

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS-MG

DEUSDETE INACIO DE SOUZA JUNIOR

**DESVELANDO A VIVÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO
DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

ALFENAS / MG
2016

DEUSDETE INACIO DE SOUZA JUNIOR

**DESVELANDO A VIVÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO
DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas / UNIFAL-MG como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em serviços de saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Mendes

Alfenas / MG

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Souza Junior, Deusdete Inacio de.

Desvelando a vivência da implementação do processo de enfermagem em instituição hospitalar / Deusdete Inacio de Souza Junior. -- Alfenas-MG, 2016.

128 f.

Orientadora: Maria Angélica Mendes.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2016.

Bibliografia.

1. Processos de Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Assistência Hospitalar. I. Mendes, Maria Angélica. II. Título.

CDD-610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Deusdete Inacio de Souza Júnior

"Desvelando a vivência da implementação do processo de enfermagem em instituição hospitalar".

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 19/02/2016

Profa. Dra. Maria Angélica Mendes
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: *M. Mendes*

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: *Z. Resck*

Profa. Dra. Marlene Fagundes Carvalho
Gonçalves
Instituição: EERP - USP

Assinatura: *M. F. Gonçalves*

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo Processo de Enfermagem (PE) advém desde a Graduação, quando tive oportunidade de aprofundar e compreender mais sobre ele ao realizar o Trabalho de Conclusão de Curso sobre tal temática. A partir daí comecei a me convencer do valor do PE como guia da assistência bem como seu potencial para o aprimoramento da mesma.

Já, como enfermeiro assistencial em uma Instituição Hospitalar Privada, especificamente a Unimed de Poços de Caldas, fui então convidado a formar e coordenar a Comissão responsável pela melhoria da qualidade assistencial; essa então denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Dentre os projetos idealizados e implantados pela Comissão, desenvolvemos o PE informatizado nas Unidades de Internação e nos Setores de Alta Complexidade. E, assim se iniciou a minha história com a enfermagem sistematizada por meio do PE. O que eu não imaginei, na época, é que ela daria origem a minha futura dissertação de Mestrado.

Frente ao processo de implantação do PE, destaca-se que os Serviços que aplicam uma metodologia mais elaborada na organização da assistência de enfermagem se encontram, em grande parte, ligados a Serviços de formação acadêmica ou nos grandes centros urbanos. Na Região Sul do Estado de Minas Gerais, esforços têm sido empregados na busca do desenvolvimento de uma Enfermagem Científica que assegure uma assistência contínua, individualizada e de qualidade. Instituições Hospitalares da Região, de forma tímida, reúnem esforços e disposição para sistematizar a assistência e, algumas experiências têm ido avante. Com o intuito de promover a operacionalização da metodologia, por vezes o Serviço de Enfermagem faz a opção de trabalhar algumas etapas da mesma, como a prescrição de enfermagem, sua implementação e evolução ou restringem a aplicação da metodologia a alguns setores hospitalares como a Unidade de Terapia Intensiva. De tal modo, em particular na Região, a assistência sistematizada fundamentada no PE apresenta alguns indícios de incorporação à prática clínica.

A partir da minha vivência com o PE junto à Comissão SAE, almejamos então compartilhar essa experiência exitosa com colegas e Serviços de municípios vizinhos; com o propósito de sensibilizá-los para a importância da metodologia na assistência e estimulá-los a se organizarem na viabilização da mesma em suas

Instituições. Nessa perspectiva, nos organizamos para receber visitas institucionais e didáticas com o intuito de apresentar as estratégias de implantação e implementação da dinâmica do PE na cotidianidade da prática clínica hospitalar. Em contrapartida, as visitas nos devolviam entusiasmo e valorização do nosso trabalho, o que aumentava mais ainda o desejo de aprimorar a assistência.

Ao dar início ao Curso de Mestrado, vislumbrei também a possibilidade de compartilhar, de forma mais ampla, essa experiência com a comunidade científica; revelando a vivência de implantação e implementação do PE, por meio da dissertação. Ressalto que no contexto da assistência, “implantar” marca o início e execução da ação, enquanto “implementar” expressa a continuidade e o prosseguimento da mesma ação (DICIONÁRIO AURÉLIO, 2015). Assim sendo o estudo se referirá tanto à implantação do PE como a sua implementação na prática clínica hospitalar.

Este estudo permitiu desvelar os significados, atribuídos pelo enfermeiro, construídos no contexto da assistência com o PE, o que constitui um avanço teórico e aponta para a necessidade de aprofundar essa compreensão. Este foi realizado em uma única Instituição Hospitalar Privada e, restrito aos enfermeiros; o que pode representar uma limitação dos resultados. Seria interessante realizá-lo em outros cenários clínicos, públicos ou não, hospitalares ou de Atenção Primária que tenham o PE implantado, com todas suas etapas ou algumas delas. Ademais, outra possibilidade de pesquisa seria desvelar o significado do PE também na perspectiva das outras categorias profissionais, como na do técnico de enfermagem ou mesmo na perspectiva da equipe multiprofissional. Outra possível limitação se refere às enfermeiras participantes do Grupo Focal (GF), que naturalmente são minhas colegas de trabalho, algumas de muito tempo, e ademais estou na coordenação da Comissão SAE, a qual estava diretamente ligada ao tema da sessão do GF. Deste modo, esse contexto pode se caracterizar como uma ambiguidade na coleta dos dados qualitativos; pois do mesmo modo que favoreceu o acesso à Instituição e as colegas também pode ter causado um certo retraimento das enfermeiras participantes do GF em relação as críticas negativas com a metodologia assistencial em si.

Inicialmente, neste estudo, contextualizo o problema de pesquisa com a demarcação do seu objeto. A relevância está demonstrada em seguida, ancorada no Referencial Teórico do Papel Clínico do enfermeiro. Da mesma forma, trago uma

revisão sobre impasses, condições e potencialidades à implementação do PE, a fim de expor o contexto do PE na prática clínica brasileira, e apresento o Interacionismo Simbólico como Referencial para subsidiar a análise das categorias temáticas. Após o embasamento teórico, descrevo o percurso metodológico, delineando o estudo, expondo as estratégias de coleta de dados - Análise Documental e Grupo Focal, bem como, explano a análise dos dados e por fim, os resultados.

Desejo-lhe agradáveis momentos de leitura e reflexão!

AGRADECIMENTOS

A todos que se fizeram presentes na conquista deste ideal, venho agradecer nesta pequena apresentação:

- A Deus, pela presença constante em meu cotidiano, dando-me forças para continuar a caminhada;
- À minha orientadora, Profa. Dra Maria Angélica, por compartilhar todo seu conhecimento em prol da minha formação. Agradeço pelos ensinamentos e sinalizações necessárias para que eu não perdesse o foco do estudo;
- A minha mãe, Vanda Raquel de Souza e minha irmã Sheila Robles , pelo carinho;
- Aos enfermeiros do Hospital Unimed Poços de Caldas - MG, pela grande força e incentivo de não desistir nunca; em especial as enfermeiras Taciana Lupianez e Neiriana Florêncio, Marlene Cristina Dos Santos e Adriana Carvalho Brazagli, que se fizeram mais que companheiros durante essa fecunda fase de minha vida;
- Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela dedicação e disponibilidade no cumprimento dos créditos;
- Aos colegas do Mestrado pelo convívio e parceria durante esse período.

“... é uma vivência que vou levar para a vida toda!”

(Fala de uma das enfermeiras participantes do Grupo Focal)

RESUMO

O interesse deste estudo está na análise da vivência de implementação do Processo de Enfermagem (PE) em Instituição Hospitalar. O desenvolvimento do PE possibilita efetivo cumprimento à determinação ético-profissional, na promoção da assistência ao ser humano como um todo, assegurando que as intervenções de enfermagem sejam elaboradas para o indivíduo e não à doença. Corroborando para a relevância do PE, alguns mecanismos legais foram promulgados no Brasil, não obstante, incorporar o PE à prática e ao ensino da Enfermagem, ainda, é um grande desafio para os enfermeiros; que convivem com dificuldades para torná-lo realidade. Nesse contexto, emergiu a pergunta de pesquisa que desencadeou a elaboração deste estudo; - Quais estratégias, dificuldades e mudanças que permeiam a implementação do PE na assistência? Assim, este estudo teve como objetivo analisar a vivência de implementação do PE em Instituição Hospitalar Privada de médio porte e alta complexidade, de um município do Sul de Minas Gerais. A fundamentação teórica foi apreendida por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura proposta por Whitemore e Knalf (2005) que permitiu a identificação dos impasses, das condições e das potencialidades à implementação do PE. Já a Abordagem Qualitativa foi alcançada com a Análise Documental e a de Conteúdo (BARDIN, 2013). Empregou-se a técnica do Grupo Focal para a coleta dos dados e para o tratamento usou-se a Análise Temática embasado em Bardin (2013), fundamentada no Interacionismo Simbólico (CHARON, 2010). A partir do levantamento documental, foram examinados 50 documentos diversos, sendo identificados os eventos relevantes relacionados à implantação do PE. Já, o Grupo Focal realizou-se com enfermeiros do Hospital de estudo. A análise temática revelou significados atribuídos pelos enfermeiros e o temário elencado evidenciou a vivência de interação do enfermeiro com a dinâmica de implementação do PE, no âmbito hospitalar, tendo como centralidade o *“Fazer com Intencionalidade”*. Demais significados principais são assim expressos; *Viabilizando a Implantação do Processo de Enfermagem com Envolvendo muito os envolvidos e Envolvendo a Instituição; Fazendo avaliação clínica, realizando e documentando o plano terapêutico e a Sistematização da Assistência de enfermagem perioperatória (SAEP); Corroborando para o reconhecimento e estabelecimento da identidade, da cientificidade e da satisfação profissional* e por último *Superando os impasses*. Este estudo poderá

contribuir para o estímulo e capacitação do enfermeiro para um possível processo de implantação do PE na sua prática, despertando seu potencial terapêutico no desempenho do papel clínico. Igualmente pode ser compartilhado por enfermeiros que anseiam trabalhar com o PE e por vezes não vislumbram caminhos ou pontos de partida.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Assistência hospitalar.

ABSTRACT

The interest of this study is to analyze the implementation experience of the Nursing Process (NP) in a Hospital Institution. The development of NP enables effective compliance with ethical and professional determination in promoting assistance to the human being as a whole, ensuring that nursing interventions are designed to the individual and not to the disease. Corroborating the relevance of NP, some legal mechanisms were promulgated in Brazil, however, incorporate the NP to the practice and teaching of nursing, is still a great challenge for nurses; that live with difficulties to make it reality. In this context, emerged the research question that triggered the preparation of this study; - What strategies, difficulties and changes that permeate the implementation of NP in attendance? This study aimed to analyze the implementation experience of NP in a midrange and high complexity Private Hospital Institution, in a city in the south of Minas Gerais, Brazil. The theoretical foundation was achieved by an Integrative Literature Review Whittemore e Knalf (2005), which allowed the identification of deadlocks, conditions and capabilities to implement the NP. The Qualitative Approach was achieved with the Document Bardin (2013) and the Content Analysis (BARDIN, 2013). We used the technique of Focus Group (MINAYO, 2014) for data collection and the Thematic Analysis for data review (BARDIN, 2014) based on Symbolic Interaction (CHARON, 2010). From the documentary survey, 50 different documents were examined and identified the relevant events related to the implementation of the NP. Yet, the focus group was conducted with nurses in the study Hospital. Thematic analysis revealed meanings attributed by nurses and part listed agenda showed the nurse's interaction experience with the dynamics of implementation of NP in the hospital environment, with the centrality of the *"Getting intentionality."* Other major meanings are the following; *Enabling the Nursing Process deployment with involving very involved and involving the institution; Making clinical evaluation, conducting and documenting the treatment plan and the Systematization of perioperative nursing care; Corroborating the recognition and establishment of identity, scientific and professional satisfaction and lastly, Overcoming impasses.* This study may contribute to the stimulation and training of nurses for a possible NP implementation process in their practice, raising its therapeutic potential in the performance of clinical role. It also can be shared by

nurses who yearn to work with the NP and sometimes not envision ways or starting points.

Keywords: Nursing processes. Nursing care. Hospital care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Distribuição de referências encontradas e selecionadas, segundo as Bases de Dados. Alfenas - MG, 2015	31
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Categoria Impasses à implementação do Processo de Enfermagem. Alfenas, 2015.....	34
Figura 02 - Categoria Condições Favoráveis à Implementação do PE. Alfenas, 2015.....	37
Figura 03 - Categoria Potencialidades da Implementação do Processo de Enfermagem. Alfenas, 2015.....	40
Figura 04 - Implementação do PE na prática clínica. Alfenas, 2015.....	43
Figura 05 - Categoria Viabilizando a Implantação do PE. Alfenas, 2015..	77
Figura 06 - Categoria Fazendo com Intencionalidade. Alfenas, 2015.....	82
Figura 07 - Categoria Corroborando para o reconhecimento e estabelecimento da identidade, da cientificidade e da satisfação profissional. Alfenas, 2015.....	87
Figura 08 - Categoria Superando Impasses. Alfenas, 2015.....	93
Figura 09- Momento Interacional com o PE. Alfenas, 2015.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Relação das publicações estudadas. Alfenas, 2015.....	33
Quadro 02 - Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE, no ano de 2010. Alfenas, 2015.....	65
Quadro 03 - Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE, no ano de 2011. Alfenas, 2015.....	69
Quadro 04 - Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE, no ano de 2012. Alfenas, 2015.....	70
Quadro 05 - Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE, no ano de 2013. Alfenas, 2015.....	71
Quadro 06 - Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE, no ano de 2014. Alfenas, 2015.....	72
Quadro 07 - Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE, no ano de 2015. Alfenas, 2015.....	73

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

BDENF	Base de Dados de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CC	Centro Cirúrgico
CINAHL	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DE	Diagnóstico de Enfermagem
GF	Grupo Focal
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
NANDA	International North American Nursing Diagnosis Association
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PE	Processo de Enfermagem
RT	Responsável Técnico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas
UC	Unidades de Contexto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETO E OBJETIVO DO ESTUDO.....	23
3	RELEVÂNCIA.....	25
4	IMPASSES, CONDIÇÕES E POTENCIALIDADES À IMPLEMENTAÇÃO DO PE NO DESEMPENHO DO PAPEL CLÍNICO DO ENFERMEIRO.....	28
4.1	IMPASSES À IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	32
4.1.1	A não ambiência para o Processo de Enfermagem.....	34
4.1.2	Experiência informada insuficiente.....	35
4.2	CONDIÇÕES FAVORÁVEIS À IMPLEMENTAÇÃO DO PE.....	36
4.2.1	Fundamentando a prática em Referencial Teórico, elaborando instrumentos e protocolos assistenciais com emprego da tecnologia da informática.....	37
4.2.2	Dimensionando, capacitando, sensibilizando e envolvendo a equipe de enfermagem.....	38
4.3	POTENCIALIDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	39
4.3.1	Organizando, humanizando e qualificando a prática.....	40
4.3.2	Favorecendo a cientificidade, a visibilidade, o reconhecimento e a valorização profissional.....	41
4.3.3	Se apropriando de autonomia no desenvolvimento do raciocínio e da tomada de decisão no desempenho do papel clínico.....	42
5	O INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	44
6	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	52
6.1	MÉTODOS.....	53
6.2	LOCAL DE ESTUDO.....	54
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	56
6.4	ESTRATÉGIAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	56
6.4.1	Análise Documental.....	57
6.4.2	Grupo Focal.....	58
6.5	ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DOS DADOS DO GRUPO FOCAL.....	59

6.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	62
7	IMPLEMENTANDO O PE NA INSTITUIÇÃO.....	63
7.1	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	64
7.1.1	Eventos relevantes relacionados à preparação da implantação do PE no ano de 2010.....	64
7.1.2	Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE no ano de 2011.....	68
7.1.3	Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE no ano de 2012.....	69
7.1.4	Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE no ano de 2013.....	71
7.1.5	Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE no ano de 2014.....	72
7.1.6	Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE no ano de 2015.....	73
7.2	ANÁLISE DOS DADOS DO GRUPO FOCAL.....	73
7.2.1	Viabilizando a implantação do PE.....	75
7.2.1.1	Envolvendo muito os envolvidos.....	76
7.2.1.2	Envolvendo a Instituição.....	78
7.2.2	Fazendo com intencionalidade.....	79
7.2.2.1	Fazendo com Intencionalidade.....	80
7.2.2.2	Fazendo avaliação clínica, realizando e documentando o Plano Terapêutico e a SAEP.....	82
7.2.3	Corroborando para o reconhecimento e estabelecimento da identidade, da cientificidade e da satisfação profissional.....	86
7.2.3.1	Ampliando a Cientificidade na Enfermagem.....	87
7.2.3.2	Favorecendo a Identidade Profissional.....	89
7.2.3.3	Reconhecendo e Valorizando a Profissão.....	87
7.2.3.4	Vivenciando a Satisfação Profissional e Pessoal.....	92
7.2.4	Superando impasses.....	93
7.3	PENSANDO NA SESSÃO DO GRUPO FOCAL.....	95
8	DESVELANDO A VIVÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PE.....	98
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105

REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES.....	116
ANEXO.....	126

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O interesse deste estudo está na análise da vivência de implementação do Processo de Enfermagem (PE) em Instituição Hospitalar, por meio da investigação e interpretação crítica dessa experiência, resgatando elementos objetivos e subjetivos da prática cotidiana construída ao implantar o PE.

Processo de Enfermagem, apresentado como instrumento e metodologia da profissão, constitui um modo organizado de assistência, que visa intervir nas respostas do ser humano ao processo saúde-doença e/ou às etapas do ciclo vital em que se encontra, seja infância, adolescência, gestação, senescência ou outra (SOUZA et al., 2013 p. 169; TRUPPEL, 2008 p. 17). De tal modo, o foco principal da equipe de enfermagem está no alcance de resultados assistenciais referentes às respostas de um indivíduo, de uma família ou de um grupo.

Nesse sentido, o desenvolvimento do PE possibilita efetivo cumprimento à determinação ético-profissional, na promoção da assistência ao ser humano como um todo, favorecendo o enfoque holístico, o qual assegura que as intervenções de enfermagem sejam elaboradas para o indivíduo e não à doença (CÓDIGO... 2007). Incorporar o PE como metodologia da Profissão é tornar a Enfermagem mais científica e aperfeiçoar a comunicação entre a equipe. Ademais, contribui à continuidade da assistência entre as unidades da instituição, na evitação de equívocos ou até mesmo, desacertos na assistência, tendo em vista a sistematização do registro da prática (BRANDALIZE; KALLINOWSKI, 2005 p. 53).

Corroborando para a relevância do PE, destacam-se alguns mecanismos legais que foram promulgados no Brasil. Inicialmente, em 25 de junho de 1986, foi publicada a Lei n. 7498, que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, descrevendo como atividade privativa do enfermeiro o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e avaliação dos serviços de enfermagem, bem como a prescrição da assistência (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 1986). Já, no ano de 1999, o Conselho Regional de Enfermagem (1999), normatizou a implementação do PE nas Instituições de Saúde do Estado de São Paulo. Em seguida, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por intermédio da Resolução nº 272, posteriormente revogada pela Resolução nº 358 de 2009, considera que o PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional; preconizando

que o mesmo deva ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorra a assistência de Enfermagem profissional (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009 p. 2).

No entanto, frente ao cenário atual da saúde e da Enfermagem brasileira, as referidas Leis e Resoluções por si só ainda não fornecem subsídios suficientes à aplicação do PE nas várias instituições de saúde (HERMINDA; ARAÚJO, 2006 p. 675). Deste modo, incorporar o PE à prática e ao ensino da Enfermagem, ainda, é um grande desafio para os enfermeiros; que convivem com dificuldades para torná-lo realidade.

Dificuldades na aplicação dessa metodologia assistencial, como instrumento científico de trabalho (e não mais que isso), se dão por obstáculos internos e externos à própria Enfermagem. Dentre eles se destacam a estrutura institucional, o dimensionamento dos recursos humanos, a lógica da priorização da atenção médica curativista, o processo de trabalho do enfermeiro, a omissão da Lei do Exercício Profissional e do Código de Ética pelos próprios enfermeiros, além das contradições no ensino aprendizagem do PE na Graduação (KLETEMBERG et al., 2006 p. 479; PIVOTTO et al., 2004 p. 33). Como por exemplo, quando o aluno realiza suas atividades acadêmicas e estágios em instituições de saúde que não adotam o PE.

Todavia, a grande luta desencadeada pelos enfermeiros que acreditam no PE, como caminho para o aprimoramento da Profissão, está apoiada na ideia de que o mesmo seja adotado na prática assistencial de enfermagem, não apenas pela imposição de Resoluções e Leis; mas pelo desejo profissional de oferecer assistência de enfermagem individualizada, segura e de qualidade (NÓBREGA e SILVA, 2009 p. 21).

Nesse contexto, emergiram indagações sobre o problema de pesquisa que desencadearam a elaboração deste estudo, a saber:

- a) Como está sendo implantado o PE na prática clínica?
- b) Como os enfermeiros estão se organizando em tal processo?
- c) Quais estratégias e atividades estão sendo desenvolvidas na viabilização dessa implementação?
- d) Quais facilidades, entraves e dificuldades permeiam a implementação do PE na assistência?
- e) Quais as mudanças ocorridas a partir do processo vivenciado?

Nessa perspectiva, esta dissertação tem o propósito de analisar a vivência do enfermeiro na experiência de planejamento, implantação e operacionalização do PE em Instituição Hospitalar; identificando eventos relevantes e especificidades. Assim sendo, este estudo poderá oportunizar melhor compreensão quanto às estratégias desenvolvidas na viabilização da metodologia assistencial na prática clínica, subsidiando o desempenho de outros enfermeiros no processo de implantação ou implementação da mesma.

Objeto e Objetivo

2 OBJETO E OBJETIVO

Neste capítulo apresentarei o objeto e o objetivo deste estudo.

2.1 DEFINIÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O objeto deste estudo corresponde à implementação do Processo de Enfermagem (PE). Este, enquanto estratégia metodológica da assistência, consente ao enfermeiro planejar e estruturar à assistência, subsidiando à tomada de decisões para obtenção de resultados desejáveis e mais assertivos (ALFARO-LEFEVRE, 2010 p. 31). Para tal, como instrumento tecnológico e científico tem potencial de suscitar na equipe o raciocínio e julgamento clínico de enfermagem, pautados nas respostas humanas aos problemas de saúde vigentes e à etapa do ciclo vital (GARCIA et al., 2004 p. 6; GARCIA; NÓBREGA, 2009 p. 192).

A implantação e/ ou implementação do PE, em instituições hospitalares ou em outras, demanda competências e habilidades dos profissionais envolvidos, para assim efetivá-lo na prática (GARCIA; NÓBREGA, 2009 p. 189). Destarte, tais habilidades demandam de experiência informada, ou seja, conhecimento e experiência, com os elementos constituintes do PE; os quais perpassam desde a avaliação clínica individual, a identificação do diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento do plano terapêutico incluindo resultados esperados, a realização das intervenções e por último, a avaliação dos resultados alcançados. De tal modo, implementar e operacionalizar o PE na prática clínica permeia também mudanças no serviço de saúde associado à ambiência organizacional (TANNURE; PINHEIRO, 2011 p. 226).

2.2 OBJETIVO

Analisar a vivência de implementação do Processo de Enfermagem em Instituição Hospitalar Privada de médio porte e alta complexidade, de um município do Sul de Minas Gerais.

Relevância

3 RELEVÂNCIA

Toda disciplina profissional possui um corpo de conhecimentos específicos, que quando associados teoria e prática, lhe confere cientificidade profissional. Nessa perspectiva, a Enfermagem como uma profissão decisiva à construção de uma assistência qualificada em saúde, vem acompanhando profundas e importantes mudanças; seja nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações interpessoais e principalmente na maneira de organizar os serviços e responder às novas demandas científicas (NASCIMENTO et al., 2008 p. 643).

Na busca desse conhecimento específico e da cientificidade profissional de enfermagem, surge então o PE, desenvolvido pelos próprios profissionais. Este dificulta a dicotomização entre teoria/prática e permite o uso de diferentes Marcos Conceituais, transformando a estrutura assistencial ao possibilitar ação participativa e crítica do paciente (REPETTO; SOUZA, 2005 p. 326). Assim o PE, enquanto método organizacional representa atualmente uma das mais importantes conquistas no campo científico e assistencial da Enfermagem no desempenho do papel clínico do enfermeiro; evidenciando sua contribuição na Atenção à Saúde da população, com ampliação da visibilidade e reconhecimento profissional (NASCIMENTO et al., 2008 p. 648).

Papel clínico do enfermeiro distingue-se como um processo psicossocial complexo resultante da interação do enfermeiro com o paciente, família ou grupo, tendo em vista os processos de decisão em áreas do domínio da Enfermagem que conduzem às experiências assistenciais e à governança do espaço interacional. Portanto, papel clínico se articula como forma de empoderamento mediada pela autonomia clínica; que concede ao enfermeiro o poder de pensar, imaginar e planejar práticas baseadas em qualidade, que favoreçam as dinâmicas do trabalho em saúde e em enfermagem (MENDES, 2010 p. 117).

Desta forma, PE configura-se como prática que abrange vários elementos do papel clínico do enfermeiro, no qual dispõe de seu conhecimento e competências, desde a avaliação clínica do paciente, na identificação do diagnóstico de enfermagem e no estabelecimento e avaliação do plano terapêutico (MENDES, 2010 p. 117). No contexto do PE, propor intervenções de enfermagem acuradas, sentir-se livre para implementá-las de forma intencional, engajando-se

inovativamente nos processos de mudanças para alcançar os potenciais de saúde dos pacientes (MENDES, 2010 p. 136), transcende os componentes operacionais do PE como modelo assistencial adotado. Esse possui também componentes expressivos gerados no espaço de relacionamento do enfermeiro com o contexto e consigo mesmo, ou seja, com o *self* (MENDES, 2010 p. 136). E tais formas de interação do enfermeiro influem na vivência de implementação do PE e conseqüentemente do seu papel clínico.

Assim sendo, contextualizar a implementação do PE na prática assistencial, por meio da análise da vivência do enfermeiro, traz um enfoque ao tema que poderá contribuir para que o mesmo inicie tal processo de implantação em seu serviço, no desempenho do seu papel clínico. Considerando a importância da aplicação do PE em Instituições de Saúde, este estudo poderá proporcionar maior compreensão sobre esse método científico no contexto da assistência à saúde no Brasil, em especial, no que diz respeito às políticas do Sistema Único de Saúde (RAMOS et al., 2013 p. 6).

A relevância desta análise de vivência, sobre o processo de implementação da metodologia assistencial de enfermagem, está na pertinência e importância dos problemas que nela se expõem, assim como a possibilidade de transferência de estratégias ou de resultados do processo para outras instituições hospitalares ou não. Portanto, resgatar, analisar e categorizar a vivência de implementação do PE poderá colaborar para a práxis dos profissionais de enfermagem, trazendo reflexões sobre a articulação de seu papel clínico e de seus aspectos invisíveis como julgamento e a autonomia clínica.

_____ Impasses, Condições e
Potencialidades à Implementação do PE
no Desempenho do Papel Clínico do
Enfermeiro

4 IMPASSES, CONDIÇÕES E POTENCIALIDADES À IMPLEMENTAÇÃO DO PE NO DESEMPENHO DO PAPEL CLÍNICO DO ENFERMEIRO

Com o intuito de conhecer, um pouco mais, sobre como vem sendo desenvolvido o PE nas Instituições de Saúde Hospitalares Brasileiras, realizei uma Revisão Integrativa da Literatura. Esse método de Revisão auxilia o pesquisador a sumarizar a literatura teórica e empírica sobre temas específicos, permitindo inclusão de estudos experimentais e não experimentais e uma compreensão completa do fenômeno analisado, além de incorporar diferentes propósitos, como definição de conceitos, revisão de Teorias e evidências e ainda análise de problemas metodológicos de objetos particulares. Assim, a Revisão Integrativa tem potencial de construir conhecimentos em particular na área de saúde, produzindo saber fundamentado à prática clínica (WHITTEMORE; KNAFL, 2005 p. 546).

Para a elaboração desta Revisão, empreguei a estratégia metodológica de Revisão Integrativa proposta por Whitemore e Knafel (2005 p. 548), constituída de cinco etapas, a saber:

Etapa 01 - Identificação do problema de pesquisa

O problema de pesquisa está delineado na introdução deste estudo, o que me permitiu avançar para a etapa seguinte do Método de Revisão.

Etapa 02 - Busca da literatura

Realizei o processo de exploração teórica entre os meses de Janeiro e Março de 2015. Considerando que o objetivo deste estudo se restringiu à implementação do PE em Instituições Hospitalares Brasileiras, o levantamento das referências foi realizado nas Bases de Dados *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Usei Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os operadores booleanos AND e OR. Na CINAHL, empreguei a estratégia de busca MJ *Nursing Process* resultando em 16 estudos. Já nas Bases LILACS e BDENF utilizei a estratégia “Processos de Enfermagem” [Descritor de assunto] and “Cuidados de enfermagem” [Descritor de assunto] procedendo 141 e 136 citações respectivamente, perfazendo-se um total de 293 referências potenciais ao estudo.

Para esta revisão, os critérios de inclusão estabelecidos foram estudos empíricos que tratavam da temática do PE como instrumento metodológico e sua implantação ou implementação em Instituições Hospitalares. Ademais, os estudos deviam estar publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês; a partir do ano de 2000; serem resultantes de pesquisas primárias quantitativas e/ou qualitativas; além da disponibilidade online das publicações na íntegra.

Em seguida, realizei a leitura dos títulos e resumos, estes quando presentes, das referências selecionadas; com intuito de selecionar àquelas que apresentavam conteúdo referente ao PE e sua aplicação na prática clínica. Nesse processo de leitura seletiva, em caso de dúvidas ou se somente o resumo não permitia essa definição, a publicação ficava mantida para a fase seguinte de leitura na íntegra do texto. A busca e a

seleção das referências, as quais constituíram esta revisão, foi realizada por mim e validada pela pesquisadora.

Etapa 03 - Avaliação de dados

Nesta etapa, realizei a leitura na íntegra dos textos de forma analítica, com finalidade de ordenar e sumarizar informações contidas nas referências selecionadas, para responder às questões da pesquisa. Deste modo, foram eliminadas 241 publicações; pois não eram específicas à temática do PE e à aplicação na prática clínica. A Tabela 01 exibe a seleção das referências nas Bases de Dados.

Ainda, nesta etapa, elaborei planilhas no Microsoft Excel 2010 com intuito de definir, organizar e sintetizar informações-chave de cada referência selecionada, formando um banco de dados acessível e de fácil manejo, no qual compreenderam sujeitos, objetivos, metodologias aplicadas, resultados e as principais conclusões.

Tabela 01 - Distribuição de referências encontradas e selecionadas, segundo as Bases de Dados. Alfenas- MG, 2015.

Base de Dados	Referências iniciais	Referências excluídas	Referências potenciais
CINAHL	16	07	09
LILACS	141	117	24
BDENF	136	117	19
Outras Fontes	-	-	08
Total	293	241	60

Fonte: Do autor.

Etapa 04 - Análise dos dados

Já nesta etapa da revisão, informações primordiais dos estudos foram ordenadas, analisadas e agrupadas na tentativa de responder às questões de pesquisa referentes à aplicação do PE na prática clínica. Para tal análise, empreguei o Referencial Teórico Papel Clínico do Enfermeiro, o qual se articula como forma de empoderamento mediado pela autonomia clínica; que concede ao enfermeiro poder de pensar, imaginar e planejar práticas baseadas em qualidade, favorecendo as dinâmicas do trabalho em enfermagem (MENDES, 2010 p. 117).

A análise das referências foi procedida da extração dos dados significativos da planilha, o que possibilitou comparação constante das informações. Por meio de processos de análise e síntese, tais informações e/ ou dados extraídos foram classificados em categorias e subcategorias; as quais identificaram impasses, potencialidades e condições favoráveis à implementação do PE na prática clínica.

Etapa 05 - Apresentação dos Dados

As categorias analíticas e as respectivas subcategorias estão apresentadas de forma descritiva e ilustradas em figuras.

Com a análise crítica, inicialmente foram selecionadas 60 referências potenciais à elaboração da Revisão Integrativa. Contudo neste estudo foram empregadas àquelas de maior pertinência e relevância, ou seja, as que traziam informações fundamentais ao processo de implementação do PE. Assim, esta revisão constou de 24 estudos empíricos, que estão pautados no Quadro 01.

Amparados pelo Referencial Teórico do Papel Clínico do Enfermeiro (MENDES, 2010), a leitura analítica dos estudos possibilitou a construção de três categorias com subcategorias, que exploram e ampliam a concepção da implementação do PE na prática hospitalar brasileira, contribuindo para maior entendimento desse processo. As categorias intituladas Impasses à Implementação do PE, Condições Favoráveis para Implementação do PE e por último Potencialidades da Implementação do PE estão descritas a seguir.

4.1 IMPASSES À IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

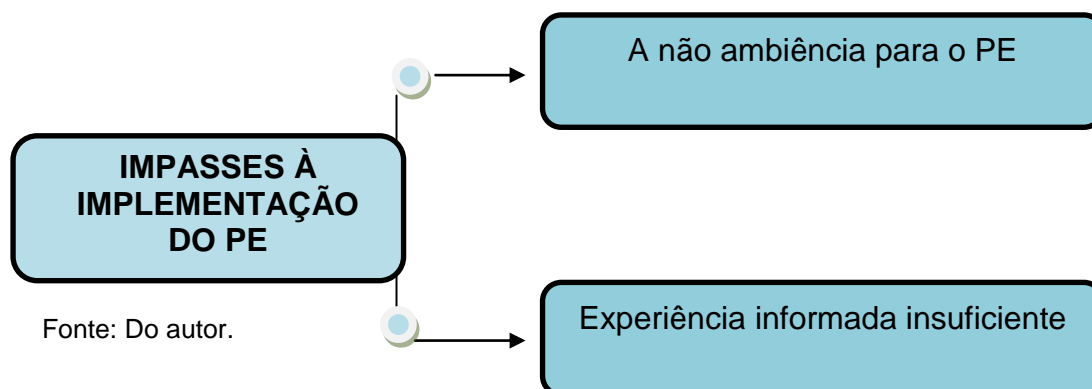
No contexto de implementação do PE em prática hospitalar, o enfermeiro depara-se com adversidades que dificultam ou mesmo impedem sua consolidação. Sendo assim, assinala-se alguns impasses a sua implementação, que estão descritos no formato de duas subcategorias de pensamento; **A não ambiência para o PE e Experiência Informada insuficiente**. Essas estão ilustradas na Figura 01.

Quadro 01- Relação das publicações estudadas. Alfenas, 2015.

CITAÇÃO	FOCO DA PESQUISA
Oliveira et al., 2012	PE em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
Takahashi et al., 2008	PE em um Hospital de Ensino.
Barra et al., 2009	Aplicação do PE informatizado em UTI.
Carvalho et al., 2013	Experiência do enfermeiro com o PE em UTI.
Andrade; Vieira, 2005	Percepção do enfermeiro sobre a necessidade do PE na prática.
Casafus et al., 2013	Processo de planejamento e implementação do PE.
Luiz et al., 2010	Percepções da equipe de enfermagem sobre a implantação do PE.
Moura; Cosson, 2013	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre PE.
Azeredo et al., 2009	Implantação do PE em Hospital de Ensino.
Silva; Moreira, 2010	Implantação do PE em Hospital Especializado.
Truppel et al., 2008	Influências do Modelo Conceitual de Horta na prática de UTI.
Fuly et al., 2013	PE em Hospital Especializado e a engenharia de softwares.
Pereira et al., 2013	Aplicabilidade do PE em Instituição Hospitalar.
Pimpão et al., 2010	Percepção da equipe de enfermagem sobre os registros do PE.
Ramos et al., 2009	Percepção da equipe de enfermagem sobre o PE.
Alves et al., 2008	Significado da prática do PE para enfermeiros de UTI.
Amante et al., 2009	Implementação do PE em UTI.
Medeiros et al., 2012	Vivência de enfermeiros sobre o PE na obstetrícia.
Krauzer; Gelbcke, 2011	Perfil dos enfermeiros de um Hospital Público e conteúdos sobre PE que estes receberam na Graduação.
Silva et al., 2010	Vivência acadêmica acerca da implementação do PE
Azeredo et al., 2010	Percepção dos enfermeiros sobre a implementação do PE.
Dalri; Carvalho, 2002	Aplicabilidade de um software na execução do PE.
Nascimento et al., 2008	Significado do PE para os profissionais da equipe multiprofissional.
Santana et al., 2011	Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Fonte: Do autor.

Figura 01 - Categoria Impasses à implementação do Processo de Enfermagem. Alfenas, 2015.



4.1.1 A não ambiência para o Processo de Enfermagem

Ambiência em saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, este entendido também como social, profissional e de relações, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Espaço esse que deve permitir reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; onde a confortabilidade é focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, garantindo bem estar aos pacientes, sua rede social e trabalhadores. Destarte, atua como ferramenta facilitadora do processo de trabalho favorecendo a otimização de recursos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 p. 6).

Já no contexto do PE, o conceito de ambiência tem importância à configuração dos Serviços de Enfermagem, tanto no seu aspecto concreto estrutural, quanto também, frente à interação e aos vínculos interpessoais. Portanto, valorizar aspectos da ambiência na conformação do PE favorece reflexões sobre dificuldades e impasses que envolvem sua implementação nas instituições de saúde, transcendendo a estrutura formal, física e técnica dos ambientes.

Em relação aos aspectos institucionais, físicos e sociais, referentes a não ambiência para implementação do PE, os resultados da pesquisa-ação de Oliveira et al. (2012 p. 6), evidenciaram pouco comprometimento das chefias e da direção hospitalar. Além de que, por força histórica, a equipe de enfermagem não tinha expectativa de realizar outro cuidado, além do estabelecido pelo médico. Outro estudo, de cunho descritivo e exploratório de Takahashi et al. (2008 p. 38), aponta aspectos que vão de encontro à ambiência Institucional, esses relacionados à falta de infraestrutura da planta física, de recursos materiais e de apoio administrativo.

Diante da implementação do PE, torna-se imprescindível aos profissionais a capacidade de arregimentar manifestações humanas e sociais saudáveis, resultando em uma ambiência favorável aos processos de trabalho e à efetivação do PE na prática clínica. Neste contexto, o estudo de Barra et al. (2009 p. 588), registra algumas dificuldades no processo de implementação do PE, como sobrecarga de trabalho com tempo insuficiente à realização das etapas do PE. Já, no estudo descritivo exploratório de Carvalho et al. (2013 p. 3726), enfermeiros relatam como empecilho o árduo processo burocrático existente no cotidiano de uma UTI. Do mesmo modo, enfermeiros de um Hospital Universitário, identificaram como impasses o desempenho insatisfatório da equipe, causando descrédito de seus potenciais enquanto líderes e gerentes, gerando sensações de impotência, frustração, desgaste físico e prejuízos na produtividade (ANDRADE; VIEIRA, 2005 p. 264).

4.1.2 Experiência informada insuficiente

No espaço de interação do enfermeiro com a prática, acontecem experiências relacionadas à governança clínica e a assistência, pautadas por ações de avaliação, diagnósticos, planejamento e intervenções de enfermagem. Para tanto, tais experiências são expressas por meio do enfoque clínico do enfermeiro, embasadas em conhecimentos e na prática profissional, ou seja, na experiência informada.

Diante dessa premissa, a falta de conhecimento ou experiência nas diferentes etapas do PE, as falhas nos mecanismos de formação e preparo dos profissionais para sua implementação, bem como, carências da formação educacional na construção desse aprendizado indicam barreiras à adesão e execução do método assistencial nas Instituições de Saúde (AZEREDO et al., 2009 p. 4; LUIZ et al., 2010 p. 5; CASAFUS et al., 2013 p. 317; MOURA; COSSON, 2013 p.36). Ademais, no estudo descritivo de Azeredo et al. (2009 p. 2), que objetivou identificar fatores que facilitam e dificultam a implantação do PE em Unidades de um Hospital Universitário, seus resultados apontaram que a insuficiência de conhecimentos sobre o PE inibe sua prática. Insuficiência essa, decorrente de suporte teórico e/ou prático fragilizado na Graduação, principalmente em decorrência das atividades práticas acadêmicas em campos de estágios que não

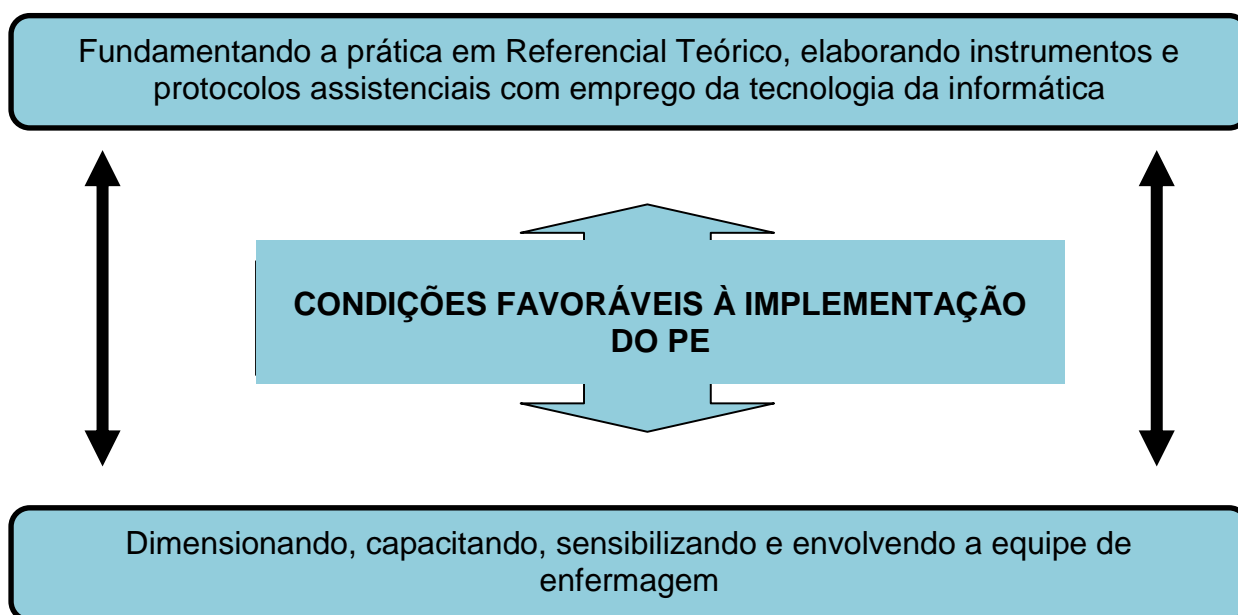
possuem assistência sistematizada segundo o PE (AZEREDO et al., 2009 p. 5). Naturalmente, a vivência acadêmica pode trazer lacunas referentes às ferramentas metodológicas assistenciais que, por conseguinte, repercutirão na adesão e na efetivação dessas ferramentas no cotidiano clínico profissional. Aspecto importante a se considerar é ainda o ensino na Graduação em Enfermagem segundo o Modelo Biomédico, com ênfase na estrutura biológica afetada, isto é, na doença, e não nas respostas do indivíduo, família ou grupo ao processo saúde-doença e às etapas do ciclo vital (TAKAHASHI et al., 2008 p. 38).

Embora se observe crescente abordagem sobre o PE no ambiente acadêmico de enfermagem e no âmbito da assistência, ainda prevalecem elementos impeditivos à sua adesão nas Instituições de Saúde; caracterizando sua implementação um impasse, caso a equipe de enfermagem não esteja devidamente preparada, sob o ponto de vista do conhecimento científico e da prática (LUIZ et al., 2010 p. 6). Contudo, reconhecer tais impasses, perante uma atitude reflexiva e comprometida dos profissionais de enfermagem, poderá favorecer a apropriação da autonomia clínica pelos mesmos, no desenvolvimento de uma prática avançada com alcance de resultados esperados.

4.2 CONDIÇÕES FAVORÁVEIS À IMPLEMENTAÇÃO DO PE

No contexto das Instituições de Saúde Hospitalares com o PE, a literatura analisada permitiu identificar interdependências de condições que favorecem a implantação e implementação do mesmo, as quais estão delineadas em duas subcategorias analíticas. Sendo a primeira intitulada **Fundamentando a prática em Referencial Teórico, elaborando instrumentos e protocolos assistenciais com emprego da tecnologia da informática** e, a segunda **Dimensionando, capacitando, sensibilizando e envolvendo a equipe de enfermagem**, que da mesma forma estão descritas a seguir e desenhadas na Figura 02.

Figura 02 - Categoria Condições Favoráveis à Implementação do PE. Alfnas, 2015.



Fonte: Do autor.

4.2.1 Fundamentando a prática em Referencial Teórico, elaborando instrumentos e protocolos assistenciais com emprego da tecnologia da informática

Reconhecer as Teorias de Enfermagem, no contexto profissional e na prática clínica, poderá possibilitar ao enfermeiro reflexão e domínio do processo de trabalho, angariando assim, melhores condições na proposição de ações eficazes que visem à melhoria da assistência prestada.

Estudo qualitativo de Silva e Moreira (2010 p. 485), que objetivou analisar fatores intervenientes no PE referidos por enfermeiros de uma Unidade de Internação de um Hospital especializado em cuidados paliativos, demonstrou que o PE deve ser estruturado a partir de Referenciais Teóricos, capazes de integrar saberes disciplinares, no reconhecimento da complexidade do ser humano. Já, outra pesquisa empírica de Truppel et al. (2008 p.123), cujo objetivo foi identificar influências do Modelo Conceitual de Horta na prática assistencial de enfermagem, teve conclusão que incorporar esse Modelo poderá subsidiar o desenvolvimento das atividades do enfermeiro, permitindo organizar processos de trabalho e planejar uma assistência mais científica. Outrossim, ainda na pesquisa de Truppel et al. (2008 p.123), verificou-se que a adoção de um Modelo Conceitual favorece a garantia de autonomia clínica na tomada de decisões, movendo o enfermeiro a ser protagonista

no processo de cuidar, uma vez que não se limita a simples execução de atividades de outros profissionais.

Nessa perspectiva, outro aspecto importante à prática do PE é a construção de instrumentos e registros, também embasados nas Teorias de Enfermagem, bem como empregar ferramentas, como a tecnologia da informática; que favorecem a viabilidade da implementação do PE. A investigação qualitativa de Fuly et al. (2013 p. 57) somado ao estudo de caso de Dalri e Carvalho (2002 p. 792) evidenciam de forma mais específica o PE desenvolvido por meio da informática, referenciando-a como contribuinte à organização e documentação das fases do PE. Mais especificamente, o estudo de caso de Dalri e Carvalho (2002 p. 792), demonstra que o PE informatizado associado com Referenciais Teóricos de Enfermagem, pode trazer contribuições à prática profissional, como a evitação de erros e desacertos referentes às etapas do PE, melhor eficiência e fidelidade ao acesso de informações e desenvolvimento do pensamento crítico do enfermeiro.

De tal forma, o emprego de ferramentas informatizadas e de Referencial Teórico no cotidiano clínico pode proporcionar uma prática mais científica, ágil e segura, sendo capaz de influenciar positivamente os indicadores de qualidade da assistência.

4.2.2 Dimensionando, capacitando, sensibilizando e envolvendo a equipe de enfermagem

Tendo em vista as dificuldades que algumas Instituições Brasileiras de Saúde enfrentam para introduzir o PE na realidade assistencial do enfermeiro, faz-se essencial que gestores dos serviços de saúde priorizem recursos humanos suficientes, competentes e motivados.

O dimensionamento dos profissionais de enfermagem, como requisito à implementação do PE, é observado no estudo qualitativo de Pereira et al. (2013 p. 3350). Neste, os resultados conclusivos apontaram à reestruturação e reorganização dos recursos humanos, pois usualmente as Instituições contam com número reduzido de colaboradores e, conseqüente sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, em particular. O estudo de Pereira et al. (2013 p. 3350), corrobora com a pesquisa de cunho descritivo de Pimpão et al. (2010 p. 409), o qual assinala o

dimensionamento de recursos humanos como uma das principais condições à viabilidade de implementação do PE.

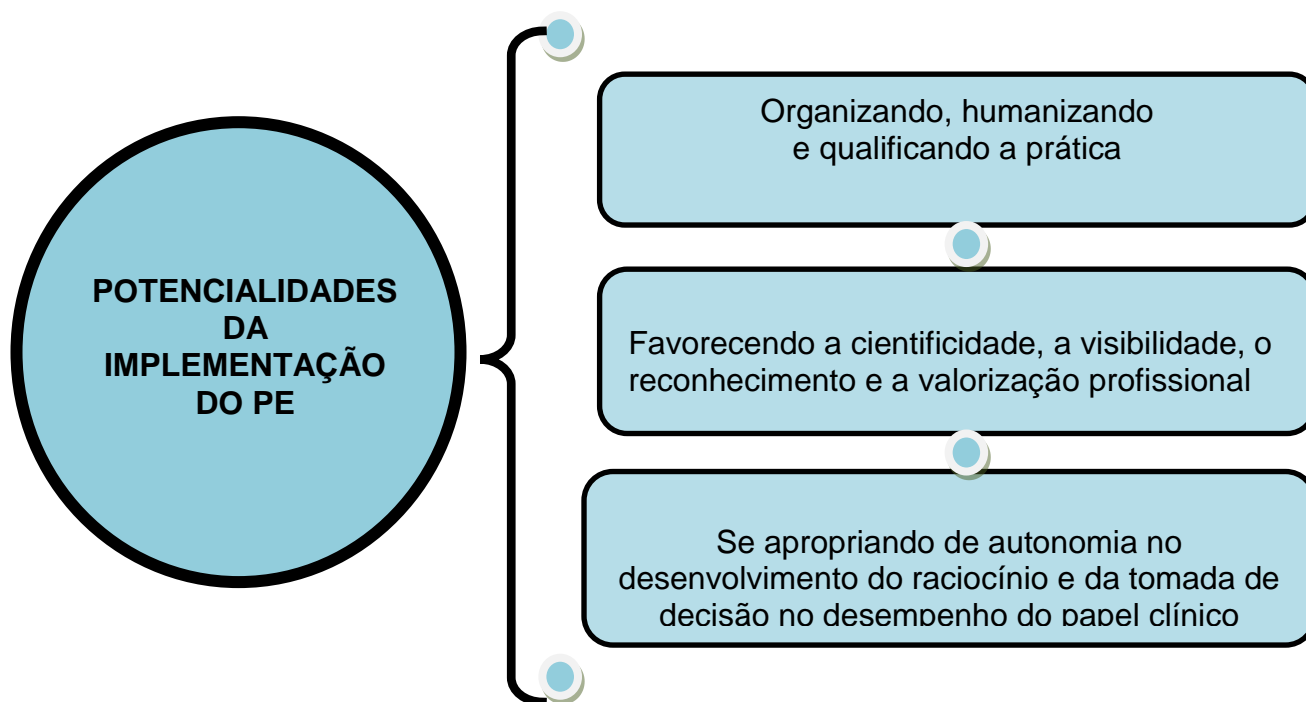
Além do dimensionamento de profissionais, a implementação do PE poderá ser desencadeada a partir da capacitação de toda equipe de enfermagem, iniciando com a sensibilização sobre a importância do PE na prática clínica. (OLIVEIRA et al., 2012 p. 8; CARVALHO et al., 2013 p. 3728). Nessa premissa, a pesquisa de Azeredo et al. (2009 p. 5), evidenciou a necessidade de estimular a participação dos enfermeiros em grupos de estudos sobre a temática, bem como desenvolver capacitações contínuas que venham a contribuir para o esclarecimento de dúvidas sobre a metodologia assistencial. Para tanto, outro estudo reflete sobre a necessidade de inclusão dessa metodologia na grade curricular dos Cursos de nível médio de Enfermagem, esclarecendo responsabilidades e atribuições de cada membro da equipe no PE (RAMOS et al., 2009 p. 41).

Considerando a força da sensibilização, ela se destaca como estratégia na articulação e envolvimento proativo da equipe. Essa estratégia ampara a desmitificação de mitos e tabus atribuídos ao PE e a construção de novos conceitos e crenças assistenciais, bem como a promoção de discussões e dinâmicas centradas na resistência, na desmotivação da equipe e, por fim, no envolvimento com a implantação ou implementação do PE (ALVES et al., 2008 p. 654; LUIZ et al., 2010 p. 5; MOURA; COSSON, 2013 p. 35).

4.3 POTENCIALIDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Do mesmo modo nesta última Categoria, as potencialidades de implementação do PE em Instituições Hospitalares de Saúde estão delineadas em três subcategorias. Estas expõem a metodologia assistencial como uma realidade multifacetada e multidimensional, que organiza, humaniza e qualifica a prática profissional; favorecendo assim, a cientificidade, a visibilidade, o reconhecimento e a valorização do profissional Enfermeiro; na apropriação da autonomia, no desenvolvimento do raciocínio e da tomada de decisão no desempenho de seu papel clínico. Tais subcategorias analíticas estão explanadas na Figura 03 e delineadas a seguir.

Figura 03 - Categoria Potencialidades da Implementação do Processo de Enfermagem. Alfenas, 2015.



Fonte: Do autor.

4.3.1 Organizando, humanizando e qualificando a prática

O PE, enquanto instrumento organizacional, outrossim apresenta potencial de desenvolvimento da interdisciplinaridade e humanização. Pois, sua implementação tem como propósito primário organizar a prática, beneficiando o enfermeiro na redefinição do seu espaço de competência, seja na assistência ou na governança clínica. Nesse sentido, o estudo qualitativo de Amante et al. (2009 p. 58), diante do objetivo de implementar o PE em Unidade de Terapia Intensiva, a partir do Referencial de Horta, exhibe em suas conclusões, que a implementação do PE tem potencial de organizar a assistência, bem como, torná-la individualizada e humanizada. Igualmente, no estudo de Medeiros et al. (2012 p. 178) enfermeiros obstetras observaram que a metodologia organiza, sistematiza e direciona as etapas assistenciais.

Também, os estudos de Krauzer e Gelbcke (2011 p. 313) e Pereira et al. (2013 p. 3346), que compõem esta subcategoria empírica, contêm observações sobre a tendência da profissão pela busca de métodos de qualificação do serviço de

enfermagem, a fim de que sejam mais científicos e sistematizados. Assim, o estudo qualitativo de Krauzer e Gelbcke (2011 p. 313) que identificou o perfil dos enfermeiros de um Hospital Público e aspectos contribuintes à implementação do PE, apresentou uma categoria de análise que expressa potencialidades da metodologia, como a melhoria da qualidade da assistência. Segundo esses enfermeiros, o PE autorizou a elaboração de planos assistenciais individualizados, com resgate do holismo e da assistência integral. Logo, o PE contribuiu para o desenvolvimento, no enfermeiro, de competências e de habilidades inerentes a profissão.

Por fim, profissionais enfermeiros atribuem ao instrumental metodológico o potencial de possibilitar uma assistência de enfermagem mais organizada, sistemática, dinâmica e interativa (PEREIRA et al., 2013 p. 3346).

4.3.2 Favorecendo a cientificidade, a visibilidade, o reconhecimento e a valorização profissional

A categoria Potencialidades da implementação do PE, caracterizada nos estudos analisados de forma predominante, está fundamentada nos conhecimentos teóricos e práticos da equipe.

Já, em específico essa subcategoria aponta para a importância do raciocínio crítico e da tomada de decisão, ou seja, da cientificidade na Enfermagem, que por sua vez patrocina também a valorização do profissional. Tendo em vista a segurança na tomada de decisões clínicas na implementação do PE, sejam elas relacionadas ao paciente, aos familiares, aos pares ou às atividades de governança clínica; o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, articula a atualização, a apropriação e produção de conhecimentos. A cientificidade aplicada por meio do PE provoca a busca de conhecimentos, com vistas ao aprimoramento da assistência, afirmam Silva et al. (2010 p.545) e por conseguinte, promove a valorização do enfermeiro, sua maior visibilidade e reconhecimento profissional, para Azeredo et al. (2010 p. 6), evidenciando a participação singular da Enfermagem na atenção à saúde da população.

Assim sendo, apesar das iniciativas frente a implementação de metodologias assistenciais, ainda se faz necessário maior articulação dos saberes

técnico-científicos para que essas influam positivamente na qualidade assistencial e também atuem como elemento fortalecedor da identidade da profissão.

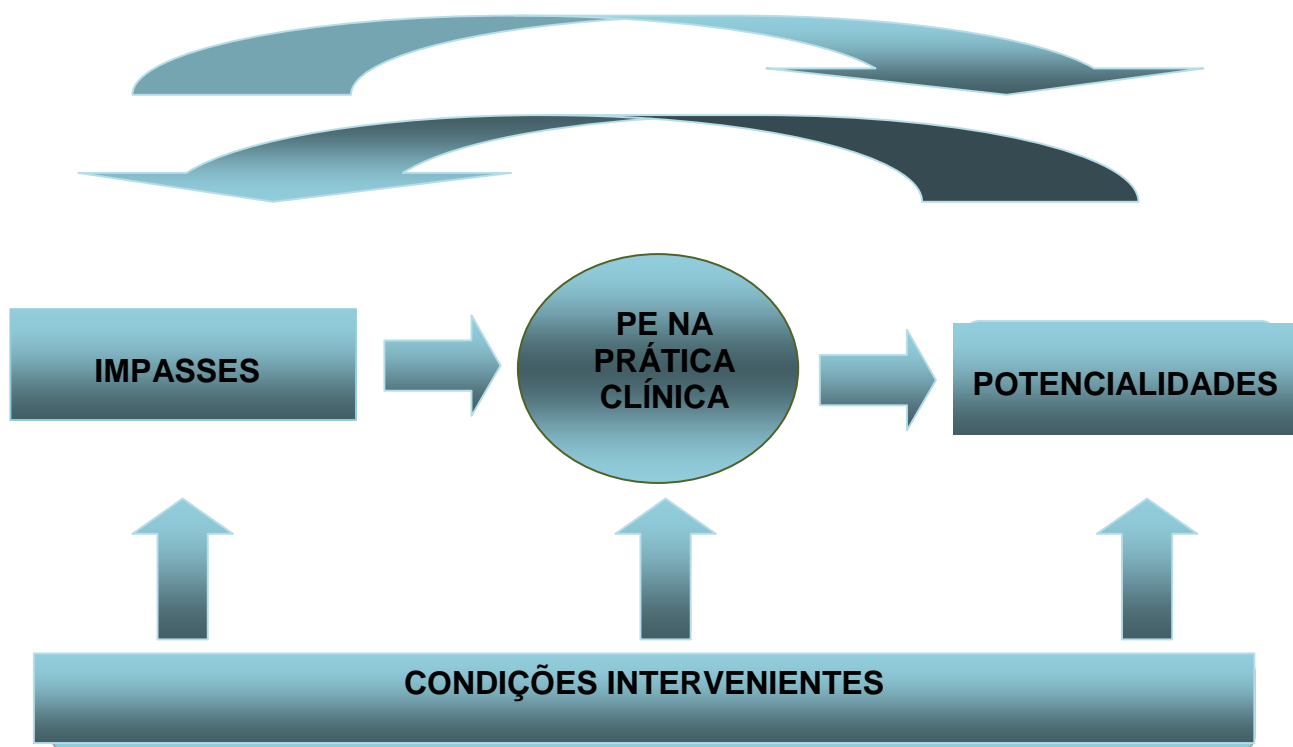
4.3.3 Se apropriando de autonomia no desenvolvimento do raciocínio e da tomada de decisão no desempenho do papel clínico

A efetivação do PE na prática assistencial autoriza ao enfermeiro o desempenho do papel clínico, considerado o cerne ou a essência da profissão de Enfermagem (GARCIA e NÓBREGA, 2009 p. 189). Porquanto, papel clínico do enfermeiro distingue-se como processo psicossocial complexo, resultante da interação do profissional com o paciente, com a família ou grupo, tendo em vista processos de decisão em áreas do domínio da Enfermagem, que conduzem às experiências assistenciais e à governança de seu espaço interacional (MENDES, 2010 p. 117).

Nessa direção, estudo de cunho qualitativo de Nascimento et al. (2008 p. 648), aponta o PE como um meio que apadrinha a apropriação da autonomia clínica pelo enfermeiro. Já, a pesquisa quantitativa de Santana et al. (2011 p. 680), assinala a indispensabilidade da implantação do PE, para que o enfermeiro desenvolva maior autonomia profissional, com tomada de decisões mais assertivas frente a sua dinâmica do trabalho. Ainda, o mesmo estudo de Santana et al. (2011 p. 680) evidenciam a necessidade dos profissionais enfermeiros empregarem o raciocínio clínico no planejamento da assistência. De tal modo, autonomia clínica do enfermeiro é expressa como a liberdade de tomada de decisão, abalizada por conhecimento técnico e científico, pelas relações interpessoais/ institucionais estabelecidas e na responsabilização profissional (MENEZES et al., 2011 p. 957).

Por fim, a inter-relação das três categorias analíticas que ilustram a implementação do PE em prática clínica hospitalar brasileira está aclarada na Figura 04. Implementação essa que está fundada em condições intervenientes favoráveis à prática do PE, driblando e vencendo cada impasse, alcançando resultados e demonstrando as potencialidades do PE. Assim, no processo de implementação impasses se alternam com as potencialidades.

Figura 04 - Implementação do PE na prática clínica. Alfenas, 2015..



Fonte: Do autor.

_____ O Interacionismo Simbólico

5 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Neste estudo empreguei o Interacionismo Simbólico como Referencial Teórico, a fim de fundamentar o entendimento da percepção do enfermeiro sobre o PE, dentro de um contexto interpretativo.

O Interacionismo Simbólico é uma das formas de se interpretar as percepções das pessoas, os significados e os sentidos que elas dão às coisas e como esses se relacionam com suas experiências (CHARON, 2010 p. 33). Trata o significado como seu conceito central e, a partir das interações com as pessoas as ações sociais são construídas e reconstruídas nos significados atribuídos por elas (JORGE; LOPES, 2005 p. 104). Enquanto Perspectiva Teórica tem como propósito ampliar conhecimentos sobre a elaboração das ações e das estratégias envolvidas no relacionamento entre as pessoas (JORGE; LOPES, 2005 p. 107).

Tal Perspectiva se apoia especialmente nas seguintes ideias (CHARON, 2010, p. 80):

- a) Como o próprio nome diz, o Interacionismo tem como foco a interação face a face, o que implica pessoas agindo em relação a outras, como sujeito; envolvendo a capacidade de perceber, de interpretar, de simbolizar e de promover nova atuação. Desse princípio, descreve o ser humano como imprevisível e “livre” no que se refere às suas escolhas e critérios de decisão;
- b) O ser humano é entendido como agindo no presente. Entra no presente conforme é trazido à situação, carregado por motivações pessoais e padrões culturais;
- c) A interação não é simplesmente um comportamento externo, observável. O ser humano vive num mundo social configurado por ele e age de acordo com o processo de atribuição de sentimentos, de interpretações múltiplas e de investimentos simbólicos. Parte dessa configuração é a própria vida e envolve escolhas conscientes, acordos, avaliações e redirecionamentos.

Na Escola de Chicago, com o professor George Herbert Mead, o Interacionismo Simbólico teve origem no fim do século XIX, no período de 1893 a 1931. Mead fundamenta a Teoria na descrição do comportamento humano, cujo dado principal é o ato social, concebido como comportamento “externo” observável e

também como atividade “encoberta” no ato (HAGUETTE, 2003 p. 26). Mead influenciou vários sociólogos; dentre seus herdeiros mais representativos destaca-se Herbert Blumer, que em 1937, atribuiu a tal Abordagem Teórica a expressão “Interacionismo Simbólico” (CHARON, 2010 p. 26). Blumer deixou escritos que trazem com clareza pressupostos básicos da Abordagem Interacionista. Mantendo-se constante ao pensamento de Mead, explorou não somente a complexa relação entre sociedade e indivíduo, como também a gênese do *self*, o desenvolvimento de símbolos significantes, bem como processos de comportamento da mente (HAGUETTE, 2003 p. 34). Nesse sentido, apresenta-se as três premissas básicas do Interacionismo Simbólico elaboradas por Blumer (HAGUETTE, 2003 p. 35; LITTLEJOHN, 1992 p. 72).

- a) Os seres humanos agem em relação às coisas – sejam objetos físicos, outros seres humanos, instituições, ideias, atividades ou situações de vida cotidiana, tomando por base o significado que as coisas têm para ele. Esse significado influencia a formação do comportamento do sujeito, no qual conhecer tal significado leva a compreender a ação desse sujeito e sua relação social;
- b) O significado das coisas surge de uma interação social que a pessoa tem com seus iguais. Portanto, interação social é o elemento fundante que fornece aos sujeitos significados para construção dos objetos. O objeto então é visto como qualquer coisa que pode ser indicada ou referida e, o sentido dos objetos para uma pessoa surge fundamentalmente da maneira como eles são definidos por outras pessoas que com ela interagem, consistindo o meio circundante de qualquer pessoa. A fim de compreender a ação das pessoas, é necessário que se identifique seu mundo de objetos; por sua vez esses objetos, em termos de seus sentidos, são criações sociais, ou seja, são formados a partir do processo de definição e interpretação da interação humana. Contudo, um objeto passa a ter significado para pessoa no momento que o indivíduo considera-o conscientemente, reflete e pensa sobre o objeto, ou o interpreta. Assim, considera-se que a vida de um grupo humano dentro da perspectiva interacionista representa um vasto processo de formação, sustentação e transformação de objetos, na

medida em que seus sentidos se modificam, modificando o mundo das pessoas.

- c) Tais significados são manipulados e modificados por meio de um processo interpretativo, usado pela pessoa para lidar com as coisas que ele interage no cotidiano. A interpretação não é considerada mera aplicação automática de significados, mas sim um processo formativo no qual eles são usados e revisados como instrumentos para formar e guiar a ação.

A partir desses significados e definições, torna-se pertinente descrever os conceitos centrais que servem de base à compreensão do Interacionismo Simbólico, entre eles, símbolos, *self*, mente, ação humana, sociedade, interação humana e *role-taking*:

Símbolos são o que vemos e, como interpretamos. O nosso mundo é de símbolos, pois a nossa realidade é simbólica. E, é por meio da interação simbólica que atribuímos os significados e desenvolvemos a realidade que agimos. Portanto, símbolos são críticos no entendimento da conduta humana, e nesse contexto, nossa realidade simbólica torna possível a complexa vida em grupo e até mesmo a existência humana. A aprendizagem dos símbolos, dos seus significados e valores se dá na própria interação, sendo que esse conjunto de significados e valores faz parte da cultura do grupo (CHARON, 2010 p. 35). Seres humanos fazem uso dos símbolos em sua comunicação, em um processo consciente de manipulação mental, atribuindo significados aos gestos e outros, e desta forma, o símbolo é interpretado pelo receptor. Outro aspecto relevante é que os símbolos compartilham significados com os demais indivíduos na sociedade. E um gesto com significado compartilhado é um símbolo significante, logo a sociedade nasce nos símbolos significantes de um grupo (LITTLEJOHN, 1992 p. 69).

Para os interacionistas todo ser humano tem um **self** (o ego/ a própria pessoa), significando que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, ou seja, objeto de si própria. *Self* é conceituado como um objeto social por meio do qual o indivíduo age voltado para o ambiente externo e/ ou interno, que surge na interação experienciada, portanto, tem fundamentação social, podendo sofrer mudanças ou permanecer estável (HAGUETTE, 2003 p. 28). Por conseguinte, relaciona-se a todo processo de interação interna do indivíduo em relação a si próprio como identidade, pensamento, percepção, interpretação e julgamento de si. Tomar posse do *self*

permite ao ser humano um mecanismo de autointeração, de controle, de direção e de manipulação da própria vida (CHARON, 2010 p. 78). Em sua representação social, é um processo interiorizado que apresenta duas faces ou dois aspectos analíticos distintos: o Eu e o Mim. O *Eu* é a tendência impulsiva do indivíduo frente as respostas e as atitudes do outro, é o aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana e, portanto representa as tendências não direcionais do indivíduo. Já o Mim é o conjunto organizado das atitudes, definições, compreensões e expectativas comuns ao grupo. Todavia, todo ato inicia na forma do Eu e comumente termina na forma do Mim e, nessa perspectiva o comportamento humano pode ser visto como uma série perpétua de iniciações de atos pelo Eu e de ações retroativas sobre o ato pelo Mim (HAGUETTE, 2003 p. 30).

A **mente** é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio, estabelecendo comunicação ativa com o *self* e usando símbolos significantes. Desta forma a mente também é social, tanto em sua origem como em sua função, porque ela surge do processo social de comunicação (HAGUETTE, 2003 p. 32). Por meio da atividade mental, o ser humano atribui significados aos estímulos, interpreta-os conscientemente e dá sentido às coisas em relação àquela situação ou àquele fato vivenciado. Nesse sentido, o comportamento humano não é uma resposta reflexa às atividades do outro; envolve uma resposta decorrente da interpretação que a pessoa faz às intenções do outro. Tais intenções são transmitidas por meio de gestos que se tornam simbólicos, passíveis de ser interpretados. Por conseguinte, a manipulação dos símbolos não é simples recordação de imagens e, pode assim dizer que o processo mental é a interação simbólica do organismo com o *self*, dentro das relações sociais (CHARON, 2010 p. 91).

A **ação humana** é caracterizada como resultado da autointeração, construída por meio das indicações que a pessoa faz a si mesma. A pessoa identifica a meta estabelecida, observa e interpreta as ações dos outros, dimensiona sua situação, mapeia uma linha de comportamento, elabora e checka o que fazer. Desta forma, seres humanos mostram-se comprometidos com interminável corrente de ações influenciadas por decisões que dependem da interação com outros e com o *self*, ou seja, a interação com o *self* e com outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso das ações (CHARON, 2010 p. 116).

Sociedade é considerada toda atividade grupal que se baseia no comportamento cooperativo, no qual o comportamento humano envolve respostas às intenções dos outros. Tais intenções são transmitidas por meio de gestos simbólicos, isto é, passíveis de serem interpretados (HAGUETTE, 2003 p. 27). Observa-se então que as noções de interação social e sociedade estão intimamente relacionadas, constituindo a sociedade de indivíduos engajados num processo de interação social. Contudo, dois conceitos são dominantes no seio da sociedade: o de cultura e de estrutura social. Cultura é entendida como costume, tradição, norma, valor, regra, claramente derivada da ação das pessoas. Portanto, a sociedade ou a estrutura social é uma interação cooperativa que constantemente produz cultura. Esta tem o mesmo sentido de “consenso do grupo”, ou seja, as concordâncias, as divergências, a linguagem, o conhecimento diverso e as regras que se supõem condicionar a ação (CHARON, 2010 p. 159).

Já, a **Interação Social** caracteriza os conceitos anteriormente descritos. Nela o indivíduo é visto como ator, protagonista ou não, que se relaciona, comunica e interpreta o outro. Assim sendo, quando ele interage, se torna objeto social para o outro, usa símbolos, direciona o *self*, engaja em ação mental, toma decisões, altera direções, compartilha perspectivas, define a realidade e a situação, assumindo o papel do outro, numa ação chamada de *role-taking*. O entendimento da natureza da interação deve reconhecer a existência de todas essas atividades, e desta forma, a interação simbólica abrange interpretação e definição entre as pessoas envolvidas. O modelo característico da interação se dá em nível simbólico, quando se procura entender e interpretar o significado da ação do outro. Assim, o ser humano é um ator numa interação social, que também é simbólica; intencionalmente comunica quando age e, o outro interpreta o que faz (CHARON, 2010 p. 139).

Por último, o conceito de ***role-taking***, o qual permite que o indivíduo desenvolva comportamentos que levam em conta a existência e/ ou a perspectiva do outro e, que sejam adequados à esfera interpessoal. O exercício do *role-taking* poderá ajudá-lo a compreender o ponto de vista da outra pessoa, conduzindo-o à sensibilidade social e à emergência do autoconceito e do autocontrole (CHARON, 2010 p. 101).

Dentre os vários Referenciais que podem nortear a prática clínica, o Interacionismo se configura como ferramenta teórica que permite apreender e compreender as experiências, os significados e as vivências de se trabalhar com o

PE. Em conformidade com tais conceitos e definições sobre Interacionismo Simbólico, foi possível elaborar algumas questões referentes à prática da enfermagem, dentro do contexto dos significados que a vivência de implementação do PE tem para o profissional enfermeiro e para as pessoas com as quais ele interage.

Assim, por meio das premissas e conceitos básicos sobre o Interacionismo Simbólico pode-se dizer que;

- a) Na prática clínica de enfermagem, os significados resultam da interação do enfermeiro com o contexto, com o paciente e consigo mesmo, ou seja, com o *self*;
- b) No que concerne à implementação do PE, enfermeiros atribuem significados a essa experiência por meio do uso da mente, do *self* e dos símbolos; pois os enfermeiros são indivíduos com *self* e mentes;
- c) Os significados podem ser comuns e/ ou individuais para os profissionais, devido aos processos internos de cada um, pautados pelos sentimentos, pelo conhecimento, pelos valores, pelos padrões culturais, pelas atitudes e pelas experiências vivenciadas previamente;
- d) Os significados, que o enfermeiro atribui ao PE, influenciam o comportamento e atitudes referentes ao Processo; conhecer esses significados poderá levar à compreensão das ações do profissional e da relação social com a metodologia assistencial;
- e) Tais significados, sobre o PE, podem ser modificados por meio de um processo interpretativo, usado pelo enfermeiro para lidar com as coisas que ele interage na prática; contudo, na medida em que os sentidos sobre o PE se modificam, transforma-se o contexto dos profissionais envolvidos;
- f) O PE é construído pelo profissional que interage com os elementos significativos presentes na assistência, desta forma a interação pode ser considerada o elemento fundante que fornece significados ao enfermeiro e sua equipe na construção do PE, a partir do momento que se pensa, reflete e interpreta;
- g) A implementação do PE dentro da Perspectiva Interacionista representa um vasto processo interacional de formação, sustentação e transformação do profissional.

Para desvelar a implementação do PE, se torna imperativo então valorizar o agir, pela tomada de decisão, do grupo de enfermeiros em seu contexto interpretativo e assim, recuperar o sentido simbólico atribuído por eles a cada momento da vivência no desenvolvimento do PE.

_____Trajetória Metodológica

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo apresento a trajetória metodológica deste estudo, com a caracterização dos métodos de pesquisa empregados, do local do estudo, da amostra com os critérios de elegibilidade e das estratégias de coleta de dados. Por fim, exponho os aspectos éticos e os procedimentos à análise dos resultados.

6.1 MÉTODOS

Trata-se de uma análise da vivência de implementação do PE, que foi fundamentada nos pressupostos da Abordagem Qualitativa. Inicialmente realizou-se a Análise Documental, com o intuito fornecer uma descrição formal do passo a passo na construção da metodologia assistencial pelos enfermeiros (BARDIN 2013 p. 47). Já, a Análise de Conteúdo, também realizada nos pressupostos de Bardin (2013), representa a essência do estudo; esta foi empregada para analisar os dados coletados por meio do Grupo Focal (MINAYO, 2014 p. 269).

Pesquisa que privilegia aspectos qualitativos permite maior aproximação da visão do mundo dos sujeitos, com foco de interesse, de maneira geral, nas formas de como os indivíduos pensam, sentem e se comportam com relação aos fatos e experiências da vida cotidiana; em uma perspectiva holística, que busca preservar a complexidade do comportamento humano (MARCONI; LAKATOS, 2009 p. 109; GREENHALGH, 2010 p. 187). Consequentemente possibilita, ao pesquisador, estabelecer uma compreensão mais clara do objeto do estudo no caso específico desta pesquisa – a implementação do PE em Instituição Hospitalar (MINAYO, 2014 p. 54).

Já, a Análise Documental (AD) pode se constituir uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um problema ou tema. Neste estudo, a AD se refere a alguns procedimentos de tratamento da informação em documentos acumulados com o propósito de apresentar essa informação de forma condensada para armazenamento, consulta e referência; facilitando o acesso em outras circunstâncias ou condições (BARDIN, 2013 p. 47). Poderá ser realizada a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. É então uma técnica que emprega procedimentos para a apreensão,

compreensão e investigação de documentos dos mais variados tipos, entre os quais: tabelas estatísticas, cartas, memorandos, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza, notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, hospitais e sindicatos (CORSETTI, 2006 p. 32). Contudo, o investigador deve estar atento ao sentido da mensagem contida no documento; sejam eventuais fragmentos, sejam escritas difíceis de interpretar e repletas de termos e conceitos que lhes são estranhos e foram redigidos por um desconhecido. Sendo preciso aceitá-lo tal como ele se apresenta, às vezes, tão incompleto, parcial ou impreciso; pois poderá ser a única fonte a esclarecer sobre uma determinada situação. A partir dessa premissa, pode-se compô-la com outras fontes documentais. Desta forma, é fundamental usar de cautela e avaliar adequadamente, com olhar crítico, a documentação que se pretende fazer a Análise Documental (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009 p. 8).

Por sua vez, a técnica do Grupo Focal pertence à categoria mais geral de pesquisa aberta ou não estruturada, visando colocar as respostas do sujeito no seu próprio contexto (MINAYO, 2014 p. 271). Consiste numa estratégia de coleta de informações de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social; porque se presta ao estudo de representações e de relações de grupos profissionais, de processos de trabalho e também da população em geral (MINAYO, 2014 p. 270; BACKES et al., 2011 p. 438).

A Análise de Conteúdo, proposta nesta pesquisa para o tratamento dos dados obtidos por meio do GF, é compreendida como método de análise; cujo propósito é a busca dos sentidos de uma comunicação, visando descrever sistematicamente o conteúdo da mesma (MARCONI; LAKATOS, 2009 p. 284). Faz parte de uma busca teórica e prática no campo das investigações sociais, que permite tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de instrumentos metodológicos e técnicas sistemáticas, especializadas e científicas (BARDIN, 2013 p. 40).

6.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no Hospital Unimed de Poços de Caldas-MG (APÊNDICE A). Trata-se de um Hospital privado, cuja missão é possibilitar trabalho digno e ético ao médico cooperado, prestando atendimento humano e de qualidade ao seu cliente, com responsabilidade social, econômica e ambiental. Tem como valores a promoção da saúde, o cuidado às pessoas, além do desenvolvimento contínuo dos Cooperados e Colaboradores (HOSPITAL UNIMED POÇOS DE CALDAS, 2013). Fundado no ano de 2002, o Hospital é referência em serviços médicos e hospitalares na região, combina procedimentos de alta e média complexidade e atendimento multidisciplinar com foco no paciente. Além do Pronto Socorro, disponibiliza um total de 142 leitos de internação, sendo distribuídos em sete leitos para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, seis leitos à Oncologia e 129 leitos à Clínica Médico Cirúrgica; nos quais estão inclusos os da maternidade e berçário (HOSPITAL UNIMED POÇOS DE CALDAS, 2015).

Acreditado no Nível 1 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que segundo a Health Services Accreditation (2015), se refere à segurança do paciente, bem como aos aspectos estruturais e aos processos assistenciais de Instituições Hospitalares; o Hospital atende, em média, 120 internações por mês e realiza 100 cirurgias mensais. Ainda, oferece aos seus clientes o Serviço de Cuidados Paliativos e o Programa de Atenção Integral à Saúde, que acolhe portadores de diabetes, hipertensão, obesidade e usuários do tabaco (HOSPITAL UNIMED POÇOS DE CALDAS, 2013). O quadro de pessoal de Enfermagem é composto por 154 colaboradores; dentre eles, 116 técnicos e sete auxiliares de enfermagem, 31 enfermeiros; sendo uma gerente responsável técnica, três coordenadores e 27 enfermeiros assistenciais.

A implantação do Processo de Enfermagem (PE) foi iniciada em 2011, de forma informatizada, pelos enfermeiros integrantes da Comissão intitulada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); que julgaram a necessidade do PE na prática clínica. O PE estreou na UTI, como projeto-piloto, para assim direcionar uma assistência mais efetiva ao paciente crítico. No início desse processo, membros da Comissão SAE elegeram os Referenciais Teóricos a serem adotados, quais são: Teoria das Necessidades Humanas Básicas e a Teoria do Autocuidado, a fim de fundamentar a implementação das intervenções. Do mesmo modo, embasado em literaturas técnico-científicas sobre a dinâmica do PE, estruturou-se um *software* de gestão hospitalar e delinear-se estratégias de

planejamento e finalização do projeto de implantação do PE. Atualmente, o PE é desenvolvido nas Unidades de Internação, na UTI e no Centro Cirúrgico por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Assim sendo, esse se configurou como o cenário deste estudo.

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo, como sujeitos sociais, enfermeiros que desenvolvem suas atividades profissionais no Hospital Unimed, lotados nos diferentes setores da Instituição.

A amostra foi composta por sete enfermeiras, a maioria com título de especialista, sendo que o tempo de exercício profissional na Instituição como enfermeiros variou de quatro a dez anos e estavam lotados nos diferentes setores da Instituição, a saber; UTI, Centro Cirúrgico, Clínica Médica e Cirúrgica, Setor de Qualidade além Maternidade e Berçário.

Deste modo, para seleção dos mesmos, empreguei a amostragem não probabilística intencional, recomendável em pesquisas qualitativas; também denominada de amostragem por julgamento (BACKES et al., 2011 p. 440). Essa amostragem é aquela na qual, a seleção dos participantes se baseia em julgamentos perpetrados pelo pesquisador Gressler (2004 p. 144), ou seja, como critérios de seleção, o pesquisador intencionalmente elege características e elementos ponderados como relevantes entre os participantes (GIL, 2002 p. 145; MATTAR, 2012 p. 10). Assim sendo, como critérios de inclusão foram considerados:

- a) Enfermeiros da Instituição, os quais tiveram envolvimento na implantação e operacionalização do PE, além daqueles que o experienciavam, na época, na prática clínica;
- b) Estar em atividade na Instituição no mínimo há um ano, pois se acredita que esse tempo é suficiente para que o enfermeiro tenha envolvimento e conhecimento crítico sobre o PE.

6.4 ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS

Na primeira etapa, os dados da pesquisa foram obtidos por intermédio da análise de elementos documentais, no intuito de obter a história formal da implantação e operacionalização do PE. Procurando ir além da história contada nos documentos, na segunda etapa de coleta de dados, empreguei a técnica do Grupo Focal (GF) com os enfermeiros, tendo o propósito de conhecer a vivência deles sobre a prática do PE. Ambas, as estratégias estão detalhadas a seguir.

6.4.1 Análise Documental

A coleta dos dados documentais ocorreu no primeiro semestre do ano de 2015, sequencialmente após as autorizações da Instituição em estudo (Apêndices A e B) e também, da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) (Anexo A). Para a aquisição dos elementos documentais, elaborei um instrumento simples de Coleta Documental (APÊNDICE D), destinado ao registro de informações relacionadas à implantação do PE na Instituição. Esse instrumento, fundamentado na literatura, constitui-se de duas partes; sendo a primeira um cabeçalho que identifica o número do documento em ordem do levantamento, a data em que ocorreu o evento, o tipo do documento e o autor ou responsável pelo evento. Já, a segunda parte é formada por um campo único destinado à transcrição ou descrição do evento relevante e/ ou contribuição em questão (GIL, 2008 p. 147).

De posse da Autorização do CEP, solicitei à enfermeira Responsável Técnica e ao supervisor de Recursos Humanos o acesso aos documentos específicos à implementação do PE na Instituição. Assim sendo, realizei levantamentos de atas de reuniões, ofícios, memorandos internos, projeto e planejamentos estratégicos e anuais, materiais de divulgação institucional e aqueles empregados em treinamentos, sensibilizações, aperfeiçoamentos e reuniões, além de formulários e impressos. Esses foram armazenados no Instrumento de Coleta Documental.

Referente à Análise Documental, a partir da coleta de dados, foram examinados e anotados 50 documentos diversos. Inicialmente, esses foram dispostos em ordem numérica de acesso, e em seguida, empreendi uma leitura atenta dos mesmos, destacando aquelas informações relevantes contidas nos eventos de implantação e operacionalização do PE no Hospital Unimed, ou seja,

desde o início do preparo à implantação até o encerramento da etapa de coleta de dados. Tais informações foram organizadas em ordem cronológica de acontecimento, por meio de quadros e relatos descritivos. Em um segundo momento da análise dos dados da pesquisa, as informações obtidas por meio da Análise Documental serão confrontadas com as informações advindas do Grupo Focal, buscando validação e relações das informações.

6.4.2 Grupo Focal

Dados da pesquisa, outrossim, foram alcançados por intermédio de uma única sessão de Grupo Focal (GF), segundo Minayo (2014 p. 269); que ocorreu no segundo semestre do ano de 2015, com duração de 120 minutos e, seguiu três etapas, a saber:

Após a formação do GF, na **primeira etapa** foram estabelecidas as pessoas que conduziriam o GF. Assim, a equipe foi composta (KIND, 2004 p. 130; ZIMMERMANN e MARTINS, 2008 p. 12119):

- a) Pela moderadora, ou seja, a orientadora da pesquisa (MAM), sendo responsável em conduzir as perguntas norteadoras ao grupo;
- b) Pelo pesquisador (DISJ), na qualidade também de observador, estando presente na execução de todo o processo, com a função de registrar todas as informações e argumentos com os quais o grupo posicionou frente ao tema desenvolvido.

Já, a **segunda etapa** constou-se da escolha do ambiente, que foi na própria Instituição para facilitar a participação dos enfermeiros. O local estabelecido foi àquele livre de ruídos e de situações que pudessem induzir a desatenção nos participantes; além de ser confortável e agradável (KIND, 2004 p.129; BACKES et al., 2011 p. 440). Foram usados dois gravadores digitais como recurso para registro das falas.

A **terceira etapa** reportou-se à condução da sessão do GF. A programação da atividade foi realizada em conjunto com a coordenação do Hospital Unimed, com participantes do Grupo e pesquisadores. E a sessão do GF foi agendada previamente, a fim de não interferir na dinâmica do Serviço. Elaborou-se um roteiro de atividades (Apêndice E), no intuito de favorecer a condução do trabalho e situar a equipe, ou seja, a moderadora e o pesquisador. Esse continha

amplas questões disparadoras provocativas da sessão, fundamentadas tanto na revisão integrativa como na Análise Documental; sendo elas:

- a) Comente sobre o PE no contexto da assistência de enfermagem, de uma forma geral, não se atendo à Instituição;
- b) Fale de suas percepções sobre a implantação do PE na Instituição;
- c) Com a implantação do PE Informatizado na Instituição, o que observam em relação ao processo de trabalho da enfermagem?

O roteiro foi explanado aos participantes que receberam instruções necessárias à participação no Grupo e em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos mesmos, cujo preenchimento e assinatura foram imperativos para tal participação (ZIMMERMANN; MARTINS, 2008 p. 12120).

Ainda, nesta etapa a moderadora convidou os participantes a se apresentarem, objetivando a interação entre os mesmos. Por conseguinte, mediante as questões específicas do tema e estando presentes os responsáveis pela condução do Grupo, cada qual alocado em suas atribuições, iniciou-se a conversa entre os participantes, guiada pelas questões provocativas, todavia preservando a espontaneidade, sem desvios das mesmas. No encerramento do GF, os principais temas abordados foram delineados de maneira sintética, e foram abertas oportunidades de esclarecimentos e dúvidas.

6.5 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DOS DADOS DO GRUPO FOCAL

Já, para a análise dos dados obtidos por meio do GF, empreguei o Método de Análise de Conteúdo e a técnica da Análise Temática, sob a ótica de Bardin (2013). Nessa perspectiva, conforme Bardin (2013 p. 33), a Análise de Conteúdo busca descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico do estudo, neste caso – Implementação do Processo de Enfermagem. Operacionalmente, a Análise de Conteúdo desdobra-se em três etapas, quais são: a pré-análise, a exploração do material e por fim, o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos (BARDIN, 2013 p. 121).

A **primeira etapa**, ou seja, a **pré-análise** constituiu na organização e sistematização dos conceitos iniciais advindos dos dados coletados, por meio da escolha dos documentos a serem explorados e da retomada do objetivo da

pesquisa, ou seja, analisar a vivência de implementação do PE em Instituição Hospitalar Privada. Essa etapa foi alcançada por meio da:

- a) Leitura flutuante – na qual realizei uma leitura criteriosa das falas dos enfermeiros participantes do GF, buscando uma reflexão e orientação dos textos, sob o olhar do Interacionismo Simbólico enquanto Referencial;
- b) Escolha dos documentos – nessa etapa, constituiu-se o *corpus* dos documentos analisados, no caso deste estudo – falas dos enfermeiros participantes do GF. Esse, por sua vez, atendeu os princípios de validade de um estudo de abordagem qualitativa, a saber: *exaustividade*, o qual preconiza que todos os elementos pertinentes ao objeto de estudo estejam contidos no *corpus*, de forma não seletiva; já obedecendo ao segundo princípio da *seletividade*. A *representatividade*, que se caracteriza como outro princípio de validade, refere-se às características essenciais da amostra como parte representativa do universo inicial, ou seja, dos enfermeiros da Instituição. Ademais, o princípio da *homogeneidade* prevalece na opção pela estratégia do Grupo Focal para a coleta de dados com os interlocutores enfermeiros que desenvolvem atividades profissionais na Instituição de estudo. E, por último, o princípio da *pertinência*, o qual preconiza que documentos ou textos explorados sejam fontes de informação adequadas de modo a corresponderem aos objetivos do trabalho;
- c) Referenciação dos índices e elaboração de indicadores – nessa etapa foram construídos índices de análise, que correspondem às menções explícitas de um tema em uma mensagem. Com a identificação dos índices, deriva-se a elaboração dos indicadores concisos e eficazes, que venham fornecer indícios do conteúdo da mensagem. Por meio de recorte de texto no documento de análise, ou seja, do índice; essa etapa favorece o processo de codificação de registro dos dados e da categorização na análise temática;
- d) Preparação do material – com o intuito de favorecer a análise, o material reunido foi preparado, de modo a facilitar sua manipulação.

A preparação formal dos textos compreende desde a edição dos mesmos como também a codificação dos dados.

Já, na segunda etapa de análise intitulada de **exploração do material**, os dados obtidos por meio do GF foram codificados e categorizados de acordo com a similaridade e convergência dos temas (BARDIN, 2013 p. 127). A codificação consiste em uma transformação dos dados brutos do texto para uma expressão ou representação do conteúdo do mesmo, de forma mais elaborada que nos indicadores (BARDIN, 2013 p. 129). Neste estudo, a transformação foi alcançada com o uso de recortes e agregação das unidades de registro e de contexto, as quais responderam de maneira pertinente ao objetivo da análise. A *unidade de registro* ou de significação corresponde a um recorte de segmento do conteúdo, que pode se constituir de uma palavra, uma expressão significativa, uma frase ou um tema, sugeridos como relevantes na pré-análise (BARDIN, 2013 p. 130). Já a *unidade de contexto* corresponde a um segmento do texto que faz referência ao contexto próximo ou longínquo da unidade de registro, favorecendo a compreensão desta (BARDIN, 2013 p. 133). Se a unidade de registro for uma palavra, a unidade de contexto poderá ser uma frase ou ser um parágrafo quando a de registro for um tema.

A fim de estruturar essa fase de exploração do material na Análise de Conteúdo, empreguei a técnica de Análise Temática (BARDIN, 2013 p. 131). Esta direciona o uso do “*tema*”, ou seja, uma afirmação sobre um assunto, como unidade de registro ou de significação complexa que consiste em revelar os “núcleos de sentido” que integram o texto e podem significar alguma coisa para o objetivo analítico do estudo. O emprego do “*tema*” justifica-se por vislumbrar o objetivo da pesquisa e pela capacidade de abrangência na formulação de opiniões, atitudes, motivações, valores, crenças, tendências, entre outras. Assim, foi concretizada a agregação e arrolamento dos dados, construindo categorias empíricas responsáveis pela especificação dos temas.

Por último, realizei a etapa de **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**. Nessa, as categorias foram interpretadas segundo o Referencial adotado do Interacionismo Simbólico e inter-relacionadas com as categorias elaboradas no estudo de Revisão Integrativa e também com os dados da Análise Documental. Assim sendo, essa fase favoreceu a interpretação e a proposição de

inferências referentes ao *corpus*, orientadas pelo objetivo do estudo (BARDIN, 2013 p. 127).

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

De posse do Termo de Autorização da Instituição de Estudo (Apêndices A e B) para a realização da coleta de dados e, em respeito à Resolução nº 466/ 2012 do Ministério da Saúde (2013), no que se refere à Pesquisa com Seres Humanos, o Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL-MG, conforme Parecer 1.092.331 (Anexo A).

Ao concordar em participar do GF, o sujeito da pesquisa assinou o TCLE (Apêndice C), que autoriza a gravação das falas do mesmo e, garante o sigilo de suas informações, além da possibilidade de desistir, a qualquer momento, da sua participação no estudo. Foi garantido aos enfermeiros e à Instituição o retorno e publicação dos dados da pesquisa, de forma que todos os envolvidos tenham acesso aos resultados da mesma.

Do ponto de vista físico, a coleta de dados não ofereceu nenhum risco aos participantes. Na vigência de algum desconforto psicológico na reunião do GF e durante a participação na pesquisa, os enfermeiros foram orientados a sinalizarem qualquer desconforto que viessem a apresentar, para que assim, pesquisadores e Responsável Técnica da Instituição pudessem assim ajudá-los.

_____ Implementando o PE na Instituição

7 IMPLEMENTANDO O PE NA INSTITUIÇÃO

Neste capítulo, a implementação do PE no Hospital da Unimed Poços de Caldas será apresentada por meio da história formal, ou seja, da Análise Documental e pela Análise de Conteúdo com a descrição das categorias temáticas, que trazem o significado simbólico coletivo atribuído pelos enfermeiros na vivência com o PE.

7.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Com o emprego de alguns procedimentos de tratamento, informações documentais sobre a implementação do PE no Hospital Unimed foram organizadas de forma apropriada e condensada. A partir dos dados extraídos do levantamento documental, identificou-se a ocorrência dos eventos considerados como relevantes relacionados à implantação do PE, os quais estão apresentados nos Quadros 2, 3, 4, 5, 6 e 7, em sequência cronológica anual. Esses fazem referência ao ano do evento, o tipo de documento analisado, bem como, uma síntese do evento. As informações contidas nos quadros também estão delineadas de forma descritiva, para assim, proporcionar maior compreensão aos leitores, iniciando pelo ano de 2010.

7.1.1 Eventos relevantes relacionados à preparação da implantação do PE no ano de 2010 (quadro 02)

O Responsável Técnico (RT) do Departamento de Enfermagem do Hospital Unimed despertou interesse em implantar o PE, com todas as fases de operacionalização e segundo a Legislação, no início do ano de 2009. Já em fevereiro de 2010, após reunião do RT com os enfermeiros assistenciais da Instituição, foi formada a Comissão de Sistematização de Enfermagem (SAE). O nome SAE faz referência à definição apresentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (2009 p. 1); a qual preconiza que a mesma organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Deste modo, a Comissão SAE foi composta por três enfermeiros assistenciais, sendo que dois deles atuavam na UTI e

um na Clínica Médica Cirúrgica. Em março do mesmo ano foi realizada a 1ª reunião da Comissão para definição de metas, planejamento e programação das atividades a serem desenvolvidas. Assim sendo, foi definido como meta prioritária para o ano de 2010 a implantação do PE, nas quatro etapas de operacionalização intituladas; histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento e prescrição de enfermagem, de forma informatizada, começando pelo setor da UTI, como piloto.

Quadro 02 - Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE, no ano de 2010. Alfenas, 2015

ANO 2010		
MESES	TIPO DOCUMENTO	EVENTO
Fevereiro	Ata de reunião	Reunião de enfermeiro RT com os assistenciais e formação da Comissão SAE.
Março	Ata de reunião	Primeira reunião da Comissão SAE - definição de metas, planejamento e programação das atividades a serem desenvolvidas.
Abril/ Maio	Ata de reunião/ Projeto descritivo e cronograma	Definição e escolha de uma Teoria de Enfermagem; Elaboração e aprovação pela diretoria da Instituição do projeto intitulado SAE Informatizada no Hospital Unimed.
Maio	Projeto descritivo e cronograma	Uso de software de Gestão Hospitalar na estruturação do PE.
Maio/ Junho	Projeto descritivo e cronograma	Adoção de uma ferramenta de Gestão da Qualidade.
Junho	Ata de reunião/ Relatório descritivo/ Slides do Relato de Experiência	Visita dos enfermeiros a outra Instituição com assistência de enfermagem sistematizada e informatizada.
Julho/ Agosto	Projeto descritivo e cronograma	Estruturação do software fundamentado na literatura científica específica.
Setembro	Slides do Relato de Experiência	Estruturação do software no Módulo da SAE.
Dezembro	Projeto descritivo e cronograma	Finalização e apresentação do Projeto.

Fonte: Do autor.

As atividades de preparação à implantação desse instrumento metodológico assistencial foram realizadas a partir de reuniões entre os enfermeiros. As reuniões foram sempre guiadas por um propósito maior, como a elaboração do projeto, a definição da Teoria de Enfermagem e do software, entre outros. Considerando a importância desses propósitos para alavancar a implantação do PE, os mesmos estão elucidados a seguir.

a) Definição da Teoria de Enfermagem

Tendo em vista a implantação efetiva do PE é mandatório o emprego de uma ou mais Teorias de Enfermagem para nortear à assistência. Como estratégia à escolha desse Referencial Teórico, a Comissão da SAE, nos meses de abril e maio de 2010 (Quadro 02) promoveu discussões e reflexões entre os enfermeiros e o RT sobre a empatia e o entendimento pela Teoria, seus conceitos, pressupostos, proposições e a viabilidade do Modelo Teórico no contexto assistencial hospitalar considerando o perfil dos pacientes, bem como a estrutura da Instituição. Assim, foram adotadas as Teorias das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e a do Autocuidado de Dorothea Orem. Para aplicação das Teorias na prática clínica, foram necessários estudos e maior compreensão de seus componentes conceituais por parte dos enfermeiros.

b) Elaboração e apresentação do projeto

Da mesma forma nos meses de abril e maio (Quadro 02), foi elaborado o projeto intitulado “Implantação da SAE informatizada”, com cronograma de atividades, recursos humanos/ financeiros e resultados esperados. O primeiro propósito do projeto era de sensibilizar a Diretoria Administrativa do Hospital e a equipe de Enfermagem para a necessidade iminente de aprimorar a qualidade e segurança da assistência de enfermagem e de fazer valer a Legislação vigente do Exercício Profissional de Enfermagem, implantando um instrumento metodológico com embasamento técnico-científico. O segundo objetivo do projeto era sensibilizar a Administração sobre a importância de implantar o PE de forma informatizada, a qual favorecia a governança clínica inclusive a segurança da assistência, além de ser uma tendência forte e atual no que se diz respeito às tecnologias de gerenciamento em saúde. Em maio de 2010, foi apresentado e discutido o projeto junto com o RT, com a enfermeira coordenadora da UTI, com os enfermeiros assistenciais e com a gerente administrativa, quando foi dado o parecer favorável para continuidade do mesmo.

c) Uso de Software de Gestão Hospitalar na estruturação da PE informatizada

Objetivando uma ferramenta informatizada de fácil uso, também no mês de maio (Quadro 02) foi definido pelos integrantes da Comissão SAE, com o RT, que para a informatização do PE seria empregado o software de Gestão Hospitalar já adotado pela Instituição. Esse software possui um Módulo SAE e é também usado em grandes instituições hospitalares no desenvolvimento da assistência sistematizada.

d) Adoção de uma ferramenta de Gestão da Qualidade

A fim de buscar e controlar a excelência no planejamento e na implantação do PE lançou-se mão do método iterativo de gestão chamado PDCA, que constitui de um ciclo com quatro passos, quais são: planejar; fazer; acompanhar e corrigir. O ciclo sugere que, qualquer atividade de gestão ou planejamento estratégico que seja executada em uma instituição, seja conduzida de acordo com esses passos.

e) Visita à outra Instituição

Já no mês de junho de 2010 (Quadro 02), realizou-se uma visita, com intuito didático e de sensibilização dos enfermeiros, a outra Instituição Hospitalar que já havia implementado o PE informatizado. A visita teve a finalidade de conhecer a aplicabilidade e dinâmica do PE, além de compartilhar da vivência de outros profissionais bem como os resultados alcançados.

f) A estruturação do software fundamentada nas Classificações de Enfermagem

Nos meses de julho e agosto de 2010 (Quadro 02), uma maior preparação teórica sobre o PE foi demandada pelos enfermeiros no contexto de estruturação do software. A partir de discussões dialogadas e análise da complexidade assistencial de cada setor de internação hospitalar com os integrantes

da Comissão e com o RT, foram definidas as literaturas científicas específicas, em especial a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, a serem adotadas para estruturação informatizada das etapas do Histórico de enfermagem com a avaliação física do indivíduo, do Diagnóstico e da Prescrição de Enfermagem. Após esse percurso, dentre outras, ficou definido que o embasamento teórico de estruturação do software em relação ao DE seria a *International North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

g) Estruturação do software no Módulo da SAE

Em setembro de 2010 (Quadro 02), iniciou-se a estruturação do PE no software com auxílio dos colaboradores do Sistema de Tecnologia em Informática (TI) da Instituição e de uma consultoria, que direcionou o uso dessa tecnologia. Integrantes da Comissão, objetivando o envolvimento da equipe nessa estruturação, elaboraram um cronograma de atividades a fim de que todos compartilhassem da construção do PE informatizado, visando assim compor e interligar no software dados do Histórico de Enfermagem, da Avaliação Física, dos Diagnósticos e da Prescrição de Enfermagem.

h) Finalização e apresentação do Projeto

Com todos os dados da PE já dispostos e devidamente interligados no software, integrantes da Comissão SAE revisaram todo o seu conteúdo teórico, corrigindo os equívocos ortográficos, gramaticais, conceituais e, por fim, testaram a eficácia do sistema informatizado. Em dezembro de 2010 (Quadro 02) foi apresentado ao RT o PE informatizado, nas suas quatro etapas de operacionalização, quando foi dado o parecer favorável de seguimento de sua implantação.

7.1.2 Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE no ano de 2011 (quadro 03)

Quadro 03 - Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE, no ano de 2011. Alfenas, 2015.

ANO 2011		
MESES	TIPO DOCUMENTO	EVENTO
Janeiro	Planilha de Treinamento/ Material do Relato de Experiência	Sensibilização e preparo técnico da equipe de enfermagem da UTI para a implantação do PE informatizado
Janeiro/ Fevereiro	Planilha de Treinamento/ Material do Relato de Experiência	Implantação do PE informatizado na UTI
Maio	Planilha de Treinamento	Apresentação de trabalho científico sobre o percurso de implantação do PE, no Encontro Nacional da UNIMED.
Junho	Planilha de Treinamento/ Comunicado Interno	Treinamento dos enfermeiros sobre a dinâmica e aplicabilidade do PE.
Setembro	Impressos/ Mídia eletrônica	Divulgação da SAE na mídia eletrônica da Instituição.

Fonte: Do autor.

Já em janeiro de 2011 (Quadro 03), iniciou-se a capacitação, da equipe de enfermeiros e também dos técnicos de enfermagem alocados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), referente à aplicação do PE informatizado. No alcance dessa meta, foram desenvolvidos aprimoramentos sobre a temática; com treinamentos operacionais de uso do software aos enfermeiros, no que diz respeito às ações da metodologia assistencial. Após o preparo prático dos enfermeiros e a sensibilização dos demais profissionais de enfermagem da UTI, enfim implantou-se o PE informatizado. Nas primeiras semanas de funcionamento, os enfermeiros da Comissão junto aos da Unidade acompanharam de perto os primeiros passos no uso da ferramenta informatizada, para assim, avaliar a eficácia do Programa com olhar crítico às projeções futuras de alterações, se necessário fosse.

No mês de maio (Quadro 03), aconteceu o Encontro Nacional Unimed de Recursos e Serviços Próprios na cidade de São Paulo - SP, no qual foi apresentado o relato de experiência de implantação do PE informatizado na Instituição. No mês seguinte (Quadro 03), realizaram-se treinamentos sobre as etapas do PE, exclusivos aos enfermeiros; quando a SAE passou a ser divulgada na mídia eletrônica da Instituição. A partir daí (Quadro 03), a SAE auferiu maior visibilidade Institucional.

7.1.3 Eventos relevantes relacionados à implementação do PE no ano de 2012 (quadro 04)

O ano de 2012 foi caracterizado por eventos considerados importantes referentes ao quadro dos profissionais de enfermagem, tais como a ampliação no número de técnicos e enfermeiros. Logo no início do ano (Quadro 04), frente ao novo cenário de dimensionamento de recursos humanos da enfermagem, integrantes da Comissão SAE realizaram reuniões com a Diretoria Hospitalar da Instituição para a discussão de propostas de implantação do PE informatizado nas demais Unidades de Internação, já nos meses de março e abril (Quadro 04). Na ocasião, foi apresentado novamente para a Diretoria, o projeto intitulado “Implantação da SAE informatizada”, bem como, foi elaborado o planejamento estratégico para o ano de 2012 (Quadro 04); ficando estabelecida a meta de implantação do PE informatizado nos setores de Clínica Médico Cirúrgica.

Quadro 04 - Eventos relevantes relacionados à implementação do PE, no ano de 2012. Alfenas, 2015.

ANO 2012		
MESES	TIPO DOCUMENTO	EVENTO
Janeiro	Ata de reunião/ Planilha de treinamento	Dimensionamento de recursos humanos de enfermagem.
Março	Ata de reunião/Planejamento estratégico	Reapresentação do projeto SAE à Administração Hospitalar.
Março/ Abril	Ata de reunião/Planejamento estratégico	Planejamento e preparação à implementação do PE nas demais Alas de Internação.
Abril	Planejamento estratégico	Aquisição e instalação de Net Books e computadores nas unidades de internação clínica.
Abril/ Maio	Planejamento estratégico	Elaboração da Instrução de Trabalho (IT) para o PE informatizado.
Maio/ Julho	Planejamento estratégico/ Planilha de treinamento	Sensibilização sobre o PE nas Unidades de Internação. Implantação do PE nas Unidades de Internação de Oncologia e clínica.
Setembro	Folder	Elaboração e circulação interna de folder explicativo intitulado: Guia de bolso da SAE informatizada.
Setembro/ Novembro	Planilha de treinamento	Orientações sobre o PE nas Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica, incluindo a UTI.

Fonte: Do autor.

Mediante o parecer favorável de implementação do PE pela Diretoria Hospitalar, foram instalados *netbooks* e computadores nas Unidades de Internação ainda no mês de abril (Quadro 04). Destarte, esse processo de implementação levou a Comissão SAE a promover, nos meses subsequentes (Quadro 04) sensibilizações

e atualizações na temática do PE para todos os profissionais de enfermagem, empregando estratégias como palestras, capacitações e circulação interna de folder, que continha orientações sobre o PE, bem como, sobre o sistema informatizado. Assim sendo, no mês de Julho (Quadro 04), a Comissão finalizou o processo de implantação do PE nas Unidades de Internação Médico Cirúrgico, nas quatro etapas de operacionalização, a saber: Histórico, Diagnóstico, Planejamento e Prescrição de Enfermagem. Sequencialmente (Quadro 04), foi elaborado pelo coordenador da Comissão SAE a Instrução de Trabalho do PE informatizado, a qual foi validada pela RT da Enfermagem e pela Diretoria Hospitalar.

7.1.4 Eventos relevantes relacionados à implementação do PE no ano de 2013 (quadro 05)

Quadro 05 - Eventos relevantes relacionados à implementação do PE, no ano de 2013. Alfenas, 2015.

ANO 2013		
MESES	TIPO DOCUMENTO	EVENTO
Fevereiro	Ata de reunião	Divisão dos leitos/ enfermeiros para elaboração do PE.
Fevereiro/ Março	Ata de reunião/ Planejamento Estratégico	Elaboração e apresentação do Regimento Interno da Comissão SAE à diretoria do Hospital e demais esferas hierárquicas.
Março	Ata de reunião/ Planilha de Treinamento	Implantação da SAE Curativos - sensibilização para a aplicação do PE direcionado aos cuidados com as feridas.
Abril/ Maio	Ata de Reunião/ Planejamento Estratégico	Interação do PE informatizado com os Protocolos de Riscos Assistenciais.
Junho/ Julho	Ata de Reunião/ Planejamento Estratégico	Definição e implantação dos Indicadores Assistenciais do PE.
Setembro/ Novembro	Ata de Reunião/ Planejamento Estratégico	Proposta de implantação do PE no Centro Cirúrgico -SAEP.

Fonte: Do autor.

Em fevereiro de 2013 (Quadro 05), a fim de viabilizar o desenvolvimento do PE nas Unidades de Internação Médico Cirúrgica em sua totalidade; integrantes da Comissão SAE com a RT, estabeleceram um procedimento de trabalho referente à divisão dos leitos de cada Unidade por enfermeiros e turnos, ou seja, o enfermeiro de cada turno de 12 horas seria responsável em desenvolver o PE para um número determinado de pacientes. Tal procedimento foi posto para que se atingisse 100% de realização da metodologia do PE. Em prosseguimento das atividades desenvolvidas pela Comissão, no primeiro semestre do ano de 2013 (Quadro 05), foi

elaborado e validado junto a Diretoria Hospitalar o Regimento Interno da Comissão SAE, o qual expunha seus propósitos, seus integrantes com respectivas funções, dentre outros.

Ainda no mesmo período (Quadro 05), o PE foi integrado à Comissão de Curativos, com a finalidade de direcionar e qualificar a assistência aos pacientes portadores de lesões cutâneas e feridas crônicas. Assim sendo, enfermeiros da Comissão SAE reestruturaram o Módulo, criando um subgrupo denominado SAE Curativos. Para tal, este subgrupo foi constituído para avaliação e prescrição de condutas curativas, realizadas pelo profissional enfermeiro. Também no mesmo semestre (Quadro 05), integrantes da Comissão também organizaram e adequaram o Módulo SAE aos Protocolos de Riscos Assistenciais já adotados na Instituição.

Frente aos eventos relacionados à implantação do PE, igualmente destaca-se como acontecimento relevante no ano de 2013 (Quadro 05), a definição e implantação dos Indicadores Assistenciais do PE, com o intuito de avaliar a qualidade da assistência de enfermagem por meio do PE; bem como, a proposta de implantação do PE no Centro Cirúrgico (CC), por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

7.1.5 Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE no ano de 2014 (quadro 06)

Quadro 06 - Eventos relevantes relacionados à implantação e operacionalização do PE, no ano de 2014. Alfenas, 2015.

ANO 2014		
MESES	TIPO DOCUMENTO	EVENTO
Janeiro/ Fevereiro/ Março/ Abril	Ata de reunião/ Planejamento Estratégico	Estruturação do Módulo SAEP. Aquisição dos sistemas computacionais para o CC.
Maió/Junho	Planejamento Estratégico/ Planilha de Treinamento	Capacitação e sensibilização da equipe de enfermagem do CC.
Julho	Planejamento Estratégico	Implantação da SAEP no CC.
Novembro	Planejamento Estratégico/ Planilha de treinamento	Aprimoramento sobre o PE englobando todos os enfermeiros.

Fonte: Do autor.

Em continuidade à proposta de implantação do PE no CC, no primeiro semestre de 2014 (Quadro 06), o coordenador da Comissão SAE ordenou o Módulo SAEP, como um subgrupo do Módulo SAE. Para viabilizar a implantação desse,

foram também adquiridos *netbooks* e computadores para a Unidade de CC, objetivando a execução da metodologia informatizada. Após a estruturação do Módulo SAEP e aquisição dos sistemas computacionais, realizou-se a capacitação e sensibilização da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico e, por conseguinte, no mês de julho (Quadro 06) foi implantado a SAEP. Ainda, no mesmo ano (Quadro 06), foi promovido um aprimoramento abarcando todos os enfermeiros da Instituição, com o intuito de alinhar o conhecimento sobre PE.

7.1.6 Eventos relevantes relacionados à implementação do PE no ano de 2015 (quadro 07)

Quadro 07 - Eventos relevantes relacionados à implementação do PE, no ano de 2015. Alfenas, 2015.

ANO 2015		
MESES	TIPO DOCUMENTO	EVENTO
Março	Relatório da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para Manutenção de Nível I de Acreditação Hospitalar.	Requerimento da Diretoria e da RT à Comissão SAE para a implantação da quinta etapa do PE - Avaliação dos Resultados.
Maior	Ata de reunião/ Planejamento Estratégico	Início da preparação e estruturação do Módulo SAE - Avaliação de Resultados.

Fonte: Do autor.

Por fim, no primeiro semestre do ano de 2015 (Quadro 07), encerra o levantamento de eventos direcionados à implantação e operacionalização do PE no Hospital Unimed. Em destaque a esse período, evidencia-se a proposta de implantação da quinta etapa do PE – Avaliação dos Resultados de Enfermagem, a qual está em processo de reestruturação no Módulo SAE.

7.2 ANÁLISE DOS DADOS DO GRUPO FOCAL

A apresentação e descrição dos documentos, e do passo a passo que possibilitou a implantação e implementação do PE no Hospital Unimed de Poços de Caldas, constitui um pano de fundo à compreensão dos significados conferidos pelos enfermeiros protagonistas na vivência com o instrumento metodológico assistencial. Por sua vez, esses significados foram desvelados por meio do método

da Análise de Conteúdo de Bardin (2013) e guiados pelo Referencial do Interacionismo Simbólico (CHARON, 2010).

Logo, os dados advindos do Grupo Focal foram versados com o emprego da Análise Temática embasados em Bardin (2013), tendo as unidades de registro (UR) como temas, os quais foram elaborados e delineados em conjunção com o objetivo da pesquisa e com o Referencial adotado. No processo de codificação, as URs foram sinalizadas com códigos alfanuméricos, que permitiu os agrupamentos posteriores. Também, foram identificadas as unidades de contexto (UC) agregadas às URs. Por fim, as Unidades foram classificadas em grupos e subgrupos por semelhanças e diferenças, instituindo assim categorias e subcategorias temáticas, que relevam significados atribuídos pelos enfermeiros na vivência com o PE.

Na interação com os dados, coletados por meio da Análise Documental e do Grupo Focal, observa-se que a implantação e implementação do PE configura-se como um processo de interação psicossocial. Esse é caracterizado como processo por se apresentar em movimento contínuo, dinâmico, funcional, criterioso e atualizado. É um processo psíquico por estar fundado em construções internas e em significados e, é social por que acontece nas interações dos enfermeiros; seja com o contexto, com o paciente e com o *self*. Assim, o enfermeiro no processo de implantação e implementação do PE interage com o ambiente assistencial, com o paciente e familiares e consigo mesmo. A interação do enfermeiro com o PE, implantando-o ou implementando-o, é constituído por eventos não lineares, que ocorrem de forma simultânea e ao mesmo tempo são mutuamente influenciados. Tais eventos estão representados simbolicamente por categorias temáticas construídas a partir da análise dos dados da vivência dos enfermeiros na Instituição Hospitalar Unimed.

As categorias construídas desvendam os componentes inter-relacionados da implantação e implementação da metodologia assistencial, com a descrição do processo interacional do enfermeiro ora com o contexto, ora com o paciente e ora com ele mesmo. Por sua vez, o conjunto das categorias exprime os significados atribuídos pelo enfermeiro na interação com PE e evidencia linhas de conectividade existentes entre as condições que viabilizaram a implantação do mesmo, seja envolvendo os envolvidos ou a Instituição; a vivência com o PE representada pelos significados atribuídos ao PE como um todo e as suas etapas; e finalmente os resultados alcançados no cotidiano da assistência sistematizada com o PE bem

como os impasses enfrentados. Deste modo, os elementos viabilizadores, as interações do enfermeiro e os resultados alcançados representam simbolicamente a estrutura que sustenta a implantação e implementação do PE na Instituição Hospitalar.

As categorias e subcategorias, assim como as figuras que evidenciam as conexões entre elas, estão expostas a seguir. A apresentação iniciar-se-á pelas condições que viabilizaram a implantação do PE. Em seguida, apresentar-se-á a interação do enfermeiro com o PE de forma geral e de forma específica com as etapas que o constituem. Após, estão expostas as categorias e subcategorias que revelam os resultados alcançados e, por último àquela que exhibe os impasses superados na implantação e implementação do PE.

Para facilitar a exposição dos resultados, o termo enfermeira foi usado se referindo as graduadas de Enfermagem participantes do Grupo Focal. Da mesma forma, visando resguardar a identidade das enfermeiras, foram empregados nomes fictícios nas suas identificações, optando-se pela adoção de poetisas brasileiras; sendo elas: a também mineira Adélia Prado (1935), a Cora Coralina (1889 - 1985), Cecília Meirelles (1901 - 1964), a nordestina Rachel de Queiroz (1910 - 2003), Henriqueta Lisboa (1901 - 1985), Lygia Fagundes (1923) e Clarisse Lispector (1920 - 1977). Já faz tempo que elas ingressaram na Literatura, na qual fizeram e ainda fazem excelente trabalho. Por esse motivo esses nomes foram homenageados, que por si só representam muito para a história da Literatura no Brasil, bem como os enfermeiros que escrevem versos e sonhos também na prática de Enfermagem, buscando pela excelência. Ainda, os nomes fictícios são sequenciados dos códigos alfanuméricos das URs, a fim de facilitar a identificação das mesmas. E a palavra paciente foi empregada para fazer alusão à pessoa e à família ou a um grupo que se encontra sob os cuidados desse enfermeiro.

7.2.1 Viabilizando a implantação do PE

A categoria intitulada **VIABILIZANDO A IMPLANTAÇÃO DO PE** representa o encadeamento dos elementos que favoreceram a implantação do PE no Hospital Unimed Poços de Caldas. As condições e estratégias que advogaram essa implantação estão delineadas em duas subcategorias, sendo a primeira

Envolvendo muito os envolvidos e, a segunda **Envolvendo a Instituição**, que estão descritas a seguir e esboçadas na Figura 05.

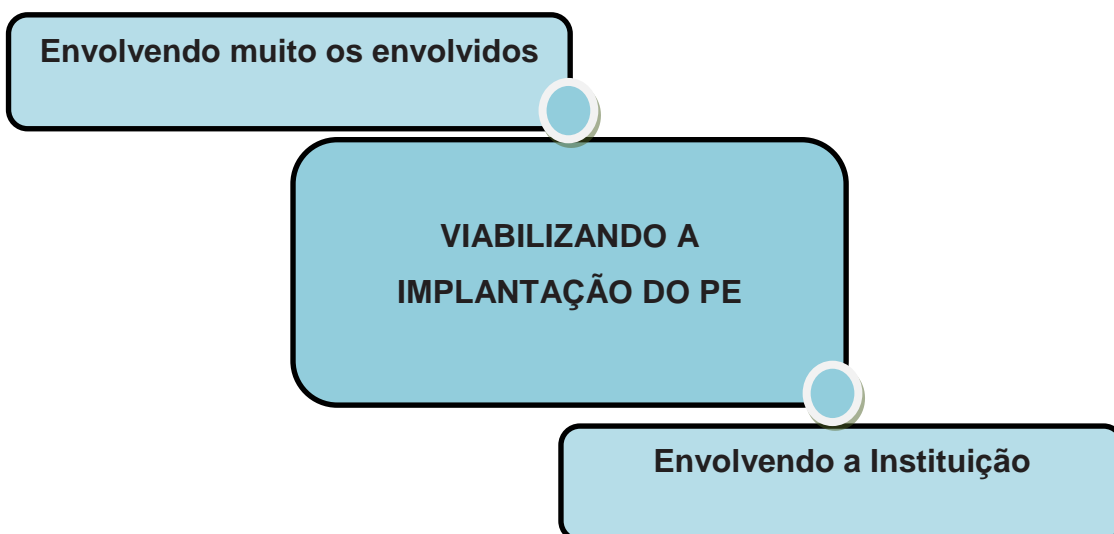
7.2.1.1 Envolvendo muito os envolvidos

Envolvendo muito os envolvidos, cuja redundância no título é proposital, constitui uma subcategoria que sinaliza os primeiros elementos, relacionado aos enfermeiros e à equipe multiprofissional bem como à Direção Institucional, que viabilizaram a implantação do PE enquanto processo de trabalho assistencial. Essa subcategoria está apoiada no interesse comum dos enfermeiros em alcançar melhor assistência de enfermagem. Apesar disso, eles demandaram tempo e trabalho em equipe, também para o reconhecimento das peculiaridades do Cenário Institucional, com vistas às dificuldades e potencialidades do plano de implantação do PE. Destaca-se o comprometimento e a mobilização dos integrantes da Comissão da Sistematização de Enfermagem (SAE) na viabilidade do PE na Instituição. Esse comprometimento está instituído no fato dos integrantes da Comissão reconhecer no PE uma perspectiva de transformação e melhora da realidade assistencial e para tal buscaram, com dedicação e persistência, estratégias para sua implantação.

“... começou por alguns que contagiaram os demais...” **Cora Coralina (2.96)**

“... em primeiro lugar, acho louvável essa iniciativa de um grupo de enfermeiros se mobilizarem (...) que estavam a fim de transformar a realidade que a gente vivia antes, (...) com a perspectiva de melhora a cada dia.” **Rachel de Queiroz (3.291)**

Figura 05 - Categoria Viabilizando a Implantação do PE. Alfenas, 2015.



Fonte: Do autor.

Os enfermeiros da Comissão SAE investiram de forma determinada na sensibilização da equipe de enfermagem, focando em especial sobre os próprios enfermeiros, o que demandou muito envolvimento dos envolvidos.

“... Então precisou-se sensibilizar, até mesmo os próprios enfermeiros para poder estar trabalhando e atuando com o PE, então para eles conhecerem e saberem por que isso iria acontecer, e o tanto que iria mudar a qualidade do cuidado. Então precisou dos próprios profissionais conhecerem e aceitarem o PE, então tivemos essa etapa aí...” Adélia Prado (2.101)

*“... houve assim muito envolvimento dos envolvidos. **Adélia Prado (3.296)***

Considerando a relevância da sensibilização da equipe, esse processo perpassou por questões que demandaram mudança de cultura relacionada ao modo de fazer Enfermagem, isto é, a implantação do PE permitiu uma transição cultural tanto dos enfermeiros como dos técnicos no âmbito da prática, garantindo assim novas conquistas e espaços aos profissionais de enfermagem.

“... surgiu também uma sensibilização, uma interação, que colocou a equipe de enfermagem para pensar (...). Uma segunda parte também foi a aceitação dos próprios técnicos de enfermagem, por que eles estavam acostumados a seguir a prescrição médica por via de regra e, para eles

somente tinha valor a prescrição médica, assim tivemos esse trabalho de estar sensibilizando e de estar mostrando a importância do PE". Adélia Prado (2.109)

"... demandou-se tempo, um trabalho de formiguinha, um trabalho de equipe, de conscientização, de mudança de cultura..." Adélia Prado (2.121)

Por fim, a experiência informada da enfermeira, frente a sua experiência prática associada aos conhecimentos científicos, é apresentada como condição essencial à efetiva implantação do PE. Assim sendo, amplo conhecimento é exigido do enfermeiro para que ele possa desenvolver as etapas do PE, em particular a prescrição de enfermagem.

7.2.1.2 Envolvendo a Instituição

Na interação da enfermeira com o contexto Institucional, a subcategoria Envolvendo a Instituição compreende a sensibilização e conseqüente interesse e participação da Instituição na inserção do PE na prática. De tal modo, a Direção Institucional valoriza a proposta de prover os recursos necessários à implantação do PE, seja gerando recursos humanos suficientes para melhor dimensionamento de profissionais de enfermagem; bem como disponibilizando recursos financeiros e materiais.

"... Foi a Enfermagem, ou melhor, os enfermeiros que mostraram para a Instituição quanto era importante a sistematização. O antigo responsável técnico e o Coordenador da Comissão SAE tiveram uma participação importante no começo, pois tinham acesso à Diretoria e mostraram a importância do PE a ela..." Cora Coralina (2.192)

"... A empresa que almeja a satisfação do cliente, normalmente a empresa privada, tem que estar aberta para isso, aberta para mudanças, para modificações. E quando a Enfermagem trouxe essa perspectiva de melhorias, de mudar e realmente evidenciar a qualidade de que tanto eles almejavam foi abraçada a causa, por isso que nós estamos aqui hoje..." Cecília Meirelles (3.286)

“... Eu acredito no olhar da Diretoria mesmo, porque nós somos uma Instituição privada, e o mercado está aí, oferecendo concorrentes, então, é a visão mesmo da Instituição. É preciso fazer a diferença, eu tenho que ter algo a mais (...) a Instituição comprou a ideia, na busca de um diferencial mesmo, de qualidade, é preciso ter um nome...” Rachel de Queiroz (3.282)

“... O envolvimento da alta Direção é tudo, se a alta Direção não vem junto, não apoiar nossos processos, nossos projetos, a gente não consegue, porque demanda recursos financeiros - era computador a mais que precisava instalar nos setores; era pagar horas extras; pagar banco de horas; gerar recursos humanos; porque para fazer um cuidado individualizado precisa de recursos humanos.” Adélia Prado (3.292)

Além do envolvimento proativo da equipe de Enfermagem e da Direção Institucional, baseado na comunicação e esforço coletivo, a Comissão SAE pode contar com outros Serviços Institucionais, como o Setor da Tecnologia da Informática; que operacionalizou o PE informatizado.

“... sem contar também, que nós tivemos aí um Setor de Tecnologia da Informática que não conhecia as nossas necessidades. Nós tentamos passar da melhor forma para eles, mas eles não conheciam nossa realidade muitas das vezes, e eles foram assim ... muito abertos, envolvidos e conseguiram proporcionar o PE informatizado.” Adélia Prado (3.299)

Enfatiza-se nessa conjunção, o interesse das enfermeiras em favorecer o cooperativismo e envolvimento de toda a Instituição para a inserção do PE em seu contexto estrutural, organizacional, político e cultural.

7.2.2 Fazendo com intencionalidade

Na vivência com o PE, a enfermeira interage com o paciente e com a família tendo intencionalidade. Deste modo, a categoria **FAZENDO COM INTENCIONALIDADE** permitiu desvelar significados da assistência de enfermagem fundamentada no PE. Tais significados estão esboçados em duas subcategorias temáticas, sendo a primeira titulada **Fazendo com Intencionalidade** e, a segunda

Fazendo avaliação clínica, realizando e documentando o Plano Terapêutico e a SAEP que estão ilustradas na Figura 06.

7.2.2.1 Fazendo com Intencionalidade

No contexto da vivência da enfermeira com o PE, a categoria Fazendo com Intencionalidade pode ser compreendida como a interpretação subjetiva do enfermeiro sobre a essência do significado da assistência sistematizada. Assim, o PE na prática clínica é considerado como o método ideal, como o mais indicado e o mais correto para se trabalhar, pois norteia e instrumentaliza o agir do enfermeiro com intencionalidade; conformando-o com propósitos, direcionamentos, sentidos e significados em detrimento do fazer por fazer, de forma aleatória. Ademais, Fazendo com Intencionalidade dirige a enfermeira a pensar no que está fazendo, no porque está fazendo? e como está fazendo? consolidando assim o julgamento e o raciocínio clínico, diagnóstico e terapêutico. Dentre outras, as atividades de elencar Diagnósticos de Enfermagem, de elaborar o plano terapêutico e a alta do paciente passam a ser carregadas de intencionalidade.

“... se eu tivesse que trabalhar em um hospital sem esses processos que acontecem aqui dentro não é? acho que seria bem difícil, porque a gente trabalha com o que é mais indicado, que é o ideal...” Rachel de Queiroz (3.218)

“... eu trabalhei em um hospital como técnica de enfermagem, a gente fazia simplesmente por fazer, por que era para fazer e não deixava nada registrado...” Clarisse Lispector (3. 236)

“... Eu tive a oportunidade de conhecer outras Instituições, por que já dei estágios, e eu vejo que o local em que não tem o PE tem-se um trabalho aleatório, é o fazer por fazer, não é o fazer por que estou fazendo? como estou fazendo? Então fica tudo sem sentido, fica tudo muito perdido, só preocupado mesmo (...) em checar medicação; não tem outro propósito, não tem outro direcionamento...” Henriqueta Lisboa (3.223)

No espaço concreto e singular da Instituição, Fazendo com intencionalidade também está firmado no favorecimento da assistência holística; que

por sua vez contribui para uma prática diferenciada e efetiva. Assim sendo, o fazer intencional pauta a qualidade da assistência, promovendo a otimização dos dias de internação hospitalar e a redução de custos institucionais; que naturalmente é evidenciada pelos indicadores de qualidade.

“... quando você bate o olho no paciente, você já vê: - nossa quanta coisa tem para fazer!” **Cora Coralina (3.253)**

“... para o cuidado do paciente o PE foi muito bom, pois o paciente recebe um cuidado com uma visão generalizada que contempla não só o problema da queixa principal, mas também outros problemas que o paciente tem, ou seja, conseguimos tratar o paciente de uma melhor maneira e traçar um cuidado diferenciado...” **Adélia Prado (1.54)**

“... o PE nos dá segurança (...) ainda mais sabendo da efetividade do trabalho que é aplicado. É uma qualidade mantida, por que é 24 horas, então esse cuidado se estende, sendo um processo de trabalho com qualidade...” **Rachel de Queiroz (3.197)**

“... com o PE conseguimos minimizar os dias de internação institucional (...) com seguimento da prescrição e cuidado integral você consegue minimizar custos para a Empresa...” **Cecília Meirelles (1.36)**

“... nos embasamos nos indicadores assistenciais. Vincula o PE, cruza os dados e é a partir daí que sai novas ações de melhoria para o cuidado, então assim ... isso é extremamente importante para o paciente. A gente consegue mensurar e por meio desse resultado promover ações de melhoria...” **Adélia Prado (2.178)**

De tal modo, Fazendo com Intencionalidade desvela a centralidade do significado da vivência da implantação e implementação do PE, configurando um novo “fazer em enfermagem”, um “fazer intencional” no desempenho do papel clínico da enfermeira no alcance da qualidade assistencial. Sendo que essa qualidade, por sua vez, foi o resultado alcançado mais frequente no discurso das enfermeiras.

Figura 06 - Categoria Fazendo com Intencionalidade. Alfenas, 2015.



Fonte: Do autor.

7.2.2.2 Fazendo avaliação clínica, realizando e documentando o Plano Terapêutico e a SAEP

Essa subcategoria representa a maior delas, ou seja, com maior Unidades de Registros; visto que delinea, de forma específica, algumas etapas do Processo de Enfermagem como a avaliação clínica individual do paciente e a prescrição de enfermagem. Da mesma forma, a subcategoria caracteriza a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

No contexto da prática, a avaliação clínica é reconhecida como instrumento primário de investigação das condições de saúde do paciente, quando norteia o início do desenvolvimento do PE. A enfermeira expressa a intencionalidade de alcançar a completude e a acurácia dessa avaliação, favorecendo o exercício do pensamento crítico sobre as respostas do paciente ao processo saúde-doença e às etapas do ciclo vital bem como a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais precisos.

“... sem falar também que PE norteia o enfermeiro quando ele chega no quarto, o exame físico né, você chega lá e sabe nortear, por onde iniciar...”

Lygia Fagundes (2.197)

“Com o PE (...) conseguimos detectar respostas do paciente no exame físico que outro profissional não viu...” **Cora Coralina (1,7)**

“... Em relação à investigação e à entrevista, tenho um exemplo no meu setor; na entrevista com o paciente descobri que o mesmo não tinha só uma dor abdominal, ele tinha também um aneurisma...” **Clarisse Lispector (1,27)**

“... em muitas ocasiões com o olhar do enfermeiro, consegue-se gerar diagnósticos de enfermagem precisos...” **Adélia Prado (1.53)**

Ainda, a subcategoria pressupõe o fazer intencional do Plano Terapêutico, o qual gera intervenções de Enfermagem com abordagem centrada no paciente; visando também seu conforto e segurança, no alcance da assistência integral. Garantida por meio da autonomia clínica; a prescrição de intervenções favorece continuamente a avaliação, pela enfermeira, dos protocolos assistenciais institucionalizados. Dentre as perspectivas de melhorias da assistência, o Plano Terapêutico, com etapa terminante do PE, contempla os riscos assistenciais; demandando a implementação de intervenções vinculadas aos riscos versados. Por fim, de forma fundamental o Plano Terapêutico evidencia a qualidade da assistência.

“... na prescrição de enfermagem eu descrevo intervenções para o conforto (...), segurança do paciente, e consigo rever protocolos assistenciais.

Rachel de Queiroz (1,18)

“... para nós é uma autonomia que o enfermeiro antigamente não tinha; autonomia essa de estar prescrevendo cuidados, quando antigamente só o médico prescrevia tais cuidados.” **Adélia Prado (1.50)**

“... por exemplo uma febre a esclarecer, nós levantamos um histórico muito maior (...), todavia nós levamos essas informações ao médico; lógico que aquilo que cabe, já o que nos compete ... já intervirmos e tomamos providências com autonomia.” **Rachel de Queiroz (1.23)**

“... então, nós temos mensalmente a reunião dos enfermeiros, na qual nos são apresentados os dados lançados, que foram linkados de acordo com as necessidades do paciente ... conforme ele foi classificado. Por que no Sistema também classificamos os riscos assistenciais do paciente, então as ações para esses riscos de segurança ou de prevenção, ou que seja algum protocolo, devem estar evidenciadas na prescrição de enfermagem.”

Rachel de Queiroz (3.213)

Também, no Plano Terapêutico articula-se a acolhida e maior ampliação e entendimento pelo técnico de enfermagem das intervenções prescritas, com o estabelecimento de um *feedback* diário sobre o plano elaborado; o que favoreceu maior visibilidade e valorização do mesmo por esse profissional.

“Com o PE, o olhar do técnico de enfermagem fica mais amplificado em relação à assistência, pois eles estão acostumados com algumas intervenções já prescritas diariamente. Quando interna um paciente, por exemplo, eles já sugerem instalar o colchão piramidal, até antes mesmo da enfermeira sugerir...” **Rachel de Queiroz (1.78)**

“... todos os dias repassamos toda a prescrição de enfermagem para os técnicos e eles nos dão feedback.” **Cecília Meirelles (1.77)**

“... o valor da prescrição médica tem o mesmo valor da prescrição de enfermagem. Hoje na prática vejo que a prescrição de enfermagem tem o peso da prescrição médica, em relação à assistência ao paciente.” **Lygia Fagundes (1,10)**

“... por que eles estavam acostumados a seguir a prescrição médica por via de regra, e para eles somente tinha valor a prescrição médica.” **Adélia Prado (2.109)**

Da mesma forma, a subcategoria não só expressa o plano terapêutico como a essência do PE, bem como mostra a importância da documentação do mesmo. Porquanto, o registro das intervenções é usado para coleta de informações e consultas, acessível a toda equipe de saúde; podendo respaldar tanto o profissional como a Instituição.

“... eu tenho como evidenciar esse cuidado em uma evolução, numa checagem de prescrição de enfermagem...” Adélia Prado (1.60)

“... e, portanto, a prescrição de enfermagem nos respalda enquanto profissionais e também respalda a Instituição na qual se trabalha...” Adélia Prado (1.61)

Essa subcategoria também promulga a vivência da enfermeira, em especial daquela que atua no Centro Cirúrgico (CC), no contexto de sua experiência com a SAEP; onde o mesmo interage com o paciente, com a família e com os pares de forma intencional. O PE aplicado no CC faculta ao enfermeiro a avaliação pré, trans e pós-operatória; promovendo assistência tanto individualizada como integral ao paciente.

“... algumas coisas, às vezes, acabamos descobrindo no momento da cirurgia (...) então o objetivo desta visita, é ter esse olhar, fazer essa anamnese (...) não é só o anestesista que tem que avaliar esse paciente antes do procedimento, o paciente tem que ser avaliado pelo profissional enfermeiro também...” Adélia Prado (3.239)

“... porque assim, você consegue ver o retorno do paciente, como ele foi atendido dentro do setor, como foi durante o processo lá na cirurgia, na recuperação e, depois no quarto...” Clarisse Lispector (2.153)

“... pois quando o paciente sai do CC e vai para a Ala, a gente perde o contato com o paciente, então hoje por meio da SAEP, consigo ter contato no pós-operatório do paciente.” Clarisse Lispector (2.167)

No agir intencional e no desempenho do papel clínico também no CC, a enfermeira declara que a SAEP direciona, qualifica, e valoriza a assistência operatória, permitindo o cumprimento do protocolo de cirurgia segura.

“... no CC, é a SAEP que vai direcionar o restante do cuidado, que é extremamente importante...” Adélia Prado (3.240)

“... a SAEP veio para dar qualidade aos nossos pacientes (...) em relação ao CC, eu acho que a SAEP veio para aprimorar, para valorizar e dar qualidade mesmo para o atendimento...” Clarisse Lispector (3.230)

“... a SAEP é extremamente importante, nós temos aí que fazer cumprir o protocolo de cirurgia segura e, a SAEP ela vem para fortalecer não é? para gente realmente conhecer o paciente que nós vamos intervir no CC...”
Adélia Prado (3.237)

De tal forma, ainda nos seus discursos, a enfermeira menciona o sentimento de valorização da assistência perioperatória recebida pelo paciente cirurgiado e seus familiares. Com o intuito de desvelar o significado da implantação do PE também no CC, o enfermeiro a revela, de forma expressiva, como sendo uma vivência que ele levará para a vida toda.

“... para os pacientes no operatório e pós-operatório, eles se sentem valorizados mesmo com a SAEP e também a família, onde eles se sentem como se tivéssemos dando uma atenção a mais, então se consegue ouvir relatos assim: - aconteceu isso, foi bom isso...” **Clarisse Lispector (2.164)**

“... eu acho que é uma vivência que vou levar para a vida toda, porque quando o paciente chega no CC, ele chega extremamente estressado e, quando você volta no quarto, depois da cirurgia você vê que ele conseguiu superar tudo...” **Clarisse Lispector (2.154)**

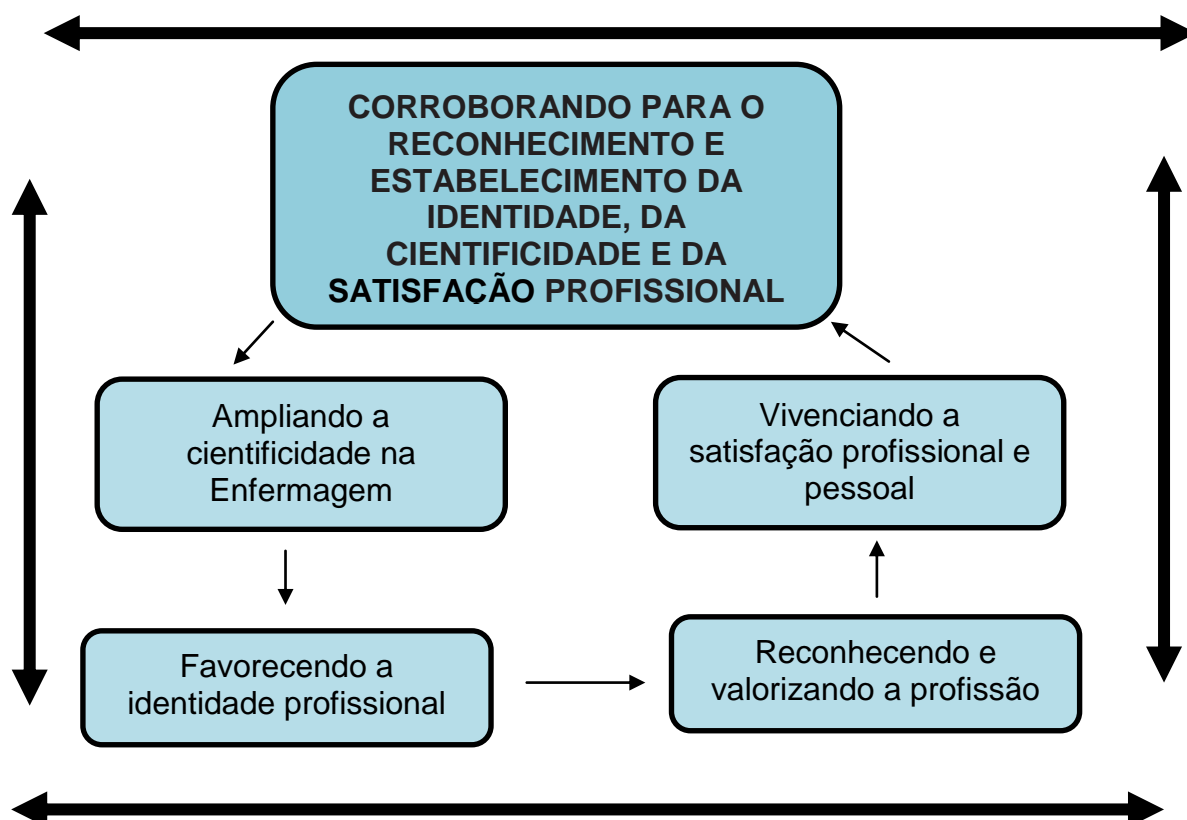
Frente a realidade da prática clínica sistematizada, a subcategoria titulada Fazendo avaliação clínica, realizando e documentando o Plano Terapêutico e a SAEP retrata a vivência das enfermeiras no desenvolvimento de etapas do PE no âmbito hospitalar e em especial no CC. Dentre as etapas se destaca o significado do Plano Terapêutico, carregado de intencionalidade com o alcance de bons resultados assistenciais. Essa subcategoria está fundada na autonomia clínica que por sua vez se torna importante para a sustentação do papel clínico da enfermeira.

7.2.3 Corroborando para o reconhecimento e estabelecimento da identidade, da cientificidade e da satisfação profissional

A terceira categoria **CORROBORANDO PARA O RECONHECIMENTO E ESTABELECIMENTO DA IDENTIDADE, DA CIENTIFICIDADE E DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL** se diferencia das demais, por se constituir como a maior categoria

temática deste estudo, compreendendo quatro subcategorias. Essas expõem os resultados vivenciados no cotidiano da prática clínica sistematizada, sendo aqui representados pela ampliação da cientificidade na Enfermagem; pelo favorecimento da identidade, do reconhecimento e da valorização profissional, articulados com a satisfação profissional e pessoal. Tais subcategorias estão explanadas na Figura 07 e delineadas a seguir.

Figura 07 - Categoria Corroborando para o reconhecimento e estabelecimento da identidade, da cientificidade e da satisfação profissional. Alfenas, 2015.



Fonte: Do autor.

7.2.3.1 Ampliando a Cientificidade na Enfermagem

É uma subcategoria que denota o resultado mais fundamental da aplicabilidade da assistência de enfermagem sistematizada - o conhecimento científico. Nesse sentido, a implantação do PE estimulou a enfermeira a buscar a capacitação, o aprimoramento e treinamento profissional, seja à realização da avaliação clínica ou à elaboração do Plano Terapêutico; o que já de início contribuiu para o estabelecimento de maior cientificidade na prática.

“... para a implantação do PE foi muito estudo, muitas das vezes a gente não conhecia alguma coisa, mas a gente ia lá, ia atrás, corria e educava...”

Adélia Prado (3.298)

“... o conhecimento da Enfermagem com o PE cresceu muito, pois tínhamos enfermeiros que nem sabiam fazer o exame físico...” **Cora Coralina (1.8)**

“... então o PE foi uma forma de capacitar também os profissionais, hoje nós temos profissionais devidamente capacitados, que olham para o paciente e conseguem detectar o que ele precisa naquele momento...” **Adélia Prado (2.140)**

“Eu acho que o enfermeiro é hoje treinado e capacitado, e deve ser muito audacioso, ter uma visão ampla (...) nós temos que nos lapidarmos, porque a gente vem bruto, e com o tempo avançamos...” **Cecília Meirelles (3. 265)**

O PE é descrito pela enfermeira como promotor da cientificidade no cotidiano assistencial, ampliando os conhecimentos da Ciência da Enfermagem. Igualmente articula-se sobre o favorecimento dessa cientificidade no desenvolvimento do raciocínio clínico em relação às condições de saúde do paciente; o qual patrocina a tomada de decisões mais assertiva frente a prática da enfermagem.

“... a gente precisa realmente ter raciocínio clínico, e esse está ligado à patologia do paciente....” **Henriqueta Lisboa (3.205)**

“... acredito que nós nos tornamos profissionais altamente críticos com o PE (...) todos nós podemos melhorar alguma coisa (...) então assim, nos tornamos profissionais muito críticos mesmo, nosso olhar se volta muito para isso...” **Rachel de Queiroz (3.241)**

“... quando você olha para o paciente, você já vê: - nossa quanta coisa tem para fazer! então é muito diferenciado, a tua visão é outra. ” **Cora Coralina (3.253)**

Outro ponto, inerente à cientificidade da prática clínica, é a articulação do PE como um corpo de conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados,

sistematizados e reformulados, o qual fornece evidências científicas à Ciência de Enfermagem e ao mesmo tempo permite o acesso da enfermeira a tais evidências.

“Na minha visão o PE (...), veio para mostrar que hoje a Enfermagem não trabalha mais de forma empírica, no achismo, pois a Enfermagem tem um cuidado especializado, diferenciado, que trabalha com evidências (...) que ela avalia e ela tem condições e conhecimentos técnico-científicos para gerar uma assistência de enfermagem individualizada e de qualidade.”

Adélia Prado (1.44)

A subcategoria Ampliando a Cientificidade na Enfermagem não somente articula o PE como alicerce à cientificidade da Enfermagem, destacando em especial o raciocínio clínico na prática. Mas também, amplia a consciência e a percepção da enfermeira sobre a importância e responsabilidade da construção e renovação continuada de conhecimento técnico-científico no âmbito da profissão.

7.2.3.2 Favorecendo a Identidade Profissional

Refere-se a uma subcategoria que expressa as relações entre as enfermeiras e com os demais membros da equipe, na busca da definição de sua identidade enquanto profissionais que são da assistência à saúde. Frente à dinâmica de trabalho, o PE ao fazer parte da rotina profissional promulgou aos enfermeiros, em especial, a apropriação de sua autonomia profissional no desempenho de seu papel clínico; provocando de forma velada um processo importante de diferenciação e independência da sua prática, fortalecendo assim a sua identidade de ser enfermeira. O que, por sua vez, desencadeou de forma inerente maior envolvimento dos técnicos de enfermagem com a assistência ao paciente.

“O enfermeiro tem que entender que o PE faz parte da rotina e da profissão de enfermagem.” **Henriqueta Lisboa (4.325)**

“... então, hoje o PE veio para enriquecer e dar autonomia...” **Adélia Prado (1.62)**

“... com o PE na Instituição (...) elaborarmos nossa prescrição, e colocamos nossa prática sem a dependência de outras profissões...” **Rachel de Queiroz (1.3)**

“... hoje com o PE somos capacitados a elaborarmos nossa Prescrição, e colocarmos nossa prática sem a dependência médica...” **Cecília Meirelles (1,3).**

“... a Enfermagem é muito burocrática e o PE nos aproxima da parte assistencial. Não só aproxima como nos mantém, pois através do PE vou gerar ações e vou descrever todo o cuidado...” **Rachel de Queiroz (1.13)**

“... a equipe médica (...) muitas das vezes deixam esta parte do cuidado por nossa responsabilidade, como por exemplo, os médicos prescrevem e pedem para que curativos sejam realizados conforme cuidados e orientação dos enfermeiros, tipo assim, isto está sobre responsabilidade do enfermeiro...” **Henriqueta Lisboa (1.64)**

“... portanto, percebo que os técnicos se envolvem mais com o cuidado através do PE...” **Rachel de Queiroz (1.79)**

Com o novo processo assistencial de enfermagem na Instituição, o ser enfermeira, de forma inusitada, se depara com uma reorganização de seu espaço profissional; ancorado na autonomia e no desempenho de seu papel clínico desvelando uma prática sua, específica e independente.

7.2.3.3 Reconhecendo e Valorizando a Profissão

A subcategoria Reconhecendo e Valorizando a Profissão, caracteriza-se pelo reconhecimento do PE, como instrumento metodológico assistencial, pelas próprias enfermeiras, pela equipe de enfermagem, pela equipe multiprofissional e pelo próprio Hospital. Em consequência da interação, mediada pelo PE, dos profissionais de enfermagem com a Instituição, observa-se a consequente organização e a qualificação da assistência; o que valora ainda mais o PE na sua totalidade e, perpetrando também o reconhecimento da Enfermagem Institucional por outras Instituições e outros Órgãos Institucionais. De tal modo, a credibilidade que o PE impetrou frente a todos, iniciou a partir da tão almejada Acreditação Nível I da Organização Nacional de Acreditação (ONA), a qual era pleiteada pela Instituição nos últimos anos. Assim, o PE foi implementado em todos os setores do Hospital, seguindo as orientações da ONA e de acordo com o Modelo no qual o enfermeiro,

junto à equipe multiprofissional, desempenha seu papel clínico na assistência ao paciente.

“... hoje com o PE, conseguimos ganhar espaço frente a equipe multidisciplinar...” Adélia Prado (1.52)

“... nossa equipe multidisciplinar recorre ao PE e a tudo aquilo que o enfermeiro lança em relação ao cliente e têm àquelas orientações que muitos seguem também, além da nossa equipe de enfermagem...” Adélia Prado (2.118)

“... a nossa supervisora Responsável Técnica, o tempo todo ela fala que para conseguir o Nível I de Acreditação, o qual hoje temos, foi necessário e importante a implantação do PE. Então, é um reconhecimento de certa forma, por que se não fossemos nós que somos a maioria; a Empresa, de certa maneira, não teria conseguido a Acreditação, pois isso foi falado demais pela acreditadora; então é um ganho sim para a Empresa...” Henriqueta Lisboa (3.199)

“... nós estamos conseguindo chegar assim em números favoráveis, então assim, independente do reconhecimento da Instituição nós fomos certificados no Nível I que é referente a segurança do paciente, que é o PE, e ele está diretamente ligado, não dissocia, é o cuidado e a segurança do paciente...” Adélia Prado (3.210)

“... e nós temos também reconhecimento de outros Órgãos, como por exemplo, nós fazemos parte da Rede de Hospitais Sentinela. E, um dos requisitos para fazer parte dessa Rede, é promover a segurança do paciente, a qual alcançamos com o PE; então acaba que nós temos sim um reconhecimento...” Adélia Prado (3.212)

O PE considerado como diferencial para a Instituição, também é descrito pelas enfermeiras como instrumento metodológico que contribui para o avanço da profissão de Enfermagem, no desempenho de seus papéis bem como à valorização da mesma.

“... pra nós o PE é engrandecedor, (...) se a Instituição não tivesse, (...) talvez, nós não teríamos o mesmo avanço...” Cecília Meirelles (3.269)

*“... Eu acho que é valorizado sim o profissional que tem a prática de trabalhar com o PE (...), porque essa prática não é ainda muito usada nas outras Instituições; você também é visto diferente quando sabe trabalhar com o PE...” **Henriqueta Lisboa (3. 244)***

*“Na minha visão o PE veio para valorizar a Profissão ...” **Adélia Prado (1.41)***

Nessas circunstâncias, o reconhecimento e a valorização profissional, intercedidos pelo PE, permite asseverar que esse instrumento assistencial permeia a construção de uma nova prática de enfermagem.

7.2.3.4 Vivenciando a Satisfação Profissional e Pessoal

Já essa subcategoria, traslada pela satisfação ou ganhos tanto profissional como pessoal alcançados pelas enfermeiras, é expressa em consequência da qualidade da assistência de enfermagem e sobretudo da satisfação do paciente no atendimento de suas necessidades.

*“... para nós, estarmos capacitados para prescrever cuidados é engrandecedor e uma satisfação...” **Cecília Meirelles (1.70)***

*“Trabalhar com o PE é uma satisfação pessoal. Você monta um plano em cima daquele cuidado, daquele paciente; daí você tem um retorno, pois eu elaborei, eu montei e, o retorno é positivo. É tanto a satisfação pessoal como profissional, conta muito...” **Cecília Meirelles (2.168)***

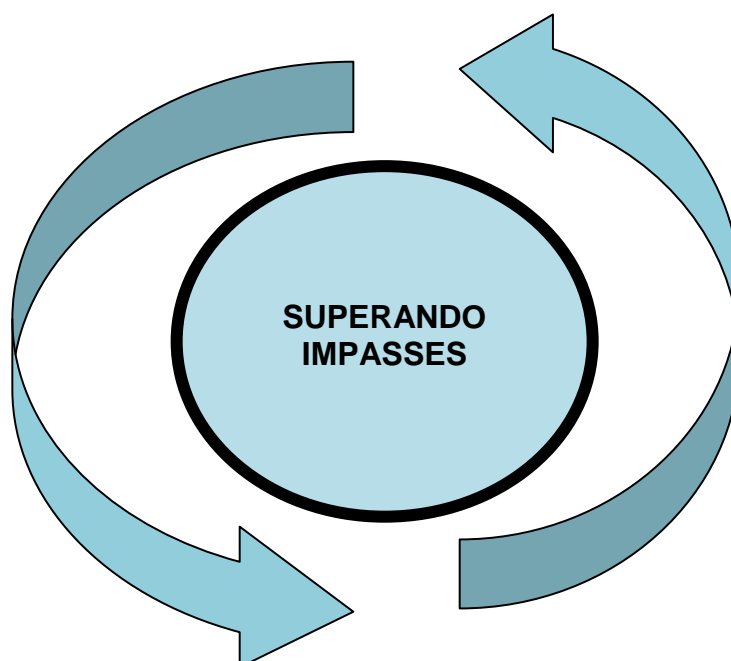
*“ O PE é um ganho sim, profissional principalmente, e pessoal também, por que 'você consegue atender o paciente dentro do que ele precisa...” **Henriqueta Lisboa (2.145)***

Nesse contexto, uma reflexão e avaliação mais subjetiva do “fazer” da enfermeira, intermediado pelo PE no âmbito da Instituição, promulga a troca de experiências interacionais passível de gerar sentimentos de satisfação. Satisfação essa que acontece de forma bilateral, ou seja, em relação ao paciente que é o centro da assistência e por conseguinte em relação ao profissional. Então, a satisfação deste é inerente a satisfação do paciente.

7.2.4 Superando impasses

A última categoria, intitulada **SUPERANDO IMPASSES** no contexto do PE na Instituição, articula-se pelas adversidades que delongaram ou até mesmo dificultaram sua consolidação. Sendo assim, assinala-se alguns impasses a sua implantação e implementação, os quais foram descritos pela enfermeira. Igualmente, a categoria está elucidada na Figura 08.

Figura 08 - Categoria Superando Impasses. Alfenas, 2015.



Fonte: Do autor

Considerando o contexto arduo de tomada de decisão de implantação do PE na Instituição, alinha-se nessa categoria dificuldades, específicas do enfermeiro, que emergiram no início da estruturação e implantação do PE. Dentre essas, está alocada a experiência informada insuficiente da enfermeira para se trabalhar com o PE; decorrente da pouca ou nenhuma experiência com o Método na Graduação ou mesmo na prática. Outra dificuldade à completa adesão e execução do Método assistencial se refere à realização e posterior registro informatizado do exame clínico do paciente.

“... realmente não foi tarefa fácil, pois na época alguns enfermeiros não tinham tido nem na Graduação a Disciplina do PE. Então muitos já atuavam

há anos na Profissão e não conheciam o PE, e além das dificuldades, tinha essa questão do desconhecimento sobre o PE...” Adélia Prado (2.97)

*“... tivemos o envolvimento dos enfermeiros e alguns deles eram inexperientes, mesmo quando se tratava do PE. Eu falo por mim, pois eu tive o PE muito superficialmente na minha Graduação, foi superficial ...”
Cecília Meirelles (2.124)*

“... tivemos dificuldades no começo em fazer o exame físico e colocar tudo no sistema informatizado (...). Nos primeiros Processos de Enfermagem realizados tivemos dificuldades com o computador. Os primeiros demoravam muito para serem feitos, mas depois você pega aptidão, daí o que demorava uma hora, passa para meia hora. Vai melhorando, então foi lá no começo. O primeiro PE realizado foi difícil, acho que para realizar o primeiro demorei três horas.” Cora Coralina (2.91)

“... então era assim ... tinha a inabilidade em usar o computador e, para você lançar todas as informações no sistema, então gerou uma incerteza não é? vai dar certo ou não vai dar certo?” Cecília Meirelles (2.131)

Outrossim, enfermeiras manifestaram resistência à implantação do PE, naturalmente pela característica inovadora do método em si. Às vezes, a resistência se apresentava sob o argumento da falta de tempo em desenvolver o PE no cotidiano da prática. Ora, a resistência estava apoiada na pouca compreensão dos benefícios que o PE poderia ocasionar para o paciente e para o próprio enfermeiro. No espaço dessa categoria, outros impasses foram igualmente superados; em especial um deles, instituído pelo próprio enfermeiro – convivendo com os mitos. Pois, entendia que o PE burocratizaria e dificultaria o desenvolvimento do seu serviço, bem como, acreditava que a realização do PE na prática diária, iria ser longa e demorada.

*“Tive experiências com o PE na Ala. Acho que no começo foi bem difícil, por ser um processo novo, porque se é novo é difícil de começar a fazer.”
Clarisse Lispector (2.147)*

“... acho que o trabalho da enfermagem é muito corrido, é muita coisa, é tudo prá ontem, não é? Então a falta de tempo é uma das maiores dificuldades que nós encontramos” Clarisse Lispector (3.314)

“... acredito que no começo teve muita resistência sim. Algumas vezes não dava tempo de fazer o PE e, nós não conseguíamos também enxergar o quanto isso ia trazer benefícios, tanto para o paciente como para os enfermeiros...” **Clarisse Lispector (3.304)**

“ Eu participei do processo de implantação do PE desde o início (...) realmente não foi tarefa fácil (...) quando muitos não conheciam o PE e achavam que ele iria burocratizar e dificultar o serviço, e também, que iria ser longo e demorado...” **Adélia Prado (2.103)**

As especificidades da categoria Superando Impasses revelam que na vivência da implantação do PE, a enfermeira se deparou com dificuldades, obstáculos e mitos. Procurar formas de conviver e superar tais impasses, conferiu a ela a construção de conhecimentos e novos caminhos favoráveis à viabilização do Método na cotidianidade da assistência.

7.3 PENSANDO NA SESSÃO DO GRUPO FOCAL

A sessão de Grupo Focal (GF) iniciou-se com boas-vindas aos participantes, seguida das apresentações dos mesmos e dos pesquisadores, com explanação do objetivo da pesquisa e, por fim da aclaração da técnica do GF. Elucidou-se que a experiência pessoal era importante, e que não havia ideias certas ou erradas a respeito do tema - “Implementação do PE”, e que da mesma forma, não se buscava consensos, por isso todos os participantes tinham contribuições a oferecer à compreensão do tema. Tendo em vista uma adequada gravação gentilmente solicitou-se que as enfermeiras evitassem falar conjuntamente e, ressaltou-se a importância de todos participarem, evitando conversas paralelas e dispersões. Logo, distribuiu-se os participantes no formato de círculo, para assim favorecer a interação entre elas e pesquisadores.

Principiou-se a sessão com a primeira pergunta disparadora, a qual investigava o PE no contexto da assistência de enfermagem de uma forma geral, como o intuito de introduzir o tema de pesquisa. No início da sessão do GF, enquanto pesquisadores (MAM, DISJ), percebemos que as enfermeiras apresentavam-se tímidas ou resistentes; o que durou pouco. Pois, após as falas da

primeira e da segunda participante estabeleceu-se um processo de interação intergrupar, em que os comentários de uma faziam emergir a opinião da outra, caracterizando e revelando assim os significados construídos coletivamente por elas sobre o PE. Já no início desse processo interacional, as enfermeiras destacaram o conceito de autonomia clínica na implementação da metodologia assistencial.

Em um segundo momento do GF, objetivou-se desvelar as percepções das enfermeiras participantes sobre a implantação do PE na Instituição Unimed. As explanações, de novo, iniciaram-se com a segunda participante, que começou a elencar dificuldades enfrentadas no início da implantação. A sua contribuição entusiasmou as demais em discorrer sobre tais dificuldades; em particular sobre a mudança cultural referente ao modo de fazer enfermagem. Como estratégia para gerar mais contribuições sobre essa vivência, a moderadora (MAM) utilizou vinhetas disparadoras entre as falas de uma participante e outra, para assim tentar desvelar sentimentos e opiniões sobre as especificidades do PE, como a SAEP no CC.

Destarte, na terceira e última pergunta disparadora, buscou-se a construção coletiva da percepção, das enfermeiras, frente ao processo de trabalho. Por meio da observação atenta da moderadora (MAM), foi possível, manter a discussão em foco, solicitando, aprofundando, esclarecendo as opiniões das participantes. A partir da aproximação com o tema e da interação grupal já estabelecida, observou-se que nesse momento, as enfermeiras interagem com espontaneidade, discorrendo sobre a temática naturalmente. Assim sendo, a medida que as enfermeiras expressavam suas vivências e concepções, emerge de suas falas outro importante conceito – o raciocínio clínico do enfermeiro. Nesse momento, para o pesquisador e para a moderadora, a observação da sessão ganhou grande significado, pois foi por meio das palavras, da tonalidade da voz, dos gestos, das expressões fisionômicas, das pausas que surgiram o significado central ou o cerne deste trabalho “O fazer com Intencionalidade”. Esse significado mostra a essência do PE na prática clínica e sobre o fazer em enfermagem. Nesse instante, a sessão do GF e a abordagem ao tema tinha atingido o seu apogeu.

A sessão do GF encerrou-se com agradecimentos e, solicitou-se as participantes para que discorressem em poucas palavras, sobre o PE na prática clínica. Nesse momento, as enfermeiras expressaram, em uma síntese, os significados atribuídos à vivência que cada uma tinha com o PE implantado e implementado. Assim sendo, a sessão de GF trouxe grandes contribuições sobre as

experiências, os sentimentos e as expressões vivenciadas no fazer dos enfermeiros frente ao PE vivenciado. Os elementos advindos dos argumentos das enfermeiras participantes do Grupo Focal integralmente, se sobressaíram àqueles encontrados na literatura; o que nos ajudou a compreender os significados da interação do enfermeiro com os elementos envolvidos no processo assistencial. Deste modo, o término da sessão marcou o início do desvelamento das singularidades presentes na complexidade interacional do enfermeiro com o PE.

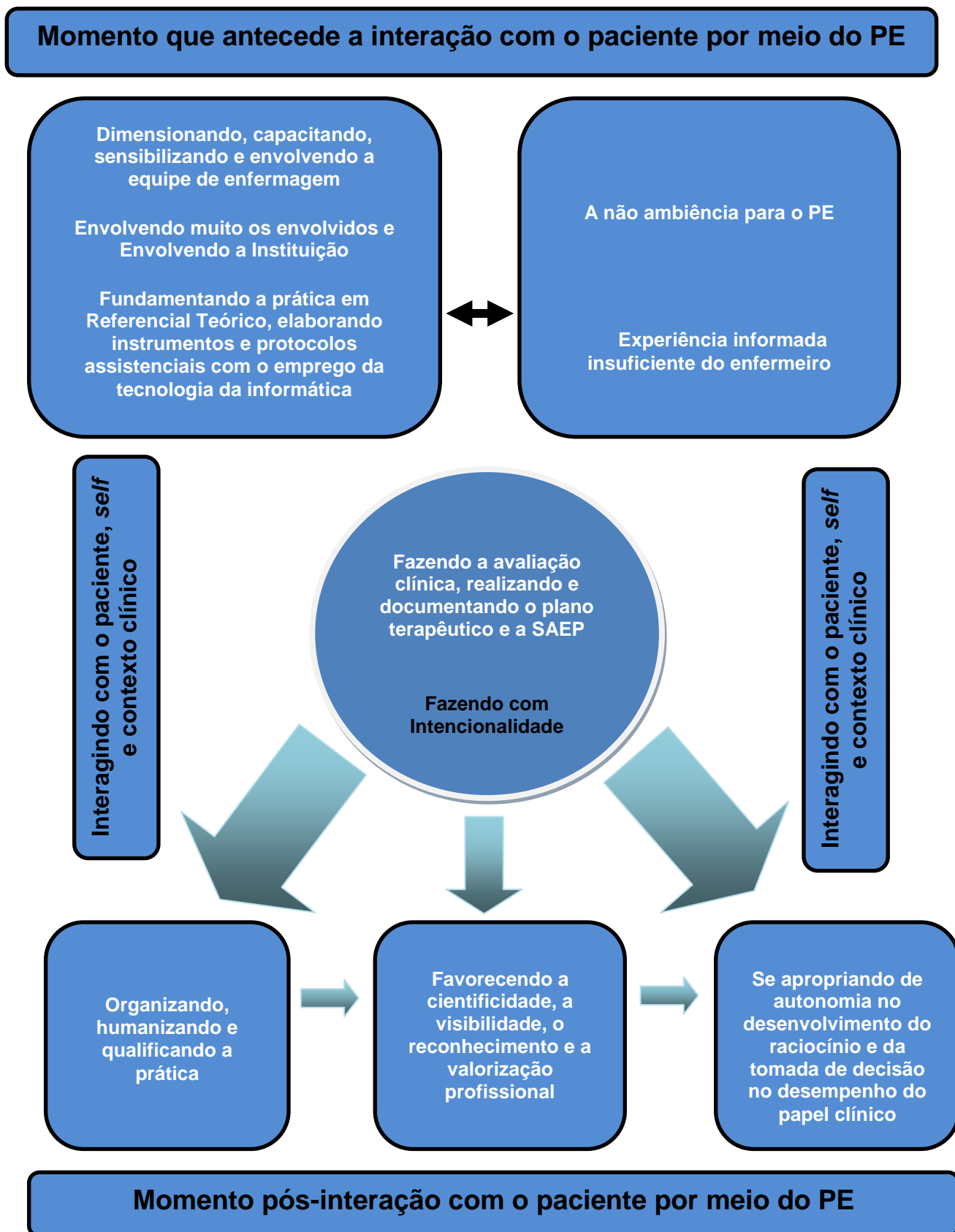
Desvelando a Vivência de Implementação do PE

8 DESVELANDO A VIVÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PE

A análise da vivência de implementação do PE no Hospital Unimed de Poços de Caldas foi desvelada por meio de duas trajetórias metodológicas; sendo a primeira a história formal contada por aquilo que está explícito e também aquilo que está por trás dos documentos relevantes relacionados à implantação e implementação do PE. Já, a segunda trajetória vai além da formalidade documental e consiste na essência da vivência da enfermeira, expressa por significados simbólicos construídos por ele na implementação do Método assistencial, interagindo consigo si mesmo, com o paciente por meio do PE e com o contexto clínico.

A interpretação da vivência da enfermeira da Instituição, frente à prática com o PE, possibilitou a construção de um conhecimento integrado, que apresenta a completude dos significados elaborados no processo de interação dela consigo mesmo, com o contexto assistencial e com o paciente; o qual está esboçado na Figura 09. Fundamentado no Interacionismo Simbólico, a Figura representa um momento interacional, composto por uma série de eventos inter-relacionados, que revelam a vivência, de interação da enfermeira com o PE, promulgada na prática clínica. Tal vivência simbolicamente está expressa em três momentos interacionais; primeiramente quando ela, já no cenário clínico, se prepara para a interação com o paciente por meio do PE, ou seja, é um momento que antecede a interação. No segundo momento, em seu contexto central, ocorre a interação assistencial propriamente dita e finaliza com o terceiro momento quando o enfermeiro, em interação silenciosa e simbólica com o *self*, define e interpreta as ações e interações desenvolvidas no PE. A elaboração da Figura ilustrativa sobre os significados da implementação do PE está pautada nas categorias analíticas da Revisão Integrativa da Literatura, na interpretação das informações documentais e por último nos significados atribuídos pelas próprias enfermeiras- protagonistas deste estudo.

Figura 9 - Momento Interacional com o PE. Alfenas, 2015.



O processo de interação simbólica inicia-se no momento em que a enfermeira- protagonista entra no cenário clínico com o *self*, a mente, a identidade profissional e pessoal, os símbolos, com outros significantes, perspectivas, objetivos, com sua formação, referências e experiências positivas ou não, além de variadas habilidades (CHARON, 2010 p. 153). Assim, interagindo com o contexto Institucional e assistencial, ela prepara-se para a futura interação com o paciente e família por meio do PE já implantado. Logo, esse primeiro espaço interacional antecede a implantação do PE, integrando eventos positivos e desafios; que às vezes se contradizem e se opõem, como forças contrárias.

Dentre os eventos chamados **positivos** ou condições favoráveis à implantação do PE, representados por categorias, destaca-se: *Dimensionando, capacitando, sensibilizando e envolvendo a equipe de enfermagem; Viabilizando à implantação do PE com Envolvendo muito os envolvidos e Envolvendo a Instituição; Fundamentando a prática em Referencial Teórico, elaborando instrumentos e protocolos assistenciais com o emprego da tecnologia da informática.*

Referente aos **desafios**, à inserção do PE na prática clínica, assinala-se alguns impasses conformados pela *A não ambiência para o PE* e pela *Experiência informada insuficiente* do enfermeiro.

A dinâmica desse momento interacional preparatório à implantação do PE pode ser também observada nos eventos averbados na Análise Documental como *Elaborando o projeto, Realizando planejamento estratégico* assim como, *definindo Modelos Teóricos* no contexto Institucional, dentre outros.

Já, o momento interacional que fundamenta a prática clínica da enfermeira no contexto do PE, translada o *Fazendo com Intencionalidade* na centralidade dessa vivência; quando o enfermeiro assume para si a condição causal e desencadeadora do processo de interação com o paciente e familiares. Tal interação é constituída de estratégias e ações intencionais, enunciadas por *Fazendo avaliação clínica, realizando e documentando o plano terapêutico e a SAEP.*

Por fim, na Figura 9 observa-se o terceiro momento interacional, quando a enfermeira interage basicamente com o *self* e interpreta suas ações e interações com a implantação e implementação do PE. Destarte, as categorias analíticas e temáticas apontam potencialidades e resultados alcançados; assinalando o PE como aquele Método que se apresenta *Organizando, humanizando e qualificando a prática; Favorecendo a cientificidade, a visibilidade, o reconhecimento e a*

valorização profissional; Se apropriando de autonomia no desenvolvimento do raciocínio e da tomada de decisão no desempenho do papel clínico; Corroborando para o reconhecimento e estabelecimento da identidade, da cientificidade e da satisfação profissional.

A fim de contextualizar uma conexão entre o conhecimento encontrado na literatura sobre o PE e a prática clínica, as categorias analíticas construídas por meio da Revisão de Integrativa da Literatura foram aproximadas dos dados levantados por meio da Análise Documental (AD), bem como, das categorias temáticas desveladas na Análise de Conteúdo (AC); para assim evidenciar ações diferenciadas no processo de implantação e implementação do PE, dentro do Hospital Unimed. Além das potencialidades reveladas tanto nas categorias analíticas elaboradas a partir dos dados da Literatura como nas categorias temáticas advindas dos dados das enfermeiras, também exibiram com frequência a satisfação ou ganho, tanto profissional como pessoal, postulado com a implantação do PE. E as categorias originadas da literatura não trouxeram contribuições referentes a esse importante domínio. Da mesma forma, destaca-se que a categoria central dos significados da vivência da enfermeira, ou seja, o “fazer com intencionalidade” emerge como significado genuíno da prática clínica, quando é expresso somente pelo próprio profissional; não sendo identificado nos estudos empíricos que constituíram a Revisão da Literatura.

Nessa perspectiva, o temário elencado assim como a análise das relações e das conexões documentais e teóricas evidenciam que a vivência de interação do enfermeiro com a dinâmica de implementação do PE, no âmbito hospitalar, está expressa de forma significativa no “Fazer com Intencionalidade”. Assim, a enfermeira simbolicamente se apropria de um conseqüente ou de um resultado do processo de interação com o Método Assistencial já implementado. O “fazer do enfermeiro” descontextualizado do PE é caracterizado como um “simples fazer”, fazendo por fazer, de forma aleatória guiado quase que exclusivamente pela checagem de medicações. Ao passo que a assistência instrumentalizada pelo PE configura uma nova prática, esta moldada por um fazer carregado de intencionalidade.

Em um contexto interpretativo e intencional de vivência como o PE, o enfermeiro interage com o paciente, a família ou pares e com o contexto clínico; quando o *self* se conforma como um alicerce para que o enfermeiro na sua

subjetividade assegure julgamentos clínicos e intervenções junto ao paciente; em um *continuum* que se desvia de uma mera rotina de trabalho e assume um caráter intencional. Assim sendo, nesse novo espaço interacional da prática instrumentalizada pelo PE, o agir da enfermeira passa a ter robustas intenções a serem alcançadas; como melhor qualidade assistencial, comprometida em especial com o conforto e a segurança do paciente.

“Fazer com intencionalidade”, como a centralidade do significado da implementação do PE na prática clínica hospitalar, igualmente desvela a vivência da enfermeira pressupondo a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem e a elaboração do Plano Terapêutico revestido por um fazer intencional. Nesse cenário clínico, o enfermeiro entra na interação com o *self* desenvolvendo um constante diálogo consigo mesmo ancorado pelas perguntas: - *o que estou fazendo? por quê estou fazendo? como estou fazendo?* Nesse sentido, o enfermeiro pensa para fazer, configurando um fazer intencional, consolidado por meio do julgamento e do raciocínio clínico; seja diagnóstico na elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem ou Terapêutico, na definição dos resultados esperados e das intervenções bem como das suas atividades. Assim, nesse espaço de interação, também o raciocínio clínico se configura como significado atribuído à implementação do PE; quando a enfermeira, em sua vivência profissional, se percebe raciocinando frente a tomada de decisão mais assertiva. De tal modo, o raciocínio, é apontado por Simmons (2010 p. 151), como precursor à tomada de decisão e à intervenção, que permite a ela fazer julgamentos, deliberar decisões e resolver problemas; sendo assim caracteriza-se como uma habilidade essencial ao profissional enfermeiro no desempenho do papel clínico (MENDES et al., 2014 p. 328).

Por sua vez no cuidado intencional, a autonomia clínica também configura-se como elemento significativo da interação da enfermeira com o paciente na experiência de implementação do PE. Porquanto, essa experiência só se viabiliza, com o alcance de resultados, por meio do exercício da autonomia clínica; que se caracteriza em escolher as ações de cuidado, sentir-se livre para fazer as ações que escolheu fazer e fazê-las intencionalmente, e por fim, engajar-se inovativamente nos processos de transformação promovendo os potenciais de saúde do paciente (CRUZ et al., 2009 p. 3; MCELHINNEY, 2010 p. 3181; SKAR, 2010 p. 2232). Adentro a essa compreensão, quando o enfermeiro se sente empoderado pela prática da autonomia clínica, apropria-se junto ao *self* e à

identidade, de um papel e de uma prática clínica sua distinta e independente de outras práticas (MENDES, 2010 p.125). Assim, de forma não esperada, a vivência da enfermeira na implementação do PE determina também mudanças importantes no âmbito da profissão; contribuindo para o estabelecimento da identidade do profissional quando o enfermeiro atribui o significado de “fazer parte da profissão” ao PE.

Em outros significados simbólicos construídos pela enfermeira, acerca dos desafios de implementação e operacionalização do PE, são evidenciados impasses referentes à experiência informada insuficiente do profissional; decorrente da pouca experiência com o Método na Graduação ou mesmo na prática. Por vezes, o Modelo acadêmico que prevalece na formação dos enfermeiros não privilegia a assistência sistematizada de acordo com o PE (SANTOS; NÓBREGA, 2004 p. 465).

Enfim, o enfermeiro desvela o significado afetivo da vivência com a implementação do PE, ao afirmar: *é uma vivência que vou levar para a vida toda!* No contexto das lembranças interacionais só se deseja guardar para toda a vida, àquela que lhe traz significados particulares, isto é, que lhe seja muito especial.

A inter-relação teórica descrita apresenta a interação da enfermeira frente ao cenário clínico no processo de implantação e implementação do PE. Essa integra condições favoráveis, impasses, potencialidades e a própria assistência fundamentada no PE, bem como, relaciona dados documentais aos conceitos e significados desvelados a partir das categorias analíticas e temáticas construídas. Nessa vivência interacional, o *self* do enfermeiro, sua mente e interpretação simbólica estão centralizados no agir intencional, seja na interação com o contexto, com o *self* ou com o paciente por meio do PE.

Considerações Finais

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desvelou a vivência dos enfermeiros frente a implantação e implementação do PE, com base nos dados da literatura, da Análise Documental, bem como, da Análise de Conteúdo.

Os dados da literatura apontaram em suas categorias analíticas os impasses, as condições e as potencialidades à implementação do PE. Já as categorias temáticas, desveladas por meio da Análise de Conteúdo, em um contexto interpretativo, abarcam elementos que vão além das categorias analíticas, promulgando também outros significados referentes à assistência guiada pelo PE.

Já, a Análise Documental revela uma dinâmica difusa sobre o planejamento para a implantação do PE, quando antes de qualquer coisa, faz-se necessário conhecer a estrutura Institucional na qual será inserido o Processo. Além disso, é preciso conhecer as potencialidades do contexto que possam contribuir para a implantação e do mesmo modo as limitações e fragilidades que podem limitá-la. A relevância dessa Análise está no passo a passo, em uma linha de tempo de cinco anos, apresentada com o detalhamento das estratégias empregadas na implantação e implementação do PE. Essa história formal e documental oferece uma possibilidade de trajetória para o alcance de uma assistência fundamentada no PE; que pode ser compartilhada por enfermeiros que anseiam trabalhar com o PE e por vezes não vislumbram caminhos ou pontos de partida.

A interface da vivência do enfermeiro, frente ao processo interpretativo de implantação e implementação do PE, está centralizada no significado subjetivo representado por “Fazendo com Intencionalidade”; que demonstra a relação direta entre o propósito e a ação de fazer. Assim, nesse espaço interacional, em que o PE instrumentaliza o fazer intencional, é afastado para bem longe o indesejável atributo de tarefeiro para o ser enfermeiro.

A realização deste estudo trouxe a oportunidade de contextualizar a vivência do enfermeiro frente a implantação do PE no Hospital Unimed. Inicialmente, a fim de subsidiar o projeto, busquei na literatura os impasses, as condições e as potencialidades referentes a essa experiência. Por sua vez, os dados advindos dos argumentos das enfermeiras participantes do Grupo Focal validaram, integralmente, àqueles encontrados na literatura; sem que eles conhecessem os resultados da Revisão. Mais surpreendente ainda, foi que as enfermeiras suscitaram dados além

daqueles apresentados na literatura e, por sinal, dados muito significativos; como o “fazer intencional” e a “satisfação e ganho profissional e pessoal”. E, o mais importante é que esses dados legitimam a vivência do enfermeiro na interação com o PE. Enquanto coordenador da Comissão SAE da Instituição não esperava que os colegas anunciassem tamanha satisfação e valorização profissional com a implantação do PE, pelo contrário eu acreditava que seriam apontados mais impasses e desafios. Isso fez com que as dificuldades, os contratemplos, as incertezas, os momentos de abatimento, as noites de insônias, gerados na longa trajetória de implantação e implementação do PE, se tornassem detalhes em detrimento do tamanho da satisfação com a assistência ao paciente, mas também em relação à profissão e mesmo em relação aos profissionais da enfermagem. E o mais gratificante, é que essa trajetória se materializou na minha dissertação de Mestrado, conferindo-me o título de Mestre. Assim sendo, na minha convicção pessoal, posso parafrasear a participante Adélia Prado “*é uma vivência que vou levar para a vida toda !!!!!*”

Este estudo poderá contribuir para o estímulo e capacitação do enfermeiro para um possível processo de implantação do PE na sua prática, despertando seu potencial terapêutico no desempenho do papel clínico. Pois, o desafio é lembrar de que somente competência não é o bastante, temos que nos esforçar para a excelência contínua e contínua em todos os aspectos de nosso desempenho do papel. Somos profissionalmente e eticamente responsáveis por nossas ações e por nossas omissões – para o que fazemos e para o que não fazemos. Não devemos perder a visão de nós mesmos como profissionais (ROBERTS, 2005 p. 211).

Referências

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. R. et al. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva: uma abordagem interacionista. **Rev. Esc. Enferm. USP**.v. 42, n.4, p. 649-655, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a05.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2015.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- AMANTE, L. N. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. 1 , p. 54-64, 2009. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342009000100007>. Acesso em: 01 abr. 2015.
- ANDRADE, J.S., VIEIRA, M. J. Prática Assistencial de Enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. Bras. Enferm.** v. 58, n. 3, p. 261- 265, mai. /jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002>. Acesso em: 12 mar.2015.
- AZEREDO, L. G .e tal. Aspectos relacionados à implantação da sistematização da assistência de enfermagem: estudo descritivo. **Online braz. J. nurs.**v. 8, n. 2, p. 1-7, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2392/514>>. Acesso em: 4 março. 2015.
- AZEREDO, L. D. et al. Enfermeiros e a implementação do Processo de Enfermagem: estudo descritivo. **Online braz. J. Nurs.** v. 9, n. 1, p. 1-7, 2010. Disponível em:: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2933/659>>. Acesso em: 02 abr. 2015.
- BACKES, S. D. et al. Grupo Focal como Técnica de Coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v.35, n.4, p. 438-442, 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analis_e_dados_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 4 junh. 2013.
- BARRA, D.C.C, et al. Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. **Rev. eletrônica Enferm.** v. 11, n. 3, p. 579-89, 2009. Disponível em : <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a15.pdf>. Acesso em : 30 fev. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. São Paulo: Edições 70, 2013.

BRANDALIZE, D. L.; KALLINOWSKI, C. E. Processo de Enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 10, p. 53-57, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Resolução nº466, sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, p.59, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

CARVALHO, A.C.T.R. et al. Reflecting on the practice of nursing care Systematization in the intensive care unit. **Rev. pesqui. cuid. Fundam.** v.5, n. 2, p. 3723-29, apr./jun. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2080/pdf_766. Acesso em 12 mar.2015.

CASAFUS, K.C.U.et al. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Anna Nery**.v.17, n. 2, p. 313- 321, marc. /jun., 2013. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200016>. Acesso em 15 mar.2015.

CHARON, J. M. **Symbolic Interactionism: an Introduction, an Interpretation, anIntegration**. 10. ed. Boston: Prentice Hall, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Lei n. 7498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. Seção 1; p. 1, 1986.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. “Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo”. **Decisão COREN- SP- DIR/008/1999**, São Paulo, 1999.

CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, 2007. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/codigoeticaenfermagem.htm>. Acesso em 15 mar.2015.

CORSETTI, B. Análise documental no contexto da metodologia Qualitativa. **Unirevista**, v. 1, n. 1, p.32-46, jan. 2006. Disponível em: <http://www.unirevista.unisinos.br/_pdf/ART%2005%20BCorsetti.pdf>. Acesso em: 21 de nov. de 2014.

CRUZ, D.A. L.M et al. Percepção de poder de enfermeiras frente ao seu Papel Clínico. **Rev Latino-Am.Enfermagem**.v.17.n. 2, p.3-7.2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2566/3160>>. Acesso em 20 nov.2015.

DALRI, M. C. B.; CARVALHO, E. C. Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes portadores de queimadura utilizando um software: aplicação em quatro pacientes. **Rev Latino-Am. Enfermagem**.v. 10, n. 6, p. 787-793, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a6.pdf>>. Acesso em 29 mar. 2015.

DICIONÁRIO AURÉLIO ONLINE: Dicionário Português. 2015. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso em 29 mar. 2015.

FULY, P.S. C.et al. Interconnections between the systematization of nursing care and software engineering: Theory based on data. **Online braz. J. Nurs.** v. 12., n. 1, p. 49-61, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4099/pdf>>. Acesso em 29 mar. 2015.

GARCIA, T. R. et al. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing**.v.3, n. 2, p.1-8, 2004. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm>. Acesso em: 22 mai. 2015.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática. **Esc Anna Nery**.v.13, n.1, p. 188-193, 2009. Disponível em :<http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2015.

GREENHALGH, T. **Como Ler Artigos Científicos**. 3 ed.Porto Alegre: Artmed, 2010.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa**: projetos e relatórios. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=XHnajiTNILIC&pg=PA144&dq=amostragem+nao+probabilistica+por+conveniencia&hl=ptBR&sa=X&ei=tFJiVKWKBoirgWTJoYSYDg&ved=0CEQQ6AEwBQ#v=onepage&q=amostragem%20nao%20probabilistica%20por%20conveniencia&f=false>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HAGUETTE T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes; p. 23-35, 2003.

HERMINDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras. Enferm.** v. 59, n. 5, p. 675-9, set./out.2006.

HEALTH SERVICES ACCREDITATION. **Acreditação**: São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.iqg.com.br/interna.php?id=1>. Acesso em: 22 abr.2015.

HOSPITAL UNIMED POÇOS DE CALDAS. [Desenvolvida pelo setor de marketing do Hospital Unimed Poços de CALDAS-MG]. 2013. Disponibiliza informações sobre o hospital. Disponível em:

<http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=52346&cd_secao=52333&cd_materia=353403>. Acesso em: 15 mar. 2015.

HOSPITAL UNIMED POÇOS DE CALDAS. [Desenvolvida pelo setor de marketing do Hospital Unimed Poços de CALDAS-MG]. 2015. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=52346&cd_secao=61744>. Acesso em: 15 mar. 2015.

KLETEMBERG, D. F.et al. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. **Escola Ana Nery**, v.10, n.3, p.478- 486, dez. 2006.

KRAUZER ,I. M.; GELBCKE, F. L. Sistematização da assistência de enfermagem: potencialidades reconhecidas pelos enfermeiros de um hospital público. **Rev. Enferm. UFSM**. v.1. n. 3, p. 308- 317, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3592>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**.v.10.n.5, 124-138, 2004.Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/202/213>>. Acesso em: 08 Jul. 2015. doi:10.5752/202.

JORGE, M.S.B .; LOPES, C. H.E.F. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**. v.39 n.1. pg.104-107, 2005.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar; p.69-72, 1992.

LUIZ, F. F. et al . Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Rev. Eletr. Enf**.v.12, n. 4, p. 655-9, out. /dez., 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a09.htm>. Acesso em 15 mar.2015.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.10, 2012. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=Fyt5AZyojzIC&pg=PT134&dq=amostragem+nao+probabilistica+por+conveniencia&hl=ptBR&sa=X&ei=tFJiVKWKBoirgwTJoYSYDg&ved=0CEkQ6AEwBg#v=onepage&q=amostragem%20nao%20probabilistica%20por%20conveniencia&f=false>>.Acesso em: 22 abr. 2015.

MARCONI, M.A.; LAKATOS. Metodologia Científica.5.ed.São Paulo: Atlas, p.109-284, 2009.

MCELHINNEY, E. Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module – an electronic Delphi study. **Journal of Clinical Nursing**. v. 19, n.21, p.3177–3187, 2010.

MENDES, M.A. **Papel Clínico do Enfermeiro**: desenvolvimento do conceito. 154f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo- USP, São Paulo, 2010.

Mendes, M.A. et al. Clinical role of the nurse: concept analysis. **J Clin Nurs**. v.24, n.3, p.318-331, 2014.

MENEZES, S.R.T. et al. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP** . v. 45, n. 4, p. 953- 958, ,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400023>. Acesso em 3 abr. 2015.

MEDEIROS, A.L. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na Teoria Fundamentada. **Rev. Gaúcha Enferm**. v. 33, n. 3, p. 174- 181, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/23.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ambiência**. Brasília, DF: Editora MS; 2010. p.1-32. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MOURA, R.C.A.; COSSON, I.C.O. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade neonatal na Amazônia Ocidental. **CuidArte Enferm** . v. 7, n. 1, p. 33- 37, jan. /jun .,2013. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/cuidarte_enfermagem_v7_n1_jan_jun_2013.pdf>. Acesso em: 30 marc. 2015.

NASCIMENTO, K.C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42, n. 4, p. 643- 648, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

NÓBREGA, M.M.L.; SILVA. K,L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEN, 2009.

OLIVEIRA, A.P.C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene**, v.13, n.3, p. 601-12, 2012. . Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/727/pdf> >. Acesso em: 22 fev. 2015.

PEREIRA, J.S. et al. Introdução do processo de enfermagem como tecnologia do cuidar em uma instituição hospitalar. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.** v, 5, n.1, p. 3343-51, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1974/pdf_692>. Acesso em 29 mar. 2015.

PIVOTTO, F. et al. Prescrição de Enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Revista Cogitare enferm**, v.9, n. 2, p.32-42, out. 2004.

PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da Equipe de Enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**.v.18, n. 3, p. 4015- 410, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2015.

RAMOS, L. H. et al. Prática clínica do enfermeiro. **Portal UnA-SUS/UNIFESP**, São Paulo, p.6, 2013. Disponível em: <<http://www.unasus.unifesp.br/>>. Acesso em: 22 Julh. 2014.

RAMOS, L.A.R. et al. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n.1, p. 39-44, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a05.pdf>. Acesso em 30 mar. 2015.

REPPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.** v. 58, n. 3, p.326, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300014&script=sci_arttext Acesso em: 1 abr. 2014.

ROBERTS D. Competence and the profession [Editorial]. **MedSurg Nursing**. v. 14, n.4, p. 211, 2005.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. v.1, n. 1, p.1-18, julh. 2009.

SANTANA, L. L. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em unidade de pronto atendimento à luz das necessidades humanas básicas. **Cogitare Enferm**.v. 16, n. 4, p. 675- 681, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/25436/17057>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

SILVA, M. M. ; MOREIRA, M.C. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 3, p. 483- 490, 2010. Disponível em : <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a10.htm>>. Acesso em 25 mar.2015.

SILVA, M. B. et al. Implementation of the nursing process in clinical practice: learning experience. **Rev Enferm UFPE On Line**. v. 4, n. 2, p. 539- 47, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/29>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

SIMMONS, B. Clinical reasoning: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, p. 1151–1158, 2010.

SANTOS, S.R.; NÓBREGA, M.M.L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem – enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev Latino-Am.Enfermagem**. v.12, n.3, p. 460-8, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1882/1939>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

SKÅR, R. The meaning of autonomy in nursing practice. **Journal of Clinical Nursing**. v. 19:, p. 2226–2234, 2010.

SOUZA, M.F.G.et al. Processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n.2, 2013 , p. 167-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/03.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2014.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

TAKAHASHI , A. A. 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., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_04>. Acesso em: 22 fev. 2015.

TRUPPEL, T. C. et. al. Prática assistencial de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada no Referencial Teórico de Horta. **Rev. Rene**. V.9, n. 3, p. 116-124, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol9n3_pdf/a15v09n3.pdf>. Acesso em 30 mar.2015.

TRUPPEL, T. C. **Processo de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**: análise de requisitos para a estruturação de um modelo informatizado. 160f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), p.16, 2008.

ZIMMERMANN, M. H.; MARTINS, P. L.O. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. In: VIII Congresso Nacional de Educação- EDUCERE, 8, 2008, Curitiba. **Anais Educare**: Profissionalização Docente e Formação. Curitiba: PUCPR, n.9, p. 12116-12125, 2008. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/211_86.pdf Acesso em: Acesso em: 4 junh. 2014.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. v. 52, n. 5, p. 546-553, dez., 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1626886>>. Acesso em:10 jan. 2015.

APÊNDICE A- Solicitação para Coleta de Informações

APÊNDICE A - Solicitação para Coleta de Informações



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 - Alfenas/MG - CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1083



A Sua Senhoria
 Marlene Cristina dos Santos
 Responsável Técnica
 Hospital Unimed / Poços de Caldas – MG

Assunto: Solicitação para coleta de informações

Eu, Deusdete Inacio de Souza Junior, enfermeiro e pesquisador da Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG, sob orientação da profa. dra. Maria Angélica Mendes, estou realizando uma pesquisa intitulada "Desvelando a implementação do Processo de Enfermagem em Instituição Hospitalar Privada". Tal pesquisa tem o intuito de descrever a experiência de implantação do Processo de Enfermagem. Esse estudo poderá oportunizar melhor compreensão dos enfermeiros quanto às estratégias que vem sendo desenvolvidas na viabilização da metodologia assistencial na prática clínica.

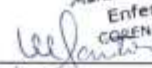
Considerando que o Hospital UNIMED / Poços de Caldas – MG vem desenvolvendo com êxito a metodologia do Processo de enfermagem, nessa perspectiva, gentilmente peço autorização para conhecer as experiências, dos enfermeiros da Instituição, sobre o Processo de Enfermagem; por meio de reuniões que serão realizadas em grupos empregando a técnica do Grupo Focal. Tais atividades serão programadas em conjunto com a Coordenação da Enfermagem, com os enfermeiros participantes e pesquisadores, tendo em vista a não interferência na dinâmica Institucional.

Gostaria de deixar claro que as informações obtidas serão empregadas, unicamente, para fins científicos. E, tendo em vista a divulgação do estudo, solicito a V.Sa. permissão para divulgação do nome da Instituição, seja na própria dissertação, em publicações nos periódicos científicos da área e apresentações do

trabalho em eventos científicos; naturalmente respeitando a Resolução nº 466/2012 no que se refere à Pesquisa com Seres Humanos. Ressalta-se que a participação dos enfermeiros será estritamente voluntária e, que a qualquer momento, poderão declinar de sua participação no estudo.

Este documento assinado me dá permissão para a realização da coleta de informações do estudo na Instituição UNIMED / Poços de Caldas – MG.

Agradeço pela oportunidade e coloco-me à disposição para outros esclarecimentos.

Assinatura 
 Marlene Cristina dos Santos
 Enfermeira RT
 COREN - MG 270.125

Poços de Caldas, 11 de fevereiro de 2015.

Endereço para contato

Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Centro - Alfenas/MG

Pesquisadora

Profa. Dra. Maria Angélica Mendes
 Escola de Enfermagem
 Telefone: (35) 32991380

Comitê de Ética em Pesquisa

Telefone: (35) 32991318




Administração Hospitalar
 Hospital Unimed Poços de Caldas

APÊNDICE B- Solicitação de Acesso a Documentos

APÊNDICE B - Solicitação de Acesso a Documentos



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 - Alfenas-MG - CEP 37130-000
Fone: (35) 3295-1000 Fax: (35) 3295-1033



A Sua Senhoria
Marlene Cristina dos Santos
Hospital Unimed / Poços de Caldas – MG

Assunto: Solicitação de acesso a documentos

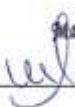
Cu, Deusdete Inacio de Souza Junior, enfermeiro e pesquisador da Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG, sob orientação da profa. dra. Maria Angélica Mendes, estou realizando uma pesquisa intitulada "Desvelando a implementação do Processo de Enfermagem em Instituição Hospitalar Privada". Tal pesquisa tem o intuito de descrever a experiência de implantação do Processo de Enfermagem.

Considerando que o Hospital UNIMED / Poços de Caldas – MG vem desenvolvendo com êxito a metodologia do Processo de enfermagem, nesse sentido gentilmente peço a V.Sa. autorização para acesso a documentos que possam ser empregados no estudo. Esses documentos poderão ser atas de reuniões, ofícios, memorandos internos, anotações e materiais didáticos de treinamentos e aperfeiçoamentos, materiais de divulgação Institucional, Portarias Institucionais ou Legislações dos Órgãos de Classe, além de formulários e impressos. Ressaltamos que esses documentos são fundamentais para o desenvolvimento do estudo.

Os documentos serão trabalhados dentro da própria Instituição, após sua autorização, em local e condições que não prejudique a dinâmica das atividades desenvolvidas pelo Serviço. Ademais, comprometo a preservar as características originais dos documentos disponibilizados.

Este documento assinado dá permissão para a análise documental referente exclusivamente ao Processo de Enfermagem.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição.

Assinatura  *Marlene Cristina dos Santos*
Enfermeira RT
MG 270.125

Pocos de Caldas
Pocos de Caldas, 01 de fevereiro de 2015.

Endereço para contato

Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Centro - Alfenas/MG

Pesquisadora

Profa. Dra. Maria Angélica Mendes
Escola de Enfermagem
Telefone: (35) 32991380



Comitê de Ética em Pesquisa

Telefone: (35) 32991318



Antônio
Administração Hospitalar
Hospital Unimed Pocos de Caldas

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Desvelando a Implementação do Processo de Enfermagem em Instituição Hospitalar Privada”. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TITULO DA PESQUISA: Desvelando a Implementação do Processo de Enfermagem em Instituição Hospitalar Privada.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr^a. Maria Angélica Mendes.

Endereço: Rua Augusto Teodoro da Silva, nº 228 Centro. Alfenas- MG

Telefone: (35) 3299-1380

PESQUISADOR PARTICIPANTE: Mestrando Deusdete Inacio de Souza Junior.

OBJETIVO: Descrever a experiência de implementação do Processo de Enfermagem (PE) em Instituição Hospitalar Privada de médio porte e alta complexidade, de um município do Sul de Minas Gerais.

JUSTIFICATIVA: A justificativa deste relato de experiência, sobre o processo de implementação dessa metodologia assistencial de enfermagem, está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como a possibilidade de transferência de estratégias ou de resultados do processo para outras instituições hospitalares.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Os dados da pesquisa serão obtidos por intermédio da técnica do Grupo Focal (consiste numa estratégia de coleta de informações), objetivando identificar entre os sujeitos do estudo, experiências e reflexões da prática do Processo de Enfermagem. A programação de atividades do Grupo Focal (GF) será em conjunto com a coordenação da Instituição, com participantes do Grupo e pesquisadores e, assim serão agendadas reuniões prévias na própria Instituição, procurando não interferir na dinâmica do Serviço. Mediante seu aceite em participar da pesquisa, será entregue um envelope contendo o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. A metodologia de desenvolvimento do GF seguirá quatro etapas, a saber- a **primeira** contemplará a formação do GF, com número de participantes de seis a 15 pessoas; a **segunda etapa**, consta a formação das pessoas que conduzirão o GF, que nesta pesquisa, é composta por um moderador, um observador, um auxiliar de pesquisa e por último, o pesquisador; a **terceira etapa** refere-se à escolha do ambiente na Instituição, onde serão realizadas as reuniões do GF, e os recursos que serão empregados (será utilizado um gravador digital); na **quarta etapa**, para a condução das reuniões do GF, será utilizado um roteiro de atividades, no intuito de situar a equipe de trabalho.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os procedimentos adotados nesse estudo obedecerão aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e, do ponto de vista físico a coleta de dados não oferecerá nenhum risco para o Sr. (Sra.) Na vigência de algum desconforto psicológico nas reuniões do GF ou mesmo durante à participação na pesquisa, gentilmente solicitamos que nos sinalize para que possamos ajudá-la(lo). Para isso, contaremos com a mediação da pesquisadora responsável juntamente com a responsável técnica da Instituição. Destaca-se que você está livre para deixar de participar da reunião do GF em qualquer fase da mesma, sem necessidade de apresentar justificativa.

BENEFÍCIOS: Esta pesquisa tem como benefícios, contribuir para entendimento sobre a experiência de implantação do Processo de Enfermagem em instituições de saúde, bem como, colaborar para a práxis dos profissionais de enfermagem, trazendo reflexões sobre a articulação do papel clínico do enfermeiro e de seus aspectos invisíveis como julgamento e a autonomia clínica.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação, e você também não receberá nenhuma remuneração com sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Será garantido o sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Gostaria de deixar claro que as informações obtidas serão gravadas com o auxílio de um aparelho digital, mantidas em sigilo e, não haverá identificação dos seus dados pessoais, nem mesmo o seu nome. Após o registro escrito das falas dos enfermeiros participantes do GF esse registro será apresentado aos mesmos, de forma individual, a fim de que validem o conteúdo registrado. Se o enfermeiro

participante discordar de alguma parte ou mesmo do seu conteúdo na íntegra, este será excluído, portanto só constituirão o relatório do GF aqueles conteúdos aprovados pelos enfermeiros que participaram do Grupo. E, ao final as gravações eletrônicas serão extintas. Como pesquisadores, nos comprometemos a utilizar os dados coletados unicamente para fins científicos, para possíveis publicações em revistas e apresentações em eventos, sendo que não haverá identificação dos participantes do estudo.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador **Deusdete Inacio de Souza Junior** dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável acima identificado ou o CEPE UNIFAL-MG, no endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP 37130-000 - Fone: (35) 3299 1318, ou ainda no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante esse estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Poços de Caldas, _____ de _____ 2015.

(Nome por extenso)

(Assinatura)

APÊNDICE E – Roteiro da Análise Documental



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063



DESVELANDO A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

DATA – 04 de Setembro de 2015

Dinâmica do Grupo Focal

Início: _____ Término: _____

Previsão Duração do Grupo focal - 60 a 90min

- 1- Entregar e apresentar o TCLE;
- 2- Agradecimento;
- 3- Organizar participantes em círculo;
- 4- Apresentação dos participantes para a moderadora;
- 5- Explicação sobre a técnica do GF:
 - o apresentar brevemente o projeto da dissertação;
 - o apresentar o tema focal da reunião, ou seja, a implementação do PE na prática clínica;
 - o realizar uma abordagem sobre a técnica e seu objetivo;
 - o orientar quanto ao emprego do gravador digital;
 - o orientar sobre a dinâmica do trabalho: importância de todos participarem, de falar um de cada vez, de evitar conversas paralelas, de evitar dispersão, será permitido a intervenção na fala do outro, todavia devem ser evitadas interrupções desnecessárias, se possível a identificação de cada um antes de iniciar a fala para registro no áudio, entre outros.).
- 6- **Questões disparadoras**
 - Comente sobre o PE no contexto da assistência de enfermagem, de uma forma geral, não se atendo à Instituição. Peço que discorram sobre isso;
 - Fale de suas percepções sobre a implantação do PE na Instituição;
 - Com a implantação do PE Informatizado na Instituição, o que observam em relação ao processo de trabalho da enfermagem?

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESVELANDO A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PRIVADA

Pesquisador: Maria Angélica Mendes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42666515.4.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.092.331

Data da Relatoria: 28/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Relato de Experiência que será desenvolvido nos pressupostos da pesquisa qualitativa, empregando a análise de elementos documentais e a técnica do Grupo Focal para coleta dos dados.

O cenário de desenvolvimento deste estudo será uma Instituição Hospitalar Privada. Participarão desta pesquisa enfermeiros assistenciais que desenvolvem suas atividades profissionais na Instituição de estudo. Este estudo poderá oportunizar melhor compreensão quanto às estratégias que vem sendo desenvolvidas na viabilização da metodologia assistencial na prática clínica.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a experiência de implementação do Processo de Enfermagem em Instituição Hospitalar Privada de médio porte e alta complexidade, de um município do Sul de Minas Gerais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram apresentados e relatado o suporte a ser oferecido se ocorrência de riscos e/ou desconforto e os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem grande relevância para o desenvolvimento do processo do cuidar, pois fornecerá

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite-etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.092.331

subsídios importantes para reflexões do serviço e poderá também subsidiar modelos para posteriores implantações do processo em outras instituições visando melhorar a atenção e assistência de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE Alterado.

Projeto completo.

Cronograma OK.

Termo de anuência presente e em consonância com o esperado.

Recomendações:

Recomendo a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram atendidas todas as solicitações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

ALFENAS, 03 de Junho de 2015

Assinado por:

Cristiane da Silva Marciano Grasselli
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br