para quem sabe, desvelar os motivos que levam grande parte dos enfermeiros, quando chegam à prática assistencial, a “abandonar” o cuidado direto à pessoa e preocupar-se com outras demandas, muitas vezes impostas pela instituição ou mesmo alguma confusão no que seja a sua função dentro da equipe de enfermagem e da equipe de saúde.

A crença de que a sistematização é importante para o desenvolvimento da profissão motivou-me a escrever sobre as experiências de implantação da SAE, apesar das dificuldades relatadas, pois ainda se tem, como afirma Leopardi (1999), um grande grupo de profissionais preocupados com os fundamentos teóricos e filosóficos da profissão e por isso desenvolvem pesquisas nesta área.

2.3 Experiências de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Nos artigos lidos para a construção desse capítulo, encontrei que grande parte dos enfermeiros entende a importância da sistematização da assistência. No entanto, por várias razões, não a aplicam de modo constante ou não publicam suas experiências.

Isto é corroborado pelos autores a seguir:

[...] percebe-se a escassez de estudos voltados para o relato das instituições e/ou serviços que possuem a SAE implementada. Tal fato remete a dois questionamentos. Primeiramente, se a SAE realmente se encontra implementada nas instituições de saúde. Segundo, se o que diz respeito à visibilidade desta temática no ambiente acadêmico, seria o responsável pela produção de conhecimentos (SALES, AFONSO E SANTOS, 2008, p. 204).

Entretanto, procurei ilustrar este capítulo com experiências de associações e instituições que desenvolveram a SAE. Assim, num estudo realizado pela Associação Nacional de Enfermagem do México, desde 1970, a enfermagem centra os seus esforços em estabelecer:

[...] estratégias de ensino e de prática para instrumentalizar o uso do processo de enfermagem nos currículos dos cursos de graduação e nas instituições de saúde, com vistas à sua incorporação como metodologia da assistência de enfermagem, direcionada ao cuidado, e, também, viabilizar sua inserção no movimento de construção da atenção à saúde como um bem social e coletivo (LEDESMA-DELGADO, MENDES, 2009, p. 329).

A sistematização passa a ser uma estratégia importante para dar visibilidade e uniformidade às ações de enfermagem, proposta pela enfermagem mundial e assumida pela enfermagem brasileira através da ABEn. A busca por este conhecimento é exemplificada pela iniciativa de classificar as práticas de enfermagem, que caracteriza uma homogeneidade na descrição das ações e na sistematização do cuidado tendo iniciado no Brasil pela classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva

Sobre este assunto, Santos, Nóbrega (2004, p.370) identificaram:

A existência de vários sistemas de classificação para descrever a prática de enfermagem levou o Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE (International Council of Nursing – ICN), a partir de sugestão apresentada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, à conclusão de que a enfermagem necessitava de um Sistema de Classificação Internacional, para sua prática, desenvolvido por um órgão internacional que representasse a enfermagem mundial. Essa classificação foi publicada, em 1996, como um marco unificador de todos os sistemas de classificação existentes na enfermagem, tendo sido denominada de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE – Versão Alfa, constituída pelas Classificações de Fenômenos e de Intervenções de Enfermagem. Em 1999, foi publicada a CIPE – Versão Beta, numa abordagem multiaxial, constituída das Classificações de Fenômenos e de Ações de Enfermagem. Em janeiro de 2002, o CIE publicou e disponibilizou, em sua homepage, a CIPE® – Versão Beta 2, com correções de alguns termos e acréscimos de outros, solicitando, mais uma vez, todo o empenho dos enfermeiros do mundo em sua utilização e validação na prática clínica. Com a publicação da CIPE, o CIE espera que ela possa atender a seus principais critérios pré-estabelecidos, como o de poder ser suficientemente ampla e sensível à diversidade cultural, de modo que sirva para os múltiplos fins e propósitos requeridos pelos distintos países onde poderá ser utilizada.

A CIPE, posteriormente deu origem a CIPESC⁶ que propunha e:

⁶ Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.

[...] explicitava a necessidade do repensar crítico acerca do processo de trabalho da enfermagem brasileira em seus elementos constitutivos: objeto, finalidade e instrumentos/meios, articulados dialeticamente. [...] foi a contribuição brasileira para incorporar a noção do coletivo na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem CIPE (CUBAS, EGRY, 2008, p.183, 181).

São inegáveis os esforços que a enfermagem mundial e brasileira vem fazendo para construir um campo de conhecimentos capaz de se legitimar como ciência. A ABEn⁷, mantém um programa de educação continuada a distância, em conjunto com a Artmed Panamericana Editora, denominado de Programa de Atualização em Enfermagem - PROENF, que é uma oportunidade de atualização científica, de construção de novos saberes e de material de apoio às atividades executadas pela Enfermagem diariamente nos serviços de saúde⁸.

Um estudo de revisão bibliográfica apontou que a relação dos diagnósticos de Enfermagem da NANDA, têm edições dos anos: 1999 - 2000, 2001, 2002, 2003 2004, 2005 e 2006, sendo que na primeira edição elaborou-se a Taxonomia I, já na segunda foi elaborado a Taxonomia e na terceira a Taxonomia NNN, associada a *Nursing Interventions Classification* (NIC), em português, Classificação das Intervenções de Enfermagem, *Nursing Outcomes Classification* (NOC), Classificação dos Resultados de Enfermagem, em português, que está em fase de estudos⁹.

Silva, Ciampone (2003) apontaram que o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e o Hospital Universitário da USP, ambos no Estado de São Paulo, implantaram o Processo de Enfermagem com adaptações, a partir do referencial de Horta, em 1979 e 1981, respectivamente.

Campitelli (2008) cita dois hospitais de referência de Piracicaba-SP, que implantaram a sistematização da assistência de enfermagem nas unidades de tratamento intensivo, onde a maioria dos entrevistados realizava os diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação ao cliente internado. No que se refere ao referencial para identificação de diagnósticos de enfermagem adotado nas unidades de tratamento intensivo, 50% dos profissionais responderam usar a NANDA¹⁰, e os demais usam outros referenciais.

⁷ Associação Brasileira de Enfermagem.

⁸ Disponível em: <http://www.sescad.com.br/programa.asp?prog=12>.

⁹ Disponível em: <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anudo/article/viewFile/771/598>.

¹⁰ North American Nursing Association.

Em outro hospital privado da cidade de São Paulo, as enfermeiras, para realizar a SAE, necessitam entender os modelos teóricos e o seu conteúdo de modo a guiar as suas ações, já que a teoria interpreta, explica e elucida o conhecimento, afirmam os autores (SALES, AFONSO E SANTOS, 2008).

No X Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica (2008), foi relatado que a implantação da SAE no ambulatório de oncohematologia do Hospital Infantil Darcy Vargas-SP ocorreu em 1996, a qual facilitou o processo de informações internamente, tornando-o mais orientado, organizado, sistematizado e direcionado ao cliente atendido.

O serviço de enfermagem do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina, desde sua inauguração na década de 1980, utiliza o referencial teórico de Horta para realizar a sistematização da assistência (DIRETORIA DE ENFERMAGEM, 2009).

Há mais de duas décadas, o Departamento de Enfermagem (DE) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) fundamenta sua prática assistencial no processo de enfermagem proposto por Horta e no conceito de autocuidado de Dorothea Orem, que visa à satisfação das necessidades individuais e específicas do paciente/cliente e o desenvolvimento do potencial dos indivíduos para o autocuidado. Para a viabilização desta proposta, foi implementado o modelo assistencial denominado Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), composto por três fases: o histórico, a evolução e a prescrição de Enfermagem, que vem sendo desenvolvido pelos enfermeiros do Departamento como um importante instrumento norteador da assistência, do ensino e da pesquisa (LIMA E KURCGANT, 2006).

Existem experiências relatadas, também, nas secretarias municipais de saúde, a exemplo de Curitiba-PR, que desde 1998, procedeu à revisão das suas práticas coletivas adequando seu sistema de informações, de modo a implantar o prontuário eletrônico, baseado nos resultados do projeto CIPESC (ALTINO et al, 2006).

Ilustrar esta pesquisa com experiências exitosas de aplicação da SAE, contextualizar suas dificuldades e facilidades, auxilia na visualização dos caminhos já percorridos, observando as práticas de SAE realizadas e anotando as possibilidades de resolução dos problemas. Leopardi (1999, p. 11) afirma que devemos “abrir espaços de discussão para que as práticas possam ser revisitadas, a

partir de um aprofundamento teórico”.

Faz-se necessário, também, entender o processo de trabalho em saúde e na enfermagem; os aspectos de um modelo de sociedade, que influenciaram significativamente o desenvolvimento desta profissão e a divisão do trabalho da enfermagem e na saúde. Esta tarefa pretendo desenvolver no capítulo seguinte.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste referencial teórico abordo a enfermagem profissional brasileira; a divisão social do trabalho na enfermagem e na saúde, tendo como delimitação temporal os primórdios da enfermagem moderna e a sistematização da assistência amparada por referenciais teóricos no processo de trabalho de enfermagem.

3.1 A profissão de enfermagem no contexto brasileiro

Compreender o processo histórico de nascimento da enfermagem profissional, especialmente no Brasil, foi fundamental para obter subsídios teóricos e contextualizar o desenvolvimento atual da profissão. Busquei incluir a Sistematização da Assistência de Enfermagem como instrumento do processo de trabalho da enfermagem e na saúde.

Encontrei que a enfermagem brasileira, ao longo de sua história, foi marcada por muitas contradições. De um lado, procura se reafirmar como uma profissão propositiva, ativa socialmente e com um corpo próprio de conhecimentos que vê o ser humano indivisível. Por outro lado, reproduz as relações políticas, econômicas e ideológicas vigentes, fragmenta o cuidado e se especializa cada vez mais (KLETEMBERG, 2004).

O nascimento da enfermagem profissional, no Brasil, foi marcado pelo modelo econômico vigente do final do Século XIX – o capitalismo. Para a área da saúde, este modelo se propunha a criar condições sanitárias adequadas na América Latina, haja vista o desenvolvimento industrial que emergia fortemente, de modo que a enfermagem se organiza, assim como a medicina, ligada ao projeto da classe dominante do país (KLETEMBERG, 2004).

Todavia, se de um lado buscava atender os problemas emergentes de saúde pública de um país carente de recursos, utilizando um modelo de escolaridade norte-americano, por outro lado, fornecia mão de obra gratuita ou de baixo custo às instituições hospitalares privadas sob a cobertura governamental (SILVA, 1986).

Esta forma de implantação e estruturação aponta Pires (1989, p. 134), “tira as mulheres do ambiente doméstico, explorando os sentimentos cívicos de servir à pátria; o espírito de religiosidade; de caridade e altruísmo cristão [...]” e “reforça a figura do médico como elemento central da assistência em saúde”.

Pereira, Mott citado por Renovato et al (2009) ao discorrer sobre o modelo de ensino, nesta questão de gênero, apontam a restrição do ingresso de homens às escolas de enfermagem foi vigente até 1949, quando rompeu-se a obrigatoriedade de ser mulher para ingressar na profissão de nível superior.

O fato de ser uma profissão eminentemente feminina sofre, ainda nos dias atuais, as conseqüências do modelo de sociedade, no que diz respeito às relações de poder entre homem e mulher; as diferenças salariais e a dupla ou tripla jornada de trabalho.

Outro fato observado, com o surgimento da enfermagem moderna, foi a divisão do trabalho na área da saúde, determinando o saber da saúde como sendo o saber médico constituído. Pires (1989, p. 139) afirma que neste momento “há especialização do conhecimento decorrente da divisão técnica do trabalho concorrente com a divisão parcelar do trabalho, típica da organização empresarial capitalista”.

Silva (1986, p. 66) aponta que “o reverso sombrio das especializações crescentes foi o fracionamento excessivo da assistência médica e de enfermagem, em prejuízo, quase sempre, do indivíduo que não é analisado em sua integralidade”. A enfermagem foi influenciada pela medicina que lhe apontou os passos do conhecimento científico e estabeleceu as normas de trabalho (SILVA, 1986).

Paralelamente, nesta época, as demais profissões da área de saúde como o “farmacêutico, dentista, parteiras e práticos de enfermagem começam a se organizar como ramos de conhecimento em saúde, mas sob controle das escolas e dos órgãos fiscalizadores da medicina” (PIRES, 1989, p. 139).

Só no século XX, farmacêuticos e dentistas tornam-se profissões liberais, reguladas por normas próprias, entretanto, [...] o enfermeiro, com curso superior se apropria do trabalho de supervisão e controle, solidificando o seu papel de trabalhador intelectual da enfermagem [...] (MELO, 1986, p. 54).

Este contexto da enfermagem brasileira foi atrelado ao modelo econômico mundial e brasileiro que estavam em rápida transformação, fundamentado num modelo taylorista de administração, havendo necessidade de mão de obra e, ao

advento dos hospitais, como apontam Shiratori, Leite, De Souza Baptista (2004, p. 4) “[...] a Teoria Administrativa de Taylor influenciou e reafirmou o modelo de assistência que então passaria a vigorar na enfermagem impulsionando a racionalidade, disciplina e ao controle do trabalho”.

Neste cenário, apontam Carmo & Couto, citadas por Shiratori, Leite e Souza Baptista (2004, p. 2), “a pobreza, a falta de condições sanitárias e infra-estruturais propiciavam o surgimento de várias doenças”, reforçando a necessidade de se ter mais enfermeiras para atuar nesse contexto adverso da saúde.

Também, o ensino da enfermagem ocorreu através da criação das escolas brasileiras influenciadas pelas escolas americanas, que preconizam o aprendizado das técnicas, denominadas de modelo funcional, “na qual as atividades e tarefas constituem-se como aspecto central da assistência” (SHIRATORI, LEITE E DE SOUZA BAPTISTA, 2004, p. 4).

O ensino da enfermagem no Brasil, de acordo com os estudos de Kletemberg (2004), surgiu vinculado a interesses governamentais que buscaram apoio no exterior e sob influência médica, o que é explicitado em sua afirmação: “os médicos brasileiros, decidiram a implantação da enfermagem no País e as enfermeiras americanas que a implantaram, tanto na área do ensino como na de serviços” (KLETEMBERG, 2004, p. 25).

Fato importante que vislumbrava uma organização melhor da enfermagem ocorreu, em 1926, quando foi fundada a Associação Nacional das Enfermeiras Diplomadas Brasileiras. Posteriormente, em 1944, esta associação denominou-se de Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas – ABEC. E, em 21 de agosto de 1954, durante o VII Congresso Nacional de Enfermagem, em São Paulo, a ABEC passou a denominar-se Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. O aparecimento destas entidades foi fundamental para a evolução da enfermagem no Brasil (KLETEMBERG, 2004).

Entre os anos de 1956-1983 alguns acontecimentos importantes transformaram a profissão: a realização, pela ABEn, de um levantamento dos recursos e necessidades da profissão; a passagem ao ensino superior, em 1962; o surgimento do currículo mínimo, em 1972 e a constituição dos primeiros cursos de pós-graduação (SILVA, 1986).

Nota-se que a formação de enfermagem no Brasil veio, em primeiro lugar, para atender uma demanda do Estado que necessitava de profissionais para

enfrentar os problemas de saúde, sempre emergenciais. Estes labutavam na saúde pública e nos hospitais precarizados, no que diz respeito ao oferecimento de serviços e na própria formação dos profissionais.

A partir da década de 1970, “surgiu a preocupação de discutir a enfermagem como uma profissão compreendida como uma prática social relacionada com a estrutura econômica, política e ideológica do país” (MELO, 1986, p. 10).

Nesta época ocorreu a criação de um conselho fiscalizatório próprio – o Conselho Federal de Enfermagem, em 1973, pela Lei 5.095, encerrando uma celeuma com o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, órgão criado em 1941, que fiscalizava todas as profissões da área da saúde (MELO, 1986).

Na enfermagem, os avanços, mesmo que pequenos, aborda Melo (1986, p. 77) “revelam uma crescente conscientização das categorias sobre sua condição de assalariados do capital e da necessidade de se organizarem como força política [...]”. Matos, Pires (2006) enfatizam o crescimento do debate acerca da gestão e organização do trabalho em saúde e as transformações no mundo do trabalho e por consequência na enfermagem.

Atualmente, a enfermagem é regida por normas e leis determinadas pelo Conselho Federal de Enfermagem, que estabelecem sua identidade e atribuições, especificando as responsabilidades dos enfermeiros, dos técnicos e auxiliares de enfermagem como integrantes da equipe de saúde.

Ainda, um grande grupo de pesquisadores vem defendendo a ideia dos “cuidados integrais”; o envolvimento da equipe nas ações; a co-responsabilização e participação do usuário no planejamento e avaliação da assistência (MATOS, PIRES, 2006, p. 513). Embora, isto esteja implícito na legislação atual do Sistema Único de Saúde.

Quanto ao desenvolvimento do conhecimento da enfermagem brasileira, apontam os historiadores, houve influência determinante do pioneirismo de Florence Nightingale que “introduziu uma nova mentalidade na assistência de enfermagem, que balizou e fomentou o conhecimento da enfermagem até os dias atuais” (SHIRATORI, LEITE E DE SOUZA BAPTISTA, 2004, p. 3).

Nesta época, de acordo com Lobo (2000) Florence demonstrava uma capacidade administrativa maior que a dos próprios oficiais do exército, ao pensar no bem-estar dos soldados não só relativo à assistência direta, mas também nas atividades meio como o serviço de lavanderia, serviço de correio, sistema bancário,

caracterizando uma visão ampla de administração.

Fez vários estudos e anotações técnicas, registrou suas ações e propôs o que muitos consideram, o Modelo Ambiental de Nightingale, que via a manipulação do ambiente como o principal componente do atendimento de enfermagem (LOBO, 2000).

Assim, em suas raízes, nota-se que para desenvolver a enfermagem Nightingale enfrentou muitos obstáculos, que foram transpostos pelo desejo firme e persistência na defesa de suas ideias. Após a guerra, criou escolas de enfermagem e influenciou a política pública, utilizando os seus conhecimentos a respeito de vários temas para pressionar as autoridades visando às mudanças nas instituições que entendia ser necessárias. Ela é encarada como a mãe da enfermagem moderna (LOBO, 2000).

No Brasil, trinta anos após a criação da primeira escola de enfermagem na Europa, fundou-se, então, em 1890, portanto, no final do século XIX, a primeira escola de enfermagem, denominada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, sediada no Hospício Nacional dos Alienados, e atualmente chamada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, ligada à Universidade do Rio de Janeiro (SHIRATORI, LEITE E DE SOUZA BAPTISTA, 2004).

Em seguida foram criados outros cursos de enfermagem, numa condição sanitária adversa, para dar respostas emergenciais ao estado epidêmico do Brasil. Em 1921, o médico Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, interessou-se pelos escritos de Florence Nightingale, e por intermédio da Fundação Rockefeller, trouxe enfermeiras norte-americanas para abrir a escola Anna Nery. O nome Anna Nery foi uma homenagem à brasileira Ana Justina Néri, que em 1865, durante a guerra do Paraguai, prestou cuidados aos feridos, mesmo não sendo enfermeira (KLETEMBERG, 2004).

O sistema de ensino de enfermagem no Brasil, através da Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública, caracteriza-se por ter disciplinas teóricas de pouca duração, e o ensino era baseado em atividades práticas. As alunas eram obrigadas a desenvolver serviços diários no Hospital de Assistência Geral, por oito horas diárias. Através disso, as escolas formavam enfermeiros e forneciam mão de obra gratuita para os hospitais (PIRES, 1989).

A autora ressalta que “no primeiro currículo, em 1923, foi dado destaque ao treinamento das enfermeiras para o desenvolvimento das técnicas de enfermagem,

denominadas de a arte da enfermeira” (PIRES, 1989, p. 142). Vale salientar que o ano de 1922 marcou o advento da enfermagem moderna no Brasil, 63 anos depois do seu surgimento na Inglaterra (SILVA, 1986).

Por muitos anos, aponta Melo (1986, p. 9):

Os enfermeiros produtores do saber profissional se restringiram ao estudo de questões técnicas e internas à profissão, “[...] tratando a-historicamente os fatos sociais, negando a existência de classes sociais diferentes, com interesses opostos e em constante conflito”.

Através da realização apurada das técnicas, tinha-se um modo racionalizado de trabalho, com o objetivo de conseguir o melhor resultado com o menor custo.

De acordo com os estudos de Renovato et al (2009, p. 232) na década de 1930, o decreto nº 20.109/31 “regulamentou o exercício da profissão no Brasil e fixou condições para a equiparação das escolas de enfermagem à Escola Anna Nery, que foi estabelecida como padrão oficial para o ensino dessa área no país”.

A enfermagem brasileira como profissão:

[...] institucionalizou- se no bojo do processo de intensa divisão do trabalho médico na sociedade moderna, dentro do contexto hospitalar, local privilegiado como forma de organização do trabalho para a materialização do modelo clínico, centrado na prestação de serviços a indivíduos, com ênfase no cuidado curativo (FRACOLI E GRANJA, 2005, p. 598).

Em 1949, apontam Shiratori, Leite e De Souza Baptista (2004, p. 6) “foi regulamentado o ensino da enfermagem no país, através do Decreto nº 27426, mediante a Lei nº 775, através dos quais passa-se a reconhecer as escolas de enfermagem no país”, que desejavam uma formação compatível com o estabelecido ao ensino superior. O ensino de enfermagem, de acordo com Renovato et al (2009, p. 232) “passou a agregar em seu currículo novos métodos de ensino, a inserção de grande número de especialidades médicas e a aproximação incipiente com o campo das ciências sociais”.

Silva (1986) descreve que o ensino sistematizado, fundamentado no conhecimento científico, também foi marcado pelo assalariamento, pela divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual e como uma prática social intimamente ligada à medicina, em consequência de uma maior divisão técnica e social do trabalho.

A partir de 1950, a situação epidêmica estava relativamente controlada no Brasil. Todavia, ocorria o crescimento da população urbana, atividade industrial e dos serviços de saúde, voltando-se o atendimento para a área hospitalar, com assistência individualizada. Assim, a introdução de enfermeiras no hospital, com conhecimentos técnicos e científicos, derivou a denominação de enfermeiras de alto padrão (SHIRATORI apud SHIRATORI, LEITE E DE SOUZA BAPTISTA, 2004).

No mundo, a assistência de enfermagem de caráter funcional, apontada anteriormente, foi substituída teoricamente pela modalidade de trabalho em equipe, mas na prática isso não era observado, pois os trabalhadores não tinham noção da totalidade do trabalho, haja vista a fragmentação do trabalho em etapas e por nível de conhecimento, evidentes no modelo taylorista (SHIRATORI, LEITE, DE SOUZA BAPTISTA, 2004).

Assim, a enfermagem se desenvolveu buscando o saber científico, aproximando-se muito do saber médico, caracterizando um conhecimento, ainda, extremamente técnico. Em 1962, através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, se estabeleceu, através do Parecer N° 271, do Conselho Federal de Educação, o currículo mínimo para a enfermagem, incluindo a disciplina de Administração e exclusão de Ciências Sociais. Em 1963, através do Parecer n° 303, do Conselho Federal de Educação, criou-se o Curso de Obstetrícia, dissociado ou conjugado ao Curso de Enfermagem (SHIRATORI, LEITE E DE SOUZA BAPTISTA, 2004).

Neste resgate histórico, tivemos, em 1968, a Lei 5540/68 que reformulou o ensino superior, introduzindo mudanças expressivas na educação nacional, como a “departamentalização das unidades de ensino das universidades; a possibilidade de matrículas por disciplinas; a introdução do curso básico e profissional; e a criação da pós-graduação” (SHIRATORI, LEITE E DE SOUZA BAPTISTA, 2004, p. 8). Esta departamentalização, de modo geral, consolidou as áreas específicas de conhecimento, considerando-se algumas áreas mais “valorizadas socialmente” do que outras.

Fato importante, a partir de 1970, foi a criação da pós-graduação stricto-sensu e a inserção do estudo das teorias de enfermagem, para a afirmação e reconhecimento social da enfermagem. O conhecimento da enfermagem, a partir disso, começa a ser mais socializado entre seus pares, com a comunidade científica e a sociedade, oportunizando a produção científica e reflexão sobre a sua prática

(RENOVATO et al, 2009).

Assim, o período tecnicista da enfermagem brasileira, marcado pela dicotomia entre o pensar e o fazer, entre teoria e prática e a alienação social e política, foi arrefecendo, na medida em que ocorreram muitas transformações na sociedade e na área de saúde brasileira. Fato importante foi o movimento da reforma sanitária, encampado por vários segmentos da sociedade, que culminou com as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, por fim, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Reflexão interessante referente a alguns pressupostos no campo dos currículos de enfermagem, foi apontada por Silva (apud Renovato, 2009, p.233):

[...] os currículos foram e são resultantes da seleção de conhecimentos e saberes construídos historicamente; os currículos foram e são uma questão de identidade, pois contribuem e contribuíram na produção de subjetividades; os currículos envolvem relações de poder e podem ser formas de representação de sistemas de regulação e de controle.

Nota-se que o saber da enfermagem foi se transformando a partir das mudanças na legislação brasileira. Assim, podemos apontar que após a promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, iniciou-se um profundo processo de discussão na educação, visando à reforma do ensino, o que culminou com a aprovação da Lei N.º 9.394/96¹¹.

Especialmente a Resolução 03/2001¹², do Conselho Nacional de Educação, influenciou significativamente a formação dos enfermeiros, pois determinou que nos currículos de enfermagem fossem abordados os conteúdos das:

I - **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - **Ciências da Enfermagem** – neste tópico de estudo, incluem-se:

a) **Fundamentos de Enfermagem** – os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

¹¹ Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

¹² Instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

- b) **Assistência de Enfermagem** – os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;
- c) **Administração de Enfermagem** – os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem;
- d) **Ensino de Enfermagem** – os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

Estas discussões sobre o conhecimento da enfermagem e as alterações na legislação, foram aprofundadas pelo grupo de professoras da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, instituição a qual pertencem, nos anos de 2005 e 2006, quando da implantação do projeto político pedagógico¹³ do curso. Naquele momento, percebemos que:

O Sistema Único de Saúde trouxe necessidades e possibilidades tanto na reorganização da assistência quanto nos processos de formação de recursos humanos em saúde. No entanto, qualquer intenção ou intervenção em direção a tais mudanças deve reconhecer que o SUS recebeu de herança uma realidade historicamente construída, uma rede de serviços e um modelo assistencial que refletem três características do processo de trabalho em saúde. Em primeiro lugar a complexidade decorrente da diversidade de profissões, de cada profissional, dos usuários, das diferentes tecnologias, ambientes de trabalho e relações sociais. Em segundo lugar, a heterogeneidade que se apresenta pela diversidade dos diferentes processos de trabalho que coexistem desarticulados nas instituições de saúde. Em terceiro lugar, a fragmentação do processo de trabalho que transparece na separação do pensar, realizar e fazer das diferentes profissões, reforçada pela hierarquização no interior e entre as categorias profissionais (DELUIZ apud UNOCHAPECÓ, 2006, p. 13).

O aprofundamento teórico ocorrido no curso de enfermagem da Unochapecó visando fazer um novo currículo, permitiu às professoras estudarem os possíveis impactos que a nova legislação poderia acarretar na formação. Entretanto, ainda não foi formada a primeira turma sob esse novo currículo. Mas em função da aprovação da Resolução CNE/CES Nº 213/2008¹⁴, o currículo terá que ser readequado.

¹³ O projeto político pedagógico do Curso de Enfermagem da Unochapecó foi implantado no ano de 2007 após ampla discussão entre os docentes e discentes. Este projeto propôs um currículo integrado, com 15 Núcleos Integrativos, agrupados por áreas de conhecimento e desenvolvidos em nove semestres.

¹⁴ Determina o mínimo de 4.000 horas para os Cursos de Enfermagem a serem integralizadas em cinco anos e dá outras providências.

Ao discorrer sobre o ensino da enfermagem brasileira, percebe-se que, do ponto de vista legal, este tem procurado acompanhar as mudanças na educação e na saúde de uma forma geral, ampliando as áreas de conhecimento e introduzindo a Ciência da Enfermagem em seu currículo.

Contudo, aponta Renovato et al (2009, p. 241), podem existir potencialidades em todas as mudanças curriculares, envolvendo o ensino superior da enfermagem, especialmente “a possibilidade de construção de currículos mais abertos e, em alguns casos, até currículos integrados, contrapondo-se, pelo menos parcialmente, à compartimentalização e à minimização do conhecimento”.

Todavia, Leopardi (1999) descreve alguns limites para o desenvolvimento do saber em Enfermagem, de modo a compreender certas características atuais da profissão.

Primeiro limite – Questão interna profissional: os enfermeiros são preparados para dar conta do cuidado, porém, como derivado do diagnóstico médico, tornando-se executores de suas prescrições e os mantenedores da ordem nas instituições de saúde, queiramos admitir ou não[...] Por outro lado, encontram espaço na administração da assistência, sem terem sido preparados para isso.

Segundo limite – História da Enfermagem: os enfermeiros têm uma história de estereótipos que condicionam sua imagem ao longo de sua evolução, à prostituição, à marginalidade social, à vida monástica, ao sacerdócio, ao desprendimento. Estes estereótipos produzem comportamentos profissionais ambivalentes, da insegurança técnica e teórica até a autocomiseração.

Terceiro limite – A luta pela autodeterminação: enquanto alguns profissionais lutam por sistematizar a ação da Enfermagem e enfrentam o aprofundamento teórico para definir o objeto e o método específico, a maioria executa funções administrativas e normativas impostas pelas instituições em que trabalham (LEOPARDI, 1999, p. 46-47).

Se no momento atual a legislação da enfermagem está mais aliada à pedagogia crítica, em detrimento da escola tecnicista que teve seu apogeu a partir de 1972, é necessário ter serenidade e participar de “discussões aprofundadas sobre as novas construções curriculares, pois corre-se o risco de imprecisões teóricas inquietantes e de dificuldades em transpor as concepções propostas nas diretrizes para os cenários de ensino” (RENOVATO et al, 2009, p. 243).

De modo que, ao contextualizar o desenvolvimento do conhecimento e saber da enfermagem, há que se levar em consideração suas influências históricas. Entendo que este desenvolvimento sofreu influência significativa dos modelos econômicos que determinaram os processos de trabalho; das mudanças na legislação do ensino; dos

modelos de atenção que ora se voltam para a coletividade, ora para o indivíduo.

Na temática seguinte, busquei caracterizar o processo de trabalho na saúde e na enfermagem.

3.2 Processo de trabalho em saúde e na enfermagem

A possibilidade de aprofundar as discussões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, como instrumento de trabalho da enfermagem, torna-se necessária, pois as relações profissionais e o cuidado específico ocorrem no processo de trabalho da saúde.

Interpretando Malvárez (2007), em seu artigo “El reto de cuidar em um mundo globalizado”, podemos associar o cuidado com o processo de trabalho em saúde que ocorre em um [...] processo de globalização, estão presentes contradições e conflitos crescentes que impactam a saúde e a economia das populações em escala planetária (MALVÁREZ, 2007, p. 521, tradução nossa).

Malta, Merhy (2003, p. 62) amparados em Marx, apontam “os elementos componentes do processo de trabalho: atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho, o instrumental de trabalho”.

Tomando esta citação como exemplo, poderia questionar: como ocorrem as relações de trabalho na saúde e na enfermagem? De quais estratégias a enfermagem se utiliza para atuar sobre o seu trabalho? A SAE pode ser encarada como um instrumento de trabalho?

Na sociedade brasileira, apontam Fracoli, Granja (2005), o trabalho define nossa posição em relação à sociedade, nosso poder de consumo e nosso acesso às condições satisfatórias de vida.

Especialmente na área da saúde, o processo de trabalho ocorre de maneira diversa de outros setores da economia, pois nas ações de saúde não há um bem a vender, a pessoa não deve ser um consumidor em potencial e o produto final depende dos saberes técnicos, científicos e humanistas. Todavia, apontam Malta e Merhy (2003, p. 62), trata-se de um “processo que envolve a atuação de um conjunto de categorias de indivíduos que compartilham recursos técnicos e cognitivos, portanto, a produção depende do trabalho coletivo”.

Entretanto, Pires (1999, p. 35) faz uma ressalva deste processo, afirmando:

O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. O médico é o elemento central do processo assistencial institucional em saúde. Os demais profissionais que participam da assistência, subordinam-se as decisões médicas, mas cada categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisões.

A análise do processo de trabalho em saúde, das características e condições de inserção da enfermagem neste processo, possibilita desenhar com mais clareza qual tem sido o objeto de intervenção da enfermagem, seja ele um indivíduo, uma família ou uma comunidade (FRACOLI, GRANJA, 2005).

Mas, como se dá o trabalho? E na saúde? E na Enfermagem? Creio que, neste momento, trazer alguns elementos explicativos da constituição dos modelos de administração e gestão que foram e são preponderantes na sociedade constitui-se uma forma de explicitar estas indagações.

Assim, especialmente sob a égide de Frederick Wislow Taylor, em 1880, os países mais desenvolvidos determinaram um modelo econômico. Através de seus estudos, o taylorismo, como ficou conhecido, deu origem a chamada Escola Clássica de Administração ou Gerência Científica. Nesta escola, três princípios foram fundamentais para definir a organização dos processos de produção: 1º princípio – dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores; 2º princípio – da separação de concepção e execução e 3º princípio – utilização do monopólio do conhecimento para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução (MELO, 1986).

Matos, Pires (2006) afirmam que houve uma mudança significativa nas ações administrativas das indústrias, aumentando a produtividade através da racionalização dos métodos, gerenciamento dos operários, impondo uma disciplina rígida e escolha dos mais aptos para o trabalho.

Gelbcke (2002) aponta que Taylor:

[...] melhorou os métodos de administração existentes, aplicando a abordagem científica. Ele preconizava a divisão do trabalho, a especialização dos trabalhadores e a padronização das tarefas. A supervisão e o controle dos trabalhadores têm papel fundamental nesta teoria, já que, com a especialização do trabalhador, este perde a visão do

processo de trabalho como um todo, sendo o supervisor o “elo” de ligação das partes com o todo (GELBCKE, 2002, p. 28).

O uso da abordagem científica nas empresas e o estabelecimento de formas fragmentadas de produção tiveram seus méritos, mas provocou um efeito deletério na relação produção e mão de obra, pois ocorreu a perda da noção do todo, caracterizando a alienação do trabalhador em relação ao produto final. Assim, este, passou a ser um supervisor que juntava as partes da produção, sem, contudo, pensar o projeto total (GELBCKE, 2002).

Os conceitos de Taylor foram complementados por Fayol, administrador francês, que introduziu cinco princípios básicos da boa administração: planejamento, organização, coordenação, comando e fiscalização. Esta influência foi determinante para a enfermagem até meados da década de 1940. Ficou evidente, nesta época, a questão da rigidez da disciplina na organização do trabalho (MELO, 1986).

Posteriormente, surge a Teoria Burocrática de Max Weber que identifica características da organização formal voltada para a racionalidade e para a eficiência (MATOS, PIRES, 2006).

Esta forma de organização se caracteriza pelo desenvolvimento de uma pirâmide hierárquica. Manteve uma divisão parcelar do trabalho, deu grande importância aos especialistas e técnicos, teve controles muito sofisticados, com centralização do poder e autonomia muito fraca para os escalões inferiores, além da ênfase na regulamentação escrita (GELBCKE, 2002, p. 30).

Já a partir da década de 1950, quando os modelos clássicos de gestão administrativa, especialmente o fordismo e os modos de produção estavam dando sinais de esgotamento, a questão das relações humanas na empresa começa a despertar o interesse dos administradores.

Surge, então, o Movimento das Relações Humanas, fundamentado nos conceitos da Psicologia e Sociologia, para fazer um contraponto à Teoria da Administração Científica e a Teoria Clássica, porém não contrapõe o taylorismo. “Este movimento combate o formalismo na administração e desloca o foco da administração para os grupos informais e suas inter-relações, oferecendo incentivos psicossociais, por entender que o ser humano não pode ser reduzido a esquemas simples e mecanicistas” (MATOS, PIRES, 2006, p. 509).

Deste movimento, baseado na motivação humana para exercer o trabalho, e

atender aos objetivos da empresa, foram desenvolvidas várias teorias, dentre elas: a Teoria Estruturalista; Teoria Comportamentalista; Teoria Z; Teoria dos Sistemas; Teoria do Desenvolvimento Organizacional; Abordagem Contingencial e a Abordagem Sócio-Técnica (MATOS, PIRES, 2006).

Mais recentemente, a partir dos anos 80, novas formas administrativas foram difundidas, entre elas a gestão da excelência ou qualidade total, baseadas principalmente no modelo japonês – o toyotismo, visando produzir cada vez melhor. Parte do pressuposto de que o fator produtividade é determinado pelo trabalhador e não pela máquina, o que determina um modelo de organização do trabalho que estimula a motivação e a qualificação, levando, desta forma, a uma maior produção. Por se identificar como um modelo de produção enxuta, busca ajustar produção e demanda, visando a inexistência de estoques, pressupondo fornecer, a cada processo, somente o que é necessário na quantidade e tempo exatos (GELBCKE, 2002, p. 34).

Ainda, essa autora aborda outra teoria denominada de organização holográfica, que se identifica “[...] pela descentralização e flexibilidade, em que as unidades são autônomas e refletem o todo organizacional. Pauta-se, também, no trabalho em equipe, em que há menos hierarquia, a responsabilidade é compartilhada” (GELBCKE, 2002, p. 35). Este modelo é característico das empresas do sistema de informações, por exemplo, a Microsoft.

Interessa-me, neste momento, entender as influências que estas teorias administrativas exerceram sobre a saúde e a enfermagem moderna no Brasil, a partir da década de 1920, demarcando este contexto histórico neste referencial.

Assim, para o setor de saúde, dois aspectos das teorias de Taylor e Fayol se destacaram: “1 – A delegação de funções e atividades e, conseqüentemente, da 2 – responsabilidade que obedece à lógica da divisão técnica do trabalho e que reflete de modo especial na divisão do trabalho entre enfermeiros, técnicos e auxiliares” (MELO, 1986, p. 56).

Pires, Gelbcke e Matos (2004, p. 314) apontam:

Entre os vários problemas mencionados como decorrentes da organização do trabalho taylorista/fordista, destacam-se: a fragmentação do trabalho com especialização dos trabalhadores para o exercício de tarefas delegadas; hierarquia rígida e controle gerencial do processo de produção; desequilíbrios nas cargas de trabalho; separação entre concepção e execução, levando à desmotivação e à alienação do trabalhador.

Na enfermagem, muitos princípios de Taylor serviram como base para a

organização do trabalho, por exemplo, “[...] a separação entre as funções de coordenação e execução e, mesmo do parcelamento das atividades de quem executa, com a existência de uma unidade de comando, tão característico da prática de enfermagem” (MELO, 1986, p. 56).

Como herança da teoria da administração científica, presente até os dias atuais, destaca-se: a ênfase no “como fazer”, a divisão do trabalho em tarefas, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas, fragmentação da assistência (MATOS, PIRES, 2006, p. 512).

As autoras supracitadas (2006, p. 512), ainda, apontam que a enfermeira “[...] gerencia o dia-a-dia das unidades assistenciais e possui, internamente, uma linha de mando vertical formalizada e legitimada, nos moldes taylorista-fordistas”.

Os princípios da Escola das Relações Humanas “[...] refletem-se na organização do trabalho em equipe e, conseqüentemente, na convergência das diversas categorias para a constituição da equipe de enfermagem” (MELO, 1986, p. 58).

Isto é exemplificado quando a enfermagem absorve o trabalho das parteiras, dos práticos e dos auxiliares de enfermagem como parte do exercício profissional, através da Lei Nº 2604/1955, a criação da categoria do técnico de enfermagem em 1966 que regulou o exercício profissional até 1986, quando foi sancionada a Lei 7498/86 (PIRES, 1989).

Como aponta Pires (1989, p. 138), o enfermeiro “controla a assistência, delegando tarefas específicas aos demais trabalhadores de enfermagem, que executam um trabalho alienado, sem qualquer controle do processo e do produto final”.

Mesmo com o esforço de diversos autores que buscam fundamentação em diversas áreas do conhecimento para discutir as mudanças necessárias para as questões de gestão e organização do trabalho, estas ainda são embrionárias e insuficientes para contrapor a hegemonia das teorias clássicas e burocráticas (MATOS, PIRES, 2006). Especialmente na enfermagem, há um predomínio dos princípio de gestão clássica e burocrática.

Pires (2005, p. 733) afirma que a “mudança pretendida só conseguirá ter êxito, se mexer com o modo como vem sendo produzidas as ações e serviços de saúde que, historicamente, vem privilegiando o capital, urge voltar-se para o trabalho”.

Urbanetto, Capella (2004, p. 447) apontam:

De uma maneira geral, o desenvolvimento do processo de trabalho vem sendo estudado e discutido em vários setores da saúde, tanto no público, quanto no privado, na perspectiva de melhora na qualidade dos serviços prestados, bem como da qualidade de vida dos envolvidos nesse processo.

É neste contexto que pretendo identificar as concepções teóricas e filosóficas a respeito da SAE, analisando seus fatores facilitadores e dificultadores, dentro de um hospital que tem como característica um modelo de gestão clássico.

4 INDICAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa foi de natureza qualitativa, com caráter exploratório e descritivo. Junior, Pereira e Filho (2007) destacam que essa modalidade permite estabelecer as relações entre os elementos do estudo, é adequada para o início de uma pesquisa, pois define claramente as técnicas investigativas.

Turato (2005, p. 509), afirma: “no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”. Fundamentada nesta concepção procurei delinear este estudo.

4.2 Local de estudo

Foi realizada nas unidades de internação de um hospital da região oeste de Santa Catarina, inaugurado em outubro de 1986, construído com recursos públicos do governo do estado e recursos de uma fundação alemã. Em princípio, a administração foi entregue a um grupo denominado Beneficência Camiliana Sul. Em agosto de 1990, ocorreu a transferência administrativa para a Sociedade Beneficente Lar da Fraternidade – SBLF. Em novembro de 1997, este hospital foi adequado, de fato, como referência regional do Oeste. No mês de janeiro de 1998, foi reconhecido como de utilidade pública, conforme a Lei N^o 3786 de 4 de dezembro de 1997. Este hospital é centro de referência para alta complexidade em neurocirurgia, oncologia, radioterapia, quimioterapia, serviço de imagens, transplantes (rim, córnea e fígado), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids, gestante de alto risco, unidade de terapia intensiva para adultos e neonatal e é Hospital Amigo da Criança.

O referido hospital atende a uma população em torno de 1.2 milhões de habitantes, que buscam serviço através do Sistema Único de Saúde – SUS, de

convênios e particulares. Está localizado a 670 km de Florianópolis, e atende 92 municípios da região oeste, 26 municípios do Paraná e Rio Grande do Sul.

Quanto à edificação, é composto por seis andares, sendo o 1º andar destinado à entrada dos funcionários. Contém o setor de recursos humanos, lavanderia, almoxarifado, serviço de nutrição e dietética, almoxarifado, serviços gerais, lavanderia, rouparia, auditório e a comissão permanente de prevenção de acidentes. O 2º andar é composto pela área administrativa. O 3º andar pelas unidades de internação oncológica, neurológica e uma unidade denominada privativa (para convênios e particulares). No 4º andar estão as unidades de internação cirúrgica, maternidade, UTI adulto e neonatal, centro cirúrgico, centro obstétrico e central de materiais. No 5º andar tem-se as unidades de internação clínica masculina e feminina, serviço de quimioterapia, serviços de imagens, laboratório, farmácia, recepção e demais serviços de apoio. Anexo a este andar existe o serviço de radioterapia. E no 6º andar a unidade de internação pediátrica (PORTAL DO HRO, 2009).

O quadro de funcionários é composto por 900 profissionais nas mais diversas áreas e especialidades. Destes, 47 são enfermeiros, e 44 trabalham em unidades de assistência direta aos pacientes. Os demais componentes da equipe de enfermagem são formados por 337 técnicos de enfermagem e 30 auxiliares de enfermagem (SETOR DE RECURSOS HUMANOS – HRO, 2009).

4.3 Participantes da pesquisa

Foram enfermeiros que prestavam serviço nas dependências de um hospital público do Oeste de Santa Catarina e encontravam-se nas unidades de atendimento aos pacientes internados. Nesta instituição, existem as unidades de internação clínica (A e B); clínica cirúrgica (CG); clínica oncológica; clínica neurológica; maternidade, pediatria; UTI adulto; UTI neonatal, centro cirúrgico, central de materiais, pronto socorro, unidade privativa, setor de quimioterapia, setor de ortopedia e serviço de radioterapia, com um total de 47 enfermeiros.

A abordagem preliminar ocorreu através de contato pessoal e da participação da pesquisadora nas reuniões de planejamento, realizadas pela Gerência de Enfermagem do hospital, nas quais foi explicado o projeto e solicitada a participação dos enfermeiros.

4.4 Coleta e análise dos dados

Foram realizadas 24 entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado com questões que buscavam identificar o perfil dos participantes; detectar o conhecimento destes sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e, por fim, colher dados sobre as potencialidades e dificuldades para implementação da SAE (apêndice A).

As entrevistas foram feitas durante o horário de trabalho dos enfermeiros numa sala cedida pelo hospital, utilizada comumente pelos supervisores noturnos. Os enfermeiros que se encontravam nos setores fechados, a exemplo do centro obstétrico e centro cirúrgico, foram entrevistados no próprio local, numa sala da área administrativa, permitindo um ambiente apropriado e tranquilo para a coleta de dados.

As respostas dos participantes foram identificadas por sequência numérica, e os entrevistados codificados pela letra “E”, por exemplo: E1. Desta forma, manteve-se a discrição e o anonimato. Os setores de assistência em que os participantes estavam alocados foram identificados pela letra “X”, seguido da sequência numérica. Então, após as falas encontraremos a identificação dos participantes, por exemplo: E1 - X10. A média de duração das entrevistas ficou em torno de 40 minutos.

As três primeiras entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente validadas com o entrevistado. No diálogo estabelecido, percebi que os participantes não se sentiam muito à vontade com o uso do gravador. Então, na terceira entrevista questioneei o participante quanto a esse instrumento (o gravador) e me foi alertado sobre o constrangimento de responder desta maneira.

Reportei-me aos escritos de Stefanelli (1993) que esclarece quando a comunicação não é efetivada satisfatoriamente, certamente é porque neste caminho apareceu o que se denomina de ruídos de comunicação. Estes ruídos podem interferir ou distorcer nossa habilidade de enviar ou receber mensagens, sendo os ruídos “não só aqueles associados aos sons, mas originários de desconfortos físicos, psicológicos, de capacidade intelectual dos interlocutores ou do próprio ambiente” (STEFANELLI, 1993, p. 41).

Após estas reflexões, reiniciei as entrevistas, utilizando o computador portátil e digitando as respostas no momento do diálogo. Ao final da entrevista, o participante procedia a leitura das respostas e fazia as alterações que entendesse

serem necessárias, validando a entrevista no ato. Este documento, então, era salvo em PDF. Percebi que desta maneira o diálogo fluía com mais naturalidade.

A princípio, não havia delimitação do número de pessoas a serem entrevistadas, como preconiza a pesquisa qualitativa. No entanto, a cada cinco entrevistas efetivadas procedi a análise de conteúdo, agrupando-o e codificando-o a partir da interpretação das respostas, considerando o referencial de Bardin (2000, p. 11), que propõe: “a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados”.

Esta autora sugere codificar o material e categorizá-lo de forma a conseguir informações fidedignas que auxiliem nas inferências e interpretações do pesquisador frente à sua pesquisa. Ela preconiza:

[...] tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto [...] (BARDIN, 2000, p. 129).

Após esta codificação detalhada, as informações foram analisadas em categorias, “[...] caracterizadas como uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 2000, p. 145).

Deste modo, ao analisar a vigésima entrevista, identifiquei conjuntos de respostas semelhantes. Realizei, então, mais três entrevistas para validar essa percepção. O fechamento amostral por saturação teórica apontam Fontanella, Ricas, Turato (2008, p. 17), é “operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição [...]”. Assim, considerei que havia saturação de dados e, por este critério, encerrei a fase de coleta de dados.

Todavia, à medida que analisava os dados, surgiram várias dúvidas, especialmente relativas ao processo de trabalho estabelecido nesta instituição. Então, para elucidar estas dúvidas, procedi mais uma entrevista, desta vez com a gerente de enfermagem.

4.5 Rigor da pesquisa e aspectos éticos

Na fase de projeto, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, instituição sede do MINTER e foi aprovado em 15 de abril de 2009, conforme o anexo A. Atendeu aos requisitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Cohen, Segre (1999) afirmam que a ética deve ter como princípio fundamental o respeito aos seres humanos como sujeitos atuantes e autônomos.

Ao hospital, local onde trabalhavam os participantes, foi enviado ofício, solicitando autorização para desenvolver o projeto (apêndice B).

Quanto às questões éticas e legais relativas aos enfermeiros participantes, o projeto foi explicado em três reuniões do grupo, agendadas pela Gerência de Enfermagem. Neste momento foi possível explicitar as linhas gerais do projeto para os integrantes dos turnos matutino, vespertino e noturno um. Para os enfermeiros do noturno dois, o projeto foi explicado pela gerência de enfermagem. Vale lembrar que o apoio da gerência de enfermagem foi essencial para a sensibilização dos enfermeiros, especialmente na fase de coleta de dados.

Quando iniciei as entrevistas, os enfermeiros foram esclarecidos quanto ao roteiro de questões semiestruturadas, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo B). Este, após entendido, foi devidamente assinado, e com o intuito de proteção ética, legal e judicial, a não assinatura do roteiro automaticamente os excluiria do projeto. Padilha (1995, p. 118) diz que “ética é teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, ou da moral, considerado, porém, na sua totalidade, diversidade e variedade”. Assim, este trabalho atendeu aos requisitos atuais da pesquisa científica.

5 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS

Pesquisar sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem auxiliou-me a compreender a evolução histórica da profissão, como ciência e arte e ampliou o leque de possibilidades de ações que a Enfermagem pode desenvolver. Assim, considero que a contextualização dos aspectos científicos, teóricos e filosóficos da Enfermagem pode permitir ao enfermeiro identificar a SAE como um instrumento importante do processo de trabalho.

Pires (1989), ao discorrer sobre a profissão, faz uma retrospectiva da profissionalização em enfermagem a partir do século XV até o século XX, e destaca a evolução profissional da enfermagem, entendida como um trabalho sistematizado através do ensino, com características próprias, reproduzido nas escolas sob controle dos enfermeiros e regulado por regras definidas. De acordo com essa autora, a enfermagem profissional tem um corpo de conhecimentos que determinam a sua prática de forma sistematizada e realizada por enfermeiros.

Desta forma, nesta pesquisa, fez-se necessário identificar o perfil dos enfermeiros que têm a responsabilidade de desenvolver uma das facetas da Enfermagem como profissão.

5.1 Perfil dos participantes

Para estabelecer o perfil dos participantes, foram analisados: sexo; tempo do término da graduação; instituição de origem; tempo de trabalho na instituição hospitalar; número de pós-graduados e a idade.

Quanto ao sexo, identificou-se que do total de entrevistados, 22 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Este achado não é inédito, pois o maior contingente de profissionais, no Brasil, são enfermeiras. No que diz respeito ao gênero dos profissionais, a profissão continua sendo predominantemente feminina, uma vez que, em todo o país, as enfermeiras somam 88,57% do contingente (PORTAL DA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR, 2007).

Em Santa Catarina, de acordo com os dados de novembro de 2008, fornecidos pela Coordenadora da Sub-Seção do COREN de Chapecó, o contingente de enfermeiras inscritas no Conselho foi de 6.168 e de 461 enfermeiros.

Quanto à idade dos participantes, esta varia entre 25 a 47 anos. As faixas etárias e tempo de graduado encontram-se nas tabelas a seguir:

Tabela 1: Faixa etária dos participantes.

Faixa etária	Número de participantes	Percentual
25 - 30 anos	17	70.8
31 - 35 anos	06	25.1
36 - 47 anos	01	4.1
Total	24	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

Tabela 2: Tempo de formação na graduação.

Tempo de formação	Número de participantes	Percentual
0 – 2 anos	05	20,8
2 – 5 anos	08	33,3
5 – 10 anos	07	29.2
Mais 10 anos	04	16,7
Total	24	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

Nas tabelas 1 e 2, nota-se que o maior contingente de enfermeiros encontra-se na faixa etária menor de 30 anos, e o tempo de término do curso de graduação varia de 9 meses a mais de 10 anos, sendo que 20 participantes finalizaram o seu curso há menos de 10 anos.

Atualmente, no Estado de Santa Catarina, existem 23 cursos de graduação em enfermagem, ofertados por 17 Instituições de Ensino superior. Ao considerarmos que a oferta de cursos de enfermagem em Santa Catarina aumentou significativamente a partir do ano 2000, ampliando o número de vagas e permitindo o acesso de estudantes ao ensino superior, era esperado que a faixa etária encontrada fosse de pessoas mais jovens, com um tempo de formação inferior a 10 anos.

Identificar as instituições de origem da maioria dos participantes e verificar as disciplinas e conteúdos ministrados relativos à SAE no currículo destas escolas foi

uma tarefa que realizei para saber o conhecimento recebido pelos enfermeiros.

Encontrei que as instituições de origem predominantes foram de Santa Catarina, sendo dez participantes provenientes da Universidade Comunitária da Região de Chapecó; dois oriundos da Universidade do Contestado, campus de Concórdia, e dois da Universidade Federal de Santa Catarina. Havia, também, seis participantes formados por diversas universidades do Estado do Rio Grande do Sul; dois do Estado de São Paulo e dois do Estado do Paraná.

Tabela 3: Instituição de origem dos participantes por Estados Federativos.

Instituição de origem	Número de participantes	Percentual
Escolas de Santa Catarina	14	58,4
Escolas do Rio G. do Sul	6	25
Escolas do Paraná	2	8,3
Escolas de São Paulo	2	8,3
Total	24	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

Optei por pesquisar os currículos dos Cursos de Enfermagem da Unochapecó, Universidade do Contestado – Campus de Concórdia e Universidade Federal de Santa Catarina, haja vista serem as universidades de onde a maioria dos participantes é oriunda. Busquei identificar disciplinas, núcleos integrativos ou conteúdos que abordassem a SAE.

Assim, no currículo do Curso de Enfermagem da Unochapecó, a partir do 2º semestre, no Núcleo Integrativo 3, denominado Ciclo da Vida no Contexto Profissional, os estudantes têm o primeiro contato com as questões da profissão, identificando algumas teóricas de enfermagem. No 3º semestre, no Núcleo 6 – Cuidado e Educação em Saúde, são abordados os fundamentos teóricos e filosóficos da enfermagem, em que se realiza a sistematização de enfermagem, a partir do estudo do referencial teórico de seis teóricas, quais sejam: Martha Rogers, Dorothea Orem, Florence Nightingale, Wanda de Aguiar Horta, Madeleine Leininger e Imógene King. Nos semestres subsequentes os estudantes realizam o Processo de Enfermagem nas instituições que desenvolvem as atividades teórico-práticas, finalizando com a escolha de uma teórica para fazer o trabalho de conclusão de curso (UNOCHAPECÓ, 2006).

Na Universidade do Contestado, encontrei a disciplina Teorias e Processo de Enfermagem, ministrada no 4º semestre, que em sua ementa contempla conceito de teoria; teoria de enfermagem; estudo das teorias de Wanda Horta, Florence Nightingale, Madeleine Leininger, Imógene King, Dorothea Orem, Processo de Enfermagem. Posteriormente, no 5º semestre, o estudante realiza a disciplina de Enfermagem do Adulto e Idoso em Clínica, que dentre os seus conteúdos, inclui planejamento e execução da assistência de enfermagem. No 6º semestre, realiza a disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico através da sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico – o pré-trans e pós-operatório; Enfermagem Materno Infantil com a consulta de enfermagem a gestantes em Unidades básicas de Saúde. Assim, neste currículo identificam-se várias disciplinas que abordam a SAE (PORTAL DA UNIVERSIDADE DO CONTESTADO, 2009).

Na Universidade Federal de Santa Catarina, o currículo oferece, a partir do 3º semestre, a disciplina de Fundamentos para o Cuidado Profissional. Na ementa desta disciplina aparecem as “concepções teórico-metodológicas do trabalho de enfermagem, nas especificidades do cuidar, gerenciar e educar (UFSC, 2008, p. 40). No 4º, 5º e 6º semestre, respectivamente, as disciplinas de Cuidado no Processo – Viver Humano I, II e III que aprofundam os aspectos de planejamento, implementação e avaliação do cuidado. No 7º semestre, abordam os fundamentos teórico-filosóficos e metodológicos da administração, Gestão e Gerenciamento em Saúde e Enfermagem. O currículo desta universidade culmina com o estágio Supervisionado II, quando ocorre o planejamento, execução e avaliação de projetos para cuidado de enfermagem no processo de viver humano (UFSC, GUIA DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM, 2008).

Pelos conteúdos anteriormente mencionados, percebe-se um esforço das escolas de graduação em inserir nos seus currículos a questão da sistematização como uma importante área de conhecimento a ser discutida entre os enfermeiros. Isto denota que há uma concepção corrente de que a SAE faz parte do mundo do trabalho desta profissão.

Quanto ao contingente de participantes que são pós-graduados ou estão em processo de qualificação. A maioria dos enfermeiros fez pelo menos um curso de especialização, nas diversas áreas de conhecimento, ilustrado na tabela 4.

Tabela 4: Formação profissional em nível de especialização.

Tem pós graduação	Número de participantes	Percentual
Sim	17	70.8
Não	3	12.5
Cursando	4	16.7
Total	24	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

Nas áreas em que os enfermeiros fizeram um curso de pós-graduação, na modalidade de especialização encontrei 17 participantes. Destes, seis enfermeiros fizeram especialização em UTI; três em Educação em Saúde; quatro em Docência para o Ensino Superior; um em Obstetrícia; dois em Saúde Coletiva e um em Enfermagem Oncológica. Percebe-se que a formação especializada preponderante foi de áreas de conhecimento necessárias para o trabalho em hospitais.

Quatro enfermeiros fizeram duas especializações ao longo da vida profissional. Destes, uma participante é mestranda. As áreas em que os quatro participantes se encontram cursando especialização são de Obstetrícia e UTI. Os três participantes, que não fazem especialização neste momento, disseram que pretendem iniciar, mas estão aguardando que seja oferecida, pelas universidades da região, a área de seu interesse. A fala do entrevistado E03-X14 confirma esta informação: “gostaria de fazer pós em enfermagem cirúrgica”.

Quanto ao tempo de trabalho nesta instituição hospitalar, este variou entre quatro meses a 15 anos. Neste particular, uma das informações que surgiu foi a rotatividade excessiva dos enfermeiros pelos setores abertos, como aponta o depoimento do enfermeiro E12-X10 “entrei aqui e fui para o Setor X6, fiquei dois meses lá e depois fui para o setor X2, onde permaneci por cinco meses. Agora estou cobrindo o setor X5”.

A rotatividade no quadro de trabalhadores, de acordo com Nomura, Gaidzinski (2005, p. 649), “[...] representa um grande problema enfrentado pelos gerentes de enfermagem e implica, significativamente, a qualidade do cuidado e também os custos para a organização”. Provavelmente a rotatividade excessiva dos profissionais seria um entrave para a implantação da SAE, haja vista a necessidade de conhecimento aprofundado dos enfermeiros sobre o seu espaço e equipe.

Os setores em que raramente ocorre rotatividade, exceto em substituição de férias, são a UTI adulto, neonatologia e centro obstétrico, todos considerados especialidades. Este dado não pode ser analisado em separado, pois se torna insuficiente para inferir se representa uma modalidade de gestão ou uma carência de profissionais especializados em determinadas áreas. Entretanto, reforçam Iwamoto, Anselmi (2006, p. 444), “a rotatividade tem impacto negativo, tanto no grupo de trabalho como na instituição em si”.

Tabela 5: Tempo de trabalho na instituição.

Tempo de trabalho	Número de participantes	Percentual
Menos de 1 ano	7	29.1
1 a 5 anos	8	33.4
Mais de 5 anos	9	37.5
Total	24	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

Este perfil indica que a mescla de pessoas muito experientes e pouco experientes, com especializações nas áreas hospitalares, pode ser um fator facilitador do processo de implantação da SAE nesta instituição. O fato de a maioria ter pós-graduação *lato-sensu* poderia ser uma potencialidade para a implantação da SAE, pois, em tese, teriam conhecimento sobre as questões teóricas e filosóficas da enfermagem.

Todos os enfermeiros estudaram as concepções teóricas e filosóficas da profissão e realizaram a SAE durante o período de graduação. No entanto, nenhum implementou ou implantou a SAE na vida profissional; alguns conheceram hospitais que desenvolviam experiências relativas à temática. Isto pode ser um indicativo de que não basta saber o que os egressos estudaram, mas de que forma tal temática foi abordada, quais pressupostos e crenças as escolas de graduação têm se apoiado, quando se trata deste fundamento da profissão.

Parece ser pertinente discutir isto na academia, pois as escolas pesquisadas têm em sua matriz curricular conteúdos e disciplinas relativas à SAE. Então, no projeto pedagógico, isto está contemplado, mas a temática parece não ser suficientemente abordada a ponto de sensibilizar os enfermeiros para o seu desenvolvimento. Da mesma forma, posso inferir que outros fatores podem estar imbricados a este fato: a forma como os profissionais vêem a pessoa que cuidam e o processo de cuidar (tarefa, norma, rotina), racionalidade médica, a não introjeção

de um marco teórico, o quanto os alunos são estimulados a valorizar a própria profissão, dentre outros, fatores estes sobre os quais temos que refletir ao pensarmos na formação e no quanto esta tem influência para que o futuro profissional implemente a SAE em sua prática cotidiana. Nesta pesquisa, não aprofundei esta relação, mas seria interessante pesquisar os modos de abordagem da SAE na graduação.

5.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem: conhecimento e perspectivas dos enfermeiros

Pelo perfil dos participantes apresentado anteriormente, identificou-se que as escolas incluem, em seus currículos e abordam, em vários momentos do curso, conteúdos relativos à SAE. Quando questionei, durante as entrevistas, se haviam estudado conteúdos relativos à sistematização da assistência durante a graduação, os participantes confirmaram que, em algum momento do curso, estudaram e desenvolveram o Processo de Enfermagem, tanto nas atividades teórico – práticas, quanto nos estágios. É interessante salientar que não se referem à SAE, mas ao Processo de Enfermagem (PE), aos moldes do que propõe Wanda Horta. Lembram que naquela época era selecionado um paciente para desenvolver o PE, a partir de um referencial teórico.

O Processo era discutido em sala de aula, mas não se lembram de ter observado que o PE tenha sido anexado ao prontuário do paciente ou discutido com os profissionais da prática. A maioria apontou Wanda de Aguiar Horta como a teórica mais estudada, identificando os passos preconizados por ela no desenvolvimento do raciocínio clínico, o que justifica a identificação da SAE com o PE. Foram lembradas, ainda, as teóricas Florence Nightingale e Dorothea Orem. Percebe-se que a SAE, salvo melhor juízo, era considerada uma ação preconizada pela instituição de ensino, sem estabelecer um diálogo mais efetivo com os profissionais do serviço, caracterizando um requisito acadêmico a ser cumprido, sem, contudo, imbricar-se na assistência.

No Brasil, em um estudo sobre o ensino do processo de Enfermagem nas escolas de graduação, encontrei que o ensino da SAE na graduação e pós-graduação foi efetivo a partir da década de 1970, especialmente com o referencial

de Horta. Constatou-se, que “64.5% dos docentes ministravam conteúdos relativos ao processo de enfermagem” (DELL’ACQUA, MYADAHIRA, 2002, p. 187).

A SAE não parece ser a terminologia mais utilizada pelos enfermeiros participantes. Como já descrito acima, ao serem questionados sobre essa terminologia, a maioria perguntou se estava relacionada ao Processo de Enfermagem, o que gerou, durante a entrevista, certa celeuma, pois havia necessidade de explicar os termos que existem na enfermagem para designar o método de trabalho. A literatura aponta que o termo mais conhecido pelos profissionais de enfermagem é Processo de Enfermagem, no entanto, O COFEN preconiza o uso da terminologia SAE.

De fato, o uso das diversas terminologias provoca certas confusões. De acordo com Fuly, Leite e Lima (2008), existem três correntes de pensamento que divergem sobre a utilização dos termos SAE, MAE e PE. A primeira corrente defende a diferenciação entre os três termos; a segunda corrente trata o Processo de Enfermagem e a Metodologia da Assistência como sinônimos, e a terceira corrente trata os três termos como sinônimos.

Não me parece ser tão relevante, neste momento, discutir as origens e significados dos termos, pois estes, em última instância, para os enfermeiros, parecem sinônimos e mais do que diferenças, temos que pensar no que contribuem efetivamente no cuidado de enfermagem. Cabe, então, identificar os motivos pelos quais os enfermeiros aprendem sobre SAE nas escolas de graduação, mas não ou pouco aplicam durante a sua vida profissional. Será que podemos atribuir essa responsabilidade somente aos enfermeiros? Ou é preciso ver os processos de trabalho em que a enfermagem está submetida? Ou mesmo a ênfase dada na formação acerca desta questão? Ou se as instituições de saúde esperam do enfermeiro a utilização deste instrumento de trabalho?

Talvez, realizar um estudo sobre como a SAE é abordada nas universidades possa se constituir na produção de novos conhecimentos, contribuindo para esclarecer os motivos pelos quais poucas instituições de saúde realizam a sistematização.

Silva (2007, p. 19) aponta que “no Brasil, infelizmente, ainda são poucas as instituições de saúde que entendem e valorizam a necessidade de sistematizar o processo de enfermagem”. O direcionamento que a realização da sistematização proporciona ao enfermeiro beneficia, não apenas o profissional, mas as instituições,

que terão como avaliar melhor o trabalho desenvolvido.

Durante a vida acadêmica, a maioria dos enfermeiros não referiu ter identificado a aplicação da SAE nas instituições em que realizavam atividades teórico-práticas, mas alguns conheceram instituições que desenvolviam a SAE, a exemplo do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, e o Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Entendem que esta experiência de constatar e vivenciar a SAE foi importante, pois naquele momento visualizaram os enfermeiros realizando, no seu cotidiano, o que aprenderam no decorrer do curso. Na fala a seguir identificamos esta afirmação.

Visitamos o Hospital Universitário, em Florianópolis, quando estávamos no 7º período. Foi um grupo de 12 alunos e lá nos mostraram os instrumentos utilizados para desenvolver a SAE. Foi bem importante, pois até o momento só tínhamos discutido esse assunto em sala de aula e nas atividades teórico-práticas (E23–X03).

Nas entrevistas, um enfermeiro comentou ter realizado parte da SAE em um centro cirúrgico, incluindo o histórico e prescrição e outro trabalhou num hospital que desenvolvia a SAE, mas naquela ocasião ele era técnico de enfermagem. O entrevistado ilustra a afirmação anterior:

Criamos um instrumento para acompanhar os pacientes durante o pré-trans e pós-operatório. Esse documento fica no prontuário, mas não é timbrado (E10–X19).

No hospital em que realizei esta pesquisa, está em curso uma experiência de sistematização da assistência na unidade de tratamento intensivo, onde desenvolvem o histórico, diagnóstico e a prescrição de enfermagem. Pelos relatos, nota-se que essa experiência é incipiente, carecendo de uma discussão mais aprofundada e de mecanismos de acompanhamento da gestão hospitalar.

Isto é corroborado nas falas a seguir:

De vez em quando estou na supervisão e preciso fazer a prescrição dos pacientes da UTI, mas percebo que as prescrições se repetem muito e os técnicos não valorizam essa prescrição, muitas vezes nem checam (E11–X10).

Na UTI, fazemos uma coleta de dados dos pacientes, os diagnósticos e a prescrição. Temos dificuldades de fazer a coleta de dados, pois tem muitos jeitos de fazer (E18–X01).

Sobre a coleta de dados, Bittar, Pereira e Lemos (2006, p. 620) referem:

[...] tem por finalidade identificar os problemas reais ou potenciais do cliente, de forma a subsidiar o plano de cuidados e atender as necessidades encontradas prevenindo as complicações. É uma das etapas da SAE que mais exige tempo e trabalho, reunindo informações indispensáveis à comprovação da hipótese.

Mendes, Bastos (2003) apontam que grande parte das instituições de saúde tem sua prática guiada apenas por normas e rotinas, e os serviços que buscam a implantação da sistematização estão em grandes centros urbanos ou são ligados às universidades.

Então, os participantes desta pesquisa conhecem a SAE, do ponto de vista teórico, como uma forma mais organizada de cuidar; que se utiliza dos passos do método científico; se aprende a ter uma visão holística, integral do ser humano; e, por fim, inferem que a aplicação da SAE melhora a qualidade da assistência. Todos, ao serem perguntados sobre as perspectivas de aplicação da SAE, responderam ser viável e importante para a Enfermagem desse hospital.

Para contextualizar esta viabilidade unanimemente apontada pelos participantes, estimei-os a descrever as potencialidades e dificuldades na realização da SAE. Encontrei uma diversidade de considerações e agreguei-as, de modo a estabelecer uma representação de conteúdo, como aponta Bardin (2000). Esta representação foi categorizada em conjuntos de respostas mais significativas.

Assim, foram identificadas as categorias de **potencialidades** na implantação da SAE, sendo: a valorização e o reconhecimento da enfermagem como profissão; promoção na melhoria da qualidade da assistência e contribuição ao aprendizado da enfermagem.

Como **dificuldades** apareceram três conjuntos de respostas que foram: a resistência da equipe de enfermagem e da equipe médica na implantação da SAE; o desconhecimento da administração sobre esse assunto e a falta de experiência dos enfermeiros sobre o processo de implantação da SAE, haja vista terem, predominantemente conhecimentos teóricos sobre o assunto, obtidos na graduação.

5.3 Potencialidades identificadas para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Ao se discutir acerca de novas possibilidades, inovações, surgem aspectos positivos e negativos, muito em função do receio do desconhecido, do que isto vai implicar no dia a dia do profissional. Em relação a estes aspectos, discorro acerca das potencialidades identificadas pelos enfermeiros para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, tendo aparecido fortemente a **valorização e reconhecimento da enfermagem profissional**.

Afirmaram que, ao estabelecer um método de assistência, conseguirão desenvolver um raciocínio clínico, de modo a estabelecer um plano de cuidados específico para cada paciente, resgatando a visão holística e a assistência integral preconizada pelas teóricas de enfermagem e aprendida em seus cursos de graduação.

A consequência imediata do uso de um método de assistência, de acordo com os participantes, seria a melhora dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, haja vista ser necessário estudar para desenvolver habilidades e competências para pensar e escrever sobre o cuidado e atender aos preceitos legais de registro em prontuários, como afirmam os entrevistados a seguir:

[...] em relação às enfermeiras acho que vai ser bom para a enfermagem, pois podem prestar um cuidado mais organizado, de ordem legal e melhorar os registros no prontuário (E01–X13).

Entendo que melhora os registros, resgata histórias de vida. Acha que através da SAE a enfermagem se valoriza. Identifico que é preciso trabalhar mais com o público alvo equipe, para que compreendam isso. Entendo que como é uma lei, e vai chegar uma hora em que todos vão precisar aplicar (E06–X15).

Além dos aspectos éticos e legais, “os registros de enfermagem são de fundamental importância para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, visto que servem de sustentação para o processo de cuidado” (VITURI, MATSUDA, 2008, p. 2).

No Brasil, este pensamento desde a década de 1960, traduz não só a importância do método como forma de fazer, mas também a reafirmação da enfermagem como profissão autônoma e produtora de conhecimentos próprios, que

se fundamenta à medida que a sociedade evolui e as práticas acompanham este processo (KLETEMBERG, 2004).

É interessante notar que os enfermeiros atribuem uma maior valorização e reconhecimento para si e para os demais profissionais da equipe de enfermagem, se a assistência prestada ao paciente for de melhor qualidade. Então, para eles sistematizar significa dar conta da dimensão do cuidar, e o cuidado ao ser humano parece ser seu objeto de trabalho. Essa assertiva pode ser reforçada pelas falas a seguir:

Tudo isso vem acarretar que o paciente receba uma assistência de melhor qualidade e específico para cada paciente. Por um lado faria com que toda equipe de enfermagem tivesse uma responsabilidade de registrar ainda mais do que já fazem. A participação de todo o grupo melhorará a assistência (E05–X5).

Acho que é um processo, tu vê as necessidades do paciente e planeja uma assistência de qualidade, visando atender estas necessidades. Faz um histórico e identifica o que precisa para fazer uma assistência integral (E21–X24).

Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001, p. 35), apoiadas nas reflexões ocorridas no 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem – CEBEn, ao abordarem o objeto de trabalho da enfermagem, apontam que “[...] a enfermagem é um trabalho complexo, combinando três ações básicas não dissociadas, ou seja, a educação em saúde, o cuidado e a gerência dos sistemas de enfermagem”. Este conjunto de ações não determina toda a assistência prestada às pessoas, pois o trabalho é coletivo e interdependente, ou seja, outros profissionais interagem com a mesma pessoa doente, utilizam tecnologias e instrumentos diferentes sobre o mesmo objeto - o ser humano, (LEOPARDI, GELBCKE E RAMOS, 2001).

Assim, pela característica interprofissional do trabalho em saúde, todas as ações são feitas a outrem para atender a uma necessidade, procurando minimizar ou solucionar um problema de saúde. Cabe à enfermagem uma parte deste trabalho que é prover as condições de cuidado e autocuidado, escolher os instrumentos e métodos de atuação mais adequados, de modo que este Ser volte a sua saúde física inicial e readquira a autonomia (LEOPARDI, GELBCKE E RAMOS, 2001).

Ainda, discorre Nóbrega (2006, p. 28):

Diferentes profissionais executam suas atividades, de acordo com a sua especialidade (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, entre outros) e dependendo da área, ainda existem as subdivisões (os médicos atendem distintas especialidades; os profissionais de enfermagem dividem os procedimentos a serem executados).

Sendo o cuidado uma das dimensões do trabalho em enfermagem, interpreto que os enfermeiros participantes desta pesquisa entendem que poderiam resgatar através da aplicação da SAE, esta dimensão e, com isso, obter uma maior valorização e reconhecimento.

Apoiando-me nas leituras sobre processo de trabalho, poderia inferir que, para os participantes desta pesquisa, a aplicação da sistematização da assistência aparece como a dimensão do cuidar do outro – o ser humano. “Cuidar é o trabalho identificador da profissão, uma vez que se realiza a partir de necessidades de saúde concretas ou potenciais [...]” (LEOPARDI, GELBCKE E RAMOS, 2001, p. 37).

Trentini, Dias (1997, p. 196), ao discorrer sobre os conflitos na construção do conhecimento da enfermagem, identificam que “a prática assistencial, ou cuidado ou outro nome que se lhe queira dar, representa a razão de ser da profissão”. Esta razão é compartilhada pela fala do seguinte entrevistado.

A idéia que tenho de SAE é: primeiro avaliar o paciente, levantar os problemas, traçar um plano de cuidados e fazer a supervisão da execução dos cuidados, de modo que os problemas sejam solucionados ou melhorados, no espaço intra - hospitalar e domicílio (E15–X22).

Existem outras dimensões, apontadas por Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001), que fazem parte do processo de trabalho da enfermagem, como o gerenciar e educar. O gerenciar “é o trabalho proposto preferencialmente para o profissional enfermeiro no sistema de saúde [...]”. E educar “é o processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva de saúde [...]” (LEOPARDI, GELBCKE E RAMOS, 2001, p. 41).

Nesta pesquisa, não investiguei a compreensão dos enfermeiros sobre as dimensões dos processos de trabalho da Enfermagem, mas seria interessante identificar como os enfermeiros compreendem a sua profissão e seu objeto de trabalho e como estas dimensões estão interligadas à SAE.

Ainda, dentro das potencialidades, apareceu outro conjunto de respostas, destacando que a aplicação da SAE diz respeito a melhor **qualificação da assistência de enfermagem**, por conseqüência, contribui para o aprendizado da enfermagem. Ao longo desta dissertação, discorri sobre a evolução do ensino da enfermagem, que culminou com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases para Educação, que preconiza nos currículos dos Cursos de Enfermagem, a abordagem das Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem. Isto demonstra que para aplicar a SAE em uma abordagem holística do ser humano, há necessidade de se utilizar os diferentes conhecimentos para dar conta desta dimensão.

Esta legislação direcionou o ensino da enfermagem para uma concepção ampla do ser humano, visando uma assistência integral. Nos currículos das três universidades em que a maioria dos participantes foram graduados, encontrei um número significativo de conteúdos que abordam a SAE com esta acepção ampliada do ser humano.

Scherer, Scherer e Carvalho (2006, p. 286) afirmam:

As novas diretrizes curriculares para o curso de enfermagem têm adotado perspectivas mais humanistas. É esperado que a instituição universitária esteja comprometida com o destino dos homens, associando o máximo de qualificação acadêmica com o máximo de compromisso social, sinalizando na direção da superação da fragmentação do conhecimento até então presentes.

Assim, posso inferir que o arcabouço teórico sobre SAE que estes enfermeiros receberam durante a graduação, com uma visão integral do ser humano, permitiu que eles concluíssem que a aplicação da SAE melhoraria a qualidade da assistência, apesar de não terem experienciado a aplicação da SAE durante a sua vida profissional. Portanto, o conhecimento se refere ao tempo de estudante de graduação. Os entrevistados a seguir corroboram esta afirmação.

Lembro que estudei em Fundamentos de Enfermagem que introduziu o Processo de Enfermagem, iniciava na 4ª fase até o final, com estudos de casos em hospitais, creches e unidades de saúde (E18–X1).

Estudamos sobre Wanda Horta, aplicávamos o Processo de Enfermagem nos estágios de saúde pública e hospitais, no 3º período (E04–X4).

Trabalhei conteúdos relativos à SAE durante a graduação, especialmente de Horta, em mais de um semestre. No Trabalho de Conclusão de Curso utilizei a teórica Leininger (E07–X16).

Considerando que todos os participantes desta pesquisa conheceram e exercitaram a SAE durante a graduação e a maioria afirma que esta melhora a qualidade da assistência e o aprendizado da enfermagem, poderia questionar: por quais motivos não a aplicam?

Todavia, entendo que a aplicação da SAE pressupõe a utilização de um marco conceitual. Assim, optar pela utilização de um arcabouço teórico e filosófico desenvolvido pelas teóricas de enfermagem reconhecidas internacionalmente torna-se premente.

Uma vez escolhido o marco conceitual, pergunto: como este deve ser desenvolvido? Os autores a seguir apontam três grandes dimensões:

Propósito, organização e propriedades. O propósito principal do processo é oferecer uma estrutura que atenda as necessidades individualizadas do cliente, família e comunidade e deve existir uma relação interativa entre o foco principal e o enfermeiro. A organização é a dimensão que conta com as cinco fases do processo. Como propriedades destacam-se: ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e basear-se em teorias (SILVA et al, 2006, p. 1).

Retomando, entende-se como objetivo final o *propósito* que é prestar uma assistência mais qualificada possível, reduzindo ao mínimo os danos causados ao paciente, família e comunidade. *Organizado*, por utilizar os passos do modelo científico que se compõe, minimamente, pela investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação e *propriedades*, por ser cuidadoso, pensado, intencional, pertinente e direcionado para atender as necessidades (SILVA et al, 2006).

Em todas estas operacionalizações, a SAE prescinde de entrevista com o paciente; exame físico; um olhar para a atuação dos diferentes profissionais; um julgamento destes dados que orientará as ações de enfermagem (diagnóstico, relação de problemas); uma definição dos cuidados necessários – a prescrição, orientada pela expectativa dos resultados esperados, pelas ações de enfermagem colocadas em prática e, por fim, uma avaliação dos resultados obtidos pelas ações

(evolução), que determina as ações futuras (informações verbais)¹⁵.

Tais atividades demandam do enfermeiro um esforço cognitivo, aliado a sua capacidade de associar os conhecimentos científicos à clínica, de modo a sistematizar a assistência de forma organizada, raciocinada e individualizada (SILVA et al, 2006).

Assim, não parece ser uma tarefa fácil, pois o enfermeiro precisa desenvolver habilidades e competências de gestão e gerência para organizar a equipe de enfermagem; o ambiente e o fluxo dos demais membros da equipe de saúde. O entrevistado E24-X12 aponta as dificuldades: “falta de conhecimento da equipe de enfermagem. Resistência dos enfermeiros em aprender”. Corroborado pelo seu colega.

Dificuldade é a resistência das colegas enfermeiras, pois a maioria saiu da universidade e não mais trabalharam com isso. Para fazer a SAE exige esforço, tem que estudar (E17-X9).

Também, para desenvolver a SAE, os enfermeiros necessitam prevenir-se quanto aos possíveis problemas na sua aplicação, pois falhas na comunicação entre a equipe de enfermagem e a necessidade de reavaliação constante da prescrição dos cuidados de enfermagem são dificuldades esperadas (LONGARAY, ALMEIDA E CEZARO, 2008).

Encontramos na literatura que para desenvolver a SAE, é necessário ter “habilidades e capacidades que ajudem a determinar o que, porque, por quem, como, com quem e para que deve ser feito” (GARCIA, NÓBREGA, 2000, p. 2).

Sob o ponto de vista do Conselho Internacional de Enfermeiras apontado por Garcia, Nóbrega (2000, p. 2), estes elementos são:

O que os exercentes da Enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem), para alcançar os resultados esperados (resultados de enfermagem).

Assim, sistematizar demanda pensar sobre o trabalho, conhecimento e, talvez, uma mudança de postura da Enfermagem, saindo da posição de espera e passar para uma dimensão propositiva. Pela análise do perfil dos participantes, caso

¹⁵ Comentários feitos pela Dra. Eliane Matos durante a banca de qualificação deste projeto.

a SAE fosse implantada neste hospital, haveria uma possibilidade efetiva de troca de conhecimentos e experiências, pelo fato de a maioria possuir especialização; pela mescla de profissionais com muita experiência e aqueles com pouca experiência de trabalho, o que caracterizaria um grupo de pessoas com potencial para desenvolver habilidades e competências para a implantação da sistematização da assistência.

De acordo com Lavich et al (2009), a SAE é um processo complexo na sua implementação, dependendo de fatores como: o comprometimento e a motivação da equipe de enfermagem, destacando-se sua importância para o planejamento do cuidado, organização do serviço de enfermagem e a visibilidade do papel do enfermeiro.

Foi, ainda, referido como uma potencialidade, em menor expressão, que a implantação da SAE poderia diminuir os custos hospitalares, pois, em tese, ao desenvolver um método de assistência, melhoraria a qualidade do serviço, haveria uma otimização das atividades e, por consequência, diminuiria o tempo de internação dos pacientes. Esta assertiva é corroborada pelo seguinte depoimento:

Melhoraria a assistência, ajudaria nas anotações de enfermagem. Quando o prontuário é analisado especialmente pelo setor de auditoria, fica mais completo O cuidado não passaria despercebido, a recuperação do paciente seria mais rápida (E11–X8).

Suscita algumas reflexões a fala anterior, pois os enfermeiros poderiam visualizar a SAE como um instrumento de gestão e gerência, haja vista que a sua aplicação demandaria modificações nos processos de trabalho estabelecidos nesta instituição. Ou seja, a implantação da SAE seria um dos mecanismos pelos quais os enfermeiros lançariam mão para dar conta do cotidiano, melhorar a qualidade da assistência e, por consequência, utilizar este movimento como forma de demonstrar, junto à administração, as possibilidades que a Enfermagem teria de gerenciar o cuidado de uma forma sistematizada, contribuindo para a “economia” da instituição.

De acordo com Alves, citado por Nóbrega (2006, p. 55):

O gerenciamento do cuidado, a administração da assistência ou o CUIDAR GERENCIANDO são denominações dadas ao estágio intermediário entre o cuidar e o administrar unidades de trabalho, que envolve o planejamento da assistência e o provimento de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários a sua realização.

Um caminho que os enfermeiros poderiam trilhar, nesta instituição, buscando a valorização e autonomia apontada anteriormente, seria o de exercitar a SAE, de modo experimental e paulatinamente incorporar essa prática no cotidiano, utilizando instrumentos que apontassem as evidências dos benefícios. Assim, sensibilizar a administração para as mudanças no cuidado oferecido, não só na melhor qualidade da assistência, mas também na racionalização dos fluxos; utilização parcimoniosa dos materiais e equipamentos, por ser uma atividade raciocinada e sistematizada.

Isto é corroborado por Backes, Schwartz (2005, p. 186) “SAE, na percepção dos enfermeiros, é um processo de qualificação profissional, além de propiciar valorização, reconhecimento e otimização da assistência de enfermagem”.

Entendo que o movimento dos trabalhadores em torno da SAE pode depender das iniciativas e empenho das chefias hospitalares, do desejo dos trabalhadores; de mudanças no processo de trabalho e na crença de que é possível discutir tal temática e, por fim, implantá-la.

5.4 As dificuldades apontadas para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Como referido anteriormente, dificuldades na implementação de uma proposta sempre aparecem. Na fala dos enfermeiros, estas se configuram como resistências das equipes, o desconhecimento da administração acerca da SAE e a falta de conhecimento dos enfermeiros para aplicar a SAE.

A **resistência da equipe de enfermagem e da equipe médica** foi apontada significativamente como uma das dificuldades para implantação da sistematização. Isso me instigou a questionar: por quais motivos os técnicos e auxiliares de enfermagem fariam resistência a um método de trabalho proposto pela sua própria profissão? Ainda mais, e a equipe médica, como compreende isso? Esta dificuldade foi confirmada por vários enfermeiros e ilustro através de duas falas:

Resistência dos funcionários da equipe, inclusive os enfermeiros. Acredito que também da instituição. A equipe médica teria uma resistência inicial, e depois quando vê que tem melhora, vai aceitar (E11–X8).

Resistências iniciais da equipe de enfermagem. A gente sabe que tem que fazer, porque precisa anotar isso, mas acho que os técnicos não sabem o que é sistematização. Vai ter críticas e contrariedades de alguns médicos (E12–X10).

Longaray, Almeida e Cezaro (2008, p. 151) ressaltam que os auxiliares e técnicos “são os principais executores da prescrição realizada pelas enfermeiras. Contudo, poucos são os estudos encontrados que abordam a sua participação na metodologia da assistência ao paciente”.

Reporto-me aos escritos de Trentini, Dias (1997, p. 204): a equipe de enfermagem tem diferentes níveis de escolaridade, atribuições e responsabilidades diferentes, mas na realidade brasileira “são os técnicos e auxiliares que dão assistência, cuidado direto aos clientes nos limites da complexidade [...] e são os enfermeiros responsáveis pela supervisão e gerência”.

Isto se configura num conflito epistêmico no qual existe um grupo de enfermeiros que, especialmente na pós-graduação, estudam as diversas tendências e marcos conceituais da enfermagem utilizadas na prática assistencial, procurando desenvolver uma visão integral e holística do ser humano. Por outro lado, têm-se os auxiliares e técnicos que fazem a sua preparação profissional ligados a teorias tradicionais, orientadas pelo modelo biomédico que exigem, no seu cotidiano, respostas mais objetivas e direcionadas a um resultado imediato, ou seja, a prática realizada com rapidez, eficiência e de menor custo (TRENTINI, DIAS, 1997).

Uma pesquisa feita na Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul – UFRGS, que avaliou 26 cursos de auxiliares e técnicos de enfermagem, constatou que 59% das atividades preconizadas pelos currículos destas escolas reforçavam o saber fazer; 34 a 45% visavam atender a dimensão aprender a conhecer e somente 1 a 7% vislumbravam desenvolver habilidades e competências de saber ser (LONGARAY, ALMEIDA E CEZAR, 2008). Notadamente, os conteúdos considerados instrumentais foram mais relevantes nestes currículos.

Baggio (2006, p. 10) aponta que “algumas vezes a educação profissional técnica coíbe a criatividade e a individualidade dos alunos, por oferecer-lhes, como alternativa formal, a aquisição passiva de conhecimentos”. Então, de um lado tem-se o ensino da graduação em enfermagem que procura promover a discussão das concepções teóricas e filosóficas da profissão fundamentada nos conceitos e pressupostos das teóricas de enfermagem, visando despertar a criticidade no

estudante. Por outro, o ensino técnico, de nível médio, que se utiliza de mecanismos de ensino aprendizagem voltados para a memorização e reprodução das práticas já reconhecidas. A fala a seguir corrobora esta contradição.

Ninguém sabe, nem o enfermeiro e o técnico a verdadeira função do enfermeiro. Todos esperam determinados comportamentos, e há uma certa competição, confundindo com o profissionalismo. Os técnicos sabem que precisam fazer o cuidado direto, dar conta da rotina do dia (E13–X20).

Entretanto, os técnicos e auxiliares de enfermagem, ao manifestarem sua opinião sobre o serviço de enfermagem sistematizado, alegaram que este: amplia a visão e organiza o cuidado; aproxima a equipe de enfermagem e favorece a continuidade dos cuidados (LONGARAY, ALMEIDA E CEZAR, 2008).

Esta discrepância provoca determinados conflitos no cotidiano que poderiam explicar a resistência inicial dos auxiliares e técnicos em aplicar a SAE por ser uma forma de fazer o cuidado de enfermagem de modo raciocinado, direcionado e fundamentado em princípios teóricos, filosóficos e científicos. Entretanto, os técnicos e auxiliares de enfermagem que realizam a maioria do cuidado, na sua formação não foram preparados para dar conta dessa dimensão do cuidado. Isto não significa que o cuidado prestado atualmente seja de má qualidade, apenas aponta uma possível explicação da resistência inicial dos técnicos e auxiliares de enfermagem do hospital pesquisado em aplicar a SAE, pois eles podem não conhecer o que significa sistematizar.

Quanto à resistência inicial que o corpo médico poderia ter na implantação da SAE poderia atribuir ao desconhecimento do que seja esta metodologia, pois o conhecimento sobre SAE é próprio da enfermagem. Num estudo feito numa maternidade pública do Piauí, encontramos que ao desenvolver um projeto de implantação da SAE neste local, os discentes e docentes,

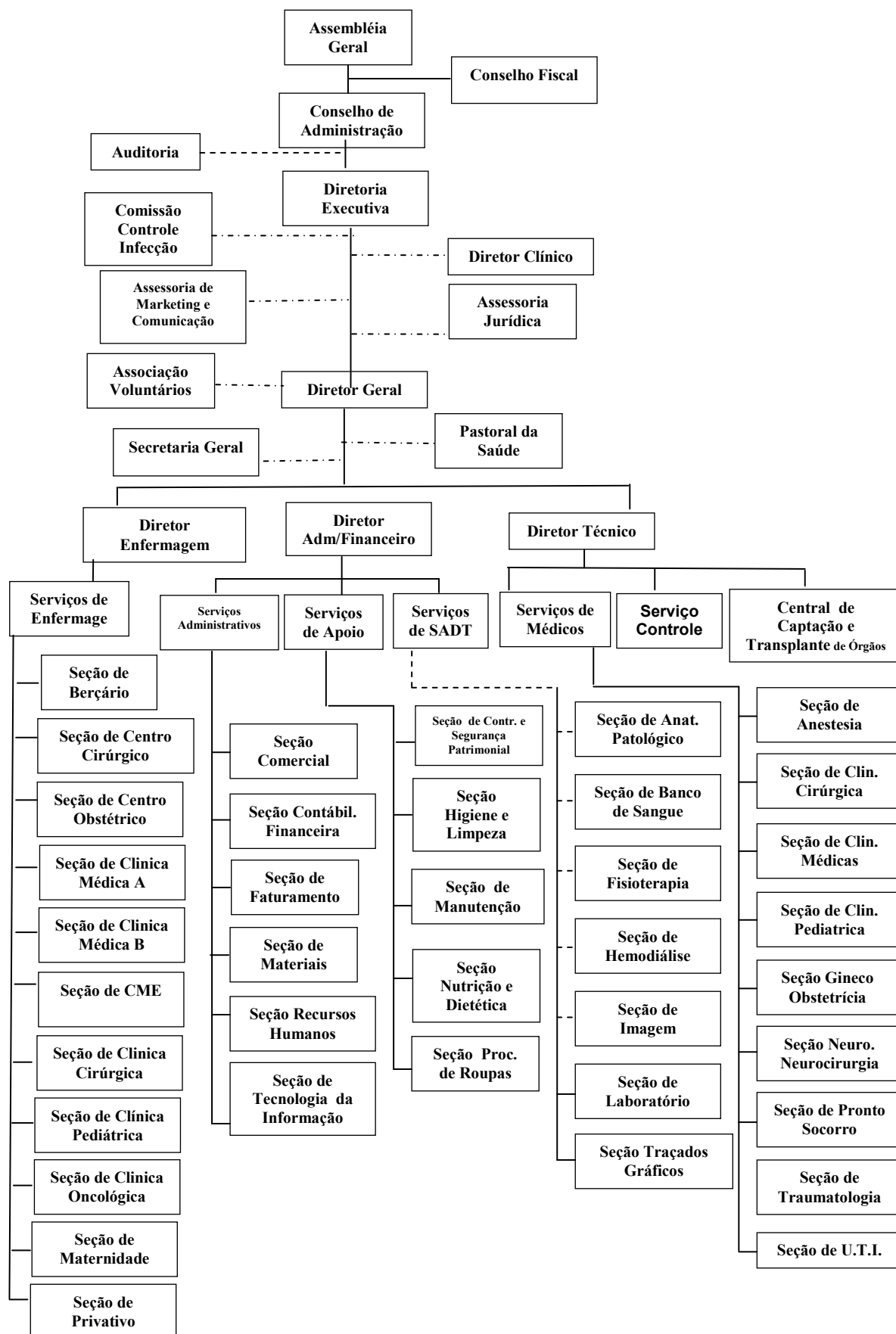
[...] foram convocadas verbalmente para uma reunião com a equipe clínica da maternidade, na qual os médicos docentes, residentes e acadêmicos da área médica presentes manifestaram descontentamento pelo fato do corpo discente de enfermagem estar realizando o exame gineco-obstétrico para subsidiar o Histórico de Enfermagem, considerando tratar-se de atividade exclusiva do médico (GONÇALVES et al, 2007, p.461).

Entretanto, quando esclarecidos sobre as atribuições legais da enfermeira obstétrica, aos poucos, compreenderam o trabalho que estava sendo desenvolvido.

Além disso, foi apontado por um número significativo de entrevistados que a **administração desconhece a SAE**, a exemplo do depoimento de E14 –X21, “na questão da administração, é um modelo tradicional e não percebeu a evolução que a enfermagem teve nos últimos tempos”. E da fala do entrevistado E24 –X12 “Acho que falta conhecimento da equipe de enfermagem e da administração para implantar a SAE”.

Para analisar estas afirmações, faz-se necessário conhecer o organograma formal da instituição e procurar identificar, na relação hierárquica estabelecida, a autonomia do corpo de enfermagem e a aproximação com a administração geral. Assim, identificar o respaldo decisório e o apoio que a enfermagem teria neste hospital, caso decidisse implantar a SAE.

O organograma, fornecido pela Secretaria do hospital está assim constituído:



Este hospital é uma entidade declarada de Utilidade Pública Municipal e Estadual pelas Leis N^{os} 3.796 de 04 de dezembro de 1997 e 10.739 de 07 de maio de 1998; Federal pela Portaria do Ministério da Justiça n^o 1.570 de 09 de junho de 2004, igualmente reconhecida de Fins Filantrópicos pelo Conselho Nacional de Assistência Social pela Resolução n^o 54 de 06 de Abril de 2005. Compõe-se de uma Diretoria, formada por um Conselho Delegado de Administração; um Conselho Fiscal e uma Diretoria Executiva. Esta última administra legalmente o hospital, à qual a Enfermagem está ligada organicamente (PORTAL DO HRO, 2009).

Em princípio, este organograma aponta para um modelo tradicional de gestão, pois o número de figuras geométricas dispostas verticalmente pode caracterizar uma dissociação no processo de trabalho evidenciado pelas diversas especificidades e especialidades dos trabalhadores; separação de concepção e execução das atividades, que inferem uma utilização do monopólio do conhecimento para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução (MELO, 1986). Estes foram os princípios defendidos por Taylor em 1880.

As autoras a seguir fazem uma ressalva em relação a este modelo:

[...] as transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho têm influenciado o trabalho em saúde, mas que o modelo de organização continua influenciado pela lógica taylorista e que é preciso pensar novas formas de organização do trabalho que possibilitem uma ação mais participativa dos trabalhadores (PIRES, GELBCKE E MATOS, 2004, p. 311).

Deluiz apud Unochapecó (2006), ao abordar a complexidade dos serviços e as especificidades das profissões da área da saúde, discorre, em primeiro lugar, sobre as diferentes tecnologias, ambientes de trabalho e relações sociais. Em segundo lugar, a heterogeneidade que se apresenta pela diversidade dos diferentes processos de trabalho que coexistem desarticulados nas instituições de saúde. Em terceiro lugar, a fragmentação do processo de trabalho que transparece na separação do pensar, realizar e fazer das diferentes profissões, reforçada pela hierarquização no interior e entre as categorias profissionais.

Entretanto, Matos, Pires (2006) apontam que mesmo com o esforço de diversos autores que buscam fundamentação em diversas áreas do conhecimento para discutir as mudanças necessárias para as questões de gestão e organização do trabalho, estas, ainda, são embrionárias e insuficientes para contrapor a

hegemonia das teorias clássicas e burocráticas. Especialmente na enfermagem há um predomínio dos princípios de gestão clássica e burocrática

Nota-se que o serviço de enfermagem deste hospital está organizado por uma Direção de Enfermagem, ligada diretamente ao Diretor Geral que, por sua vez, está ligado à Diretoria Executiva. Então, hierarquicamente, a enfermagem ocupa o 3º escalão dentro desta instituição, no mesmo nível da Direção Técnica e da Direção Administrativa. Isto aponta que a enfermagem tem um grau de autonomia relativo, pois as decisões mais importantes a serem tomadas ocorrem em instâncias superiores.

Por outro lado, mesmo com um organograma verticalizado, o que importa é como são estabelecidas as relações interpessoais, como ocorre o trabalho em equipe e as formas de encaminhamento dos fluxos internos que culminam com as decisões e com a autonomia das equipes.

Sobre a questão da autonomia, utilizo os apontamentos de Peduzzi (2001), ao abordar as diferentes “autonomias” do trabalho em equipe.

Na primeira, o profissional trabalha com a noção de autonomia plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções; na segunda, ignora o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho; e, na terceira, apreende o caráter interdependente da autonomia técnica do conjunto dos agentes. A autonomia profissional pode ser interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outro agente, dada a complementaridade dos trabalhos especializados (PEDUZZI, 2001, p. 108).

A enfermagem desta instituição parece exercer uma autonomia técnica relativa, pois tem liberdade para agir conforme os seus preceitos técnicos, éticos e legais diretamente relacionados às questões da equipe de enfermagem. Entretanto, tem pouca autonomia e influência quando se trata de questões que envolvem outras categorias profissionais.

O processo de decisão e os encaminhamentos referentes à equipe de enfermagem, de acordo com a Gerente de Enfermagem, ocorrem através de reuniões mensais convocadas pela gerência com todos os enfermeiros chefes de seção. Nestas reuniões delibera-se sobre o serviço de enfermagem, discutem-se os problemas e os encaminhamentos necessários para a resolução ou minimização dos mesmos.

As reuniões com a Direção Geral, informa a Gerente, ocorrem mensalmente, quando todos os chefes de seção são convocados para uma reunião com esta Direção, de modo a deliberar sobre as questões gerais do hospital. Este é o momento formal em que todos os responsáveis pelas seções se encontram, confirma a gerente, na seguinte fala:

em relação ao contato dos enfermeiros com a Direção Geral são feitas reuniões mensalmente com todas as chefias. Os enfermeiros chefes das seções reúnem-se mensalmente com os seus subordinados para fazer repasse das informações das demais reuniões, levantarem necessidades da unidade e fazer sugestões. Normalmente de dia quem faz as reuniões é o enfermeiro do diurno e à noite são os supervisores (E24–X12).

Nas seções, os enfermeiros chefes reúnem-se mensalmente com a equipe para informar e deliberar sobre as questões pertinentes à enfermagem. Os enfermeiros do diurno fazem as reuniões com as equipes do turno matutino e vespertino. No noturno, quem faz as reuniões são as supervisoras noturnas, que atualmente estão cuidando de dois andares cada uma, exceto UTI adulto, UTI neonatal, centro cirúrgico, centro obstétrico e emergência que contam com enfermeiros 24 horas.

Do ponto de vista hierárquico, a dificuldade apontada pelos enfermeiros de que a administração desconhece a SAE parece ser plausível, pois se percebe um distanciamento entre o centro de decisões e aqueles que efetivamente fazem as ações assistenciais. Cada um em sua seção, respondendo por sua área de conhecimento e prestando contas à chefia imediata. Então a enfermagem parece que faz gestão e gerência do cuidado, de modo seccionado, pouco influenciando no planejamento geral.

Reporto-me aos limites internos da profissão, apontados por Leopardi (1999), escritos no referencial teórico desta dissertação, que interferem na gestão do exercício de sua autonomia, pois:

Os enfermeiros são preparados para dar conta do cuidado, porém, como derivado do diagnóstico médico, tornando-se executores de suas prescrições e os mantenedores da ordem nas instituições de saúde, queiramos admitir ou não [...]. Por outro lado, encontram espaço na administração da assistência, sem terem sido preparados para isso (LEOPARDI, 1999, p. 46).

O exercício da autonomia da enfermagem pode conceder um “poder” de influir nas decisões. Este, entendido como a “capacidade de influenciar pessoas ou grupos que têm diferentes ideias, guiados para realizar ações coletivas, que visem ao bem comum” (CRUZ et al, 2009, p. 235, tradução nossa).

Então, a SAE, sob esse ponto de vista, precisa exercitada pela enfermagem e concomitantemente ser explicada à administração de modo fundamentado e coerente com a realidade, identificando suas potencialidades e dificuldades. Desta forma, poderá ter possibilidade de ser incorporada ao cotidiano.

Moura, Rabêlo e Sampaio (2008, p. 477) ressaltam “o enfermeiro que atua embasado numa metodologia de assistência assume postura ética e legal, consoante o que preconiza a Lei nº 7.498/86, reforçada pela Resolução nº 272/2002, do COFEN”.

Falta de conhecimento e experiência dos enfermeiros sobre a aplicação da SAE também foi apontada pelos entrevistados como uma dificuldade que necessita ser transposta, pois todos os enfermeiros referiram que durante a graduação estudaram conteúdos relativos à SAE, mas durante a sua vida profissional não vivenciaram ou participaram efetivamente da aplicação desta nas instituições. Esta falta de vivência foi apontada por 16 enfermeiros entrevistados, exemplificadas pelas falas seguintes: “não tive nenhuma experiência de implantação da SAE, só fazíamos anotações no prontuário” (E03- X14). “Não tive nenhuma experiência de aplicação SAE em minha vida profissional” (E08 – X17). “Visitei o hospital de Clínicas – Porto Alegre para ver a SAE, mas nunca implantei a SAE” (E12 – X10).

De acordo, ainda, com a Gerente de Enfermagem, existe um projeto de Educação Continuada planejado para o ano 2009. Neste, são selecionadas temáticas pela equipe de enfermagem para serem abordadas nas palestras mensais. Estes momentos ocorrem no centro de estudos¹⁶ da instituição e funciona através de convite e inscrições prévias. Segundo ela, a participação das equipes tem sido pequena, pois ocorre fora do horário de trabalho e depende do interesse e disponibilidade de cada um dos funcionários.

¹⁶ Espaço físico interno, equipado com computadores, mesas, biblioteca e um auditório, adequado para uso dos estudantes e funcionários.

Tem a Educação Continuada onde as equipes fazem as capacitações a partir das necessidades apontadas na seção, e acontece nas unidades, sob a coordenação das chefias. Tem um outro projeto geral que ocorre mensalmente no centro de estudos. Neste são abordados temas mais gerais, por exemplo, humanização na assistência e ocorre por inscrições, pois é fora do horário de trabalho (E24–X12).

A falta de conhecimento e experiência de aplicação da SAE foi apontada como um dos entraves, por Yamaguti, Palhares e Albuquerque (2009) em uma análise sobre um ano de implantação da SAE em uma unidade de terapia intensiva de um pronto socorro de um hospital escola de Botucatu – SP, indicando sobrecarga de trabalho devido ao número reduzido de profissionais, o desconhecimento acerca da SAE, bem como sua consequente desvalorização, além de outros problemas que interferem direta ou indiretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente, os quais são fatores que também influenciam na SAE.

Então, como se poderia sensibilizar estes enfermeiros para desenvolver a SAE? Identificamos que no seu cotidiano estes se ocupam do cuidado, da demanda imediata, no entanto, não utilizam um referencial teórico escrito para fazer tal prática. O conhecimento da SAE é próprio da Enfermagem, e a iniciativa deveria partir dos profissionais, especialmente dos enfermeiros, pois tiveram conhecimentos teóricos sobre a temática e por ser este conhecimento “a expressão atual do saber em enfermagem” (SHIRATORI, LEITE E DE SOUZA BAPTISTA, 2004, p. 8).

Uma explicação para esta constatação poderia ser a de que o enfermeiro, quando chefia uma unidade, depara-se com muitas demandas para dar conta do cotidiano. Assim, ele precisa fazer o cuidado direto aos pacientes, e nesse hospital há uma forma de organização nas seções, onde o enfermeiro faz todas as técnicas consideradas complexas, por exemplo, se existe uma sondagem vesical, quem faz é o enfermeiro. Isso não é delegado ao técnico.

Sobre esta questão, Hausmann, Peduzzi (2009, p. 259) afirmam:

Ao considerar que o cuidado é a marca e o núcleo do processo de trabalho de enfermagem, entende-se que as atividades gerenciais do enfermeiro deveriam ter como finalidade a qualidade do cuidado de enfermagem, de modo que a cisão entre a dimensão assistencial e gerencial compromete essa qualidade e gera conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde.

Entre outras atividades, os enfermeiros, ainda, coordenam a equipe de enfermagem; identifica as necessidades de material para a seção; conversa com os acompanhantes; verifica os prontuários; ordena a seção e, especialmente, estabelece o diálogo com a equipe médica. Este último parece ser um ponto nevrálgico, pois as relações interpessoais e o processo de comunicação estabelecido com parte da equipe médica são fragilizados pela relação hierárquica imbricada na instituição e pela incipiência do trabalho multiprofissional. Com base nesta afirmação, as dificuldades de interação com parte da equipe médica e a sobrecarga de trabalho do enfermeiro são corroboradas pelas falas a seguir:

Temos pouco apoio de parte da classe médica, pois entendo que não costumam trabalhar em conjunto, atendem a demanda rapidamente, sem estabelecer um diálogo mais próximo com os demais membros da equipe de saúde (E14–X21).

A aceitação da SAE pela equipe médica será pouca, alguns profissionais negariam em conjunto. Também, dificuldade dos técnicos de aceitarem, porque já fazem isso. A enfermeira tem muita técnica para fazer, pois tem técnicas que só o enfermeiro faz como a medição da PVC¹⁷, punção, sondagens (E15–X23).

Nesta relação interpessoal fragilizada, poderia-se apontar as questões históricas sobre a hegemonia médica na saúde e sua relação com a enfermagem e as demais profissões, referendada por Pires (1989, p. 145), “com o controle que este grupo exerceu sobre o processo de profissionalização dos demais exercentes das ações de saúde [...]”, estabelecendo uma relação hierárquica verticalizada, desconhecendo os demais saberes.

Leopardi et al afirmam que (1999, p. 123):

Neste sentido a comunicação interpessoal, as relações funcionais entre os sujeitos, quando um deles não está em igual condição que o outro, aparece, então, um grau maior de instabilidade, pois se estrutura sobre a base de objetivos que estão mais além dos limites das qualidades propriamente humanas [...].

Merhy et al (2003, p. 15) apontam: “um dos grandes desafios para os gestores é o de estabelecer novos modos de fabricar modelos de gestão [...]”, de fazer uma abordagem da comunicação e do trabalho em equipe, mais direcionada

¹⁷ Pressão Venosa Central

para ações multiprofissionais que promovam impactos positivos na saúde. Também abordam sobre os tipos de tecnologias que devem estar a serviço da população e, dentre elas, as tecnologias leves que se utilizam de uma relação dialógica saudável entre as partes.

Todavia, analisar a história da enfermagem marcada pela submissão à medicina e aos modelos de administração deve servir para compreender as nossas origens sem, contudo, ser um fator que justifique a não implementação de políticas de gestão. Dentre elas, a implantação da SAE como um instrumento do trabalho, considerando o esforço de muitos enfermeiros na busca pela inserção de métodos de trabalho específicos da profissão, os quais foram apontados em vários momentos deste trabalho e referendados por muitos autores.

A falta de experiência sobre a aplicação da SAE pode estar associada ao pouco tempo de atuação profissional, pois grande parte dos enfermeiros (17) têm menos de cinco anos de profissão. Entretanto, os demais enfermeiros (7) têm mais experiência na instituição, aliado ao o desejo de realizar a SAE poderiam ser considerados fatores positivos para a implementação desta. Por outro lado, há que se pensar que o desejo muitas vezes não é suficiente, pois parece ser pertinente ocorrer um movimento institucional visando proposições e mudanças no processo de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei identificar o conhecimento e a compreensão dos enfermeiros sobre a SAE, relacionando-os com os fatores potencializadores e dificultadores presentes no processo de trabalho, imbricados nesta instituição. Compreender estes fatores e socializá-los com os enfermeiros parece ter sido um início promissor para debater tal temática.

De um modo geral os enfermeiros tiveram dificuldade em compreender que a SAE estava relacionada ao Processo de Enfermagem que haviam aprendido na graduação. De fato, existem controvérsias em relação às terminologias utilizadas para identificar as formas de praticar a enfermagem. Quando esclarecidos sobre os diferentes termos, relataram a sua compreensão sem maiores dificuldades.

Compreendem a sistematização da assistência de enfermagem como um método de trabalho derivado do método científico; se desenvolve através de uma forma raciocinada de cuidar, assistir e atender; valoriza a enfermagem; melhora a qualidade da assistência prestada; contribui para o aprendizado, por se apoiar em marcos teóricos e filosóficos que necessitam ser estudados e discutidos entre os enfermeiros.

Tal compreensão advém dos conhecimentos adquiridos durante a graduação, uma vez que todos exercitaram o processo de enfermagem nas atividades teórico - práticas e estágios. Mesmo os enfermeiros formados há mais de 20 anos relataram claramente os passos do método selecionado. O conhecimento adquirido é compatível com as novas diretrizes curriculares nacionais para o ensino da enfermagem, que apontam para uma visão integral do ser humano.

O entendimento sobre SAE aproxima-se muito dos conceitos referenciados por Leopardi (1999), Horta (1979), Paul, Reeves (2000) e Kletemberg (2004), entre outros, descritos na revisão de literatura. Praticamente não existem diferenças conceituais a respeito da SAE. Isso, também, se configura numa potencialidade, pois, ao discutir sobre o objeto, o entendimento será facilitado pelo conhecimento prévio que os enfermeiros têm sobre esta temática

No processo de comunicação estabelecido com os enfermeiros identifiquei o desejo e a viabilidade de sistematizar. Isto é uma potencialidade relevante, pois, não haveria necessidade de convencimento e sensibilização deles, para desenvolver a prática de maneira diferente.

Poderia sintetizar que do ponto de vista teórico, a maioria dos enfermeiros conhecem a SAE; compreendem os seus pressupostos; exercitaram a sistematização durante a graduação; reconhecem algumas teóricas de enfermagem; são pós-graduados; desejam e acreditam ser viável a implantação da SAE nesta instituição. Entretanto, uma lacuna percebida e que necessita aprofundamento teórico seria identificar as abordagens relativas à SAE, presentes nas escolas de graduação, pois parece que não está sensibilizando os estudantes para sua aplicação.

Dentre as dificuldades apontadas, a falta de experiência dos enfermeiros em desenvolver a SAE foi enfatizada. Também apareceu um grande contingente de enfermeiros com menos de cinco anos de formado, portanto, com pouca experiência profissional. Isso se configura na necessidade de realizar capacitações dos profissionais, de modo a potencializar a educação continuada já em desenvolvimento nesta instituição e estabelecer a educação permanente, focando os aspectos práticos. Levantar estudos de instituições que já percorreram este caminho e socializar experiências com outros profissionais. Há que se considerar a necessidade de elaborar um cronograma de capacitações, contemplando toda a equipe de enfermagem e estabelecer prazos para o desenvolvimento das etapas desta metodologia de trabalho.

Simultaneamente, sensibilizar a Direção Geral sobre a SAE parece ser imperativo, pois, também, o desconhecimento da SAE de parte da Direção foi apontado pelos enfermeiros como um entrave significativo. Entretanto, a SAE sendo um conhecimento específico da enfermagem, caberia aos próprios enfermeiros a iniciativa de torná-la conhecida junto à Administração.

Quanto ao tipo de gestão deste hospital, ficou evidenciado pelo organograma um modelo clássico, apontado na literatura como um modelo preponderante na maioria das instituições hospitalares. Em relação ao processo de trabalho estabelecido prevalecem as formas prescritivas e informativas. O trabalho realizado de forma prescritivo não é um fator impeditivo para a implementação da SAE, pois, ao estudar as instituições que aplicaram a SAE, notamos esta tem se apresentado

de forma prescritiva, obedece a um ordenamento teórico, determina passos do método científico.

A hierarquia estabelecida indicada pelo organograma da instituição e pela organização interna dos encontros e reuniões não parece ser favorável a discussão da SAE. Entretanto isso não deve ser um empecilho para desmotivar os enfermeiros, pois a SAE faz parte do mundo do conhecimento da Enfermagem e deve ser de domínio dos profissionais da Enfermagem. Incluir esta temática nas reuniões, propor projetos e alternativas passa a ser de responsabilidade da categoria.

Prover os diretores e demais profissionais de informações e conhecimentos sobre a SAE poderá desencadear um movimento tivo em torno da SAE e diminuir as resistências já apontadas. A possibilidade de êxito nessa empreitada é maior à medida que a equipe percebe o apoio da Direção, por isso, a iniciativa deve partir dos enfermeiros e, paulatinamente, obter o apoio dos demais setores.

Transpor as resistências impostas pelos demais membros da equipe e também de parte da equipe médica, parece ser uma dificuldade que precisa ser vencida, junto com as demais citadas anteriormente. Neste particular, pelas leituras que fiz sobre os relatos de experiência de instituições que já realizam a SAE, o caminho será fortalecer-se como grupo para consolidar os conhecimentos teóricos e filosóficos que são o arcabouço da profissão. Isto através da educação permanente; incentivar o hábito de estudo; discutir os problemas em comum; criar uma rede solidária de troca de experiências e apoiar-se mutuamente.

Com estes pressupostos, estabelecer um planejamento que seja estratégico e exequível, identificando objetivos e metas num prazo determinado. As dificuldades apontadas devem ser discutidas em conjunto, procurando alternativas de resolução, de modo a transpô-las e seguir o caminho de implantação da SAE, desejado por todos os enfermeiros entrevistados.

A possibilidade de êxito na implantação da SAE passa por reformas processuais no cotidiano do trabalho, revisão dos papéis desempenhados pelos enfermeiros atualmente, redefinição de valores conceituais e comportamentais da equipe e, também pelo aprofundamento do conhecimento científico dos enfermeiros.

Acredito que a sistematização da assistência de enfermagem é um instrumento de trabalho potente para desenvolver o cuidado de enfermagem, se amparado por um referencial teórico. Este referencial se encontra amplamente

referenciado na literatura. Cabe aos enfermeiros da instituição, a construção de um referencial que venha ao encontro das suas concepções teóricas e filosóficas. Além disso, a sistematização pode se configurar num instrumento de gestão e gerência capaz de influir nos processos de trabalho estabelecidos nessa instituição.

O debate sobre essa temática torna-se necessário e permanente, haja vista a incipiência da aplicação da SAE nas instituições de saúde brasileiras; as dificuldades inerentes a implantação de formas diferentes de fazer o cuidado, descritos na literatura e, especialmente, através da SAE a enfermagem pode buscar a sua autonomia citada nas entrevistas.

A possibilidade de realizar este estudo pode contribuir para a implantação da SAE nesta instituição, pois possibilita que reflitam sobre a temática e identifiquem os processos de trabalho que permeiam as suas atividades. Com isso, munir os enfermeiros de competências e habilidades para desenvolver o cuidado de forma sistematizada, dando conta de atender a legislação vigente e buscar o seu caminho, de modo coerente e sustentado por um referencial teórico e adquirir a visibilidade e autonomia desejada por todos.

Há que se salientar ainda que a SAE, entendida como um instrumento de trabalho, possibilita aos enfermeiros um fazer alicerçado no conhecimento, em que a práxis se estabeleça, ou seja, articulando teoria e prática. A partir desta reflexão acerca da SAE enquanto um instrumento de trabalho, também se vislumbra um avanço para a profissão, no sentido de não se pensar nesta apenas como um instrumental metodológico, mas como um instrumento de trabalho que valoriza e dá autonomia ao enfermeiro em sua prática cotidiana. Possibilita, além disto, um trabalho mais articulado à própria equipe, no sentido de servir como diretriz à prática de enfermagem, com o estabelecimento de prioridades na atenção à saúde, articulação esta que pode e deve servir de condutor para uma enfermagem científica.

7 REFERÊNCIAS

ALTINO, Denise Maria et al. CIPESC® Curitiba: o trabalho da enfermagem no bairro novo. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n. 4, jul./ago, p. 502-508, jul./ago., 2006.

BACKES, Dirce Stein et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. *Acta Sci. Health Sci*, v. 27, n.1, p. 25-29, jan./jun, 2005.

BACKES, Dirce Stein; SCHWARTZ Eda. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 4, n. 2, p.182-88, mai/ago.,2005.

BAGGIO, Maria Aparecida. O significado de cuidado para os profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem on line*, v. 8, n. 01, p. 9-16, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm. Acesso em: 07 de junho de 2009.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70, 2000.

BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. *Manual de diagnóstico em enfermagem*. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2000.

BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lilian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: uma proposta de coleta de dados. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.15, n.4, p. 617- 28, out./dez., 2006.

BRASIL. *Conselho Nacional de Saúde*. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga a Resolução 01/88. Presidente do CNS Adib D. Jatene

CAMPITELLI, Silvana. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de tratamento intensivo: percepção dos enfermeiros. In: *Anais eletrônicos do 16º Congresso de Iniciação Científica e 6ª Mostra Acadêmica da UNIMEP*, 2008. Piracicaba.-SP. Disponível em: http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/2008/programacao_taquaral.html. Acesso em: 21.12.2008.

CARLOS AGUSTIN, León Román. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer on line*, v.22, n.4, s.p., 2006. Disponível em: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm. Acesso em: 14 de agosto de 2009.

CASTILHO, Nadia Cecília; RIBEIRO, Pamela Cristine; CHIRELLI, Mara Quaglio. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar. *Texto & Contexto Enfermagem on line*, v.18, n.2, p. 280-89, abr./jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/11.pdf>. Acesso em: agosto de 2009.

COHEN, Cláudio; SEGRE, Marco. *Definição de valores, moral, eticidade e ética, bioética*. São Paulo: USP, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n^o 272 de 27 de agosto de 2002. *Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras*. Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

CORONA, Brenda Eugenia Franco; CARVALHO, Emília Campos de. O significado do ensino do processo de enfermagem, *Rev Latino - Am Enfermagem*, v.13, n.6, p.929-36, nov./dez., 2005.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Sistema Único de Saúde: breves comentários. In: *Anais do VII Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem*; 2004, p.29-31, mai./jun., Belo Horizonte-MG, Brasil.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da, et al. Nurses' perception of power regarding their clinical role. *Rev Latino- Am Enfermagem*, v.17, n.2, p. 234 -9, mar./abr., 2009.

CUBAS, Marcia Regina; EGRY Emiko Yoshikawa. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. *Rev Esc Enferm USP*, v.42, n.1, p.181- 6, mar., 2008.

DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Ensino do processo de enfermagem nas Escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.10, n.2, p.185 - 91, mar./abr., 2002.

DE OLIVEIRA Vera Lucia Gomes et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. *Invest Educ Enferm on*

line, v. XXV, n.2, p.108-115, 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid. Acesso em: 26/12/2007.

DIRETORIA DE ENFERMAGEM. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. UFSC. Modelo Assistencial. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br>. Acesso em: 08/02/2009.

DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances. *Diagnóstico e intervenção em enfermagem*. 5ª Ed. Porto Alegre:Artmed,1999.

FIGUEIREDO, Rosely Moralez et al. Caracterização da assistência de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP on line*, v. 40, n.2, p. 299-303, jun., 2006. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/> 300. Acesso em: 10 mar.2008.

FONTANELLA, Bruno José Barcelos; RICAS Janete; TURATO Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.1, p.17-27, jan., 2008.

FULLY, Patrícia dos Santos Claro; LEITE, Josete Luzia; LIMA, Suzinara Beatris Souza. Correntes de pensamento nacionais sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Bras Enferm on line*, v.61, n.6, p. 883-87, nov./dez., 2008. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?pid>. Acesso em: 20 de março de 2009.

FRACOLI, Lisaine Aparecida; GRANJA Gabriela Ferreira. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. *Rev Esc Enferm USP*, v.39, p. 597- 602, (Esp), 2005.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima de. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo *on line*. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Apresentado na Mesa Redonda: A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência. Recife/Olinda – PE, 2000. Disponível em:
<http://www.uftm.edu.br/discenfcir/material/PROdiscenfcir090824182541.pdf> Acesso em: 2009.

GELBCKE, Francine Lima. Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador. [Tese de doutorado]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP on line*, v. 39, n.2, p. 145 -153, jun., 2005 Disponível em:
<http://scielo.br/scielo.php?pid>. Acesso em: 09 de março de 2008.

GONÇALVES Leonor. Processo de Trabalho da Enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho em unidades de internação. [Tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

GONÇALVES, Lucimar Ramos Ribeiro et al. O Desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica discente. *Esc Anna Nery R Enferm on line* v.11, n.3, p. 459-65, set., 2007. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a10.pdf>. Acesso em outubro 2009.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares et al. Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Ciência e enfermagem on line*, v. 8, n.2, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid. Acesso em: 29/12/2007.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto Enfermagem on line*, v.18, n.2, p. 258-265, abr./jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>. Acesso em agosto de 2009.

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

IWAMOTO, Helena Hemiko; ANSELMI, Maria Luiza. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba, Minas Gerais. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 27, n.3, p.443-53, set., 2006.

JUNIOR WP, PEREIRA VLDV, FILHO HVP. *Pesquisa científica sem tropeços: abordagem sistêmica*. São Paulo: Atlas, 2007.

KLETEMBERG, Denize Faucz. A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica. [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

KOERICH, Magda Santos et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n.4, p.446-51, out./dez., 2007.

LAVICH, Claudia Rozane Perico et al. Reflexão sobre o processo de implantação da assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário da região sul do país. Disponível em: <http://www.sobragen.org.br/trabs/Trabalho%2028.pdf>. Acesso em: 14 de agosto 2009.

LEDESMA – DELGADO, Maria. Elena; MENDES, Maria Manuela Rino. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistenciais. *Rev Latino-am Enfermagem on line*, v.17, n.3, s.p., mai./jun., 2009. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_08.pdf. Acesso em agosto 2009.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Teorias em enfermagem: instrumento para a prática*. Florianópolis: Papa livros, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBCKE, Francine Lima; RAMOS Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 10, n.1, p 32 - 49, jan./abr., 2001.

LEOPARDI Maria Tereza et al. *O Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

LONGARAY, Vanessa Kenne; ALMEIDA, Miriam de Abreu; CEZARO, Paula de Cezaro. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. *Texto & Contexto Enfermagem on line*, v.17, n.1, p.150-7, jan./mar., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/17.pdf>. Acesso em: agosto 2009.

LIMA, Antonio Soares Costa; KURCGANT, Paulina. O processo de implantação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP on line*, v. 40, n.1, p. 111-16, mar., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid. Acesso em: 28/11/2008.

LOBO, Marie L. Florence Nightingale. IN: GEORGE JB et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MALVÁREZ, Silvina. El reto de cuidar em um mundo globalizado. *Texto & Contexto-Enfermagem on line*, v. 16, n.3, p. 520-30, jul./ set., 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid. Acesso em novembro de 2008.

MATOS, Eliane; PIRES, Denize. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem on line*, v. 15, n.3, p. 508 -14, jul./set., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid. Acesso em: 28/11/2008.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde. *Rev. Min. Enf*, v.7, n. 1, p. 61-66, jan./jul., 2003.

MENDES, Maria Angelita; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Processo de enfermagem; seqüências no cuidar, fazem a diferença. *Rev Bras Enferm*, v. 56, n.3, p. 271-76, mai./jun., 2003.

MELO, Cristina. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.

MERHY, Emerson Elias et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; PAGLIUCA; Lorita Marlena F. A teoria de King e sua interface com o programa saúde da família. *Rev Esc de Enferm USP on line*, v. 38, n.3, p. 270-9, set., 2004. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?pid>. Acesso em: 27/12/2006.

MOURA, Ana Carolina Floriano; RABÊLO, Cristiane Borges de Moura; SAMPAIO, Maria do Rozário de Fátima Borges. Prática profissional e metodologia dos enfermeiros em hospital filantrópico. *Rev Bras. Enferm*, v.61, n.4, p 476-81, jul./ago., 2008.

NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo modelo conceitual de horta. *Rev Bras Enferm on line*, v. 59, n. 4, p. 556-59, jul./ago., 2006. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?pid>. Acesso em: 27.04.2008.

NÓBREGA, Maria de Fátima Bastos. Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino [*dissertação de mestrado*]. Universidade Estadual do Ceará, 2006.

NOMURA, Felícia Hiromi; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n.5, p. 648-53, set./out., 2005.

PADILHA, MICS. Questões éticas: cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 4, n.2, p.118-132, jul./dez.,1995.

PAUL, Charlotte; REEVES, Joan S. Visão Geral do Processo de Enfermagem. IN: GEORGE JB et al. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.21-32.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública on line*, v. 35, n.1, p.103-9, fev., 2001. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em: agosto de 2009.

PIRES, Denise. *Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, Denise. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (Org.). *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

PIRES, Denise; GELBCKE, Francine Lima; MATOS, Eliane. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trabalho, Educação e Saúde*, v 2, n 2, p. 311-25, set., 2004.

PIRES, Sandra Maria Bastos. Sistematização do Cuidado em Enfermagem: uma análise da implementação. [*dissertação de mestrado*]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2007.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 13, n.5, p. 729-36, set./out., 2005.

POLIT D F. Compreensão do delineamento da pesquisa qualitativa. In: POLIT DF, BECK CT, HUNGLER B. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POKORSKI Simoni et al. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? *Rev Latino-am Enfermagem on line*, v.17, n.3, p. 302-7, mai/jun., 2009. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_04.pdf. Acesso em setembro 2009.

PORTAL DA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar>. Acesso em: junho 2009.

PORTAL DA UNIVERSIDADE DO CONTESTADO, Campus Concórdia. Disponível em: http://www.uncnet.br/arquivos/graduacao/ementas/Enfermagem_2006.pdf. Acesso em: maio 2009.

PORTAL DO HOSPITAL REGIONAL DO OESTE – HRO LENOIR VARGAS FERREIRA. Disponível em: http://www.hro.com.br/hro_historia.htm. Acesso em: abril 2009.

RENOVATO, Rogério Dias et al. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. *Trabalho Educação e Saúde*, v. 7 n. 2, p. 231-48, jul./out, 2009.

REZENDE, Priscila Oliveira; GAIZINSKI Raquel Rapone. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. *Rev Esc Enferm USP*, v.42, n.1, p.152-9, mar., 2008.

SALES, Luana Mota; AFONSO, Emanuelle de S. Reguete; SANTOS, Tatiane Vasquez C dos. Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma pesquisa nas bases eletrônicas de dados. *Rev. Edu. Meio Ambiente e Saúde*, v.3, n.1, p. 197-207, 2008.

SANTOS, Sônia Maria Josino dos; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC@ e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. *Rev. esc. enferm. USP online*, v.38, n.4, dez., p. 369-378, dez., 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0080-623420040004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: junho de 2009.

SCHERER, Zeyne Alves Pires; SCHERER, Edson Artur; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, v.14, n. 2 p.285-91, mar./abr., 2006.

SHIRATORI Kaneji; LEITE JL; DE SOUZA BAPTISTA S. Conhecimento da enfermagem em Brasil: reflexões preliminares. *Enfermeria Global on line*, n.5, p.1 - 12, nov., 2004. Disponível em <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/552/592>. Acesso em maio 2009.

SILVA, Edecláudio Alves et al. Utilização do processo de enfermagem nas instituições hospitalares do município de Cuiabá em 2006. *Texto on line*. Disponível em: www.cbccenf.com.br/anaiscofen/anais9.asp?edicao=9. Acesso em março 2009.

SILVA, Ana Lucia; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo. *Rev. esc. enferm. USP on line*, v.37, n.4, p.13-23, dez., 2003. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?pid>. Acesso em: 01/01/2007.

SILVA, Graciete Borges. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Editora Cortez, 1986.

SILVA, Maria Julia Paes. *Comunicação tem remédio*. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

STEFANELLI, Maguida Costa. *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. 2. ed. São Paulo: ROBE, 1993.

TAKAHASHI, Alda Akie et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem, *Acta Paul Enferm*, v.21, n.1, p.32-8, jan./mar., 2008.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES Ana Maria Pinheiros. *SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TRENTINI, Mercedes; DIAS, Lygia Paim M. Conflitos na construção do conhecimento na enfermagem: uma controvérsia persistente. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v.6, n.3, p. 193-208, set./dez., 1997.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, v.9, n.3, p.507-14, 2005.

UNOCHAPECÓ. *Projeto político pedagógico do curso de enfermagem*, Chapecó, 2006. 128 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Guia dos estudantes do curso de graduação em enfermagem*. UFSC: Florianópolis, 2008. 112p.

URBANETTO, Janete de Souza; CAPELLA Beatriz Beduschi. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. *Rev Bras Enferm*, v. 57, n. 4, p. 447-52, jul./ago., 2004.

VITURI, Dagmar Willamowius; MATSUDA, Laura Misue. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. *Brazilian Journal Of Nursing on line*, v. 7, n. 1, abr., 2008. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/71.pdf. Acesso em: janeiro 2009.

X CONGRESSO BRASILEIRO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA on line, Salvador, 2008. Disponível em:
<http://www.oncopediatria.org.br/portal/hotsites/congressoX/view.jsp>. Acesso em: 12 de agosto de 2009.

YAMAGUTI RA; PALHARES VC; ALBUQUERQUE SEK. *Avaliação de um ano de implantação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE na unidade de tratamento intensivo do pronto socorro*. Hospital de Clinicas da Faculdade de Botucatu – SP. Disponível em:
<http://www.sobragen.org.br/trabalhos/Trabalho%20036.pdf>. Acesso em: 11 de julho de 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento para coleta de dados

Módulo 1 – Dados de identificação

- 1) Idade: _____ 2) Sexo: _____
- 3) Unidade que trabalha: _____ Quanto tempo nessa área: _____
Turno: _____
- 4) Instituição que fez graduação: _____
- 5) Há quanto tempo é formado(a)? _____
- 6) Fez pós-graduação? () sim () não
- 7) Se a resposta foi afirmativa. Em que área? _____

Módulo 2 – Conhecendo a SAE

- 8) Durante a sua graduação e vida profissional, você estudou temáticas que abordavam a sistematização da assistência de enfermagem? Que conteúdos, por exemplo? Como foi isso?
- 9) O que você compreende por sistematização da assistência de enfermagem?

Módulo 3 – Implementando a SAE

- 10) Já teve alguma experiência de implementação da SAE? Como foi isso?
- 11) Quais as facilidades e dificuldades para a implantação da SAE? Comente sobre isso.
- 12) Você acha viável a implantação da SAE neste hospital?

APÊNDICE B

Chapeçó, 28 de janeiro de 2009

À Sra

Vânia L.L. Cassaro

Gerente de Serviços do Hospital Regional do Oeste - HRO

Ao Sr.

Marson Luis Klein

Gerente de Enfermagem do HRO

Através deste, encaminho o projeto de mestrado intitulado Sistematização da Assistência de Enfermagem: um instrumento de trabalho necessário à profissão, para ser submetido a vossas apreciações. Solicito anuência para desenvolvê-lo junto aos enfermeiros desta instituição, no mês de março de 2009.

Lembro que este projeto será qualificado em 13.03.2009, na Universidade Federal de Santa Catarina. O mesmo corresponde a 1ª etapa da proposta de capacitação da SAE neste hospital.

Atenciosamente


Profa Ivete Maroso Krauzer


Vânia L.L. Cassaro
Gerente de Serviços
Hospital Regional do Oeste
Chapeçó, SC - 2009

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ
 CRIADA PELA LEI DECRETO INSTITUCIONAL Nº 5.571, DE 27 DE ABRIL DE 2007
 DECRETO Nº 10.004, DE 10 DE SETEMBRO DE 2007
 Nº 534, DE 20 DE SETEMBRO DE 2007.

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ
 UNIDADE SENADOR NÉLIO POISSAUN, S/N E
 TR. 109, 2021-83911-90, 769-3271-8265
 16050-150, 7471
 CHAPECÓ - SC - CEP 89800-000

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: **Ivete Maroso Krauzer**
 Registro do CEP: **002/09**
 Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária Regional de Chapecó - UNOCHAPECÓ - analisou o protocolo de pesquisa Nº. **002/09**, referente ao projeto de pesquisa: **"SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM INSTRUMENTO DE TRABALHO NECESSÁRIO À PROFISSÃO"**.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO** - pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Chapecó, 15 de abril de 2009.

Jorge Luis Mattias

Coordenador do Comitê de Ética.

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ - UNOCHAPECÓ
 End: Av. Sem. Afílio Fontana, 591-F, Bairro Ffapi- Cep:89809-000 - Caixa Postal. 747- Chapecó - SC
 Email: cep@unochapeco.edu.br

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é da pesquisadora.

Título do projeto: **Sistematização da Assistência de Enfermagem – um instrumento de trabalho em debate.**

Pesquisadora: Ivete Maroso Krauzer
Telefone para contato: (49) 3329 – 6326 ou (49) 9987 3788
Orientadora: Dra Francine Lima Gelbcke
Telefone: 48 – 9961 0033

O Objetivo desta pesquisa é analisar a concepção e os aspectos potencializadores e dificultadores para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, a partir da perspectiva dos Enfermeiros.

A sua participação na pesquisa consiste em responder um questionário que será realizado pela própria pesquisadora, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder da pesquisadora e outra com o sujeito participante da pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____
_____, CPF _____,

abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Nome e assinatura do sujeito: _____

Continuação do Anexo B

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Título da pesquisa: **Sistematização da Assistência de Enfermagem: um instrumento de trabalho em debate.**

Pesquisador: **Ivete Maroso Krauser**

Eu, _____ permito que o pesquisador relacionado acima obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica/ educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura _____