



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM**  
**E SAÚDE**  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM**  
**ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ALEXANDRE ARAÚJO FREITAS**

**SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES**  
**CARDÍACOS CIRÚRGICOS: UM ESTUDO CONVERGENTE ASSISTENCIAL**

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2017**

ALEXANDRE ARAÚJO FREITAS

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES  
CARDÍACOS CIRÚRGICOS: UM ESTUDO CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Dissertação apresentada ao Curso Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia de Fátima da Silva

FORTALEZA-CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Freitas, Alexandre Araújo .

Sistematização do cuidado de enfermagem para pacientes cardíacos cirúrgicos: um estudo convergente assistencial (recurso eletrônico) / Alexandre Araújo Freitas. - 2017 .

1 CD-ROM: il.; 4 N pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 124 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm) .

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2017 .

Área de concentração: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde..

Orientação: Prof.ª Dra. Lúcia de Fátima da Silva.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Cirurgia cardíaca.  
3. Processo de enfermagem. I. Título.

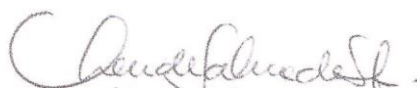
ALEXANDRE ARAÚJO FREITAS

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES  
CARDÍACOS CIRÚRGICOS: UM ESTUDO CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Dissertação apresentada ao Curso Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 27 de julho de 2017

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Jennara Cândido do Nascimento  
Centro Universitário Estácio do Ceará – FIC



Profa. Dra. Profa. Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ensinar a seguir e me guiar por caminhos estranhos e por vezes dolorosos. Por me mostrar que na vida, tudo pode mudar, dependendo das escolhas que fazemos, mas também, que a felicidade é o destino deste filho TEU.

Ao meu AMIGO-irmão-ex-aluno, Artur Diógenes, que sempre acreditou em mim, e que parafraseando o mesmo: “Só irei sossegar quando você for MESTRE!!!”. Obrigado pela força, pela companhia, pela amizade incondicional, por me suportar, entender e orientar. Por ter feito parte da minha vida, no pior momento dela (também), e mesmo assim, nunca desistiu de acreditar na minha felicidade e vitória, até quando EU mesmo perdi as esperanças.

À minha AMIGA, Dra. Márcia Maria Mont’Alverne de Barros (amiga-irmã de uma vida toda), por ter sido minha confidente, minha terapeuta, meu socorro e por muitas vezes, minha fortaleza.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lúcia de Fátima da Silva, pela paciência nos momentos de incompreensão minha, pelo entendimento das dificuldades apresentadas no percurso dessa vitória, pelo conhecimento, experiência e exemplo como profissional, mulher e ser humano. Dizer “Obrigado”, sempre será pouco!

A todos os colegas enfermeiros do Hospital Batista Memorial pelo envolvimento, disposição e conhecimentos adquiridos nesse processo valioso e ímpar. Gratidão imensa!

A todos que fazem parte dessa família que chamo de Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS). Professores, funcionários, alunos e amigos, muito obrigado por fazerem parte dessa etapa da minha vida.

A todos os integrantes do Grupo da Linha de Pesquisa: Cuidado Clínico e Prática Educativa no Adoecimento Cardiovascular, pelo acolhimento, breve convívio, experiências e ensinamentos compartilhados.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram e/ou contribuíram para a realização desta pesquisa.

## RESUMO

Objetivou-se descrever processo de construção coletiva de modelo de SAE nas fases de pré e pós-operatório de pacientes cardíacos cirúrgicos, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta. Como referencial metodológico, utilizou-se a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição filantrópica, conveniada ao Sistema Único de Saúde, em Fortaleza-CE. A população constituiu-se de enfermeiros que atuam no cuidado direto de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Participaram da pesquisa seis enfermeiros que atuam nas unidades de internação, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva, exercendo diretamente cuidado com pacientes a serem submetidos à cirurgia cardíaca. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer n. 1.815.249, CAAE: 56054616.2.0000.5534. Os dados foram coletados entre março/maio de 2017. Para coletar dados, foram utilizadas estratégias de entrevista individual e grupos focais. Aplicou-se instrumento estruturado e formação de encontros de discussão para reflexão e discussão do cuidado de enfermagem prestado. Na entrevista, abordou-se caracterização pessoal dos sujeitos (prevalecendo, idade entre 26-35 anos, sexo feminino, e solteiros), dados profissionais (em maior número, com 1-5 anos de formação e tempo de trabalho), e informações sobre formação e educação permanente (predominando a graduação com maior titulação). Por meio de oito encontros, os resultados dos grupos focais geraram discussões emergentes organizadas e discutidas em categorias e subcategorias. As discussões em grupo geraram argumentações, reflexões e entendimentos acerca do discernimento sobre o cuidado de enfermagem na prática clínica, a necessidade da organização do cuidado e do atendimento, bases do conhecimento do cuidado sistematizado, percepção e equívocos na utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), desafios e possibilidades de implementação do método científico de enfermagem, e as resistências encontradas por sobrecarga de trabalho. Após organizar e analisar as inferências obtidas nos encontros de convergência, procedeu-se a construção, estruturação e formatação de instrumentos que tornassem exequíveis a implementação da SAE naquele serviço hospitalar, utilizando como marco norteador a Teoria de Horta. Conclui-se que a pesquisa aponta para a existência de conflitos entre o preconizado legal e teórico acerca do cuidado sistematizado e as

experiências práticas na sua execução. Além de indicar a necessidade da apropriação pelos profissionais de enfermagem a implantação da SAE nas instituições hospitalares. Portanto, considera-se que a PCA possibilitou identificar dificuldades e desafios na operacionalização do Processo de Enfermagem, e favorecer possibilidades de mudanças comportamentais e profissionais, tanto de profissionais como de gestores, na busca de uma melhor prestação de serviços e cuidados aos pacientes, mediante utilização de bases teóricas e científicas da enfermagem.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem. Cirurgia cardíaca. Processo de enfermagem.

## ABSTRACT

The study it objectified to describe process of collective construction of model of SAE in the phases of postoperative daily pay and for surgical cardiac patients, on the basis of the Theory of Necessidades Humanas Básicas (NHB) of Horta. As referencial metodológico, it was used Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). The research was developed in an institution filantrópica, conveniada to the Only System of Health, in Fortaleza-CE. The population consisted of nurses who act in the direct care of patients submitted to the cardiac surgery. The data had been collected between March/May of 2017. To collect given, strategies of individual interview and focal groups had been used. For interview, instrument structuralized and in the formation of the focal groups, meeting of quarrel for reflection was applied and quarrel of the given care of nursing. In the individual interview, characterization personal of the citizens, given professional, and information was approached on formation and permanent education. By means of eight meeting, the results of the focal groups had generated emergent quarrels organized and argued in categories and subcategorias. The study he was authorized for the studied institution, by means of consent letter, and approved for the Committee of Ethics and Research under seeming N. 1.815.249, CAAE: 56054616.2.0000.5534. Six nurses who act in the units of internment, surgical center and unit of intensive therapy had participated of the research, exerting directly well-taken care of with patients to be submitted to the cardiac surgery. They had been gotten given of the referring participants to the etária band, sex, civil state, time of professional formation, time of work and activity in the institution, daily and weekly horária load and turn of work, employment bond, remuneration, units of professional performance and information on its permanent education. The quarrels in group had generated arguments, reflections and agreements concerning the discernment of the care of nursing in the practical clinic, the necessity of the organization of the care and the attendance to the patient, bases of the knowledge of the systemize care, perception and mistakes in the use of the Systematization of the Assistance of Nursing (SAE), challenges and possibilidades of implementation of the scientific method of nursing, and the resistance found by work overload. After to organize and to analyze the inferences gotten in the convergence meeting, proceeded it construction, estruturação and formatting of instruments that became exequíveis the implementation of SAE, using as norteador landmark the



Theory of Horta, made use and commanded as: Description of Nursing, Waited Disgnostic of Nursing, Results, Interventions of Nursing and Check-list of action of nursing, in immediate Daily pay, and Waited Disgnostic of Nursing, Results and Interventions of Nursing, in Postoperative the immediate one. One concludes that the research points with respect to the existence of conflicts between the legal praised one and theoretically concerning the systemize care and the practical experiences in its execution. Beyond pointing the necessity of the appropriation for the nursing professionals and implantation of SAE in the hospital institutions. Therefore, as much of professionals as of managers in the search of one better rendering of services is considered that the PCA made possible to identify to difficulties and challenges in the operacionalização of the Process of Nursing, and favors possibilities of manning and professional changes, and care to the patients, by means of use of theoretical and scientific bases of the nursing.

**Keywords:** Cares of nursing. Cardiac surgery. Process of nursing.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Pirâmide das Necessidades de Nível Alto de Auto-realização.....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 2 - Pirâmide das Necessidades de Nível Alto de Auto-realização (com acréscimo da Necessidade de Estética e Transcendência).....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 3 - Pirâmide das Necessidades de Humanas Básicas adaptada por Mohana.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 4 - Processo de Enfermagem (segundo Wanda Horta).....</b>	<b>35</b>
<b>Figura 5 - Gráfico de Convergência (Pesquisa Convergente Assistencial – PCA).....</b>	<b>39</b>
<b>Figura 6 - Síntese das atividades realizadas com os enfermeiros, com a proposta de elaboração de um modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a ser aplicado com pacientes cardíacos cirúrgicos, de acordo a proposta da Pesquisa Convergente Assistencial.....</b>	<b>51</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 -</b>	<b>Dados de identificação pessoal, formação e educação permanente.....</b>	<b>54</b>
-------------------	--	-----------

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC	Centro Cirúrgico
CIA	Comunicação interatrial
CIV	Comunicação interventricular
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCVs	Doenças Cardiovasculares
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
EF	Enfermeiro(a)
FR	Fatores de Risco
GF	Grupo Focal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NANDA I	Diagnósticos de Enfermagem da Nanda International
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
OE	Ocorrência de Enfermagem
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PE	Processo de Enfermagem
PPCCLIS	Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SOBEEC	Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidades de Contexto
UECE	Universidade Estadual do Ceará

UR	Unidades de Registro
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
3.1	GERAL.....	24
3.2	ESPECÍFICOS.....	24
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>	<b>38</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	38
4.2	LOCAL.....	40
4.3	PERÍODO DE COLETA DOS DADOS.....	41
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	41
4.5	AMOSTRAGEM E AMOSTRA.....	42
4.6	ABORDAGEM DO CENÁRIO DOS PARTICIPANTES.....	42
4.7	TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS DE COLETA.....	43
<b>4.7.1</b>	<b>A Entrevista.....</b>	<b>43</b>
<b>4.7.2</b>	<b>Grupo Focal.....</b>	<b>44</b>
4.7.2.1	Primeiro Encontro.....	46
4.7.2.2	Segundo Encontro.....	46
4.7.2.3	Terceiro Encontro.....	47
4.7.2.4	Quarto e Quinto Encontros.....	47
4.7.2.5	Sexto e Sétimo Encontros.....	48
4.7.2.6	Oitavo Encontro.....	49
4.8	FASE DE PERSCRUTAÇÃO E ANÁLISE.....	50
4.9	FASE DE INTERPRETAÇÃO.....	52
4.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>55</b>
5.1	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	55
5.2	CATEGORIZAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ENCONTROS.....	65
<b>5.2.1</b>	<b>Percepção da prática clínica no cotidiano do Cuidado de Enfermagem.....</b>	<b>66</b>
5.2.1.1	O Cuidado de Enfermagem necessita ser organizado.....	67
5.2.1.2	Dinâmica de atendimento das necessidades do paciente .....	70

<b>5.2.2</b>	<b>Conhecimento e Experiências de aplicação da SAE.....</b>	<b>72</b>
5.2.2.1	Bases do conhecimento sobre Assistência Sistematizada.....	73
5.2.2.2	Percepção da utilização da SAE.....	77
5.2.2.3	Equívocos na Interpretação do Cuidado Sistematizado.....	80
<b>5.2.3</b>	<b>Descoberta de possibilidades e busca de exequibilidade na implementação da SAE.....</b>	<b>83</b>
5.2.3.1	5.2.3.1 Desafios para implantação da SAE.....	84
5.2.3.2	5.2.3.2 Possibilidades de implementação da SAE.....	87
5.2.3.3	5.2.3.3 Resistências por Sobrecarga de Trabalho.....	90
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>110</b>
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	111
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	112
	APÊNDICE C – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.....	113
	APÊNDICE D – PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (PRÉ- OPERATÓRIO IMEDIATO).....	115
	APÊNDICE E – PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO).....	116
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>118</b>
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	119
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP).....	121

## 1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão do campo da saúde voltada para o cuidado continuado do bem-estar das pessoas, considerando seu ciclo vital e continuum processo saúde-doença.

Ressalta-se que, historicamente como ocupação, a prestação ou execução de cuidados a pessoas doentes ou necessitadas foi sendo realizada e desenvolvida de maneira informal e sem legitimação ou respaldo científico algum. Na Grécia, na época de Hipócrates, surgiu o cuidado objetivo, que propiciava a busca do equilíbrio, mas que era realizado por pessoas despreparadas. Na era Cristã e na Idade Média, o cuidado passou a ter uma conotação religiosa de caridade, compaixão e misericórdia, sendo executado por mulheres de moral duvidosa, leigas e sem preparo específico. Suas preocupações maiores eram a cura espiritual e a salvação eterna (SILVA, 2011; VOLPATO, PASSOS, 2014).

Neste contexto histórico, a Enfermagem surgiu como uma prática de cuidados organizada, caracterizando esta atividade como profissão realizada por mulheres selecionadas e escolhidas para tal função. No entanto, cientificamente, a Enfermagem esteve dependente de outras ciências sem que houvesse um corpo de conhecimento próprio.

Apenas, no final do século XIX, os procedimentos técnicos de enfermagem começaram a ser descritos como instrumentos para que seus exercentes os utilizassem no cotidiano do cuidado como seu objeto de trabalho. E, somente na década de 1920, dá-se início à gênese da Enfermagem no campo profissional.

Entretanto, para podermos compreender a estrutura do conhecimento científico da Enfermagem, torna-se necessário subdividi-lo em conhecimento teórico, que inclui e reflete sobre os valores básicos, princípios orientadores, elementos e fases de uma concepção de Enfermagem, e conhecimento prático, ou a arte da Enfermagem, que se baseia na experiência dos enfermeiros em fornecer cuidados a pacientes (ALMEIDA, ROCHA, 1989; NILDO, 2013; POTTER; PERY, 2013).

Especificamente, a formação do enfermeiro para o cuidado, como prática profissional, teve início em 1860, na Inglaterra, com Florence Nightingale. Durante esse período, encontra-se a primeira tentativa de distinguir os saberes da medicina dos saberes da Enfermagem. Considerada a primeira teórica da Enfermagem, ela



fundamentou os princípios do cuidado no ambiente terapêutico, mudando a forma de cuidar (VOLPASO; PASSOS 2014).

Assim, ao longo do processo histórico, a profissão vem se constituindo como ciência e arte na área da saúde, com vistas a produzir um corpo de conhecimentos próprio que atenda seus interesses, necessidades e peculiaridades de cuidar no contexto social (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Cuidado que se considerava uma ação subjetiva compreendida universalmente, por se encontrar presente em todas as culturas, sendo, porém, definido em cada meio de maneira diversificada, pois reflete os valores e as práticas socioculturais específicas de determinado grupo social e não meramente execução de procedimentos e técnicas ou como ofício de uma profissão.

O processo de cuidar em enfermagem vem sendo adjetivado como “cuidado humano” e consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar; caracterizado como uma postura ética e estética frente ao mundo. Está expresso nos comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no viver e morrer (SALBERGO et al., 2015; CARVALHO et al., 2015).

Hoje, como profissão estabelecida, regulamentada e com um corpo de conhecimentos e práticas próprio em construção, quando se analisa o processo de formação profissional do Enfermeiro no cenário atual, identifica-se uma proposta de acordo com as bases curriculares para os cursos de graduação existentes, como estabelece a Portaria nº. 1.721/94, do Ministério da Educação (BRASIL, 1994).

A Portaria define o perfil do enfermeiro na perspectiva de uma formação generalista com competências para o desenvolvimento de suas atividades fundamentais denominadas assistência, gerência, ensino e pesquisa. A mesma Portaria dispõe ainda que o processo de formação do enfermeiro deve estar voltado para o cuidado do ser humano no seu ciclo evolutivo, de tal forma que contemple ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto e em contrapartida, diversas são as áreas de especialidades e atuação da Enfermagem na atualidade.

Em conformidade ao exposto, Grenzel et al. (2011) afirmam que o processo de trabalho de enfermagem integra a prestação de serviços à saúde, como parte do setor terciário da economia brasileira. A profissão não produz bens a serem

estocados e comercializados, e sim serviços que são consumidos no ato da sua produção, no momento da prestação do cuidado, tanto individual como grupal ou coletiva.

Sendo assim, na Enfermagem, ressaltam-se duas áreas que mais se destacam, sendo elas o cuidado hospitalar e o trabalho em saúde coletiva. O trabalho se dá de forma conjunta, com o auxílio de outros profissionais, com destaque nas atribuições administrativas e técnicas, podendo atuar também nas áreas de ensino e pesquisa (GRENZEL et al., 2011).

Diante das peculiaridades, exigências e particularidades descritas, a Enfermagem utiliza um modelo ou instrumento estruturado para organização da assistência de Enfermagem, o Processo de Enfermagem (PE), que pode ser pensado como um guia sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona os julgamentos clínicos necessários para o cuidado de Enfermagem (GAIDZINSKI et al., 2008).

Considerado como artifício legal, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 358/2009, define o PE como sendo um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, quer seja em ambientes públicos ou privados, em que ocorra a execução do cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

Ainda caracterizando o PE como método assistencial, Gaidzinski et al. (2008) afirmam que seu uso adequado ajuda o enfermeiro a desenvolver um estilo de pensamento, e que esse estilo colabora para nortear os julgamentos clínicos necessários aos cuidados de enfermagem, servindo também, à atividade intelectual deste profissional. Outro aspecto referido é a importância da avaliação do paciente, onde a mesma fornece os dados para que os Diagnósticos de Enfermagem (DE) sejam identificados, e que o conteúdo desse processo de coleta de informações ocorra em cada interação do enfermeiro com o paciente, de modo que os fatores contextuais dos ambientes de cuidados qualificam o cuidado de enfermagem.

Dentre os contextos de cuidados de enfermagem, Umann et al. (2011) chamam a atenção da necessidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com o intuito de qualificar o cuidado em perioperatório de cirurgia cardíaca. Isto porque, neste processo, a investigação e o registro de informações relevantes e específicas para esse grupo de pacientes contribuem para

a identificação das necessidades e intervenções características que sustentam o planejamento das ações para seu cuidado individual e humanizado.

Apesar da importância, relevância e eficácia da utilização do PE já ter sido bastante discutida na prática de enfermagem disponível na literatura, algumas instituições ainda apresentam oferta de atendimentos de enfermagem não sistematizados a pacientes que se submetem ou foram submetidos a este tipo de cirurgia. Para tanto, é necessário, um resgate da cientificidade desse modelo sistematizado, assim como, discussões e engajamento das equipes responsáveis pelo cuidado profissional na sua operacionalização.

Entretanto, em concordância à realidade descrita, na prática clínica, observa-se dificuldades na implementação deste processo que se apresenta de cientificidade indiscutível. Diante do contexto apresentado, Villarinho (2014) descreve uma característica específica, observada na análise das dificuldades para a implantação da SAE, embora consideradas multifatoriais, que são de natureza organizacional, educacional e operacional.

Para a autora, as dificuldades organizacionais são carência de enfermeiros e/ou profissionais de enfermagem; sobrecarga de trabalho dos profissionais; falta de tempo; associação de atividades assistenciais e administrativas. As educacionais são o desconhecimento da SAE e do PE; desconhecimento das teorias de enfermagem e das fases e/ou etapas da SAE; a não conscientização dos profissionais para a importância da SAE. E as dificuldades operacionais são a resistência expressada pelos enfermeiros e pelos demais profissionais da equipe de enfermagem; resistência das demais profissões que compõem a equipe de saúde pelo desconhecimento do diagnóstico de enfermagem; o estresse e os problemas de relacionamento interpessoal; e o despreparo da equipe de enfermagem, por não estar capacitada para realizar suas tarefas em consonância com o nível necessário para o uso pleno da SAE.

Chama também a atenção o fato de que os modelos teóricos contribuem no processo de cuidar, como referencial no aprimoramento da prática, proporcionando meios para a organização, análise e interpretação das informações, e avaliação dos resultados. Características estas, também descritas no Art. 3º da Resolução 358/2009 (COFEN, 2009), que estabelece que o PE deve estar baseado em suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de

enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Diante dessas colocações e considerando um contexto de prática clínica de enfermagem voltado para o cuidado de pessoas em situação de pós-operatório de cirurgia cardíaca, questiona-se:

Como os enfermeiros de uma instituição hospitalar organizam o cuidado de enfermagem dirigido aos pacientes cardíacos cirúrgicos?

O que eles conhecem e/ou valorizam sobre a prática sistematizada de cuidar em enfermagem?

Quais os fatores intervenientes, desafios e possibilidades para a implementação do modelo sistematizado de Enfermagem, no cuidado dirigido ao paciente, neste caso especial, que se submete a cirurgia cardíaca?

Como se poderia ser desenvolvido uma proposta de modelo sistematizado de cuidar para os pacientes atendidos naquela instituição?

Para responder estas questões, este estudo foi desenvolvido com a proposta de identificar os aspectos que interferem na utilização da SAE como método científico dos cuidados realizados, no sentido de estimular a discussão e participação dos enfermeiros e enfermeiras na elaboração de uma proposta de implantação do PE para pacientes cardíacos cirúrgicos.

Considerando o contexto de cirurgia cardíaca, a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta se adequa porque permite à Enfermagem assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-química, biológicas e psicossociais. Desta maneira, esta teoria foi o como suporte no delineamento do estudo proposto.

O interesse na realização do estudo ocorreu durante atividades de acompanhamento de alunos nas Disciplinas de Estágio Supervisionado I e II, de um Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição privada de ensino superior, no qual o pesquisador tem vínculo empregatício, em unidades de internamento e de terapia intensiva, onde é realizado o acompanhamento de enfermagem a pacientes em pré-operatório e pós-operatório (imediato e mediato) de cirurgia cardíaca.

Naquelas ocasiões, era observada a ausência da oferta de uma dinâmica de prestação do cuidado de enfermagem que fosse fundamentada e sistematizada pelo método científico atualmente orientado pelo COFEN, decorrendo dali aspectos de

fragilidade no cuidado ofertado, bem como, operacionalização ineficiente da prática cuidativa.

Corroborando esta observação, das diversas áreas de atuação da Enfermagem, a cardiologia é uma especialidade em franca expansão técnico-científica, onde cada vez mais são exigidas aptidões, habilidades e conhecimentos diferenciados dos profissionais que atuam nessa área. Ao se deparar com o indivíduo acometido de moléstias cardiovasculares, o profissional enfermeiro deve conhecer os problemas de saúde deste grupo de pessoas, com características comuns, que poderá fundamentar a assistência de Enfermagem, ao fornecer subsídios para elaboração de planos de cuidados, implementação das intervenções para resolução dos problemas identificados e avaliação de acordo com suas necessidades (UMANN, et al., 2011).

Complementam estes autores que a doença e/ou tratamento impõem constantes mudanças de ordem física, social e psicológica, tanto quanto a necessidade de ajustar-se a diferentes situações e de utilizar estratégias de enfrentamento nesse processo. Compreende-se que esse momento é difícil para o paciente cardiopata e requer esforço para ser enfrentado. Nestas circunstâncias, o enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, pode apoiar, orientar e avaliar suas necessidades.

Segundo Graeff, Goldmeier e Pellandra (2012), para o enfermeiro, torna-se um grande desafio compreender a evolução das doenças cardiovasculares (DCVs) e, principalmente, o monitoramento dos fatores de risco responsáveis pela sua instalação. Assim como, é relevante conhecer as co-morbidades implicadas no desencadeamento destes adoecimentos, e quais os mais presentes na sua área de atuação. Deste modo, o profissional pode atuar de forma mais decisiva no desenvolvimento de programas capazes de reduzir a morbidade e mortalidade associadas a esses processos de adoecimento (LEMOS et al., 2011).

É relevante também destacar que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo. A cada ano, morrem mais pessoas de doenças cardiovasculares que por qualquer outra causa. Calcula-se que em 2012, morreram, por esta causa, 17,5 milhões de pessoas, o que representa 31% de todas as mortes registradas no mundo. Dessas mortes, 7,4 milhões se devem à cardiopatia coronariana, e 6,7 milhões, aos acidentes vasculares cerebrais (WHO, 2015).

Mais de 3/4 das disfunções causadas pelas doenças cardiovasculares ocorrem nos países com média e baixa renda. Das 16 milhões de mortes de indivíduos com menos de 70 anos, são atribuídas às doenças transmissíveis, e 82% correspondem aos países com média e baixa renda e 37% devem-se às doenças cardiovasculares (WHO, 2015).

Entretanto, segundo Marcolino et al. (2013), tem ocorrido redução importante na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares relacionadas a avanços na prevenção primária e no tratamento da síndrome coronariana aguda (SCA).

Embora essa redução seja tendência mundial, é mais pronunciada em países desenvolvidos, nos quais é possível ter acesso, em tempo hábil, ao tratamento adequado, com reperfusão por angioplastia primária ou fibrinólise, terapia antitrombótica dupla e tratamento intensivo. No Brasil, as doenças cardiovasculares ainda permanecem como a primeira causa de mortalidade proporcional, responsáveis por 35% dos óbitos em 2011 (BRASIL, 2013).

Corroborando, Macedo e Faerstein (2017) relatam que, a mortalidade por DCVs tem aumentado em todo o mundo, decorrente do crescimento e do envelhecimento populacional. Em 2013, correspondeu a quase um terço do total de óbitos. No entanto, a mortalidade padronizada por idade tem apresentado queda significativa desde a década de 1990.

Para Oliveira, Westphal e Mastroeni (2012), este perfil está relacionado não só ao aumento populacional de adultos e idosos, mas também às mudanças nos hábitos de vida das pessoas. Os chamados fatores de risco, como: consumo de produtos ricos em colesterol, ingestão não moderada de bebidas alcoólicas, tabagismo e frequentes situações de stress são fatores que contribuem para o surgimento e aumento das doenças cardiovasculares.

Outros fatores de risco associados são hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo, história familiar, obesidade, fatores psicossociais, idade e sexo (GRAEFF, GOLDMEIER e PELLANDA, 2012).

Estes autores apontam ainda o fato de que os fatores de risco são semelhantes em regiões e em todos os grupos étnicos no mundo todo, em ambos os sexos e em diferentes idades, e que a associação de fatores de risco eleva consideravelmente a probabilidade de cardiopatias, podendo haver diferenças culturais e étnicas que determinam os perfis de risco.

O termo “fator de risco” (FR) surgiu pela primeira vez em 1961, quando foram divulgados os achados do Framingham Heart Study. Esse estudo objetivou identificar FR para doença arterial coronariana (DAC) ao se comparar indivíduos doentes com aqueles que não tinham a doença. Mais tarde, estes fatores foram relacionados com uma maior incidência de doença, sendo denominados FR, isto é, fator que desempenha um papel no desenvolvimento de determinada doença, podendo ser classificados como modificáveis (ex.: sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismos, etc.) e não modificáveis (história familiar, Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, diabetes mellitus – DM) (LEMOS et al., 2011).

Diante do exposto, Lira et al. (2012) compreendem que as cardiopatias representam um problema de saúde pública, sendo imprescindível a urgência por métodos diagnósticos, terapêuticos e preventivos capazes de interromper sua progressão e/ou evitar seu surgimento.

A expressiva ocorrência das doenças cardiovasculares na população e o avanço tecnológico em seu tratamento, assim como a complexidade e pormenores dos cuidados requeridos por pessoas submetidos a cirurgias cardíacas, cuja condição de saúde sofre mudanças. Este, entretanto, requer cuidados de enfermagem imediatos e precisos, contudo, em muitas vezes, carecendo de planejamento prévio e cientificamente fundamentado (RABELO, 2014).

É na utilização dessas estratégias que o enfermeiro aplicará intervenções científicas efetivas situadas no âmbito de resolução de enfermagem para se tornarem independentes (OLIVEIRA, 2012).

Gonçalves et al. (2007) evidenciam que a SAE é reconhecida pelos profissionais de enfermagem como marco a ser institucionalizado nos serviços de saúde, é uma importante ferramenta gerencial utilizada para planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado direto e indireto aos clientes.

Originalmente regida pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 272/2002 e atualmente pela Resolução COFEN 358/2009, a SAE é utilizada como metodologia assistencial entendida como aplicação prática de uma teoria de enfermagem no cuidado aos clientes, utilizando ou não PE ou partes do mesmo. Ela é todo o planejamento registrado da assistência que abrange desde a criação e implementação do manual de normas e rotinas das unidades à descrição padronizada, até a adoção do PE (COFEN, 2009).

Nesta mesma perspectiva, destaca-se a importância da SAE no perioperatório, com ênfase na implementação do PE e nas intervenções específicas para o estudo, desde a admissão até a alta hospitalar, por meio da elaboração de um plano de cuidados voltado para o atendimento de pacientes cardiopatas cirúrgicos, como fundamental medida para a prevenção e o controle do surgimento de agravos e/ou complicações que possam contribuir para práticas de enfermagem seguras com base nas necessidades individuais desses indivíduos.

Compreendendo a importância da estruturação de uma dinâmica de oferta e prestação de cuidados de enfermagem baseada na utilização de uma metodologia científica, percebe-se a relevância desse estudo. Ao colaborar na elaboração de um método sistematizado para o cuidado de enfermagem, espera-se possibilitar melhoria no processo organizacional do trabalho de enfermagem, assim como, a redução de riscos, desconfortos e danos a que os pacientes possam ser expostos.

Assim ao paciente cardiopata, a utilização de um modelo de cuidado organizado facilitará o processo de raciocínio clínico para a identificação das suas necessidades, o planejamento e avaliação de intervenções específicas à experiência cirúrgica cardíaca, permitindo eliminação e/ou redução de riscos e danos.

Na perspectiva de construção de um corpo de conhecimento científico próprio para o cuidado de Enfermagem, o estudo possibilitará uma estratégia de prestação de cuidados baseada em um método sistemático, dinâmico, seguro e eficaz na melhoria do atendimento oferecido e das condições do serviço.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Descrever processo de construção coletiva de modelo de SAE para pacientes cardíacos cirúrgicos em hospital público de Fortaleza, CE, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Avaliar como os enfermeiros do serviço organizam o cuidado de enfermagem dirigido aos pacientes cardíacos cirúrgico;
- b) Conhecer os fatores intervenientes e benefícios para a implementação de modelo sistematizado de cuidar, a partir da compreensão de enfermeiros do serviço;
- c) Implementar processo de capacitação dos enfermeiros em SAE, PE e uso de teoria da NHB, raciocínio diagnóstico e classificações para as práticas de enfermagem;
- d) Construir modelos de levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem, resultados e prescrição de enfermagem.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

No processo de desenvolvimento da Enfermagem como profissão, torna-se condição vital a apropriação da ciência, não sendo feita apenas por si, mas para si, com o objetivo de superar a etapa de cultura reflexa, vegetativa, emprestada, imitativa, buscando uma nova identidade histórica, caracterizada pela capacidade adquirida pelo homem de buscar nele mesmo, as ideias de que necessita para se compreender a si próprio tal como é, e para explorar o seu mundo, em benefício do desenvolvimento próprio e da profissão.

Com relação à ciência, Pinto (1979) considera que:

A ciência pode tornar-se um instrumento de libertação do homem e do seu mundo racional se for compreendida por uma teoria filosófica que a explique como atividade do ser humano pensante e revele o pleno significado da atitude de indagação em face da realidade natural e social.

Quando nos apropriamos dessa reflexão e pensamos no cotidiano de enfermagem, ponderamos ser essencialmente relevante a busca de fundamentação nas teorias filosóficas das pesquisas científicas na área, com o intuito de compreendermos mais profundamente a função objetiva de investigação, levando-se em conta que este se encontra inserido num contexto cultural, social, político, econômico e ideológico.

Diante disso, constata-se que uma filosofia tem essencialmente três componentes: um ontológico, um epistemológico e um ético. Estes podem estar implícitos ou explícitos; entretanto, de alguma forma sempre estarão incluídos na filosofia (STAMM, 2003).

Rawnsley (1998) faz referência à ontologia como natureza e estrutura do ser, procurando dar respostas a questões como: o que é o ser? O que sou eu? O que é enfermagem? Para Chauí (2000), a palavra ontologia é derivada do participio presente do verbo grego - einai (ser), de on (ente) e onta (entes) dos quais vêm o substantivo to on: o ser. A autora refere que Heidegger foi o filósofo que distinguiu duas palavras: ôntico e ontológico. Para ele, a primeira se refere à estrutura e à essência de um ente, aquilo que ele realmente é, sua identidade, suas diferenças em relação aos outros. Então, ente é aquilo que somos e a maneira de o sermos.

A epistemologia, segundo Munhall (1993), é o ramo da filosofia que trabalha com o conhecimento e como nós chegamos ao conhecimento sobre o mundo. Entretanto, para Meleis (1987), a epistemologia é o estudo de o que os seres humanos sabem, como vieram a saber, o que pensam saber e qual o critério para avaliar o conhecimento. Para as autoras citadas, a epistemologia da enfermagem é o estudo da origem do conhecimento da arte/ciência/profissão, sua estrutura, métodos, padrões e critérios de avaliação.

Quando lidarmos com questões éticas, podemos perceber que a cada dia, as mesmas estão intimamente ligadas ao nosso cotidiano. Valls (2001) considera e defende ser comum separar os problemas teóricos da ética em dois campos: num, os gerais e fundamentais - liberdade, bem, valor, consciência e outros; no segundo, os problemas específicos da aplicação concreta, citando como exemplo as questões da ética profissional, política, bioética etc. O autor ainda a descreve como sendo um procedimento didático ou acadêmico, pois na vida eles não vêm assim separados.

Ao adotarmos um processo conclusivo com relação ao exposto, Garrafa (1997) entende que o fim do ser humano é o valor ou a interpretação dada ao fim natural. O "fim do ser" é a vida, que não pode ser entendida como um mero viver, porque os outros animais também vivem, as plantas também vivem - lembra ele - mas o que mais quer que o ser humano entenda dentro de uma perspectiva ontológica, epistemológica e ética, é o viver com dignidade, qualidade e felicidade. É existir e continuar existindo, não um mero sobreviver, mas viver bem de acordo com valores. O bem ou o valor é precisamente o bem intrínseco. O bem concreto é a vida, que exige ser respeitada, não por imposição normativa ou prescritiva, mas por ser um bem substancial, cuja exigência, quanto ao viver presente e futuro, é dele mesmo.

A reflexão leva-nos a conhecer os fundamentos possibilitando o planejamento dessas ações segundo a dinâmica de valores e prioridades advindas das relações no mundo. Ao analisarmos, sistematicamente, os problemas da profissão junto à sociedade, penetrando na sua essência e complexidade, se estão almejando alternativas para uma prática de enfermagem efetiva, consciente e comprometida com o momento histórico vivenciado (KURCGANT et al., 1991).

Para conseguir realizar um cuidado clínico integral, é de suma importância fazer uma reflexão acerca do contexto do cuidar diante do complexo processo de saúde-doença no qual o indivíduo está inserido.

Com relação à exigência de formação teórica do pesquisador, o que pode ser considerada é que a satisfação dessa exigência só pode ser atendida por uma séria, cuidadosa e profunda, embora condensada, preparação filosófica dos que se dedicam à carreira da pesquisa, para que estes possam ter uma compreensão global do seu objeto de estudo na totalidade dos seus aspectos (PINTO, 1979).

Quando pensamos no processo estrutural de uma teoria, podemos perceber na descrição da maioria dos autores que abordam essa temática, que a mesma é composta por: conceitos – formulações mentais de um objeto ou de um evento, oriundas de percepções individuais; suposições – afirmações que descrevem conceitos, ou os interligam a condições que consideradas reais; e fenômenos – aspectos de uma realidade, que pode ser conscientemente sentido ou experimentado (GHEDIN, 2012).

Em concordância ao relatado, Potter e Perry (2013) descrevem teoria como um conjunto de conceitos, definições, relacionamentos e hipóteses que projetam a visão sistêmica do fenômeno.

A ênfase na análise e desenvolvimento de conceitos na enfermagem tem aumentado na última década, pois os pesquisadores têm se proposto a elucidar problemas que anteriormente permaneciam no senso comum. Isto ocorre porque alguns conceitos, que podem até ser óbvios, incluem terminologia vaga, ambiguidade de definições e inconsistência entre as teorias (BOUSSO, POLES, CRUZ, 2014).

Abordando metaforicamente esses conceitos, Mota, Cruz e Pimenta (2005) relatam que os mesmos conceitos equivalem aos tijolos de uma parede e emprestam sua estrutura à ciência. Desta forma, a investigação científica trata de explorar ou testar possíveis articulações entre esses tijolos, com a finalidade de produzir evidências que confirmem, neguem ou modifiquem as teorias.

As palavras são carregadas de teoria e o principal motivo da proliferação dos significados é a proliferação das teorias (PALEY, 1996). A teoria determina o significado do conceito. Assim, uma palavra que significa uma coisa no contexto da teoria “A” pode significar outra coisa no contexto da teoria “B”, e a diferença pode ser mais ou menos sutil. Considera-se que as teorias são palavras estruturadas, ou seja, é a estrutura das palavras que dá sentido à teoria. Assim, o local de cada palavra dá sentido àquela teoria específica. Se mudarmos a estrutura das palavras ou

adotarmos palavras diferentes, muda-se o significado da teoria (BOUSSO, POLES, CRUZ, 2014).

Na trajetória histórica do porque, como e quando fazer, acerca do conhecimento da Enfermagem, várias contribuições teóricas foram utilizadas para alicerçar a construção científica própria da Enfermagem. Dentre elas, podemos destacar a teoria de Maslow, que serviu de embasamento para um modelo teórico brasileiro, o qual será discutido a posteriori.

Maslow concebeu a teoria da motivação humana baseada na hierarquia das necessidades humanas básicas. Esta teoria parte do princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las, associando-as a uma hierarquia. O ser humano, como está sempre buscando satisfação, quando experimenta alguma satisfação em um dado nível, logo se desloca para o próximo e assim sucessivamente (REGIS, PORTO, 2006).

Abraham Maslow foi um psicólogo comportamental, membro da Human Relations School, em finais da década de 50. Abraham Maslow nasceu em Brooklyn, licenciou-se em Wisconsin e doutorou-se na Universidade de Columbia, onde também trabalhou no departamento de investigação. No Jardim Zoológico de Bronx, estudou o comportamento dos primatas e, entre 1945 e 1947, foi diretor-geral da Maslow Cooperage Corporation. Em 1951, lecionava Psicologia Social na Universidade de Brandeis (GODOY, D'ÁVILA, 2009).

Esse renomado psicólogo americano concluiu que um indivíduo procura satisfazer suas necessidades dentro de uma sequência lógica, uma espécie de hierarquia, em que as necessidades de nível mais baixo dominam o comportamento do indivíduo até estarem suficiente satisfeitas, quando então entra em ação outra necessidade de nível mais elevado (AS TEORIAS MOTIVACIONAIS DE MASLOW E HERZBERG, 2014, p. 2).

Na busca de consolidar e, ao mesmo tempo, justificar os pressupostos da teoria de Maslow (1973) afirma que um indivíduo, com certo nível de necessidade, tem todo o seu organismo orientado para a busca de meios para satisfazer tal necessidade, de sorte que toda a sua percepção, memória e inteligência estão voltadas para os gratificadores adequados. Na medida em que esta necessidade começa a ser satisfeita, a mais próxima na hierarquia, em posição superior, começará a surgir e a dominar o organismo, enquanto a outra passará a existir

apenas num estado potencial, podendo, entretanto, ressurgir se houver modificações no ambiente que determinem o seu reaparecimento no indivíduo.

Ainda descrevendo as características da teoria de Maslow, na mesma encontra-se que a incapacidade do indivíduo de satisfazer uma dessas necessidades aumenta sua motivação para satisfazê-la, ou seja, a pessoa aumentará seu esforço para satisfazer uma necessidade insatisfeita. Caso todo o esforço não a leve a atingir a satisfação, ela ficará frustrada. Por outro lado, quando a necessidade é satisfeita, cessa seu efeito sobre o organismo e aumenta a motivação por outra necessidade de nível superior (AS TEORIAS MOTIVACIONAIS DE MASLOW E HERZBERG, 2014, p. 2).

O ponto de partida da teoria de Maslow é a indicação que estas necessidades estão ordenadas em forma de pirâmide que indica a prioridade e o grau de importância de cada uma delas sobre as outras. Note-se que somente quando a necessidade de nível inferior estiver suficientemente satisfeita é que a necessidade de nível mais elevado começa a motivar o comportamento (AS TEORIAS MOTIVACIONAIS DE MASLOW E HERZBERG, 2014, p. 3).

Assim, uma necessidade de nível mais baixo deve ser relativamente satisfeita para que possa emergir uma necessidade de nível mais alto. Nenhuma necessidade é sempre totalmente satisfeita e as necessidades de nível mais baixo terão sempre influência mais forte no comportamento do indivíduo caso deixem de ser atendidas (AS TEORIAS MOTIVACIONAIS DE MASLOW E HERZBERG, 2014, p. 3).

Maslow sugere que somente poucas pessoas privilegiadas conseguem chegar ao topo da pirâmide e serem fortemente motivadas pelas necessidades de nível mais alto como de auto-realização, como observado na figura 1. Para ele, muitas outras pessoas continuam movidas por suas necessidades primárias, sem conseguir satisfazê-las adequadamente (AS TEORIAS MOTIVACIONAIS DE MASLOW E HERZBERG, 2014, p. 4).

**Figura 1- Necessidades humanas básicas**



Fonte: Elaborado pelo autor

Segundo Maslow, as necessidades humanas básicas foram hierarquizadas em cinco níveis (figura 1): (1) necessidades fisiológicas – alimento, abrigo, água, sono, oxigênio; (2) segurança e proteção – segurança, estabilidade, ordem, segurança física; (3) amor e pertencimento – afeição, identificação, companheirismo; (4) auto-estima – auto-estima, auto-respeito, prestígio, sucesso, estima de outro; e (5) auto-realização. A estas, mais tarde, foram acrescentadas, conforme a figura 2, a necessidade (6) estética – beleza, harmonia, e transcendência (LEOPARDI, 1999).

**Figura 2 - Pirâmide das Necessidades de Nível Alto de Auto-realização (com acréscimo da Necessidade de Estética e Transcendência)**



Fonte: Elaborado pelo autor

O ponto relevante no trabalho de Maslow foi seu interesse no desenvolvimento das pessoas a partir da identificação das necessidades humanas e como elas podem ser satisfeitas, ajudando os administradores e entender melhor as pessoas com que trabalham a fim de fornecer-lhe os incentivos e alicientes adequados para que possam produzir adequadamente e desenvolver todo o seu potencial (AS TEORIAS MOTIVACIONAIS DE MASLOW E HERZBERG, 2014, p. 4).

Maslow pareceu jamais se preocupar com a testagem empírica de sua teoria de motivação e, talvez por isso, não tenha procurado definir operacionalmente as

categorias de necessidades. Contudo, ele apresenta definições feitas a partir da observação dos desejos emitidos por seus pacientes. Esses desejos constituem uma manifestação consciente das necessidades e são apenas um meio para determinado fim. Deseja-se uma coisa para conseguir-se outra, que é a satisfação de uma ou de, na maioria dos casos, duas ou mais necessidades. Um indivíduo pode estar motivado, simultaneamente, por várias necessidades. A motivação dominante vai depender de qual das necessidades mais baixas na hierarquia está suficientemente satisfeita (BOHRER, 1981).

Quanto mais elevado o nível de reclamações e frustrações, mais elevado é o nível de vida de um indivíduo e, possivelmente, mais desenvolvida a organização em que ele trabalha. Sendo assim, melhorando-se as condições dentro de uma organização, é de se esperar uma elevação no nível das reclamações, e não o término delas. Isto não significa que os sujeitos irão reclamar mais, mas sim, que irão se preocupar e mostrar-se frustrados com problemas de natureza hierarquicamente superior (MASLOW, 1973; HESKETH, COSTA, 1980).

Apesar de ter suas bases científicas e profissionais direcionadas para a psicologia, Maslow é um pesquisador do comportamento humano bastante conhecido na Enfermagem, pois Wanda Horta (1979), enfermeira pioneira no Brasil no estudo das teorias, desenvolveu seu modelo teórico para Enfermagem, a partir da teoria da Motivação Humana de Maslow, aplicando as ideias ao processo de cuidar. Nesta abordagem da teoria aplicada à profissão, a enfermeira é o agente responsável que realiza o processo de planejamento para cuidar das necessidades básicas do cliente, estabelecendo uma ação direta e atuante da Enfermagem diante dos problemas apresentados por ele. Com esta adaptação, Wanda Horta trouxe para a Enfermagem a observação, interação e intervenção junto ao cliente para satisfazer suas necessidades humanas básicas (REGIS, PORTO, 2006).

No entanto, Horta (1979), chamava a atenção que, transcender o Ser-Enfermagem é ir além da obrigação, do "ter o que fazer". É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento. É usar-se terapeuticamente, é dar calor humano, é se envolver (sem base neurótica) com cada ser e viver cada momento como o mais importante de sua profissão.



A Enfermagem, desde seus primórdios, vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural (HORTA, 1979).

Wanda de Aguiar Horta nasceu em 11 de agosto de 1926, em Belém do Pará, recebeu o diploma de enfermeira pela Escola de Enfermagem da (Universidade de São Paulo (USP), em 1948, e, em 1953, recebeu o diploma de Licenciada em História Natural, na Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras da Universidade do Paraná. Recebeu certificado de pós-graduação em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP, em 1962. Em 31 de outubro de 1968, conquistou o título de Doutor e Livre Docente em Fundamentos de Enfermagem, na Escola Anna Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Foi aprovada em concurso realizado em 2 de abril de 1974, recebendo o título de Professor adjunto. Exerceu funções didáticas, técnicas e administrativas. Realizou palestras, aulas, conferências e ministrou inúmeros cursos. Obteve bolsa de estudos e viagens culturais para Portugal, Espanha, Bélgica, Itália, Suíça e Estados Unidos. Realizou outras atividades profissionais como participação em bancas examinadoras, orientações de teses de Doutorado e Mestrado (LEOPARDI, 1999).

A teoria de Horta se fundamenta em uma abordagem humanística e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow. Admite o ser humano como parte integrante do universo e desta integração surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os seres humanos têm necessidades básicas que buscam satisfazer neste processo interativo.

No processo de descrição inicial de sua teoria, Horta (1979) relatava que a dicotomia de rumos com que se defronta a enfermagem - desenvolver-se como ciência própria ou tornar-se a profissão de assistente-médico - leva seus profissionais a se dividirem, indecisos, entre as duas correntes. Esta situação incômoda, de transição, é sentida em toda a literatura publicada nesta década.

A teorista ainda afirmava ser a Enfermagem uma ciência aplicada, buscando sair da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, tais sejam, por exemplo, a lei do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica): todo o universo se mantém por processos de

equilíbrio dinâmico entre os seus seres; a lei da adaptação: todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; lei do holismo: o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser. A teoria de enfermagem foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana, de MASLOW, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas (HORTA, 1979).

Foram descritos por Horta como pressupostos básicos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, os seguintes princípios: a Enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano; é prestada ao ser humano e não à doença ou desequilíbrio; todo cuidado de Enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; a Enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade; e reconhece o ser humano como elemento participante ativo do seu autocuidado (HORTA, 1979).

Ao descreverem os conceitos inter-relacionados da proposta teórica, Wanda Horta (1979), pontua que o ser humano é parte integrante do universo dinâmico e, como tal, sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço, e esse ser está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de desequilíbrio no tempo e espaço. O ser humano se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização, além de poder unir presente, passado e futuro; a Enfermagem é uma ciência aplicada que visa o reconhecimento do ser humano-cliente, que tem necessidades humanas básicas, as quais são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais.

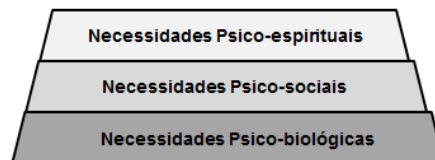
Horta descreve o foco do trabalho da Enfermagem como sendo capaz de levar o ser humano ao estado de equilíbrio, ou seja, à saúde, pelo atendimento de suas necessidades básicas, constituídas conceitualmente como problemas de enfermagem. O enfermeiro tem como responsabilidade avaliar as necessidades não cobertas por ações do próprio paciente, para supri-las com cuidados planejados de acordo com o grau de dependência do mesmo (HORTA, 1979).

Ainda segundo a autora, no que se refere à demarcação científica, quando adotados os critérios positivistas, o trabalho de Horta não alcança o status de teoria, sendo uma proposição conceitual para fundamentar a prática de enfermagem. Sua

proposição tem sido utilizada e valorizada por meio de projetos de sistematização do cuidado em unidades de saúde no Brasil. A aceitação, porém, parece estar mais vinculada à sua condição de ser uma teórica brasileira do que ao seu estatuto científico e sistematizador.

Apesar de ter fundamentado seu estudo na teoria de Maslow, Horta preferiu aplicar a classificação derivada do referido pesquisador, mas adaptada por Mohana, como descrita na figura 3. A autora descreve que o ser humano tem necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais, estas intimamente relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo indivisível. Quando se diz que as necessidades são universais, significa dizer que são comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la. Outro aspecto importante ressaltado diz respeito à manifestação de individualidade das necessidades, e os fatores que podem interferir nesse processo, tais como idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo de saúde-enfermidade, o ambiente físico (HORTA, 1979).

**Figura 3 – Pirâmide das Necessidades de Humanas Básicas adaptada por Mohana**



Fonte: Elaborado pelo autor

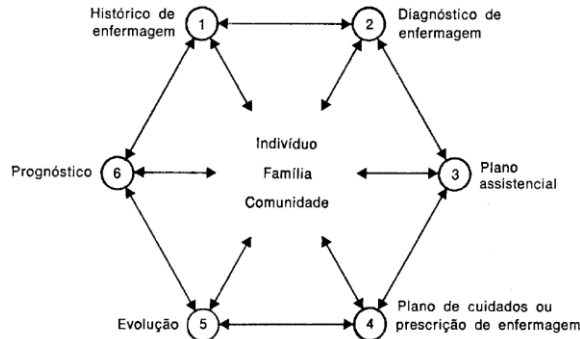
A principal contribuição metodológica ou proposta de metodologia proposta por Horta foi a utilização do PE. Suas fases ou passos foram descritas em um número de seis e com igual importância para perfeita dinamização das ações de Enfermagem, demonstradas na figura 4.

- Histórico de Enfermagem – roteiro sistematizado para o levantamento de dados sobre o ser humano, significativos para a(o) enfermeiro(a), que tornam possível a identificação de seus problemas;
- Diagnóstico de enfermagem – segunda fase do processo, onde se analisa os dados colhidos no histórico, são identificados os problemas de Enfermagem que levam a uma identificação das necessidades básicas

afetadas e do grau de dependência do paciente com relação à Enfermagem para seu atendimento;

- Plano Assistencial – determinação global da assistência de Enfermagem que o ser humano deve receber;
- Plano de Cuidados ou Prescrição de enfermagem – implementação do plano assistencial pelo roteiro diário, devendo ser avaliado sempre, favorecendo a obtenção de novos dados necessários para que ocorra a próxima fase;
- Evolução de Enfermagem – relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo enquanto estiver sob assistência profissional;
- Prognóstico de Enfermagem – estimativa da capacidade do indivíduo em atender suas necessidades básicas alteradas após a implantação do Plano Assistencial e pelos dados fornecidos pela Enfermagem (HORTA, 1979).

**Figura 4 - Processo de Enfermagem (segundo Wanda Horta)**



Fonte: Horta (1979)

Na Enfermagem, o termo “Processo de Enfermagem” foi utilizado pela primeira vez pela enfermeira Lydia Hall nos anos 50 do século XX, sob a influência do método de solução de problemas, com raízes do método científico (HORTA, 1979). Entretanto, diversas são as propostas, estruturas, e disposições acerca das fases do PE encontradas hoje na literatura. Torres et al. (2011), descrevem como uma dessas formulações, a metodologia da assistência de Lygia Paim, que preconiza três fases básicas, a saber: (1) identificação dos problemas no histórico de enfermagem, (2) prescrição de enfermagem e (3) evolução de enfermagem. As autoras lembram

ainda, que a própria Paim apoia sua metodologia em Horta, porém seu processo é mais resumido, com apenas três etapas básicas.

Outra estruturação bastante utilizada, inclusive nas disciplinas metodológicas dos cursos de graduação atualmente, é a de Alfaro-Lefevre, que dispõe o processo de enfermagem em cinco etapas inter-relacionadas – investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação – é um método, uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem. Através deste método, o enfermeiro promove cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo e, ainda, esse é capaz de impulsionar os enfermeiros a continuamente examinarem suas práticas, refletindo sobre formas de fazê-las melhor (ALFARO-LEFREVE, 2014).

No entanto, independente da disposição das fases do processo, ou operacionalização de suas etapas, a maioria dos autores comungam em um único aspecto, o uso do PE é o fundamento para o raciocínio clínico, e que o modelo, enquanto método estruturado e organizado, que objetiva o pensamento crítico essencial para promover um nível competente de cuidado, engloba todas as ações importantes feitas por enfermeiros, e compõe a base para tomada de decisões. Fundamenta e organizar os dados coletados na investigação, auxiliando na identificação de diagnósticos e estabelecimento de metas (TANNURE, PINHEIRO, 2011; ALFARO-LEFREVE, 2014).

É importante considerar ainda, que a Enfermagem é uma ciência que deve ter referenciais teóricos que possam guiar o cuidado prestado e para tanto, torna-se fundamental a utilização do PE (OLIVEIRA et al., 2015).

Por fim, a legitimação do PE como método científico a ser utilizado pela Enfermagem no desenvolvimento do seu processo de trabalho é descrita e tem suas exigências contidas na Resolução 358/2009 do COFEN, no seu Art. 1º, onde considera, que o PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

A referida Resolução ainda descreve outro aspecto de relevância fundamental, quando cita a utilização da SAE, como uma ferramenta de organização do trabalho profissional de enfermagem quanto ao método, ao pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE.

Apesar de não apresentar seu modelo teórico como concluído, Horta contribuiu de maneira fundamental na qualificação profissional e fundamentação científica da Enfermagem. Sua percepção e apropriação das NHB para inicialmente compor sua teoria, e sua caracterização adotada para descrever o PE, abriu um leque de possibilidades para posteriormente, diversas autoras e pesquisadoras fundamentarem novos formatos e estratégias. Atualmente, a Enfermagem pode dispor de uma legitimação do seu processo de trabalho cuidativo, mediante Resoluções descritas e apoiadas pelo Conselho Federal e Regionais de Enfermagem.

Portanto, a SAE oferece subsídios para atender às transformações tecnológicas, sociais e econômicas, desperta o senso de responsabilidade no cuidar, mediante a possibilidade de conseguir operar com uma linguagem interdisciplinar, utilizando marcadores atualmente descritos como de importância universal dentro dos serviços de saúde, como os indicadores de qualidade, protocolos assistenciais e/ou de cuidado clínico, qualidade do cuidado, práticas baseadas em evidências, gestão de risco e segurança do paciente.

## 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Apresenta-se, na sequência, os aspectos relevantes à compreensão do percurso percorrido no durante o desenvolvimento da investigação.

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

A abordagem metodológica escolhida foi a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que foi desenvolvida pelas professoras Mercedes Trentini e Lygia Paim, cujo lançamento ocorreu em 1999, mediante reflexões teóricas e trabalhos vivenciados pelas autoras. Essa proposta desloca o ambiente de investigação do laboratório ao mundo real, onde ocorrem os encontros de enfermagem com pessoas, grupos e famílias, buscando conforto, cuidado e saúde de qualidade. Em versão atualizada da publicação que propõe o referido método, desta feita ampliada e revisada por três autoras (TRENTINI, PAIM e SILVA, 2014), chama a atenção para o que marca a sua originalidade é a exigência do envolvimento do pesquisador em ações de cuidado em concomitância com as ações de pesquisa.

Para fins de esclarecimento, e como proposta comparativa, a abordagem metodológica descrita fundamenta-se no método pesquisa-ação, que Thiollent (2009) define como um tipo de investigação social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e, no qual, os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Nesta perspectiva, a proposta da modalidade de PCA foi alicerçada no contexto de prática cuidativa de enfermagem que desencadeia inovações com o objetivo de solucionar ou minimizar problemas cotidianos de saúde, renovando práticas e atitudes.

A PCA é caracterizada por um esboço composto por duas partes, como propõem Trentini, Paim e Silva (2014):

[...] por um lado, se diferencia de outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial [...]

Outra característica a ser considerada deve ser a convergência, designada pela justaposição da pesquisa com a prática cuidativa. O conceito de convergência assemelha-se a uma hélice que tem a representatividade de junção das ações de cuidado com as pessoas no mesmo ambiente físico e temporal. As autoras citadas afirmam ainda que:

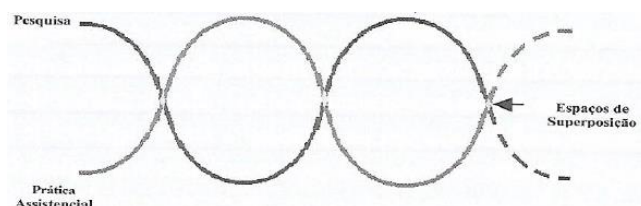
[..] o essencial é a convergência, ou seja, pontos de justaposição dos processos da prática assistencial e da investigação científica em contínua ação dialógica de modo a produzir ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho do grupo de profissionais da assistência (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014).

Segundo Trentini, Paim e Silva (2014), há várias formas de redigir um projeto de pesquisa. Na PCA, essas formas são apresentadas em seus desdobramentos pelas fases de concepção, instrumentação, perscrutação e análise.

Na Fase de Concepção, os passos precisam ser articulados de maneira a formar um todo, onde passa a ser denominado problema de pesquisa. Esta fase é construída com muita reflexão, envolvendo revisões de literatura e outras decisões, como o tema a ser pesquisado, a questão de pesquisa, os propósitos, os objetivos, introdução e justificativa.

As características e desfechos metodológicos como o espaço físico da pesquisa, participantes envolvidos, métodos, instrumentos e técnicas de coleta de dados e informações, são decididos e determinados na Fase de Instrumentação. Outras características da referida fase são os movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência entre a pesquisa e a prática assistencial, onde ambos formam os espaços de superposição das atividades realizada, como mostrado na FIGURA 5.

**Figura 5 - Gráfico de Convergência (Pesquisa Convergente Assistencial – PCA)**



Fonte: Trentini, Paim e Silva (2014)



A Fase de Perscrutação, apesar de a mesma ser descrita separadamente, seus componentes encontram-se dispostos nas fases de instrumentação e análise. Entretanto, o pesquisador precisa avaliar as possibilidades de execução de determinadas estratégias, e as mesmas precisam ser traçadas de acordo com o tipo de mudança e/ou inovações pretendidas.

Durante a Fase de Análise, quatro processos estão envolvidos: a apreensão, síntese, teorização e transferência, que ocorrem de maneira mais ou menos sequencial. Apreensão é o envolvimento do pesquisador com o espaço da prática assistencial de maneira a inserir-se como parte dela; Síntese são as associações e diferenciações dos dados; Teorização constitui-se na identificação, definição e construção de relações entre um grupo, de maneira a possibilitar a construção de previsões do fato investigado, levando à denominação de teoria; e Transferência é a possibilidade de contextualizar os resultados, em situações similares, com a intenção de transferi-los e socializá-los.

Durante a abordagem metodológica da PCA, o requisito fundamental está nas situações de prática assistencial, que são definidas como problema de pesquisa, onde o pesquisador desenvolve o interesse em construir, modificar, reformular e acrescentar, buscando renovar, reconstruir e inovar práticas assistenciais e conhecimentos.

Diante do exposto, considera-se que esta modalidade de investigação se adequava ao intuito deste estudo, qual seja, construir, coletivamente, modelo de SAE para pacientes cardíacos cirúrgicos.

## 4.2 LOCAL

O cenário do estudo investigado foi uma instituição particular de atenção terciária, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Fortaleza-CE, onde o pesquisador realiza acompanhamento de estágios obrigatório de um Curso de Graduação em Enfermagem.

A instituição conta com um total de 103 leitos, sendo 96 leitos de enfermarias, 7 de Unidade de Terapia intensiva (UTI), disponíveis para pacientes atendidos pelo SUS e outros convênios. Deste total, 30 são reservados a internamentos de cardiologia clínica e 10 para cirurgia cardíaca. Dos leitos disponíveis para

internamentos em terapia intensiva, 3 são destinados aos clientes em pós-operatório imediato e mediato de cirurgia cardíaca.

A taxa de cobertura de enfermeiros nas unidades de internamento é de um profissional para aproximadamente 30 leitos e, na UTI, um para 7 leitos. Semanalmente, são realizadas aproximadamente 10 cirurgias, sendo 2, em cada dia útil. O conhecimento do cenário pelo pesquisador foi relevante para melhor entendimento do processo de trabalho dos enfermeiros e de sua inserção no processo de cuidar.

Outro aspecto relevante e determinante na escolha do cenário do estudo foi o de compreender a necessidade de um atendimento holístico e seguro, não centrado apenas na execução, mas que atenta ao direito do paciente e família. Direito este referente a informações pertinentes ao período perioperatório, devendo apresentar como objetivos o esclarecimento e a minimização de todas as dúvidas, dando o suporte esperado e facilitando a aplicação da SAE, norteando os diagnósticos de enfermagem, facilitando o plano de intervenções e estabelecendo os resultados esperados.

#### 4.3 PERÍODO DE COLETA DOS DADOS

Com vistas ao objetivo de recolhimento dos dados, para elucidar os fenômenos pesquisados, a pesquisa ocorreu no período entre março a maio de 2017.

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os enfermeiros que atuam no cuidado direto aos pacientes no pré, trans e pós-operatório de cirurgia cardíaca, totalizando 14 profissionais, um no Centro Cirúrgico (CC), 5 na UTI e 8 nas unidades de internamento (enfermarias).

Os critérios de inclusão estabelecidos para que os mesmos fizessem fazer parte da pesquisa, foram: pertencer ao quadro de enfermeiros da instituição e prestar cuidado direto ao paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca. Entende-se serem estes os que apresentam os elementos essenciais para o contexto do estudo pesquisado.

Como critérios de exclusão estabeleceram-se as situações que envolvam os períodos de férias, licença-saúde ou quaisquer outros motivos de afastamento, tais como demissões e licenças maternidade.

Foram compreendidos como critérios de descontinuidade pelos participantes, as desistências em participar do estudo e a participação insuficiente nos encontros dos grupos focais, onde foi estabelecida uma frequência mínima de quatro encontros, dos oito propostos.

#### 4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por um total de 14 profissionais que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Entretanto, ao serem analisadas as listas de frequências dos encontros, foi encontrada a seguinte distribuição: um profissional apresentou 62,5% de frequência, um apresentou 75%, dois apresentaram 87,5% e dois apresentaram 100% de participação.

Portanto, conclui-se que seis participantes tiveram pelo menos 60% de frequência nos encontros propostos, contemplando a amostra final do estudo.

Lembre-se que na Pesquisa Convergente Assistencial, os participantes do estudo devem ser pessoas envolvidas no problema e, dentre estes, os que apresentem melhores condições para colaborar com informações abrangentes, enfocando o problema pesquisado (TRENTINI e PAIM, 1992).

#### 4.6 ABORDAGEM DO CENÁRIO DOS PARTICIPANTES

A inserção inicial no campo de pesquisa ocorreu durante as atividades de acompanhamento de alunos nas Disciplinas de Estágio Supervisionado I e II, de um Curso de Graduação em Enfermagem de Fortaleza-CE, nas Unidades de Internamento e UTI do hospital. Nas incursões seguintes, o pesquisador percorreu sozinho o campo, reunindo informações e conversando individualmente com os enfermeiros envolvidos na pesquisa. Foi feito pessoalmente o convite a cada um deles, sondando interesses e disponibilidade para participar da investigação.

## 4.7 TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS DE COLETA

Na utilização da Metodologia Convergente Assistencial, o pesquisador pode lançar mão da utilização de diversas técnicas que objetivam a obtenção de informações, desde que sejam pertinentes ao desenvolvimento do estudo. Durante a coleta de dados nesta instituição, foi utilizada a técnica de entrevista individual centrada no problema e a estratégia de grupo focal.

### 4.7.1 A Entrevista

Trata-se de uma técnica que auxilia os sujeitos pesquisados a expressarem informações a serem recolhidas pelo entrevistador numa determinada interação.

As entrevistas podem ser estruturadas e não estruturadas, de acordo com o seu direcionamento. É estruturada quando as perguntas são específicas, previamente formuladas e o entrevistado responde “com seu próprio vocabulário”, e não estruturadas, quando o informante aborda livremente o tema selecionado pelo pesquisador (SILVA et al 2013; CHIZZOTTI, 2008).

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa que requer tempo e exige alguns cuidados, entre eles destacam-se: o planejamento da entrevista, que deve ter em vista ao objetivo a ser alcançado; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em fornecer respostas ao encontro que deve ser marcado com antecedência para que o pesquisador se assegure de que será recebido; as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade. Por fim, a preparação específica que consiste em organizar o roteiro ou formulário com as questões importantes (LAKATOS, 2008).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi uma entrevista estruturada, onde foram abordados aspectos como caracterização pessoal dos sujeitos, dados profissionais e relacionados à renda (em salários mínimos), e por fim, informações acerca da formação e educação permanente dos entrevistados.

Podemos concluir que a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada,

praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos (LÜDKE, ANDRÉ, 2013).

Na PCA, a entrevista não se restringe a uma simples técnica de coleta de dados para o estudo, indo além, ampliando as delimitações implicadas no cuidado do paciente. Entretanto, neste estudo, a entrevista foi utilizada como primeiro momento de levantamento de informações na modalidade formulário. Ela serviu, após anuência de participar e assinatura obrigatória do TCLE (APÊNDICE A), pelo enfermeiro participante, para obter suas informações pessoais, sócio-demográficas, profissionais e de educação permanente (APÊNDICE B).

Portanto, foi inicialmente realizado um convite formal individualizado, onde foram descritos os objetivos e a proposta metodológica do estudo. As entrevistas foram realizadas na instituição de saúde onde foi aplicada a pesquisa, em espaço físico adequado, e onde para as mesmas, além do uso do formulário proposto para coleta dos dados (APÊNDICE B), foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, objetivando a possibilidade de perda de informações relevantes. As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos. Após este primeiro momento de levantamento de informações dos participantes da investigação, ocorreu a etapa coletiva de entrevistas, na modalidade Grupo Focal (GF).

#### **4.7.2 Grupo Focal**

Atualmente, esta técnica de pesquisa tem sido utilizada por vários profissionais no desenvolvimento de pesquisas em ciências humanas e de saúde com diferentes propósitos.

Segundo Kinalski, et al. (2017), o GF é aplicado como técnica por pesquisador que tem como objetivo coletar informações sobre um determinado tema específico por meio da discussão participativa entre os participantes, reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo. O GF valoriza a interação entre os participantes e o pesquisador, sendo realizado a partir das discussões focadas em tópicos específicos e diretivos. Isso proporciona a troca de experiências, conceitos e opiniões entre os participantes.

Para Silva et al. (2013), a escolha da técnica de coleta de dados para GF deve acontecer posterior à definição do objeto, dos objetivos e do desenho metodológico a ser empregado na pesquisa. Desse modo, as decisões metodológicas dependem

dos objetivos traçados, pois irão influenciar na composição dos grupos, no número de elementos, na homogeneidade ou heterogeneidade dos participantes.

Ao tratar do aspecto de organização do GF, Gatti (2012) aponta que para abordar questões com maior profundidade, cada grupo focal não poderá ser grande, mas também não poderá ser excessivamente pequeno, ficando dimensionado preferencialmente entre seis a doze pessoas.

O espaço físico utilizado para realizar o encontro com os grupos neste estudo, foi disponibilizado pela Coordenação de Enfermagem, e tinha como características estruturais ser amplo, arejado, reservado e silencioso, e continha os recursos audiovisuais necessários (Datashow, quadro branco, pincéis e gravador). Os grupos ocorreram em 8 momentos e com duração média de 60-90 minutos.

O processo de convocação dos profissionais para composição dos grupos foi realizado na forma de convite impresso, e a organização ocorreu por meio da elaboração de um cronograma previamente estruturado, onde os encontros foram dispostos em dias e horários diversificados, possibilitando assim, alternativas para o comparecimento do máximo de profissionais, bem como, com o auxílio e autorização da Coordenação de Enfermagem da instituição.

A dinâmica operacional dos grupos focais seguiu a seguinte sequência: aquecimento (apresentação individual), utilização de estratégias facilitadoras de expressão, problematização dos questionamentos, troca de conhecimentos, análise e articulação com o tema geral. A participação do pesquisador principal no grupo ocorreu na qualidade de moderador, onde o mesmo procurou estabelecer ambiente favorável para relacionamento e desenvolvimento das discussões.

Para o registro das informações, foram utilizadas as seguintes técnicas: anotações de aspectos individuais (relacionadas às fases de pré e pós-operatório) e coletivos (relacionados à assistência de uma maneira geral), gravações em áudio e posterior transcrição e análise, anotações e diário de campo e registro descritivo.

Durante a apropriação das informações coletadas segundo as técnicas citadas, pode-se contar com o auxílio de estudantes de enfermagem, pelo menos duas em cada encontro, na participação da realização dos grupos na qualidade de observadores e auxiliares nos registros relevantes sobre seu desenvolvimento. As acadêmicas que auxiliaram no registro das informações obtidas foram previamente capacitadas pelo pesquisador, com 2 encontros prévios, sendo apresentados os

objetivos do estudo, metodologia, e a dinâmica utilizada para coleta dos dados e construção dos instrumentos propostos.

Durante esta etapa nesta pesquisa foram abordadas questões que tinham relação direta com a assistência, ações, atividades e perspectivas relacionadas ao cuidado com o paciente que será submetido ou se submeteu à cirurgia cardíaca, e propôs um “repensar” das atitudes adotadas no seu cotidiano e neste processo de cuidar.

Os encontros do grupo que compõe o GF foram então propostos com o objetivo de refletir acerca do cuidado realizado à clientela citada, assim como, discutir e aprofundar as temáticas e os questionamentos que se seguem.

#### 4.7.2.1 Primeiro Encontro

Inicialmente, neste primeiro encontro, foram explicadas as etapas da produção de dados, os aspectos éticos da pesquisa, bem como foi apresentado uma proposta de cronograma inicial de encontros sucessivos, necessários para o andamento do estudo. Após alinhamento e ajustes nas datas dos encontros posteriores, foi dado início uma dinâmica de aproximação, objetivando um melhor clima de envolvimento e participação entre os participantes.

Em seguida, foi realizada uma apresentação individual, promovida abordagem central proposta para o encontro, que visou elucidar a Percepção da realidade atual, na oferta de cuidados realizados pelos envolvidos. Para um melhor direcionamento e aprofundamento do tema, foi feito o seguinte questionamento: Como vocês organizam o cuidado de enfermagem? Após transcorrido o tempo determinado para o momento, o pesquisador encerrou o encontro, agradeceu a presença, a colaboração e o envolvimento de todos, o que foi seguido de um lanche.

#### 4.7.2.2 Segundo Encontro

Os enfermeiros incluídos na pesquisa, que aceitaram fazer parte do estudo, participaram do segundo encontro em grupo, em que aconteceu a segunda etapa da produção de dados. Como idealizado para todos os encontros proposto, o pesquisador iniciou as atividades utilizando uma dinâmica de sensibilização e de

auto-questionamento e descoberta, visando uma maior e melhor abertura na produção de informações.

A tônica deste encontro foi o exame acerca do Conhecimento do método científico que a enfermagem utiliza para organizar e dinamizar seu objeto de trabalho. Os seguintes questionamentos foram colocados: Quais os seus conhecimentos e interpretações acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem direcionadas a pacientes em geral? Quais suas experiências na aplicabilidade desse método? Procedeu-se a gravação das falas conforme antes planejado. O encontro foi então, encerrado e finalizou-se com um pequeno lanche.

#### 4.7.2.3 Terceiro Encontro

O terceiro encontro seguiu a mesma proposta para coleta de dados utilizada nos momentos anteriores. Onde inicialmente foi proposta uma dinâmica de sociabilização dos indivíduos pesquisados, e em seguida, foi proposto um objeto de discussão que buscou explicitar a obtenção de possibilidades e a busca de exequibilidade do modelo científico discutido no encontro anterior. Para este fim, a seguinte pergunta foi expressa aos enfermeiros: O que pode ser feito para fomentar e inserir a utilização do método sistematizado, na realidade atual do cuidado? Ao término do encontro, procedeu-se uma reflexão acerca da temática discutida, e após, o encontro foi encerrado com um lanche.

#### 4.7.2.4 Quarto e Quinto Encontros

Na execução destas duas etapas, propôs-se a realização de oficinas de capacitação que tiveram como propósito reavivar e habilitar os envolvidos, acerca de conhecimentos específicos e fundamentais no andamento do estudo. Cabe ressaltar que os conteúdos abordados, já fazem parte das estruturas curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, ou seja, os envolvidos na pesquisa já haviam tido contato prévio com os mesmos, enquanto graduandos.

Os conteúdos discutidos envolveram: a Teoria de Wanda Horta, cujo alicerce utilizado na abordagem desse modelo teórico foi o livro da própria autora, publicado em 1979. Outras características desse momento foram, a discussão dos pressupostos da teoria na sua essência, onde foram envolvidas e rerepresentadas as



NHB, foco central da mesma, e a metodologia utilizada à época, na elaboração e planejamento das fases do PE. No segundo momento do quarto encontro, o PE, a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o raciocínio clínico foram demonstrados, tanto na concepção como na aplicabilidade, utilizando como referencial bibliográfico o livro da autora Rosalinda Alfaro-LeFevre, intitulado Aplicação do Processo de Enfermagem. É cabível apontar que a citada publicação, atualmente, compreende literatura fundamental nas escolas de enfermagem no Brasil e no mundo.

O quinto momento foi reservado para se apurar e aperfeiçoar sobre os modelos de classificação das práticas de enfermagem utilizadas nos dias atuais. Como literatura norteadora, foram empregadas as taxonomias de Diagnósticos de Enfermagem da Nanda International - NANDA-I (HERDMAN, 2015), nas definições e classificações adotadas para os períodos de 2015 a 2017, a Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC (JOHNSON, MASS, MOORHEAD, 2016), e a Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC (DOCHETERMAN, BULECHEK, 2016). Durante a capacitação, foram ressaltados aspectos das classificações, no tocante ao favorecimento do processo de comunicação e documentação sistemática das ações da enfermagem, além de outros benefícios relacionados à prática clínica.

Foram utilizados durante os momentos de capacitação, recursos didáticos audio-visuais (data-show, quadro branco e pincéis), na exposição dos conhecimentos, além de publicações (SOUZA, 2013; SANTOS, 2016; FORTES, 2017) atualizadas disponíveis e impressas.

Cabe salientar, que a necessidade de dividir o conteúdo em dois momentos, justifica-se pelo volume de conhecimentos científicos abordados e para uma melhor compreensão e apropriação dos mesmos.

#### 4.7.2.5 Sexto e Sétimo Encontros

No processo de realização dos dois próximos encontros, que tiveram como objetivo concretizar a construção dos instrumentos para composição e posterior aplicação da SAE, o pesquisador primeiramente realizou busca em periódicos on line, de publicações que dispusessem de instrumentos pré-estruturados utilizados na implantação de uma assistência sistematizada no processo de trabalho em

enfermagem. Em seguida, foram feitas cópias impressas desses modelos e entregues individualmente e previamente aos participantes do estudo, para que os mesmos selecionassem quais apontamentos ou informações fossem mais pertinentes à sua realidade de trabalho.

Posteriormente, os impressos foram recolhidos, realizado um levantamento dos dados e registros de diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem, além de registros de enfermagem, apontados como de maior relevância e aplicabilidade, de acordo com as possibilidades de execução na dinâmica institucional em estudo. Após análise, estabelecimento dos conteúdos e formatação desses instrumentos, os mesmos foram devolvidos aos participantes, para sua apreciação e aprovação final, sendo mais uma vez, devolvidos ao pesquisador, no seu formato original e final.

A construção, estruturação e formatação dos instrumentos procurou seguir os comentários realizados pelos participantes, segundo as possibilidades de aplicação e execução dos mesmos, e a dinâmica e realidade institucional, do mesmo modo que propôs-se obedecer as orientações preconizadas pela Resolução 358/2009 (COFEN, 2009), no tocante a implementação da SAE. Os instrumentos foram descritos na seguinte ordem: Histórico de Enfermagem (APÊNDICE C); Diagnósticos de Enfermagem, Resultados Esperados, Intervenções de Enfermagem e Check-list de ações de enfermagem, no Pré-operatório imediato (APÊNDICE D); e Diagnósticos de Enfermagem, Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem, no Pós-operatório imediato (APÊNDICE E).

#### 4.7.2.5 Oitavo Encontro

O oitavo e último momento ocorreu com a prerrogativa de proceder com processo de avaliação dos instrumentos produzidos pra PCA como estratégia de intervenção. No instante proposto para tal, e com a presença dos participantes do estudo, o pesquisador explicitou o objetivo do encontro e para a surpresa do mesmo, os próprios envolvidos na pesquisa optaram em eles mesmos, fazerem as colocações pertinentes à experiência vivida durante os momentos que estiveram juntos.

Inicialmente e seguindo a ordem cronológica dos encontros, foi colocada a importância em se discutir os modelos de cuidado atualmente realizados. As falhas

cometidas, as lacunas na atenção ao paciente cardíaco cirúrgico, as peculiaridades no atendimento dessa clientela e a necessidade de se organizar o trabalho realizado pelos enfermeiros durante as fases de internação dos mesmos.

#### 4.8 FASE DE PERSCRUTAÇÃO E ANÁLISE

Para Trentini (2014), esta fase encontra-se imbricada nas etapas de instrumentação e análise e, na PCA, a qualidade de perscrutar assume uma posição de destaque entre os demais delineamentos de pesquisa, pelo fato de que o pesquisador está duplamente comprometido: primeiro, com o desenvolvimento do conhecimento técnico e sua imediata aplicação para introduzir inovações e mudanças no contexto prático assistencial no qual está imerso e, segundo, com o desenvolvimento do conhecimento teórico referente a esta prática assistencial.

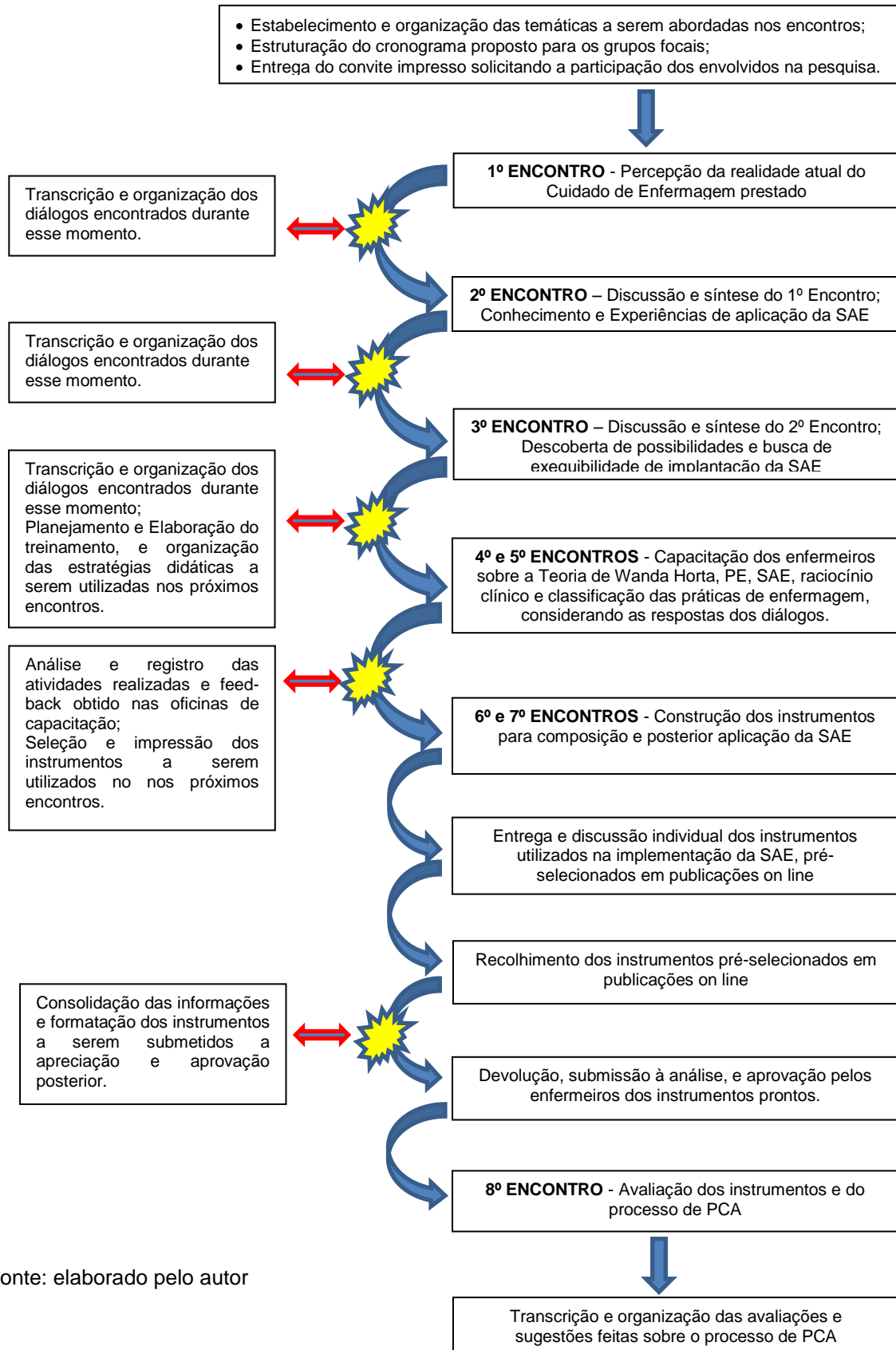
A autora afirma que as estratégias são traçadas em conformidade com o tipo de mudança e/ou inovação requerida e também de acordo com o suporte logístico e teórico por todos os que participam das mudanças.

O procedimento de entrevista ocorreu em 1 (um) momento e 3 (três) etapas. No primeiro, as entrevistas foram gravadas em formato de áudio e transcritas na íntegra, permitindo assim a leitura detalhada do conteúdo para análise. No segundo momento, utilizou-se para organização dos dados a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, com leitura flutuante de todo o material, seguida de leitura aprofundada. E no último momento, foram identificadas unidades de contexto (UC), que deram origem a unidades de registro (UR) e, por fim, às categorias.

A organização, planejamento e elaboração dos encontros de convergência foi retratada na FIGURA 6, a seguir:

Foram representados movimentos de aproximação do pesquisador com o cenário e com as participantes da pesquisa, de distanciamento para a análise e teorização dos dados e de convergência com a prática cuidativa prestada aos pacientes com indicação de cirurgia cardíaca, de modo a criar espaços de superposição entre a pesquisa e a assistência.

**Figura 6 – Síntese das atividades realizadas com os enfermeiros da instituição pesquisada, com a proposta de elaboração de um modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a ser aplicado com pacientes cardíacos cirúrgicos, de acordo a proposta da Pesquisa Convergente Assistencial. Fortaleza - CE, 2017.**



Fonte: elaborado pelo autor

Após a elaboração e construção do instrumento de entrevista, os dados coletados foram agrupados e analisados segundo categorização específica.

As informações e dados coletados durante os encontros mediante o GF foram analisados e agrupados segundo sua relevância, excelência e distinção, à luz da literatura pertinente.

O processo de construção dos instrumentos utilizados como ferramentas norteadoras da SAE, no tocante à coleta de dados, inferências diagnósticas, descrição dos resultados e planejamento das intervenções de enfermagem, decorreram iluminados por outros instrumentos atualmente utilizados em outras instituições, assim como, outros encontrados e aplicados por alguns autores, aproximando-os ao referencial de Horta (1979).

O investigador, ao executar as ações descritas, conservou-as em uma memória de registro, pois no decorrer do processo de coleta de informações, pode formular perguntas relacionadas a quaisquer observações, com vistas a dar continuidade à perscrutação até conseguir a maioria das respostas possíveis.

#### 4.9 FASE DE INTERPRETAÇÃO

As informações obtidas por meio de formulário foram organizadas manualmente e estão apresentadas em tabela e analisadas à luz da literatura pertinente. Por tratar-se de pesquisa de abordagem Convergente Assistencial, a análise das informações ocorreu simultaneamente com os processos de coleta de dados, permitindo que o pesquisador pudesse intervir no contexto quando necessário.

O tratamento das informações conduziu à teorização sobre os dados qualitativos, produzindo o confronto entre a abordagem teórica e o que a investigação de campo apontou de singular como contribuição.

Os discursos coletados nas entrevistas foram organizados manualmente e apontados e estruturados no formato de tabela, os do GF, após a organização das expressões-chave, foram comentados e analisados com a utilização de referências de literatura adequadas a cada tema.

#### 4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Durante a execução e desenvolvimento do estudo, foram considerados todos os preceitos ético-legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), que trata dos encaminhamentos quando as pesquisas envolvem seres humanos.

A Resolução referida engloba, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2013).

Na submissão do Projeto ao CEP-UECE, foi acrescida Carta de Anuência (ANEXO A) para realização do estudo, emitida pela administração superior do hospital aonde a investigação ocorreu. O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo aprovado sob o número de parecer (ANEXO B) 1.815.249 e CAAE 56054616.2.0000.553 e, posteriormente, foi iniciada a coleta de dados.

Aos participantes enfermeiros convidados a participar do estudo, os mesmos foram informados e esclarecidos sobre a investigação, sua justificativa, objetivos, métodos de realização no momento da coleta de dados, e procedimentos.

Eles foram informados da possibilidade de riscos mínimos, como por exemplo, constrangimento por expressar opinião perante o grupo, desconforto sobre sua prática profissional. Nestas circunstâncias, eles foram esclarecidos que se tratava de processo de pesquisa que garante anonimato dos informantes. Também foram informados acerca dos benefícios (pacientes/instituição e enfermeiros) e, assim, solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), desde que concordassem em participar voluntariamente do estudo.

Garantiu-se o sigilo e anonimato dos participantes, bem como a privacidade dos dados coletados e o direito de retirar seu consentimento durante a pesquisa.

Para preservar a identidade dos participantes, foi estabelecida a seguinte codificação: Enf1, Enf2; Enf3; e assim por diante, e foram utilizados na organização dos discursos individuais dos enfermeiros, foi mantida a referida ordem durante todo o processo de organização e na análise das informações obtidas.

Os participantes também foram informados que os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentadas em eventos científicos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a caracterização geral do grupo de enfermeiros, a pesquisa buscou identificar dados que representassem os profissionais de forma objetiva e singular, atendendo os anseios do estudo proposto, descritos a seguir.

### 5.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

O instrumento de coleta de dados foi estruturado com perguntas de caracterização pessoal, em seguida contemplou dados profissionais e relacionados à renda, em por fim, informações acerca da formação e educação permanente dos entrevistados. Os resultados da coleta se encontram na QUADRO 1, a seguir.

**Quadro 1 - Dados de identificação pessoal, formação e educação permanente, Fortaleza - 2017.**

VARIÁVEL	INTERVALO			
	18-25 anos	26-35 anos	36-45 anos	
<b>IDADE</b>	2	3	1	
<b>GÊNERO</b>	Masculino 1	Feminino 5		
<b>ESTADO CIVIL</b>	Solteiro (a) 4	Casado (a) 2		
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO</b>	1-5 anos 4	6-10 anos 1	11-15 anos 1	
<b>TEMPO DE TRABALHO</b>	1-5 anos 4	6-10 anos 1	11-15 anos 1	
<b>TEMPO DE TRABALHO (NA INSTITUIÇÃO)</b>	1-5 anos 5	6-10 anos 1		
<b>CARGA HORÁRIA (DIÁRIA)</b>	6 horas 3	8 horas 2	12 horas 1	
<b>CARGA HORÁRIA (SEMANAL)</b>	36 horas 4	40 horas 2		
<b>TURNO DE TRABALHO</b>	Manhã 1	Tarde 1	Manhã / Tarde (8 horas) 3	Plantão Noturno 1
<b>REGIME DE TRABALHO</b>	Temporário -	Celetista (CLT) 6		
<b>RENDA (SALÁRIOS MÍNIMOS)</b>	1 e 3 salários 4	3 e 6 salário 1	+ de 6 salários 1	
<b>VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS</b>	01 vínculo 4	02 vínculos 1	+ 02 vínculos 1	
<b>SETOR (UNIDADE DE TRABALHO)</b>	Enfermaria 3	Centro Cirúrgico 1	U.T.I. 2	
<b>TITULAÇÃO</b>	Graduação 4	Especialização 2		

N = 6

Fonte: elaborada pelo autor

Ao serem analisados quanto à faixa etária dos participantes (IDADE), 2 (dois) apresentavam idade entre 18 e 25 anos, 3 (três) entre 26 e 35 anos, 1 (um) entre 36 e 45 anos.



Quanto ao gênero dos entrevistados, 1 (um) era do sexo masculino, e 5 (cinco) do sexo feminino, que para Rocha e Zeitouné (2007), esses dados não fogem à caracterização da força de trabalho em enfermagem, composta, em sua expressiva maioria, por “elas”. Cabe ainda ressaltar, que a profissionalização da enfermagem foi instituída por Florence Nightingale, pois esta atividade, historicamente, era exercida antes do século XX por homens, padres enfermeiros e irmãos enfermeiros. E assim manteve-se uma assistência institucional caritativa desde o Brasil colônia até o século XX, quando a dominação masculina foi deixando de existir. Portanto, a predominância da liderança feminina na enfermagem, funda-se no sistema Nightingaliano a partir de estudos e trabalhos sobre administração na área hospitalar (MORENO, HUARCAYA, 2005).

Ainda sobre a representação feminina majoritária no universo da enfermagem, Silva e Ferreira (2011) descrevem que a marca de gênero na enfermagem se faz evidente, sobretudo pela sua trajetória histórica de ser um ofício eminentemente feminino. Embora já se perceba um movimento em relação à inserção do homem na profissão, os dados sócio-demográficos desta pesquisa ainda revelam a predominância das mulheres no contexto das práticas assistenciais. No entanto, em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017), ressalta-se, que mesmo tratando-se de uma categoria feminina, registra-se a presença de 15% dos homens, e que na Enfermagem atualmente, está fortalecendo sua tendência à masculinização da categoria, com o crescente aumento do contingente masculino na composição. Situação iniciada e de crescente aumento desde o início da década de 1990.

Ao se analisar as respostas dos pesquisados quanto ao seu estado civil (união), foram encontrados 4 (quatro) indivíduos solteiros, 2 (dois) casados. O que contradiz estudo realizado por Ribeiro (2001) que apontam um maior número de enfermeiros com união estável. Entretanto, os dados encontrados reafirmam outro estudo que indica uma mudança de comportamento dos enfermeiros com relação ao seu estado civil, quando os autores descrevem uma frequência de 46% de união estável e 54% de união instável (FRANCISCO, et al., 1997).

Em análise estatística realizada pelo COFEN (2011), que objetivou a análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais, a realidade do nosso estado foi identificada, em concordância com os achados, onde se ressalta que no grupo de estado civil “casado”, o maior porcentual está no estado

do Alagoas (44,72% dos profissionais) e menor porcentual está no estado do Ceará (23,01% dos profissionais), nos demais estados a porcentagem de casados varia entre 30% a 40%.

No questionamento sobre o tempo de formação profissional dos entrevistados, 4 (quatro) informaram ter entre 1 (um) a 5 (cinco) anos de formados, 1 (um) entre 6 (seis) a 10 (dez) anos, e 1 (um) assegurou ter entre 11 (onze) a 15 (quinze) anos de formação. No entanto, segundo Rothbarth, Wolff, Peres (2009), vale ressaltar que, o tempo de atuação não deve ser avaliado de forma isolada, ou seja, devem ser analisadas as experiências prévias e conhecimentos teóricos e práticos a cerca do cuidado prestado por esses profissionais. Outro aspecto a ser apontado, é que a formação desses enfermeiros que, em maior parte, é proveniente de faculdades privadas, refletindo o próprio movimento de expansão dos cursos superiores no Brasil. Segundo dados do Inep (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais), havia até 2009, 779 cursos de enfermagem habilitados no País (BRASIL, 2009).

O tempo de trabalho foi outro ponto inquerido durante a pesquisa, onde 4 (quatro) dos participantes informaram ter de 1 (um) a 5 (cinco) anos exercidos, 1 (um) afirmou ter de 6 (seis) a 10 (dez) anos de tempo de serviço, e 1 (um) entre 11 (onze) a 15 (quinze) anos. Com relação à diversidade na experiência profissional encontrada, Silva e Ferreira (2011) afirmam que, quando o enfermeiro ainda é novato, o modo como ele concebe alguns elementos que estão em torno do cuidado do cliente que depende de tecnologia se diferencia daquele enfermeiro que já passou por esta etapa e não faz mais parte deste grupo, visto que ainda não conhece as particularidades da assistência deste cliente. Tal forma de pensar se reflete nas ações profissionais de cuidado. Com base no exposto, é possível dizer que o tempo de formação profissional é uma característica importante para análise do perfil dos profissionais.

Portanto, a experiência orienta o modo de cuidar do enfermeiro, de tal maneira que a qualidade do cuidado se relaciona com à experiência da enfermeira e seu feeling, ou seja, suas impressões adquiridas a partir da experiência profissional (SILVA, FERREIRA, 2008).

Quando questionados acerca do tempo de trabalho na instituição, 5 (cinco) informaram ter de 1 (um) a 5 (cinco) anos e 1 (um) de 6 (seis) a 10 (dez) anos. Levando em consideração à discrepante diferença encontrada nas respostas

fornecidas pelos pesquisados, Schneider et al. (2016) comentam que, ao assumir um cargo de líder de equipe, o enfermeiro recém-formado muitas vezes tem receio de ser rejeitado, de ser demitido caso não se configure como um bom líder e até mesmo, sente-se despreparado para ocupar um espaço que é de fato seu. Isto tem gerado, na primeira experiência profissional, a necessidade de reinventar-se já que ser enfermeiro envolve o aspecto de liderança diariamente.

Outro aspecto abordado durante a entrevista foi a carga horária diária de trabalho, onde 3 (três) indivíduos informaram cumprir 6 (seis) horas diárias, 2 (dois) cumpriam 8 (oito) horas e 1 (um), 12 horas; a carga horária semanal, onde 4 (quatro) dos entrevistados afirmaram cumprir 36 horas e 2 (dois) cumpriam 40 horas; e o turno de trabalho, que 1 (um) trabalhava pela manhã, 1 (um) à tarde, 3 (três) manhã e tarde, e 1 (um) apenas à noite.

A jornada de trabalho pode se tornar elemento que propicia desgaste e sofrimento ao trabalhador; quando o contexto organizacional desencadeia sofrimento o indivíduo busca desenvolver mecanismos de defesa para tentar diminuí-lo. No entanto, quando há acirramento de conflitos e o trabalhador apresentando impasse com a organização, não conseguindo mais dar vazão aos desejos e processos criativos/inventivos, acabará adoecendo (ROTENBERG, 2004).

Ainda deve ser mencionado e que os profissionais da equipe de enfermagem, pela própria natureza do trabalho, realizam atividades em regime de turnos, diurno e noturno (NEUMANN, FREITAS, 2008). Neste contexto, cabe destacar a possível acumulação das exaustivas jornadas de trabalho, sobretudo noturnas, com revezamento de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, com o processo de formação em enfermagem, o que possivelmente compromete a sua qualidade (RIBEIRO, RAMOS, MANDÚ, 2014)

Diante do relato preocupante, cabe ressaltar o posicionamento do Conselho Federal de Enfermagem, que mediante a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 293/2004, regulamenta que para a elaboração da escala mensal do pessoal de enfermagem, a carga horária deverá ser de 36 horas semanais para atividade assistencial e de 40 horas semanais para atividades administrativas. No entanto, encontra-se em tramitação na Câmara Federal, o Projeto de Lei nº 2.295/2000, que estabelece jornada máxima de 30 horas semanais para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (COFEN, 2004).

Quanto aos regimes contratuais de trabalho, todos os entrevistados declararam ser celetistas, ou seja, na totalidade, todos mantêm regulamentação normativa da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) como forma de vinculação de atividades profissionais.

A remuneração em salários mínimos também foi questionada aos pesquisados, e os mesmos informaram que, 4 (quatro) recebiam menos de 3 (três) salários mínimos, 1 (um) recebia entre 3 (três) e 6 (seis) salários e somente 01 (um) recebiam acima de 06 (seis) salários mínimos.

Em pesquisa realizada no site nacional de empregos (SINE, 2017), relacionada à função de enfermeiro, a descrição dos objetivos para o cargo pretendido, descrevia o que seria exigido dos candidatos, como: aptidões em planejar, organizar, supervisionar e executar serviços de enfermagem, em clínicas, hospitais, ambulatorios, postos de saúde e em domicílio, empregando processos de rotina ou específicos, objetivando a proteção e a recuperação da saúde de pacientes. Outra informação atípica encontrada foi a relação estabelecida entre o porte da empresa contratante e o nível profissional.

A referida página da web traz uma nivelção profissional distribuída de acordo com a experiência (em anos) profissional de enfermeiros, assim descritas: trainee, júnior, pleno, sênior e máster, com salários variando entre 2.004,95 a 4.894,91 reais. Atualmente, esta modalidade de graduação em experiência profissional é bastante criticada no universo da enfermagem, já que a graduação em enfermagem fornecida pelas escolas de nível superior no Brasil não estabelecem essa diferenciação entre os profissionais. O diferencial existente hoje que estabelece diferença salarial, seria apenas, de acordo com a titulação do profissional, como será discutir mais à frente.

Para Pires e Vasconcelos (2012), a satisfação no trabalho é um fator que pode impactar na lealdade do funcionário com a organização, posto que quanto mais satisfeito um funcionário estiver melhor será sua contribuição e fidelização para com a organização. Contudo, quanto mais insatisfeito um empregado se encontrar, pior será seu desempenho corporativo, gerando conflitos internos até que este seja desligado por completo da organização, a fim de evitar maiores prejuízos.

Cabe ainda salientar que benefício é um tipo de remuneração direta ou indireta que tem por meta oferecer aos seus colaboradores uma estrutura para satisfação de suas necessidades especiais. E a remuneração está diretamente

ligada com as recompensas que um trabalhador irá receber na troca dos serviços que serão prestados ou de esforços realizados. A remuneração é um dos principais motivos para que uma pessoa venha a obter um emprego, pois o dinheiro e benefícios a serem adquiridos são vitais para que as pessoas possam alcançar seus objetivos individuais e atender suas necessidades básicas e de sua família também (ROBBINS, 2008).

Ao descreverem no seu estudo sobre qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar, Amaral, Ribeiro e Paixão (2015), ressaltam que as duplas jornadas de trabalho enfrentadas para melhora da renda com conseqüente aumento do tempo de exposição dos profissionais aos riscos existentes nos hospitais são evidentes. Na percepção dos profissionais, a remuneração financeira digna constitui-se de um fator significativo na determinação da motivação para o trabalho e satisfação com a qualidade de vida. A remuneração condizente com as atividades exercidas adquire um significado importante para o trabalhador, pois, além de responder às necessidades básicas, assume um papel de reconhecimento pelas ações desenvolvidas (NEVES, et al., 2012).

O mundo globalizado exige um modelo produtivo baseado na flexibilização do mercado de trabalho, com novas oportunidades, condições de trabalho dignas, e remunerações que atendam as necessidades mínimas dos trabalhadores. Tal assertiva justifica os achados do estudo, onde, quando questionados acerca do número de vínculos empregatícios ou número de locais de prestação de serviços, 4 (quatro) informaram ter apenas 1 vínculo, 1 (um) tinham 2 (dois) vínculos e 1 (um) tinham 2 (dois) ou mais de 2 (dois) vínculos.

Diante das informações coletadas, Souza et al. (2012) discorrem que essa situação auxilia na consolidação de uma cultura profissional que leva o trabalhador a assumir dois empregos, por motivos diversos: baixos salários, facilidades em conciliar a atuação profissional em duas ou mais instituições laborais; permissividade das leis trabalhistas, dentre outros. Ninguém trabalha em mais de um local só porque quer, porque isso lhe dá prazer, as condições salariais da categoria é que determinam o duplo vínculo (GELBCKE, 2003).

Ao serem questionados sobre qual setor (unidade de atuação profissional) que trabalhavam, os enfermeiros envolvidos na pesquisa responderam que 3 (três) trabalham nas unidades de internação (enfermarias), somente 1 (um) no CC, e 2 (dois) na unidade de terapia intensiva. Independente do ambiente da oferta de

cuidados, Magalhães e Juchem (2001) lembram que, na organização do trabalho do enfermeiro a instituição pretende que o profissional avalie diariamente e em todas as situações de mudança de quadro ou condição de saúde todos os pacientes sob sua responsabilidade.

Este ideal está baseado nos pressupostos do atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo e sua família, segundo metodologia do PE (HORTA, 1979). Objetiva-se, desta maneira, o cuidado de enfermagem integral e humanizado, desenvolvido por meio de um trabalho de equipe, visando assegurar os melhores resultados para a recuperação e promoção da saúde de nossos clientes.

Entretanto, quando se considera os achados da pesquisa, constata-se o atual quantitativo de presente nas instituições hospitalares, onde se encontram nas enfermarias a maioria dos enfermeiros, assim como, reafirma a análise de Lima (2008), quando o autor alegava que, ao analisar a organização do trabalho em uma unidade de internação de um hospital universitário, identificou que a enfermeira tem um papel coordenador das atividades dos demais trabalhadores da equipe de saúde envolvidos no cuidado ao paciente, exercendo um papel gerencial que interliga e articula o trabalho médico e os demais agentes do hospital, representando um papel imprescindível para garantir o desenvolvimento do trabalho coletivo na concretização das ações de saúde.

As unidades de internação são os locais onde se produzem os serviços necessários às pessoas portadoras de necessidades de saúde que exigem internação hospitalar. Portanto, são locus relevantes no resultado do atendimento de saúde à população. Observa-se que a gestão das unidades de internação convive com ausência ou pouco planejamento global, dificuldade de coordenação do conjunto dos processos assistenciais e administrativos, inexistência de práticas cotidianas de classificação das necessidades de cuidados dos usuários e a correlata indicação do dimensionamento dos profissionais de enfermagem necessários, pouca ou inexistente sistemática de mensuração do desempenho assistencial e administrativo, problemas de comunicação e falta de instrumentos de gestão participativa sustentada (LORENZETTI, GELBCKE, VANDRESEN, 2016).

No entanto, o número insuficiente de enfermeiros em unidades de CC, como encontrado no estudo, mostra-se dissonante com a importância de tais profissionais e com seu fundamental processo de trabalho. Em desacordo com a realidade encontrada, Guedes et al. (2001) ressaltam que, “o enfermeiro é o responsável pelo

cuidado do paciente no CC e, se ele não o coloca em primeiro plano, irá atender à cirurgia e não ao paciente, promovendo, assim o controle de material, equipamentos e pessoal voltado para a cirurgia, tornando o paciente um objeto de trabalho, mas não o ser principal, sujeito desencadeante do processo.”

As percepções dos enfermeiros ultrapassam os aspectos estruturais e técnicos da unidade de CC abordando também aspectos humanísticos que reportam à sua finalidade. Nesta perspectiva, os sentidos aguçados da coruja poderiam ser utilizados pelo enfermeiro para além de ações meramente de controle, mas buscando perceber as partes e o todo num movimento dinâmico e cíclico, para compreender a complexidade do processo de trabalho na unidade de CC (DALCÓL, GARANHANI, 2016).

Reforçando as afirmações colocadas, cabe lembrar que as explicações de Pereira et al. (2013) e da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBEEC, 2013) onde afirmam que, a atuação do enfermeiro na unidade de CC exige habilidades e competências de gerenciamento com ênfase no processo de trabalho e no cuidado, atuando como um gerente burocrático, organizacional e assistencial, prestando cuidados indiretos e diretos aos pacientes e familiares, avaliando e coordenando sua equipe. Ele desenvolve sua função, planejando ações com segurança, competência e autonomia, constituindo-se elo entre os profissionais da equipe cirúrgica e a administração do hospital (LOPES et al., 2015).

O enfermeiro dentro da UTI, segundo Massaroli et al. (2015), tem diversas funções, que permeiam a coordenação clínica e funcional da unidade, a educação junto à equipe de enfermagem e também voltada para o paciente e seu familiar. Destaca-se, ainda, a função de articular os diversos profissionais envolvidos na assistência a um paciente e, também, articular as informações acerca deste, englobando nesse processo inclusive os setores administrativos do hospital.

Atualmente, para os próprios profissionais da saúde, a prática social do enfermeiro é destacada por sua atuação como articulador e integrador das ações de saúde. Essa capacidade de articulação vem sendo reconhecida pelos demais profissionais da saúde, particularmente, pela capacidade de o enfermeiro de compreender o contexto social mais amplamente, acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos usuários, interagindo diretamente com ele, família

e comunidade; bem como promover a interação destes com a equipe de saúde (BACKES, et al., 2008).

O contínuo aperfeiçoamento é preponderante para o significado que será atribuído ao fazer do enfermeiro em UTI, constituindo-se em um valor, uma vez que está atrelado a importância que é dada ao profissional nesse setor. O trabalho em UTI caracteriza-se pela elevação da autoestima dos enfermeiros, tendo em vista a cultura instituída na profissão de que esses trabalhadores tem um perfil diferenciado, já que dominam a tecnologia dura, lidam com a variabilidade, tomam decisões com rapidez e possuem alta capacitação (DUARTE, ALVES, 2014).

As características envolvem o processo de educação permanente dos entrevistados também foi abordado. De acordo com as respostas obtidas, 4 (quatro) enfermeiros informaram ser apenas graduados, 2 (dois) haviam concluído um curso de especialização, e nenhum havia feito mestrado ou doutorado.

Importante ressaltar antes de qualquer comentário, que o incentivo oferecido aos profissionais, com o objetivo de aprimorar suas competências científicas, deve ocorrer também como meta institucional. Diante do exposto, cabe considerar que, uma peculiaridade que deve ser estar presente, é o fato da escolha dos profissionais deve levar em conta as características do ambiente de trabalho, em termos do processo de trabalho, e a disponibilidade do profissional, para se adaptar a este (SILVA, FERREIRA, 2008).

Como afirmam, Silva et al. (2014), os enfermeiros precisam adquirir competências essenciais no âmbito do contexto de trabalho, que envolvem conhecimentos específicos, habilidades e atitudes compatíveis com as situações que surgem para a tomada de decisão, no âmbito individual e coletivo.

Para atender essa realidade, cursos de especialização em enfermagem, estimulam a continuidade de estudos para recém-graduados; oferecem oportunidade para aprofundar o conhecimento técnico-científico; possibilitam o treinamento aos cargos de chefia e liderança; ampliam as oportunidades no mundo do trabalho; e acompanham as inovações tecnológicas (ALMEIDA, OLIVEIRA, 1975; MICHEL, VIEIRA, GUTIÉRREZ, 1992).

Além disso, é importante mencionar que a educação está intimamente ligada às questões de geração de trabalho e renda, visto que o nível de formação do trabalhador influencia diretamente no seu tipo de ocupação, na sua qualidade de vida e também na produtividade das empresas. A qualificação profissional, portanto,



é um dos meios de se produzir uma melhoria substancial no nível de vida da população, que poderá assumir postos de trabalhos antes vedados por uma baixa escolaridade. A progressão de carreira é resultado do desempenho, havendo a necessidade do colaborador estar disposto a doar seu tempo para se dedicar ao aprimoramento de técnicas e melhor relacionamento interpessoal (BRUNES e DIAS, 2013).

As Pós-Graduações no Brasil são regidas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394 de 1996, no seu Capítulo IV e regulamentada pelas Resoluções CNE/CES nº 1/2001 (alterada pela Resolução CNE/CES nº 24/2002) e CNE/CES nº 1/2007(4). As modalidades existentes são designadas como 'lato sensu' ou 'stricto sensu'. As denominadas 'lato sensu' compreendem cursos de especialização presenciais ou à distância, com carga-horária mínima de 360h, oferecidos por instituições de ensino superior credenciadas. As 'stricto sensu' compreendem programas de Mestrado e Doutorado abertos a candidatos diplomados em cursos superiores e que atendam às exigências das instituições de ensino e ao edital de seleção dos alunos (art. 44, III, Lei nº 9.394/1996).

Furukawa, Cunha (2010) justificam as assertivas expostas quando afirmam que, nas instituições de saúde, a melhoria da qualificação dos trabalhadores de enfermagem, sua profissionalização, traz benefícios para o cuidado, para as organizações e para os próprios trabalhadores. Os estabelecimentos de saúde são mais bem avaliados tanto pelos clientes quanto pelos trabalhadores, na medida em que possibilitam o desenvolvimento profissional. Entre os trabalhadores da enfermagem, a profissionalização relaciona-se a melhores remunerações, mais satisfação no emprego e realização pessoal.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos. Portanto, a SAE permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (TRUPPEL et al., 2009). Contrastando com a afirmação descrita, ao questionar os enfermeiros da pesquisa sobre suas experiências anteriores com o uso da SAE, 10 (dez) afirmaram não ter dito experiência alguma com o método científico citado, e 4 (quatro) informaram possuir experiências anteriores com a SAE.

A enfermagem tem se aproximado dos sistemas de classificação com o intuito de se afastar do referencial que lhe guiou nas últimas décadas: o das técnicas e do tratamento curativo/interventivo e descontextualizado. Busca-se um referencial centrado no cuidado, específico, embasado em novos saberes, valores, conhecimentos e contextualizado (ANTUNES, CHIANCA, 2002).

Ao reafirmar a importância da SAE nos processo de trabalho de enfermagem, Truppel et al. (2009) lembram que a adoção de sistemas de classificação permite o uso de uma linguagem única e padronizada, a qual favorece o processo de comunicação, a compilação de dados para o planejamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas, o processo de ensino-aprendizagem profissional e fundamentalmente confere cientificidade ao cuidado.

## 5.2 CATEGORIZAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ENCONTROS

Buscando atender aos objetivos do estudo e às características da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), os dados coletados e os resultados encontrados serão apresentados em categorias apreendidas, para uma melhor compreensão e difusão das percepções encontradas. Os resultados dos encontros e as discussões emergentes foram organizados e discutidos, como descrito a seguir, considerando categorias e sub-categorias:

1. Percepção da prática clínica no cotidiano do Cuidado de Enfermagem
  - 1.a O Cuidado de Enfermagem necessita ser organizado
  - 1.b A dinâmica de atendimento das necessidades do paciente
2. Conhecimento e Experiências de aplicação da SAE
  - 2.a Bases do conhecimento sobre Assistência Sistematizada
  - 2.b Percepção da utilização da SAE
  - 2.c Equívocos na Interpretação do Cuidado Sistematizado
3. Descoberta de possibilidades e busca de exequibilidade na implementação da SAE
  - 3.a Desafios para implantação da SAE
  - 3.b Possibilidades de implementação da SAE
  - 3.c Resistências por Sobrecarga de Trabalho

### **5.2.1 Percepção da prática clínica no cotidiano do Cuidado de Enfermagem**

Foi na busca da cientificidade, que surgiu a partir da segunda metade do século XX, o discurso em defesa da Sistematização da Assistência de Enfermagem e metodologias para implementação do processo de enfermagem em unidades hospitalares. Fato este que despertou maior interesse na aplicabilidade do processo científico, e ganhou mais adeptos.

Condição que se fortalece, tendo em vista que o emprego de metodologias para a organização do trabalho da enfermagem faz-se essencial para obtenção dessas certificações. No panorama atual, a implementação da SAE, mais do que uma opção para a organização do trabalho do enfermeiro, apresenta-se como uma questão deontológica para a enfermagem (FULY, LEITE, LIMA, 2008).

O processo de enfermagem tem como forma operacional a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Atualmente, a SAE é reconhecida pelos profissionais de enfermagem como um marco institucionalizado nos serviços de saúde. (REIS, et al., 2016). Fortalecendo essa assertiva, torna-se imprescindível citar as determinações da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (2009), que descreve a Sistematização da Assistência de Enfermagem como fundamental na organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem, e que o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.

Entretanto, torna-se necessário conhecermos as estruturas e experiências organizacionais utilizadas nesse processo, assim como, quais performances estão sendo adotadas no atendimento às necessidades e segurança dos pacientes.

#### **5.2.1.1 O Cuidado de Enfermagem necessita ser organizado**

A avaliação da satisfação do paciente tem sido adotada pelas instituições de saúde como estratégia para obter um conjunto de percepções relacionado à qualidade da atenção recebida, com o qual se adquire informações que beneficiam a organização desses serviços (LYU, et al., 2013).

A omissão dos cuidados de enfermagem pode estar ligada à ausência/deficiência de organização e planejamento das demandas de cuidado,

gerenciais e científicas. Deste modo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem apresenta-se como instrumento que direciona os profissionais de enfermagem na execução de cuidados de forma consciente e competente, técnica e cientificamente (FREITAS, et al., 2014).

Neste contexto, os depoimentos dos participantes apontam para a ausência, embora mesmo tempo para a necessidade de se utilizar um modelo assistencial que auxilie na organização do cuidado de enfermagem oferecido ao pacientes, como se pode observar a seguir:

“Nós mesmos enfermeiros é que fazemos, porque aqui nós não trabalhamos com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), aí quanto a esse cuidado nós mesmos organizamos, quando a gente chega, a primeira coisa que a gente vai certificar é como é que tá a questão à equipe, se tá completa, se tá faltando, o que é que não está faltando.” (ENF 01)

A Resolução COFEN nº. 358/2009 enfatiza a necessidade de aplicação da sistematização da assistência na prática cotidiana da enfermagem em seus diferentes cenários de trabalho: uma atividade privativa do enfermeiro que, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (COFEN, 2009)

A mesma resolução do COFEN afirma ainda que cabe ao enfermeiro: a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

“Organiza primeiro a parte burocrática, pra depois organizar a assistência [...] Nas minhas atividades, eu priorizo, passo a visita primeiramente, pela manhã priorizo a questão dos curativos, vejo os acessos que tem que ser renovados, as queixas principais [...]” (ENF 02)

Diante do mencionado pela entrevistada, Nascimento (2008) afirma que o profissional enfermeiro é visto como um articulador e integrador de conhecimento e, também, relata que a SAE se torna um instrumento que permite a comunicação multiprofissional diante das informações que o mesmo oferece criando um vínculo entre profissionais. O intuito é a assistência qualificada e a importância das informações no prontuário, onde além de proporcionar a organização do cuidado, também, permite que o enfermeiro tenha maior autonomia diante dos demais profissionais de saúde. Com relação à relevância do que foi citado, encontramos o seguinte relato:

“Eu tenho que observar esse paciente que está voltando da cirurgia, admitir, ver todos os exames desse paciente, a questão dos adornos.” (ENF 03)

Diante disso, cabe salientar que a melhoria na excelência da qualidade da assistência de enfermagem tem conformado uma necessidade de modificar a prática e o papel do profissional enfermeiro no sentido de imprimir uma nova característica à sua atuação. Dessa forma, apesar de não conseguir implementar a SAE no cotidiano de trabalho, o enfermeiro tem consciência que por meio da mesma direciona o planejamento e a organização das atividades assistenciais (SOARES, et al., 2015). Neste sentido, vejamos:

“O fato do cuidado de enfermagem não ser organizado, foi um susto, muito difícil [...] Eu vou pela assistência, ou primeiro o paciente, ou eu vou pro livro (Ocorrência de Enfermagem), mas a prioridade é o paciente.” (ENF 04)

De acordo com a fala anterior, destaca-se que as atividades da enfermagem são divididas por turno de trabalho e a comunicação entre as equipes dos diferentes turnos ocorre, na realidade hospitalar e em outras tantas, mediante o Livro de Ocorrências, que, frequentemente, substitui a passagem de plantão e, também, na maioria das vezes, os registros nos prontuários dos pacientes e outras formas legais de informação e comunicação (PIMPÃO et al., 2010)

Ainda sobre alguns instrumentos serem utilizados como ferramenta de organização e registro do trabalho de enfermagem, os autores citados reforçam que, o registro no livro de ocorrências é realizado apenas pelas enfermeiras como forma de relatar informações essenciais sobre o estado de saúde do paciente e que

requerem interferência direta do trabalho da enfermagem. Assim, competem com a folha de evolução do prontuário do paciente, o formulário mais apropriado para estes tipos de registros.

Apesar de não haver uma preconização de tais instrumentos, incorporados à SAE, o mesmo garantem que as informações pertinentes ao cliente e aos provedores de cuidados sejam controladas e repassadas, em sua grande parte. Nesse contexto, a qualidade do cuidado de enfermagem depende de diferentes ações de cada enfermeiro: receber, processar, interpretar, transmitir, implementar, documentar as informações originárias de várias fontes, como pacientes, médicos e pessoal de enfermagem (BUSANELLO, 2006).

Ainda sobre o estudo realizado por Pimpão et al. (2010), os profissionais que compõem a classe de enfermagem utilizam ainda folhas de controles, que ficam à cabeceira dos leitos dos pacientes e a prescrição médica, como instrumentos para organizar o cuidado de enfermagem. Práticas como estas fragmentam as informações, causando uma descentralização e a possibilidade de perdas das mesmas. Além disso, demonstra um fracionamento do trabalho da enfermagem, característico, evidentemente, da divisão social do trabalho da profissão, mas que pode também levar ao entendimento de um cuidado de enfermagem realizado de maneira parcial. Nesta direção, ENF 05 relatou:

“Eu geralmente costumo criar minha rotina, meu dia-a-dia, geralmente sou eu que faço, eu que crio.”

Quando os discursos se voltam para o planejamento das ações de enfermagem, como discorrido acima, podemos lembrar que a legislação brasileira, através da Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7498/86, em seu artigo 8º, dispõe que ao enfermeiro incumbe (...) a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde (...) (BRASIL, 1986).

No entanto, não se pode esquecer o fato que, frente à necessidade da implantação da SAE, a Lei do Exercício Profissional 7498/866 e a Resolução COFEN 358/2009 estabelecem que a SAE é um dever legal do enfermeiro e um modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde em que este profissional se fizer presente. No entanto, as pesquisadas relatam:

“Agente mesmo faz essa parte da organização. Com o conhecimento que a gente tem, as base, o que a gente aprendeu.[...] Diante da desorganização que a gente encontrou, a gente tenta, dá uma melhorada, mas é muito difícil essa organização [...]” (ENF 06)

A ocupação e o desempenho do trabalho nos espaços de saúde devem ser planejadas, realizadas e avaliadas por profissionais competentes na dimensão ética, técnica, estética e política, comprometidos socialmente com o exercício da cidadania e da profissão. O enfermeiro pretendido constrói a cada instante, juntamente com os professores e profissionais do campo de ação, a história da enfermagem (ITO, et al., 2006).

Um instrumento de demasiada importância na prática cuidativa é a troca de conhecimentos e informações, quer seja de maneira formal ou informal, pois assim, proporcionam o atendimento completo aos pacientes e o planejamento das atividades da equipe. Os membros da equipe de enfermagem podem colaborar com suas habilidades e conhecimentos técnicos, trazendo assim grande satisfação no trabalho. Portanto, independente do modelo organizacional ou assistencial adotado, cabe ao enfermeiro grande responsabilidade no cuidado ao paciente, quer atuando na assistência direta, quer liderando a equipe, organizando e administrando o serviço.

A organização na prática do cuidado também trás consigo exigências e necessidades a serem atendidas, relacionadas à clientela específica atendida. Para tanto, torna-se fundamental, a adoção de performances que visem uma amplitude dos métodos de atendimentos e desempenho de ações que respondam às premissas esperadas.

#### 5.2.1.2 Dinâmica de atendimento das necessidades do paciente

O enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem e mediante a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), assegura uma prática assistencial adequada e individualizada. Entretanto, para que isso ocorra, é necessária a aplicação de uma SAE baseada em uma teoria específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado.

Os modelos teóricos têm contribuído muito na prática assistencial da enfermagem quando utilizados como referencial para o cuidado livre de danos e

riscos. Assim, proporcionam meios para organizar as informações e os dados dos pacientes, para analisar e interpretar esses dados, para cuidar e avaliar seus resultados (AMANTE, ROSSETTO, SCHNEIDER, 2009).

As estratégias organizacionais de atendimento ao paciente se apresentam de maneiras diversificada, de acordo com cada serviço, instituição ou unidade de saúde onde os mesmos são atendidos. Isso aparece de maneira bastante singular, como na fala a seguir:

“Quando o paciente vem pra gente do centro cirúrgico, a gente recebe o paciente, informa que não serão liberados acompanhantes pra todos, geralmente ficam um ou dois, então a gente pede a esses acompanhantes que qualquer queixa, qualquer alteração, caso o paciente refira dor, nos informe, mas sempre as meninas (Técnicas de Enfermagem - TE) estão passando, fazendo a questão da visita.” [...] “A gente certifica as medicações, medicações pra dor, medicações pra vômito, antibiótico se tem.” [...] “Temos dificuldades em preparar paciente para exames externos, isso dificulta a assistência dos que já estão internados [...] (ENF 02)

Diante do citado, Santos, Lima e Melo (2014) acrescentam que a abordagem da SAE pelo enfermeiro difere de outros profissionais, já que o processo do cuidado envolve o indivíduo como um todo, por meio dos aspectos físicos, psicológicos, econômico, social e espiritual, de acordo com o meio que vive, sendo estes aspectos visualizados na avaliação da SAE por meio das suas etapas, enfatizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Mesmo assim não desenvolve sistematicamente o PE, as enfermeiras estudadas se preocupam com as NHB ao relatarem:

“Nessa questão de paciente de pré e pós-operatório. No meu posto eu faço a admissão [...] Eu tenho admissão, tenho paciente pré e pós-operatório, então eu tenho que dar assistência a esse paciente, observar o que as TE estão realizando, os sinais vitais de rotina, e também tenho que receber os meus pacientes que estão voltando do centro cirúrgico.” [...] “Enquanto aos pacientes pós-operatórios, eu tenho que ficar de olho nas TE, pra ver se estão sendo verificados os sinais vitais da admissão, e ver a questão se não apresenta vômito, febre, e vejo a prescrição, se o médico deixou prescrito antibiótico, anti-inflamatório, antiemético, analgésico, e aí, hoje pra mim é



uma situação um pouco complicada, eu tenho que me virar nos trinta, pra tentar manter o posto sem intercorrência.” (ENF 07)

Frente à necessidade da implantação da SAE com vistas a organizar a dinâmica de prestação do cuidado, a Lei do Exercício Profissional 7498/866 e a Resolução COFEN 358/2009 estabelecem que a SAE é um imperativo legal do profissional enfermeiro e uma construção teórico-prática a ser aplicada em todos os cenários de atenção à saúde onde o mesmo esteja desempenhando suas funções. Portanto, para Matsuda (2006) e Caixeiro et al. (2008), os registros de enfermagem, por sua vez, são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano, visto que, se redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente. Assim, estes registros, além de fornecer subsídios para a SAE destinam-se a outros fins, tais como: pesquisas na área da enfermagem e saúde, auditorias, processos jurídicos e importante indicador de qualidade da assistência prestada.

Compete ao enfermeiro compreender a organização, a filosofia do serviço de enfermagem e a disponibilidade de recursos que serão determinantes no tipo de modelo de cuidado deve ser adotado, e terão impacto direto no sucesso ou insucesso da configuração do trabalho da enfermagem. Assim, estabelecer um método apropriado na organização do atendimento ao paciente, estabelece a integração entre liderança e funções administrativas, e garante que o modelo escolhido trará atendimento qualificado e satisfação dos membros da equipe.

Entretanto, conhecimentos apreendidos anteriormente, quer seja na academia ou na vivência de práticas profissionais prévias, são indispensáveis para se estabelecer novos rumos de atuação profissional baseada em evidências e na avaliação das necessidades dos pacientes, assim como as competências da equipe para escolher qual melhor método de trabalho a ser escolhido.

### **5.2.2 Conhecimento e Experiências de aplicação da SAE**

Uma característica a ser observada e valorizada é a que o profissional enfermeiro, assim como os outros membros da equipe de enfermagem devem possuir formação específica, de modo a executar funções privativas da profissão. A SAE é um instrumento inovador e tecnológico na formação e na profissão de

enfermagem. Isto demonstra que a mesma deve estar presente ao longo da vida profissional de modo a atender a exigência e demanda do mercado.

Para tanto, a escolha de um referencial teórico e sua utilização como subsídio para a prática cuidativa, no ensino ou na pesquisa implica identificar o paradigma adotado, distinguindo-o daqueles adotados por outras pessoas (ARREGUY-SENA et al., 2001).

Esta escolha do modelo ou referencial teórico também deveria ser feita em consenso com os objetivos da instituição e da equipe, de forma a encontrar o melhor suporte teórico para aquilo a que se propõe com a SAE.

Nos mais variados modelos gerenciais e assistenciais do cuidado atualmente encontrados, a organização do serviço e sua distribuição deve se dar de forma organizada e uniformizada visando o entendimento de todos que tem contato com ela e, acima de tudo, qualificar individualmente a assistência prestada ao cliente. Entretanto, não basta que os mesmos existam, se faz necessário que seja colocada efetivamente em prática, afim de proporcionar um cuidado de enfermagem diferenciado e qualificado.

O processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Sua operacionalização e documentação evidenciam a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009). Diante do exposto, deduz-se que apesar das inúmeras demonstrações de prática do cuidado, a sistematização do cuidado de enfermagem se apresenta como perspectiva atualizada e eficaz na condução de um processo de trabalho objetivo e eficiente.

No entanto, o acesso e a aplicação do conteúdo sistematizado do cuidado prático de enfermagem, se limita aos ambientes das universidades e/ou faculdades, ou de instituições que de forma ainda muito tímidas, o aplicam na sua totalidade.

#### 5.2.2.1 Bases do conhecimento sobre Assistência Sistematizada

A utilização de um instrumento científico garante ao profissional a qualificação do gerenciamento do cuidado e o planejamento de suas atividades, além de servir como guia para suas ações. Nesta perspectiva, a utilização da SAE proporciona assistência individualizada e maior visibilidade de suas ações (SANTOS,

MONTEZELI, PERES, 2012; HUITZI-EGILEGOR et al., 2012; MEDEIROS, SANTOS, CABRAL, 2012). No sentido contrário ao que foi exposto pelos autores, os profissionais de enfermagem tem acesso ao método utilizado para cuidado sistematizado no ambiente acadêmico, entretanto, ao ingressarem na vida profissional, quase nem sempre o aplicam na prática, ou até mesmo, se equivocam ao descrevem seu percurso, como percebemos nas falas de ENF 01:

“Todo o conhecimento foi me passado durante o período da graduação, ou alguma curiosidade que eu vou pra literatura, vou pros livros.” [...] “Eu estou chegando agora pra trabalhar, minha primeira oportunidade, e eu tomei um susto danado, porque não é nada do que eu vi e aprendi na graduação. Não é que não seja nada, mas é mais burocracia, eu vi o que, escala (serviço) e prescrição (médica). Fazer a assistência a gente quase não faz, fazer a gente faz, o que? Fazer um curativo, as vezes faz uma punção, mas nem sempre[...]” (ENF 01)

Na década de 1990, com a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394/96), ocorreu a substituição do antigo currículo mínimo pelas diretrizes curriculares, trazendo maior flexibilização à organização e à operacionalização do currículo pleno de graduação. Desta forma, o processo de enfermagem pôde ser inserido de forma mais efetiva nos currículos (DELLA'ACQUA, MIYADAHARA, 2002).

Outra característica histórica envolvida, e contrastando com a fala anteriormente citada, foi que a partir da década de 60 do século passado, quando houve uma maior ênfase na observação dos aspectos interpessoais, intelectuais e científicos da enfermagem e a expressão processo de enfermagem passou a definir a situação desta profissão em três aspectos básicos: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações da enfermagem que são destinadas ao bem estar do paciente (CIACIARULLO, 2001).

O processo de enfermagem passou a ser empregado como um instrumento de trabalho do enfermeiro, como um método sistematizador da sua assistência, que possibilita ao enfermeiro aplicar na prática o marco teórico que direciona e que embasa as suas ações. Ao mesmo tempo os enfermeiros buscavam a sua autonomia profissional e o status da profissão (BRANDALIZE, KALINOWSKI, 2005). Neste sentido, o processo de enfermagem foi definido por Horta (1979), como “a

dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que visam a assistência ao ser humano e caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”. Apesar da consolidação do PE enquanto prática ativa e dinâmica na execução do cuidado, modelos pré-estabelecidos ainda são utilizados, muitas vezes, limitando a execução desse processo, como percebemos na fala da entrevistada:

“Eu utilizei em outros hospitais quando estava em estágio, mas não diretamente com aquele paciente, mas no impresso, foi mostrado como preenchia e tudo mais, mas como aluna.” [...] Tive o conhecimento da graduação e de alguns hospitais que passei como aluna, sendo que nem todos seguem.” (ENF 06)

Ainda em comunhão com o relato, Silva, Garanhan e Peres (2015) reforçam que, quando há o objetivo de realizar sucessivas aproximações para o desenvolvimento de habilidades em sequência, deve-se considerar que existe pertinência no ensino em partes. Contudo, quando se trabalha com base nesta proposta, cabe ao docente apresentar aos acadêmicos a intenção pedagógica dessas atividades, fazendo referência ao todo.

A construção do saber não acontece por meio da somatória de conhecimentos, mas por meio da transformação e organização do que já foi apreendido. A teoria de complexidade explica que a busca pela unidade, muitas vezes, leva o ser humano a tentar igualar as partes, apagando suas particularidades. No entanto, as características de cada parte devem ser preservadas para que, assim, haja compreensão plena do todo (MORIN, 2011). As falas que se seguem justificam bem a diferença estabelecida entre o que se anseia e a realidade do fazer propriamente dito, assim como da falta de unicidade ao executar o PE:

“A gente conseguia acompanhar a evolução do paciente, porque a gente tá lá todo dia, acompanhando ele durante o estágio da faculdade, faz a visita, a gente sabe que o paciente tá melhorando.” (ENF 04)

“Foi durante a faculdade, a questão do impresso, mas aqui, na prática, no trabalho, a gente não utiliza.” (ENF 03)

Corroborando aos depoimentos mencionados, pode-se compreender que, devido ao reconhecimento de sua importância na formação e no trabalho do

enfermeiro, remetendo à indagação de como a SAE tem sido desenvolvida nos cursos de graduação, sendo neste momento que o acadêmico tem contato com os fundamentos da profissão e inicia a formação de sua postura profissional (SILVA, GARANHANI, PERES, 2015).

Nesta perspectiva, estas autoras apontam no sentido de que, as características mencionadas previamente, implicam em considerar o ensino da SAE como um solo de incertezas, em que o conhecimento deve estar enraizado, ser constantemente estimulado e mostrar-se aberto às modificações ou adequações, sempre que forem necessárias. Outra particularidade estabelecida, durante as vivências de graduação das entrevistadas, foi a que demonstra o modelo assistencial sendo utilizado em unidades específicas de uma clientela em particular, como percebe-se na fala de ENF 02:

“Eu vi uma vez em sala, e outra vez que eu vi foi em sala, e em uma unidade de semi-intensiva, e também vi na clínica.”

Inúmeras são as exemplificações acerca da atuação de enfermeiros nas diversas modalidades de atenção à saúde, quaisquer que sejam as especializações.

De acordo com o relato feito, Guedes et al. (2012) enriquecem, afirmando que muitas são as atividades desempenhadas pelos enfermeiros em sua prática profissional. Entretanto, entende-se que cabe às escolas de enfermagem a tarefa constante em desenvolver a SAE, de maneira responsável e comprometida, de modo a ajudar os acadêmicos a perceberem a necessidade de sua implementação e, conseqüentemente, em utilizar esta ferramenta de suma importância na vida profissional. A implementação da SAE pode proporcionar uma assistência de qualidade, que se reflete no cuidado ao paciente e à comunidade, em seu processo de saúde e doença.

Diante das elucidações apontadas, apreende-se que apesar dos conhecimentos abordados e adquiridos na experiência acadêmica sobre SAE, diversas também são as estratégias que as instituições desenvolvem na utilização do modelo cuidativo. A união desses dois tentames gera no profissional de enfermagem juízos diversos no campo da utilização da SAE.

### 5.2.2.2 Percepção da utilização da SAE

O enfermeiro se esforça por adaptar-se às necessidades dos indivíduos dentro das diversas situações, mediante a relação pessoal com o indivíduo, os familiares e as comunidades. A ciência Enfermagem se baseia em um amplo marco teórico. O processo de enfermagem é um método mediante o qual se aplica este marco à prática de enfermagem. (BRANDALIZE, KALINOWSKI, 2005).

Ao trazermos essa perspectiva para a realidade atual nas instituições hospitalares, a SAE compreende a rotina diária das equipes de enfermagem, guiando seus processos de trabalho e conferindo maior confiabilidade na prestação do cuidado ao cliente (LEITE et al., 2016). Entretanto, a implantação da SAE ainda constitui-se como um desafio dentro das equipes profissionais, pois sua metodologia requer afinado treinamento nas práticas científicas e mudanças dos modelos tradicionais de atenção à saúde (QUEIROZ, SILVA, 2016). Na fala a seguir, pode-se perceber a visão ainda distorcida acerca da estruturação na sistematização do cuidado, assim como, alguns equívocos na aplicabilidade da mesma, na visão das entrevistadas:

“Vamos supor eles fazem tipo uma, etapa, como se fosse tipo um impresso, pra você preencher tipo a ficha do paciente, para você acompanhar o passo-a-passo de tudo que tá sendo feito com o paciente [...]” (ENF 03)

De acordo com o apontamento estabelecido pela ENF 03 entrevistada, o conhecimento sobre a SAE torna-se um determinante relevante em um processo de implantação e implementação da metodologia em um serviço de saúde, pois se relaciona com a prática fragmentada das fases do PE e dificuldades para abdicar dos modelos biomédico e cartesiano (SILVA; MOREIRA, 2011). Portanto, pode-se verificar que atualmente a SAE estrutura-se como uma obrigatoriedade principalmente em ambientes hospitalares, onde ocorre sua implantação sobre bases não estáveis de conhecimento, ocasionando falhas de conduta e queda na qualidade da assistência oferecida aos clientes (ADAMY; TOSATTI, 2012). Nesta direção, ENF 08 relatou:

“O uso é positivo porque auxilia bastante o trabalho no dia-a-dia da instituição, até mesmo na assistência a aquele paciente. Até mesmo o que deixar de ser feito, é como uma escala que passa de um pro outro (enfermeiro).”

Ao corresponder com esta afirmação, e descrever sua percepção acerca da continuidade do cuidado, Pimpão et al. (2010) relatam que cada enfermeiro seria responsável por avaliar e planejar a assistência de enfermagem de determinado conjunto de pacientes no seu turno de trabalho, contemplando, ao final do dia, todos os pacientes. Dessa forma, todos os pacientes seriam realmente avaliados, pelo menos uma vez ao dia ou mais vezes, conforme as necessidades e condições de saúde individuais. Nesta direção, ouviu-se:

“Seria interessante que realmente fosse um padrão em todo lugar, porque cada um faz do seu jeito. Porque então ficava bem mais fácil pra qualquer profissional que fosse entrar. Por que você sai de um hospital e entra em outro, é todo um procedimento, totalmente diferente. Então você tem que aprender, porque não era pra ser assim, era pra ser tudo igual. Então você tem que aprender como aquele hospital funciona, então seria mais interessante que fosse uma padronização geral.” (ENF 04)

Em detrimento do relato oferecido, compreende-se que a gerência e a assistência de enfermagem são funções primordiais no cotidiano do enfermeiro, visando a excelência da qualidade na atenção à saúde oferecida ao paciente, a família e a coletividade com intervenção no processo saúde-doença.

Partindo desse princípio, é que se localiza a SAE como um dos instrumentos do processo assistencial do enfermeiro que pode contribuir para assegurar a qualidade da assistência, uma vez que a mesma contempla uma gama de ferramentas que inclui a comunicação, a interação e a articulação das dimensões gerenciais e assistenciais (TORRES et al., 2011).

Nesse sentido, na tentativa de facilitar a operacionalização da SAE, muitas vezes, o enfermeiro, inicialmente, faz a opção pela forma fragmentada de trabalho (FERRARI et al., 2016). Outra concepção discorrida pelas entrevistadas foi perceber que, mesmo sem estrutura formal para execução da SAE, a experiência sistemática do cuidado acaba ocorrendo:

“Na nossa assistência do dia-a-dia, a gente acaba fazendo a SAE, mas a gente não tem ela aqui, mas a gente acaba utilizando. Se chega uma admissão, a gente faz toda a entrevista com o paciente, se a gente vai preparar um paciente pra cirurgia, a gente acaba utilizando todo aquele método pra fazer isso, utilizando de alguma forma, sem ser diretamente.”  
(ENF 08)

Diante do exposto, cabe lembrar a consideração de que a implementação da SAE não se dá apenas através do processo de enfermagem; ela pode ocorrer por meio de outras ferramentas tal como a consulta de enfermagem. Ainda assim far-se-á necessário o emprego de algum método para sistematizar a assistência, onde cada cenário de aplicação utilize-se da metodologia mais adequada a sua realidade (FULY, LEITE, LIMA, 2008). Entretanto, a existência de tecnologias historicamente padronizadas para os registros das atividades realizadas pela enfermagem, como livros de ocorrência, passagens de plantão impressas, evoluções de enfermagem em impressos institucionais padrões, ainda são utilizadas como subsídios substitutos à SAE, como no relato:

“A gente utiliza, mas não tem um impresso, mas é utilizado quando a gente vai fazer alguma coisa com o paciente.” (ENF 06)

Existem diversas ferramentas propostas para o uso no registro das informações e documentação dos cuidados de enfermagem planejados e realizados. Ainda diante da assertiva da entrevistada, Lucena (2006) e Gomes (2012), apontam para o processo atual da evolução tecnológica, das constantes trocas de informações e demandas das instituições de saúde na tentativa de maximizar recursos, diminuir custos e melhorar a qualidade da assistência, têm se exigido cada vez mais da enfermagem o aperfeiçoamento dos serviços, o planejamento e a operacionalização dos cuidados, reforçando a necessidade incontestável de se adotar e consolidar a SAE. Em correlação à citação anterior da entrevistada e em comunhão com o relato dos autores citados, observa-se um juízo negativo ao relacionar a SAE pela caracterização burocrática dos registros, como referido:

“Tem um ponto negativo, porque além de você ter toda a parte burocrática, curativos, sinais vitais, e ainda você tem que ter a SAE pra preencher.”  
(ENF 03)



Ao se deparar com os aspectos negativos encontrados para a implementação da SAE, como descreve a fala anterior, Hermida e Araújo (2006) relembram que a SAE vem sendo implantada há décadas no Brasil, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979). Contudo, Gomes (2012) esclarece que, somente após o advento da legalização, é que passou a ser exigida dentro das instituições de saúde brasileiras. Apesar disso, atualmente, ainda percebe-se que essa resolução por si só não oferece todo o apoio necessário para sua implantação, uma vez que muitos fatores desencadeiam dificuldades práticas no processo de implantação desse instrumento de assistência. Esta afirmação é corroborada pela fala de ENF 08:

“A SAE seria uma coisa a mais, de mais papel, porém iria ajudar muito pra organizar. Pra ficar uma coisa mais organizável. Organizável o tempo, os procedimento, porque teoricamente não ficaria apenas só pra um horário”.

Com relação ao processo cíclico e a flexibilidade de se ir e vir, ao operacionalizar as fases da SAE, e tomando como base a realidade descrita no comentário anterior, Morin (2011) justifica que a complexidade explica a ordem como algo constante e repetitivo, enquanto a desordem é vista como algo imprevisível e irregular. Um mundo de ordem seria carente de renovação e mudança, não abrigaria, portanto, o ser humano. Por esta razão, a mudança deve compreender a desordem para poder se organizar.

Torna-se indiscutível a importância e a relevância da decisão de apropriação do conhecimento acerca do método sistematizado pelo enfermeiro, assim como, sua visão diante da clientela atendida pelo mesmo, no tocante à adequação desse método à sua realidade. Entretanto, interpretações controversas sobre a SAE são comuns e corriqueiramente encontradas.

### 5.2.2.3 Equívocos na Interpretação do Cuidado Sistematizado

Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho embasada cientificamente. Isto resulta na consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como oferece subsídios para o

desenvolvimento do conhecimento técnico-científico. Estes sustentam e caracterizam a Enfermagem como disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos (TRUPPEL et al., 2009).

Carraro et al. (2003) consideram que a cientificação profissional é almejada pelos profissionais de enfermagem e só será alcançada com a utilização de instrumentos científicos que subsidiem a prática profissional. A supressão de bases científicas de conhecimentos, bem como a generalização da estrutura do cuidado, como toda e qualquer expressão de auxílio ao paciente, acabam por gerar lapsos de interpretação da essência do fazer em enfermagem. Como descritos a seguir por ENF 02:

“O conhecimento que obtive foi através do Procedimento Operacional Padrão (POP), como utilizá-los, como fazer, escala, escala de Glasgow, escala de “Braidén”. [...] Através da avaliação, exame físico, uso de escalas, tudo isso.”

Tomando como referência os autores acima citados, ao mesmo tempo, contrastando com o pronunciamento feito pela entrevistada, Fuly et al. (2008) reconhecem que, na prática muitos enfermeiros desconhecem esses vocabulários e abordam os mesmos como se fossem métodos de assistência de enfermagem, chegando a confundi-los com o próprio processo de enfermagem por assim dizer. Corroborando ao exposto, a fala a seguir evidencia bem os lapsos entre processo de cuidado em enfermagem e atividades normativas institucionais:

“Os pacientes são admitidos, e a gente tem que fazer a sistematização para que o paciente tenha uma melhora”. (ENF 03)

Refutando ao que foi relatado, pode-se reconhecer que a SAE está diretamente relacionada com a aplicação específica de uma abordagem científica ou solução de problemas do paciente e busca manter o padrão mínimo de qualidade da assistência e um sistema de registros de informações de forma detalhada. (FREITAS, QUEIROZ, SOUZA, 2007). Portanto, o método sistematizado de assistência em enfermagem não objetiva apenas uma recuperação momentânea do paciente, nem tão pouco, apenas um momento da experiência hospitalar, como descrito a seguir:

“Se o paciente é cirúrgico, tipo pré-operatório, a gente organiza o passo-a-passo com ele. Foi o que eu vi durante a graduação.” (ENF 08)

As dificuldades dos enfermeiros em utilizar a SAE parecem não se restringir à prática profissional, mas iniciar-se na Universidade, quando há dificuldade, por parte dos docentes, de desenvolverem estratégias didáticas padronizadas e eficientes para a aprendizagem efetiva dessa metodologia de assistência (OLIVEIRA et al., 2012).

“Não é que não seja nada, mas é mais burocracia, eu vi o que, escala (serviço) e prescrição (médica).” (ENF 01)

Diante do relato da entrevistada, podemos constatar com o que afirmam Fuly et al. (2008), quando para eles existem alguns conceitos associados ao tema sistematização da assistência, que têm sido empregados de forma conflituosa no vocabulário popular da enfermagem. Processo de enfermagem, metodologia da assistência e a própria sistematização da assistência ora apresentam-se como sinônimos e ora apresentam-se com diferentes definições. Diante dessa perspectiva considera-se que o emprego equivocado desses termos gera conflito e dificuldade de entendimento sobre a prática profissional da enfermagem. No entanto, o COFEN (2009) esclarece no Art. 2º, da Resolução 358/2009, a determinação de Processo de Enfermagem como organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, e estabelece as definições dos conceitos de cada etapa respectivamente.

De acordo com a citada Resolução, as etapas são conceituadas como: Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem; Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de

Enfermagem; Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

A ausência de proximidade com o modelo sistematizado de cuidado ocasiona em muitas situações, interpretações equivocadas no saber-fazer da enfermagem. Portanto, um maior domínio e envolvimento do conhecimento científico, e uma maior valorização e disponibilidade na execução desse método, tanto empodera o enfermeiro da sua natureza profissional, como garante um processo de trabalho organizado, dinâmico e livre de risco para os pacientes.

### **5.2.3 Descoberta de possibilidades e busca de exequibilidade na implantação da SAE**

Na literatura brasileira da década de 1980 já se encontravam vários relatos sobre experiências de implementação do processo de enfermagem em instituições de saúde brasileiras, o que reforça a existência de um interesse antigo, por parte dos enfermeiros, em operacionalizar o processo (ROSSI, CASAGRANDE, 2001).

Cruz (2011) complementa que o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico e sistemático de prestação de cuidados, que serve à atividade intelectual do enfermeiro e que provê um guia para um determinado estilo de julgamento. Por ser um instrumento, seu uso pode ou não ser adequado e que ele por si só não é capaz de garantir a qualidade da assistência.

Dentro dessa conjuntura, e aproximando da realidade das unidades hospitalares, Aquino e Filho (2004) ratificam que, Sistematização da Assistência de Enfermagem é todo o planejamento registrado da assistência que abrange desde a criação e implementação do manual de normas e rotinas das unidades à descrição padronizada, até a adoção do Processo de Enfermagem.

A SAE prevê a definição da natureza do trabalho a ser realizado e a definição do processo de enfermagem, desde a base teórico-filosófica, até o tipo de profissional, os métodos, os objetivos e os recursos materiais, para a produção do cuidado (LEOPARDI, 2006).

Entretanto, apesar das constatações históricas da eficácia da sistematização do cuidado de enfermagem e da comprovada aplicabilidade e exequibilidade desse método, ainda é comum nos inúmeros cenários de praticidade desse tipo de cuidado, identificar situações que impedem sua implantação e seu desenvolvimento.

### 5.2.3.1 Desafios para implementação da SAE

Muitos são os benefícios descritos para a aplicação da metodologia assistencial. Embora, a mesma traga consigo implicações positivas para a profissão de enfermagem, para o cliente e para o enfermeiro em particular.

Apesar dos avanços encontrados no Brasil em relação a pesquisas envolvendo a implementação e aplicabilidade da SAE, percebe-se que muitas instituições ainda não utilizam esta metodologia por lacunas do conhecimento teórico-prático dos profissionais da enfermagem (BRANDALIZE, KALINOWSKI, 2005).

Aliado ao que foi apontado pelas autoras, Oliveira (2012), acrescenta que alguns fatores influenciam na implantação da SAE: necessidade de apoio da gerência administrativa responsável pela instituição e quadro de enfermagem favorável à implantação, apoio inter e entre classes profissionais, recursos físicos, humanos e materiais adequados, capacitação profissional, planejamento da divisão do tempo de trabalho entre atividades administrativas e assistenciais, e desinteresse e despreparo de alguns enfermeiros.

Outra característica percebida é a notoriedade na prática assistencial, que a comunicação escrita (documentação dos cuidados de enfermagem planejados) tem sido negligenciada pelos profissionais de enfermagem, pois percebe-se que os registros, quando realizados, são escassos e incompletos. Embora os enfermeiros reconheçam a importância da comunicação escrita para a continuidade da terapêutica do paciente, eles não conseguem efetivar esta prática no seu fazer cotidiano. Outras particularidades impeditivas como número reduzido de profissionais e falta de apoio gerencial também são relatados, como segue a seguir:

“Eu acho um pouco complicado, porque a quantidade de profissionais aqui é pouquíssima, então acaba sobrecarregando a gente com outras coisas, é difícil.” [...] “Eu acho que a gente não conseguiria fazer isso, só se viesse de

cima (Direção/Coordenação de Enfermagem) [...] “Se fosse uma obrigação, agora incentivar, o incentivo aqui seria complicado.” [...] Somos sobrecarregados, porque eles colocam funções pra gente que não são nossas funções. A gente já tem várias atribuições que não é nossa.” (ENF 02)

Por este depoimento, ainda pode-se observar que, apesar de não haver obrigatoriedade no emprego, cabe considerar que a enfermagem necessita discutir e aplicar suas terminologias com fins de crescimento e sustentação da prática profissional. Prática essa pautada no raciocínio clínico e crítico, bem como para acompanhar movimentos internacionais de padronização da linguagem de enfermagem (FULY, LEITE, LIMA, 2008).

Ainda corroborando o apontamento feito, em estudo realizado por Reis, Repetto e Devezas (2016), e com relação às respostas dos enfermeiros frente às dificuldades encontradas na implementação da SAE, parte das respostas foi a falta de tempo, seguido pelo excesso de atividades.

Neves e Shimizu (2010) informam que a implementação da SAE é realizada de forma bastante fragmentada, por motivos que estão relacionados ao quantitativo de recursos humanos existentes nas instituições de saúde para executar todas as atividades requeridas por essa metodologia. A SAE, quando realizada de forma fragmentada, o cuidado não será integral, ou seja, acaba não tendo uma sistematização da assistência já que não consegue concluir todas as etapas onde o COFEN por meio da resolução 358/2009 afirma que o PE está organizado em cinco etapas estando elas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Entretanto, independente do histórico institucional adotado na prestação do cuidado e das particularidades de qualquer clientela atendida, a SAE obrigatoriamente precisa existir, situação contrária foi sinalizada pelas entrevistadas:

“A gente faz muita coisa que não é nossa atribuição. Mas aí, como isso já vem há muito tempo, há bastante tempo, falar um não agora, pra mudar, seria complicado. Aí colocar mais esse atributo complicaria um pouco. Não seria algo impossível, mas sobrecarregaria.” [...] Hoje a rotatividade do tipo de pacientes é grande. Hoje a gente tem os traumatismos crânio-encefálicos (TCE) e a cirurgia geral, então seria impossível [...] mas se fosse só a cardiologia, daria sim.” (ENF 07)

As instituições da saúde ainda possuem certa resistência em implantar e implementar a SAE, visto as dificuldades encontradas, dentre elas a falta de interesse por parte do profissional de enfermagem, falta de conhecimento quanto ao instrumento e sua utilização e a dificuldade de aceitação da equipe multiprofissional por não depositar confiança no processo e resistência a mudanças (REMIZOSKI et al., 2010). Encontramos novamente, contrapondo as exigências legais na implantação da SAE, relatos das entrevistadas, de situações que demonstram a resistências dos profissionais como impeditivo ao cuidado sistematizado, como segue:

“Por exemplo, como você faz pra colocar uma SAE pra ser feita, num hospital, manhã e tarde, quando um enfermeiro fica com três postos, e as vezes UTI e Centro Cirúrgico.” (ENF 06)

Como relatado pela enfermeira entrevistada, existem outros fatores que também coincidem com os relatos, como por exemplo, a falta de funcionários, déficit de recursos humanos e excesso de atividades administrativas.

Mesmo tendo conhecimento da importância da SAE e sabendo que se trata de uma atividade privativa do enfermeiro, observamos que justificar a não realização da SAE pela falta de tempo torna-se mais comum do que admitir a falta de priorização da SAE pela equipe de enfermagem (ALMEIDA, LUCENA, 2011; TAKAHASHI et al., 2008; BACKES et al., 2005). Aliado ao exposto, ainda se considera como fator atenuante para a não utilização do método sistematizado, sua aplicabilidade e execução apenas a uma gama de pacientes em especial, como relata ENF 04:

“A não ser que fosse determinado somente para os pacientes da cardiologia, aí seria mais fácil adaptar. Pra todos já não dá.”

Diante das dificuldades relatadas pelos entrevistados e apontadas anteriormente por diversos autores, que demonstram a falta de tempo e a sobrecarga na relação número insuficiente de enfermeiros, para um determinado número de pacientes, pode-se perceber de maneira preocupante na fala prévia, que aplicar a SAE de forma fragmentada pode interferir no estímulo do profissional. Realizar ações não sistematizadas para apenas um determinado grupo de

pacientes, pode afetar o planejamento do cuidado prestado, ao dificultar a avaliação deste cuidado de forma geral (OLIVEIRA et al., 2012).

É urgente a necessidade do enfermeiro em buscar se apropriar de conceitos da sua prática, onde durante esse processo, ainda poderão surgir dúvidas que certamente podem impactar na aplicação de ferramentas como o processo de enfermagem à prática. Portanto, torna-se fundamental que o enfermeiro se distancie do solo infértil das impossibilidades justificadas por impeditivos gerenciais e institucionais, e passe a desenvolver habilidades e estratégias que além de adaptadas à sua realidade, resguardem sua autonomia e liberdade profissional.

### 5.2.3.2 Possibilidades de implementação da SAE

A SAE atribui uma maior confiabilidade e segurança aos pacientes, pois permite que o enfermeiro tenha um julgamento crítico, por ser uma ferramenta que favorece uma melhor prática assistencial com base no conhecimento, pensamento e tomada de decisão clínica baseada em evidências, adquirida a partir da avaliação dos dados do paciente, família e comunidade (TANNURE et al., 2011). Diante do exposto, pode-se perceber a relevância a utilização da SAE nos mais diversos contextos, a saber, o científico, o prático e o de autonomia da profissão enfermagem, mesmo percebendo na fala da entrevistada, descrita a seguir, uma sugestão de limitação à sua implementação:

“Por exemplo, se essa SAE fosse feita somente para cirurgia cardíaca, aí sim, aí dava. Ou então para os pacientes mais graves [...] . Ou se fosse apenas para cardiologia clínica e cirúrgica, dava sim.” (ENF 06)

Quanto às vantagens da implementação da SAE, Reis et al. (2016) demonstram em seu estudo, que todos os enfermeiros entrevistados, mencionam uma melhora da qualidade no atendimento, seguido por valorização das atividades do profissional enfermeiro.

Como comentado, a SAE além de melhorar a qualidade da assistência também promove uma maior autonomia, eficiência e cientificidade à profissão. Quando o enfermeiro demonstra essa competência, por consequência recebe uma



maior valorização e reconhecimento, ganhando espaço para novas conquistas, levando a uma mudança cultural do papel do enfermeiro. (CRUZ et al., 2014).

Os benefícios da SAE não estão somente voltados ao paciente, mas também contribui para a vida profissional do enfermeiro, estabelece uma maior discussão entre os profissionais da equipe multidisciplinar, onde os dados são documentados, contribuindo para a assistência, ensino e pesquisa, mostra grande relevância para as instituições de saúde e até mesmo o Sistema Único de Saúde que por meio dos dados permite a elaboração de um planejamento de ações para a saúde da população. (TRUPPEL et al., 2009). Apesar do apresentado, com relação à amplitude de alcance do método sistemático para o cuidado, percebe-se na fala de ENF 03, o interesse em utilizá-la, inicialmente em pacientes graves, entretanto, ainda infere-se acerca de posturas de modelos pré-estabelecidos:

“É possível sim inserir a SAE aqui [...] poderia ser aplicada na UTI ou no posto 4, onde ficam os pós-operatórios.” [...] Se fosse uma estrutura apenas de marcar, que a gente não perdesse tanto tempo preenchendo, seria mais fácil, facilitaria bastante.”

Para que se possa efetivamente implementar a SAE, é necessário que haja um planejamento. É preciso que se tenha um reconhecimento da realidade da instituição; da sua estrutura política e gestão institucional; o interesse institucional pela proposta e sua viabilidade prática; a estrutura organizacional (missão, filosofia e objetivos); os recursos disponíveis: estrutura física das unidades; número de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem; os impressos; a capacitação de profissionais e a clientela (HERMIDA, ARAÚJO, 2006).

Para Fuly, Leite e Lima (2008), é sabido que o registro é fundamental para as atividades, porém considera-se que o fato do enfermeiro não registrar no prontuário implica numa série de questões éticas e deontológicas, porém não significa dizer que em seu processo intelectual ele não sistematizou a assistência.

É importante ressaltar que o registro é uma atividade fim e não o meio para sistematizar a assistência. A documentação do processo de enfermagem não é o processo de enfermagem por si só, a documentação é um requisito legal indispensável à prática, porém o registro no prontuário não é sinônimo de

sistematização e sim do cumprimento de uma tarefa importante para a SAE (CRUZ, 2008).

Além das vantagens da SAE, para a organização do trabalho da enfermagem como um todo, o enfermeiro, ao registrar as informações obtidas do paciente, “fornece um meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde, facilitando o planejamento coordenado e a continuidade dos cuidados” (JOHNSON, 2015). O esforço e interesse em desenvolver e praticar a SAE é presente no cotidiano e no desejo dos profissionais, mesmo que de maneira tímida inicialmente, como referido:

“Talvez, se começasse com os cardíacos [...]” (ENF 04)

Aquiescendo a fala discorrida, pode-se depreender disso que o processo de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil continua em fase de construção, procurando-se caminhos e estratégias que sejam aplicáveis nas diferentes áreas de atuação profissional (FIGUEIREDO et al., 2006).

Em novamente citando o estudo de Reis et al. (2016), as autoras reforçam que a principal sugestão apresentada pelos enfermeiros para facilitar a implementação da SAE foi a adequação do dimensionamento da equipe de enfermagem. A elaboração de um impresso adequado foi a segunda sugestão que apareceu nas respostas dos enfermeiros.

Existem diferentes métodos utilizados para a obtenção da qualidade na assistência de enfermagem, por meio de instrumentos como o processo de enfermagem. Entretanto, percebe-se que, na prática, a SAE ainda está longe de ser implementada em sua totalidade, pois a realização sistematizada de registros, que é imprescindível para sua consolidação, não é ainda uma rotina no trabalho do enfermeiro, em muitas instituições. Pimpão et al. (2010) ainda reforçam que, na prática assistencial, a comunicação escrita tem sido negligenciada pelos profissionais de enfermagem, pois os registros, quando realizados, são escassos e incompletos. Embora os enfermeiros reconheçam a importância da comunicação escrita para a continuidade da terapêutica do paciente, eles não conseguem efetivar esta prática no seu fazer cotidiano. Contudo, há que se considerar que não há estudo publicado na literatura nacional que demonstre que a implementação da SAE, no contexto dos hospitais brasileiros, garanta a qualidade da assistência de enfermagem (FULY, LEITE, LIMA, 2008).

É necessário, primeiramente, que os profissionais de enfermagem comunguem da afirmativa referida, para, então, torná-la concreta na prática assistencial. Outra exigência necessária é a mudança de posturas institucionais de limitação para atividades profissionais próprias, onde a retomada da essência do fazer do profissional enfermeiro possa garantir sua autonomia, ao mesmo tempo, em que possam ser oferecidas condições de trabalho e dimensionamento de pessoal para tais atividades e ações.

#### 5.2.3.3 Resistências por Sobrecarga de Trabalho

Em um estudo americano, pesquisadores identificaram que 75% dos enfermeiros entrevistados têm sua prática baseada, principalmente, na experiência pessoal de enfermagem, e não somente na literatura ou em pesquisas. A falta de tempo é apresentada como uma das dificuldades para a mudança no trabalho dos entrevistados (YODER et al., 2014). Este achado reafirma a dificuldade dos enfermeiros na busca por uma prática baseada em evidências, e os obstáculos que permeiam a realização da SAE pelos profissionais. As indagações descritas são reforçadas pela fala da entrevistada:

“[...] falar um não agora, pra mudar, seria complicado. Aí colocar mais esse atributo complicaria um pouco. Não seria algo impossível, mas sobrecarregaria.” (ENF 07)

Muitas vezes, a falta de tempo dos enfermeiros para efetuar os registros de enfermagem é consequência da ausência de prioridade desta tarefa no seu fazer, ou seja, eles realizam certas atividades que, possivelmente, poderiam ser delegadas a outros profissionais, em detrimento daquela que é fundamental ao seu trabalho (CAIXEIRO, DARGAM, THOMPSON, 2008).

Complementando as afirmações descritas, pode-se concluir que a sistematização da assistência demanda de alguma ferramenta a ser utilizada e as ferramentas para sistematização demandam de métodos de trabalho, previstos nas metodologias para a assistência de enfermagem. O discurso feito pela enfermeira pesquisada ilustra bem esse fenômeno:

“Se partisse de nós a decisão de utilizar a SAE, nós também seríamos obrigados a fazer, ou seja, a gente seria sobrecarregado de toda forma.” [...] “Pelo número de profissionais que

nós temos, só pra cirurgia cardíaca tá ótimo. Agora se for pra atender a todos, outros precisam ser contratados.” [...] Para que o serviço ande direitinho, corretamente, pra que os pacientes possam ser atendidos da maneira certa, como diz o COREN, a gente precisa de um número de profissionais pra isso.” (ENF 05)

Segundo Moreira e outros autores (2012) a utilização da SAE ainda é pouco usada devido às dificuldades encontradas na prática diária, na qual essas são justificadas pelos profissionais por razões que vão desde a falta de habilidade na aplicação até a sobrecarga de trabalho.

Já Takahashi e outros autores (2007) complementam que as dificuldades em implementar a SAE, não se tratam apenas da falta de tempo, sobrecarga de trabalho, déficit de recursos humanos entre outras justificativas, mas sim desde a falta de conhecimento do profissional enfermeiro em aplicar o processo de enfermagem a partir da execução de suas etapas, onde também são encontradas dificuldades mesmo tendo conhecimento científico, porém a não execução do instrumento em seu cotidiano leva o profissional a não ter total habilidade para coloca-lo em prática.

A necessidade de um distanciamento momentâneo, normativo institucional e frequente de atividades burocráticas e administrativas, comumente executadas pelo enfermeiro, contribuiria, pelo menos a priori, na aplicabilidade da SAE. Esse discernimento é bastante evidente na fala da entrevista a seguir:

“A implantação da SAE não resolveria todos os problemas, mas pelo menos a gente estaria envolvida apenas com os pacientes, e não mais com a burocracia, admissões, exames que não é nossa função providenciar, questões do laboratório, que não é da nossa função, atrás de médico pra visitar pacientes, que também não é nossa função.” (ENF 04)

Nesse sentido, a SAE situa-se numa esfera institucional, onde a visão de organização das atividades de enfermagem interfere diretamente na implantação e implementação do processo de enfermagem e por assim dizer na metodologia subsidiada em uma teoria de enfermagem a ser utilizada na prática. Nesse sentido cabe destacar ainda que o processo de enfermagem é único, o que pode se modificar à luz do referencial teórico da unidade, é a metodologia da assistência de enfermagem proposta por cada uma das Teóricas de Enfermagem para o trabalho processual. (FULY, LEITE, LIMA, 2008).

Ainda que a literatura publicada sobre a SAE, apresente crescimento gradual desde 2000, a mesma ainda denota uma profunda disparidade de conceitos e

aplicabilidades que são próprios da prática profissional de enfermagem. Isso reflete na prática, através de um enfraquecimento e uma desarticulação da teoria com a prática, gerando conflitos ideológicos que prejudicam não somente o entendimento da prática de enfermagem, como também o ensino das teorias de enfermagem, bem como do processo de enfermagem e da metodologia da assistência.

Portanto, torna-se fundamental que o cuidado sistematizado dirigido ao paciente que será submetido à cirurgia cardíaca ultrapasse as atividades rotineiras e repetitivas de assistência. Cabe ao enfermeiro compreender e apreender que a utilização da SAE, tanto auxilia nos seu processo de trabalho prático, como estende seu potencial científico na busca de novas percepções e estratégias.

### 5.3 CONCEPÇÃO E CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS PROPOSTO PARA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES CARDÍACOS CIRÚRGICOS

O processo de concepção inicial dos instrumentos propostos para sistematização do cuidado de enfermagem em pacientes cardíacos cirúrgicos ocorreu por meio de realização prévia de oficinas de capacitação, que tiveram como objetivos resgatar os fundamentos da Teoria das NHB de Wanda Horta, utilizando o livro da própria autora, publicado em 1979, onde foram discutidos e os pressupostos metodológicos, a elaboração e planejamento das fases do PE utilizadas na época. Em seguida o PE, a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o raciocínio clínico foram demonstrados, tanto na formulação, como na aplicabilidade, utilizando como referencial bibliográfico o livro da autora Rosalinda Alfaro-LeFevre, intitulado Aplicação do Processo de Enfermagem. É cabível apontar que a citada publicação, atualmente, compreende literatura fundamental nas escolas de enfermagem no Brasil e no mundo.

A etapa de capacitação foi finalizada por meio de encontros que tiveram como foco central, a abordagem e o aperfeiçoamento nos modelos de classificação das práticas de enfermagem utilizadas nos dias atuais. Foram empregadas as taxonomias de Diagnósticos de Enfermagem da Nanda International - NANDA-I (HERDMAN, 2015), nas definições e classificações adotadas para os períodos de 2015 a 2017, a Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC (JOHNSON,

MASS, MOORHEAD, 2016), e a Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC (DOCHETERMAN, BULECHEK, 2016).

Na concretização da construção dos instrumentos para composição e posterior aplicação da SAE, foram realizadas, inicialmente, buscas em periódicos on line de publicações que dispusessem de instrumentos pré-estruturados utilizados na implantação de uma assistência sistematizada no processo de trabalho em enfermagem. Foram escolhidas e utilizadas para a determinação dos instrumentos, as publicações de Andrade (2012), Souza (2013), Santos (2016) e Fortes (2017), as mesmas atualizadas disponíveis e impressas, por mais se aproximarem da proposta do estudo e da realidade institucional. Foram feitas cópias impressas desses modelos, organizadas segundo a ordem de aplicação na prática profissional e obedecendo a sequência lógica das fases da experiência perioperatória.

As impressões foram entregues individual e previamente aos participantes do estudo, para que os mesmos analisassem, pontuassem e selecionassem quais anotações ou informações fossem mais pertinentes à sua realidade de trabalho, e que atendessem à necessidade estrutural, mais próxima possível do ideal proposto para cada instrumento.

Os impressos foram então recolhidos, separados por constituição e particularidades. Seguiu-se então para a etapa de levantamento e organização dos dados apontados, de acordo com cada tipo de impresso entregue e fase perioperatória:

1. Histórico de Enfermagem – Dados pessoais (nome, idade, sexo, estado civil, procedência e diagnóstico médico da internação); Registros acerca de dados fisiológicos e/ou fisiopatológicos relacionados às Necessidades Humanas Básicas afetadas, subdividindo-as em Necessidade Psicobiológicas (oxigenação, Hidratação / Regulação Eletrolítica, Nutrição e Eliminação, Sono e Repouso, Sexualidade, Regulação Neurológica / Locomoção / Mecânica Corporal, Cuidado Corporal, Integridade Cutâneo-mucosa, Regulação Térmica, Regulação Vascular, Percepção Dolorosa, Segurança Física e Ambiente, Terapêutica - Co-morbidades/Fatores de Risco), Necessidade Psicossociais (Comunicação, Aprendizagem - educação em saúde / Sociabilidade / Recreação e Lazer, Autorealização / Autoestima / Autoimagem; Necessidades Psicoespirituais (Religiosidade / Espiritualidade); e outras anotações.

2. Prescrição de enfermagem (Pré-operatório Imediato) – Principais Diagnósticos de enfermagem comuns a essa etapa e com sua respectiva NHB relacionada, resultados esperados, intervenções de enfermagem específicas para cada DE e aprazamento das mesmas; Atividades de Enfermagem (Check-list) de caráter gerencial/administrativo, propostas para o preparo integral do cliente antes da cirurgia; e outras possíveis anotações de enfermagem.
3. Prescrição de enfermagem (Pós-operatório Imediato) – Principais Diagnósticos de enfermagem comuns a essa etapa e com sua respectiva NHB relacionada, resultados esperados, intervenções de enfermagem específicas para cada DE e aprazamento das mesmas; e outras possíveis anotações de enfermagem.

Cabe salientar que a determinação dos itens e/ou informações contidas em cada instrumento, obedeceu o critério de maior número de escolha dos participantes, e maior relevância e aplicabilidade, de acordo com as possibilidades de execução na dinâmica institucional em estudo.

Após análise e estabelecimento dos conteúdos, procedeu-se a etapa de formatação desses instrumentos, onde se procurou instituir uma apresentação que objetivasse o registro rápido, conciso e viável para sua utilização, facilitando assim a aplicabilidade e operacionalização dos mesmos.

Os instrumentos prontamente construídos foram devolvidos aos participantes, para sua apreciação e aprovação final, sendo mais uma vez, devolvidos ao pesquisador, no seu formato final.

A construção, estruturação e formatação dos instrumentos seguiu criteriosamente os comentários, apontamentos e sugestões realizados pelos participantes, segundo as possibilidades de sua aplicação e execução, e a dinâmica e realidade institucional, do mesmo modo se que propôs obedecer as orientações preconizadas pela Resolução 358/2009 (COFEN, 2009), no tocante a implementação da SAE. Os instrumentos foram descritos e apresentados na seguinte ordem: Histórico de Enfermagem (APÊNDICE C); Diagnósticos de Enfermagem, Resultados Esperados, Intervenções de Enfermagem e Check-list de ações de enfermagem, no Pré-operatório imediato (APÊNDICE D); e Diagnósticos de Enfermagem, Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem, no Pós-operatório imediato (APÊNDICE E).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcorrer deste estudo, procurou-se identificar e compreender os aspectos que interferem na utilização da SAE como método científico dos cuidados realizados, no sentido de estimular a discussão e participação dos enfermeiros na elaboração de uma proposta de implantação do PE para pacientes cardíacos cirúrgicos que seja viável diante da realidade prática vivenciada pelos mesmos. Ao mesmo tempo, considera que dentro do contexto de cirurgia cardíaca, a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta se adequa, porque permite aos profissionais de enfermagem assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas.

Como proposta principal, pretendeu-se descrever um processo de construção coletiva de modelo de SAE para pacientes cardíacos cirúrgicos em uma instituição hospitalar, empreendendo para isso, o emprego da Pesquisa Convergente Assistencial, pois através da mesma, não objetivou-se apenas o recolhimento de dados, mas aproximar o pesquisador da realidade na prestação de cuidado de enfermagem à clientela citada, ao mesmo tempo, inserindo-o na mesma, como parte integrante do processo, onde o pesquisador pode reconhecer as dificuldades dos profissionais de enfermagem envolvidos e identificar as necessidades dos pacientes sob seu cuidado.

Durante a primeira etapa do estudo, foi possível identificar e conhecer a caracterização dos enfermeiros envolvidos na essência do processo de cuidar e assim, traçar um perfil pessoal, econômico e profissional dos envolvidos. Dentre os resultados encontrados, foram elencados enquanto principais, o tempo de formação e de trabalho dos entrevistados, que em sua maioria, era de 1 a 5 anos; em sua totalidade, todos mantinham vínculo trabalhista segundo regulamentação normativa da CLT; as unidades de internação compreendiam as principais unidades de trabalho relatadas, seguidas pela unidade de terapia intensiva; e que prevaleceu apenas a graduação, como nivelação do processo de educação permanente.

Na segunda etapa da pesquisa, por meio da formação de grupos focais, foram abordadas temáticas que envolvessem os objetivos propostos. Enquanto temas centrais abordou-se a percepção da prática clínica no cotidiano do cuidado de enfermagem, sua organização e dinâmica ao atender as necessidades dos pacientes; o conhecimento e as experiências dos envolvidos no estudo acerca da



aplicação da SAE, as bases do seu conhecimento, sua percepção na utilização do cuidado sistematizado, e os equívocos na interpretação; foi incitada a descoberta de possibilidades e a busca de exequibilidade na implantação da SAE, mediante identificação dos desafios e entraves no processo de execução, possibilidades na implementação e possíveis resistências por sobrecarga de trabalho dos envolvidos.

Por meio da formação de grupos de convergência, foi possível identificar a urgente necessidade de planejamento e organização das dinâmicas de cuidados ofertados, com o objetivo de atender às necessidades dos pacientes.

Foram identificadas lacunas e equívocos acerca do método sistematizado de prestação do cuidado, onde foi percebido que a única ou principal circunstância de aproximação foi através da vivência acadêmica, e que lapsos e interpretações errôneas persistem na interpretação e aplicabilidade prática da SAE.

Como última etapa foi construído um modelo de cuidado sistematizado, que apresentasse possibilidades de aplicação e execução, de acordo com a dinâmica e realidade institucional, baseados na Teoria de Wanda Horta, e que obedeceu as orientações preconizadas pela Resolução 358/2009 do COFEN. Os instrumentos elaborados e organizados preconizaram sistematizar o cuidado a pacientes cardíacos cirúrgicos, principalmente, nas fases admissional (Histórico de Enfermagem) e imediata (Diagnósticos de Enfermagem, Resultados Esperados e Prescrição de Enfermagem / Check-list do preparo cirúrgico) do pré-operatório, e no pós-operatório imediato (Diagnósticos de Enfermagem, Resultados Esperados e Prescrição de Enfermagem).

Conclui-se então que a PCA favorece a identificação de dificuldades enfrentadas pelos profissionais enfermeiros no processo de prestação de cuidados ao paciente cardíaco cirúrgico, principalmente quando analisadas as inferências e questionamentos que emergiram dos grupos de discussão formados pelos mesmos. Essa modalidade de pesquisa, pela via da convergência-assistência, auxilia na busca e identificação das necessidades humanas básicas, proposto pelo referencial teórico utilizado, além de melhor conduzir a implementação do processo de enfermagem, subsidiado, mais uma vez, por um referencial teórico que o descreve etapa por etapa. Essa aproximação científica favoreceu a aproximação do contínuo pensar-fazer despertado pelo método e guiado pelo pesquisador.

Aponta-se como limitação característica do estudo a falta de adesão dos enfermeiros da instituição em participar da pesquisa, evidenciando o desinteresse

em utilizar um modelo teórico que norteie e direcione o cuidado prestado, ao mesmo tempo em que denota a omissão no empenho em garantir sua autonomia profissional, por meio do emprego e operacionalização do método científico de sistematização do cuidado, próprio da profissão.

As possibilidades de utilização do modelo de sistematização do cuidado construído mostrou-se viável e exequível, principalmente diante do desejo e das falas dos envolvidos no estudo, durante os momentos dos grupos de convergência. Entretanto, para que sua aplicação e adoção se efetivem, torna-se necessário também, incentivo institucional e envolvimento dos profissionais.

## REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K.; TOSATTI, M. Sistematização da Assistência de Enfermagem no período Peri operatório: visão da equipe de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 2, 2012.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. **O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC**. Porto Alegre: Artmed. 2011.
- ALMEIDA, M. C.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, M. H.; OLIVEIRA, C. Specialization course in medical-surgical nursing in the form of residence: report of the experience of 1st year. **Rev Bras Enferm.**, v. 5, n. 1, 1975.
- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P., SCHNEIDER, G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 1, n. 3, 2009.
- AMARAL, J. F.; RIBEIRO, J. P.; PAIXÃO, D. X. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 9, 2015.
- ANTUNES, M. J. M., CHIANCA, T. C. M. As classificações de enfermagem na saúde coletiva: o projeto CIPESC. **Rev Bras Enferm.**, v. 15, n. 3, 2002.
- AQUINO, D. R.; FILHO, W. D. L. Construção da Prescrição de Enfermagem Informatizada em uma UTI. **Cogitare Enferm.**, v. 1, n. 1, 2004.
- ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A.; CARON-RUFFINO, M. Estratégias de implantação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. **Rev Lat Am Enferm.**, v. 5, n. 6, 2001.
- AS TEORIAS motivacionais de Maslow e Herzberg. Disponível em: <<https://maestrando.files.wordpress.com/2014/02/2teoria-de-maslow-e-herzberg.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas Recomendadas**. 6. ed. rev. e atual. São Paulo: Manole, 2013.
- BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; SOUZA, F. G. M.; EEDMANN, A. L. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cien. Cuid. Saud.**, v. 9, n. 2, p. 15-25, 2008.

BACKES, D. S.; ESPERANÇA, M. P., AMPARO, A. M., CAMPOS, I. E. F., CUNHA, A. D. O. C. , SCHWARTZ, E. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci Health Sci.**, v 9, n. 2, 2005.

BLACKWEEL, W. **Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOHRER, R. S. Motivação abordagem crítica da teoria de Maslow pela propaganda. **Rev. Adm. Emp.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 1981.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 6, n. 9, 2014.

BRANDALIZE, D. L., KALINOWSKI, C. E. Processo de Enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. **Cogitare Enferm.**, v. 2, n. 1, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Portaria nº 1721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 16 de dezembro de 1994, seção 1, n. 238, p. 19.801-19.802.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – Plano nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011**. Brasília: MS, 2013.

\_\_\_\_\_. 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. 1986. Seção 1; p. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Educação Superior: cursos e instituições**. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm)>. Acesso em: 6 jul. 2017.

BRUNES, L. F., DIAS, S. B. A. O desenvolvimento profissional e a progressão de carreira – estudo de caso no IPOG. **Revista Especialize on-line IPOG**, v. 5, n. 2, maio, 2013.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C. M. **NIC - Classificação Das Intervenções de Enfermagem**. 6. ed. [S.I.]: Elsevier 2016.

BUSARELLO, R. M. **A contribuição da tecnologia da informação à implementação sistematização da assistência de enfermagem**. 2006. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2006.

CAIXEIRO, S. M. O, DARGAM, B., THOMPSON, G. N. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. **Rev enferm UERJ**, v. 1, n. 5, maio, 2008.

CARRARO, T. E., KLETEMBERG, D. F., GONÇALVES, L. M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev Bras Enferm.**, v. 2, n. 1, 2003.

CARVALHO, S. O. R. M. et al. "Com um pouco de cuidado a gente vai em frente: vivências de pessoas com estomia". **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, n. 5, 2015.

CHAUÍ, M. **Convite a filosofia**. 12. ed. São Paulo: Atica, 2000.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2008.

CIANCIARULO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo. Ícone. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Departamento de Tecnologia da Informação. **Comissão de Business Intelligence**: análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Brasília: COFEN, 2010.

\_\_\_\_\_. **Diagnóstico da profissão aponta concentração regional, tendência à masculinização, situações de desgaste profissional e subsalário**. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html)>. Acesso em: 13 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução 358/2009**. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 23 out. 2015

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN Nº 358/2009**. 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. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 16 maio 2017.

CRUZ, E. J. E. R., SOUZA, N. V. D. O., CORREA, R. A., PIRES, A. S. Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 5, maio, 2014.

CRUZ, L. S. D. F., LEME, P. F. B., CRUZ, V. M. F. R., FILIPINI, S. M. Dificuldades apresentadas por enfermeiros na operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 14; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 10; INIC JR ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA JR., 4., 2011. São José dos Campos. **Anais...** São José dos Campos, SP: Universidade do Vale do Paraíba, 2011.

DALCÓI, C., GARANHANI, M. L. Papel gerencial do enfermeiro de centro cirúrgico: percepções por meio de imagens. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 5, n. 1, 2016.

DELL'ACQUA, M. C. Q., MIYADAHARA, A. M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Rev Lat Am Enferm.**, v. 3, n. 1, 2002.

DUARTE, G. M., ALVES, M. S. A práxis do ser enfermeira(o) no cotidiano da unidade de terapia intensiva. **R. Enferm Cent O Min.**, v. 8, n. 2, 2013.

FERRARI, D., COSTA, A. E. K., PISSAIA, L. F., MORESCHI, C. A visão da equipe de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem em um hospital de médio porte. **Caderno pedagógico**, v. 1, n. 2, 2016.

FIGUEIREDO, R. M., ZEM-MASCARENHAS, S. H., NAPOLEÃO, A. A., CAMARGO, A. B.. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 8, n. 2, 2006.

FORTES, A. V. S. **Administração segura de medicamentos:** proposta de protocolo de orientação para equipe de enfermagem. 2017. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2017.

FRANCISCO, M. T. R.; CLOS, A. C.; SANTOS, I.; LARRÚBIA, E. O. Estilos de administração do conflito entre enfermeiros (as): validação de instrumento. **Rev Bras Enferm.**, v. 5, n. 2, 1997.

FREITAS, J. S.; SILVA, A. E. B. C.; MINAMISAVA, R.; BEZERRA, A. L. Q.; Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, n. 7, 2014.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A. V. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 9, n. 8, 2007.

FULY, P. S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 1, n. 2, 2008.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 5, n. 9, 2010.

GAIDZINSKI, R. R. et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GARRAFA, V. et al. Saúde pública, bioética e equidade. **Bioética**, Brasília, v. 5, 1997.

GATTI, B. A. **Grupo Focal na Pesquisa Em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro. 2012.

GELBCKE, F. L. Trabalho da enfermagem: o caso brasileiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55., 2003. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem; 2003.

GHEDIN, E. **Teorias Psico-pedagógicas do ensino aprendizagem**. Boa Vista, RR: UERR, 2012.

GODOY, A. L.; D'ÁVILA, C. K. **Tutorial: A Hierarquia das Necessidades de Maslow – Pirâmide de Maslow**. Disponível em: <<http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/a-hierarquia-das-necessidades-de-maslow-piramide-de-maslow.html>>. Acesso em: 11 maio 2017.

GOMES, L. A.; BRITO, D. S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, v. 2, n. 1, 2012.

GONÇALVES, L. R. R.; NERY, I. S.; NOGUEIRA, L. T.; BONFIM, E. G. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. **Esc Anna Nery**, v. 5, n. 8, 2007.

GRAEFF, M. S., GOLDMEIER, S., PELLANDA, L. C. Síndrome coronariana aguda em produtores de tabaco: fatores de risco prevalentes. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 2, 2012.

GRENZEL, J. C. M. et al. O Enfermeiro em suas diversas áreas de atuação. In: SEMINÁRIO INTERINSTITUCIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 16., 2015. [S.l.]. **Anais Eletrônicos...** [S.l.:s.n], 2015. Disponível em: <<http://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/saude/O%20ENFERMEIRO%20EM%20SUAS%20DIVERSAS%20%C3%81REAS%20DE%20ATUA%C3%87%C3%83O.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2017.

GUEDES, E. S.; TURRINI, R. N. T.; SOUSA, R. M. C.; BALTAR, V. T.; CRUZ, D. A. L. M. Attitudes of nursing staff related to the nursing process. **Rev Esc Enferm USP**, v. 5, n. 1, 2012.

GUEDES, M. V. C.; FELIX, V. C. S.; SILVA, L. F. O trabalho no centro cirúrgico: representações sociais de enfermeiros. **Rev. Nursing**, São Paulo, v. 8, n. 4, 2001.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **NANDA – Diagnósticos de Enfermagem internacionais**: definições e classificações 2015-2017. [S.I.]: Wiley Blackwel, 2015

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev. bras. enferm.**, v. 5, n. 2, 2006.

HESKETH, J. L.; COSTA, M. T. P. M. Construção de um instrumento para medida de satisfação no trabalho. **Rev. Adm. Emp.**, v. 9, n. 3, 1980.

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

HUITZI-EGILEGOR, J.X; ELORZA-PUYADENA, M.I; URKIA-ETXABE, J. M; ZUBERO-LINAZA J. Use of the nursing process at public and private centers in a health area. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 3, n. 1, 2012.

ITO, E. E.; PERES, A. M.; TAKAHASHI, R. T.; LEITE, M. M. J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 6, n. 3, 2006

JOHNSON, J. Y. Pensamento crítico, tomada de decisão ética e processo de enfermagem. In: SMELTZER SC, BARE BG. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015.

JOHNSON, M.; MOORHEAD, S.; MAAS, M. L.; SWANSON, E. **NOC - Classificação Dos Resultados de Enfermagem**. 5. ed. [S.I.]: Elsevier 2016..

KINALSKI, D.D.F. et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 5, n. 6, 2017.

KURCGANT. P et al. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária. 1991.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEITE, M. T. et al. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 5,, 2, 2016.

LEMOS, K. F. et al. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 8, 2011.

LEMOS, K. F. et al. Prevalência de Fatores de Risco para Síndrome Coronariana Aguda em Pacientes Atendidos em uma Emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 6, 2010.



LEOPARDI, M. T. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis, SC: Soldasoft, 2006.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis, SC:Papa-livro, 1999.

LIRA, A. L. B. C. et al. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Rene**, v. 5, n. 6, 2012.

LOPES, R. S.; ALBINO, R. L. M.; MENEZES, H. F.; RIBEIRO, M. C. M. I. O enfermeiro mediando conflitos e relações de poder entre a equipe multiprofissional no centro cirúrgico. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 6, n. 2, 2015.

LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. L.; VANDRESEN, L. Tecnologia para gestão de unidade de internação hospitalares. **Contexto Enferm.**, v. 9, n. 6, 2016.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Most frequent nursing diagnosis in a Brazilian intensive care unit. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 15, n. 9, 2006.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2013.

LYU, H. WICK, E. C., HOUSMAN, M., FREISCHLAG, J. A., MAKATY, M. A. Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care. **JAMA Surg.**, v. 8, n. 1, 2013.

MAGALHÃES, A. M.; JUCHEM, B. C. Atividades do Enfermeiro em unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 5, 2001.

MACEDO, L. E. T.; FAERSTEIN, E. Colesterol e a prevenção de eventos ateroscleróticos: limites de uma nova fronteira. **Rev Saúde Pública**, v. 1, n. 2, 2017.

MARCOLINO, M. S. et al. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. **Arq Bras Cardiol.**, v. 6, n. 1, 2013.

MASLOW, A. H. A theory of human motivation. **Psychological Review**, v. 3, n. 2, 1973.

MASSAROLI, R.; MARTINI, J. G.; MASSAROLI, A.; LAZZARI, D.; OLIVEIRA, S. N., CANEVER, B. P. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 3, n. 1, 2015.

MATSUDA, L. M. ; SILVA, D. M. P. P.; ÉVORA, Y. M.; COIMBRA, J. A. H. Anotações/Registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev Eletr Enferm**. 2006.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 2, n. 1, 2012.

MICHEL, J. L.; VIEIRA, C. M.; GUTIÉRREZ, M. G. Specialists in medical-surgical nursing: there is interest in this practice?. **Acta Paul Enferm.** 1992.

MOREIRA, R. A. N.; PEREIRA, L. D. B.; SIQUEIRA, A. É. O. B.; BARROS, L. M., FROTA, N. M., LUNA, I. T. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade Neonatal. **Cogitare Enferm.**, v. 3, maio, 2009.

MORENO, L. A.; HUARCAYA, S. L. **Transitando por la historia de la enfermería.** Perú: Ed. 955, 2005.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Tradução de Eliane Lisboa. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Cortez, 2005. Disponível em:

<<http://www.sistemas.ufrn.br/shared/verArquivo?idArquivo=1035842&key=13769c1ae1338dbc536c4b21795c7e27>>. Acesso em: 8 maio 2017.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paul Enferm.**, v. 2, n. 1, 2005.

MUNHALL, P. L. Unknowing : toward another pattern of knowing in nursing. **Nursing outlook**, New York, v. 5, 1993.

NASCIMENTO, K. C., BACKES, D. S. et al., Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional; **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 5, n. 2, p. 1-5, 2008.

NEUMANN, V. N., FREITAS, M. E. A. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. **REME Rev Min Enferm.**, v. 2, p. 9-13, 2008.

NEVES, M. J. A. O., BRANQUINHO, N. C. S. S., PARANAGUÁ, T. T. B., BARBOSA, M. A., SIQUEIRA, K. M. Influência do Trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Rev Enferm UERJ**, v. 5, n. 2, 2010.

NEVES, R. S.. SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 9, n. 2, 2010.

NILDO. B. M. **A Inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública (1920-1925).** 2013. 110 f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

OLIVEIRA, A. N. S., CARVALHO, E. C., ROSSI, L. A. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, E. F., WESTPHAL, G. A., MASTROENI, M. F. Características clínico-demográficas de pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com a mortalidade. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, Goiás, v. 2, n. 1, 2012.

OLIVEIRA, K. F., IWAMOTO, H. H., OLIVEIRA, J. F., ALMEIDA, D. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 2, 2012.

OLIVEIRA, S. K. P. et al Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 6, n. 1, 2015.

PALEY, J. How not to clarify concepts in nursing. **J Adv Nurs**, v. 5, n. 2, 1996.

PIMPÃO, F. D., FILHO, W. D. L., VAGHETTI, H. H., LUNARDI, V. L. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 2, n. 1, 2010.

PINTO, A. V. **Ciência e existência**: problemas filosóficos da pesquisa científica. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

QUEIROZ, N. T. B.; SILVA, V. C. F. A educação permanente no cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família. In: JORNADA DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO UNIFESO, 4., 2016. [S.l.]. **Anais...** [S.l.:s.n.], 2016.

RABELO, A. C. S. **Cuidado Clínico Transpessoal de Enfermagem Dirigido ao Ser Cardiopata no Perioperatório de Cirurgia Cardíaca**. 2014. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

RAWNSLEY, M. M. Ontology, epistemology and methodology: a clarification. **Nursing Science Quarterly**, v. 2, n. 1, 1998.

REGIS, V. L. F. L., PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Rev Bras Enferm.**, v. 5, maio, 2006.

REIS, G. S., REPPETTO, M. A., SANTOS, L. S. C., DEVEZAS, A. M. L. O. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 5, n. 3, 2016.

REMIZOSKI, J., ROCHA, M. M., VALL, J. Dificuldade na implantação da assistência de enfermagem- SAE: uma revisão teórica. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 3, n. 1, 2010.

RIBEIRO, A. C., RAMOS, L. H. D., MANDÚ, E. N. T. Perfil sociodemográfico e profissional de enfermeiros de um hospital público de Cuiabá - MT. **Cienc Cuid Saude**, v. 5, n. 6, 2014.

RIBEIRO, G. S. **Perfil do enfermeiro da rede básica de saúde do município de João Pessoa, PB**. 2001. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001.

ROBBINS, S. P. **Fundamentos do comportamento organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 2008.

ROCHA, J. B. B., ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **R Enferm UERJ**, v. 5, n. 2, 2007.

ROSSI, L. A., CASAGRANDE, L. D. R. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Rev Lat Am Enferm.**, v. 5, n. 2, 2001.

ROTENBERG, L. Fórum: horários de trabalho e saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 6, n. 1, 2004.

ROTHBARTH. S., WOLFF, L. D. G., PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem. **Texto contexto Enferm.**, n. 6, p. 5 – 9, 2009.

SALBEGO, C. et al. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. **Rev Rene**, v. 5, n. 2, 2015.

SANTOS, R. C. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: construção de um modelo para o Processo de Enfermagem em um hospital pediátrico**. 2016. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2016

SANTOS, J. O. F., MONTEZELI, J. H., PERES, A. M. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, v. 5, n. 2, 2012.

SANTOS, J. S.; LIMA, L. M.; MELO, I. A. Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 5, n. 3, 2014.

SOUZA, N. P. G. **Sistematização da Assistência de enfermagem como ferramenta na produção do cuidado clínico e segurança do paciente em unidade de terapia intensiva**. 2013. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

SCHAURICH, D; CROSSETTI, M. G. O. Produção do Conhecimento sobre Teorias de Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 5, n. 2, 2010.

SCHNEIDER, P.; SANTOS, M. I. O.; BONA, A. L. P.; COLAUTTI, A. C.; LOOURENÇO, G. S.; CUNHA, P. R.; MENDES, M.; COSTA, G. R.. Enfrentamento de enfermeiros (as) líderes na primeira experiência profissional. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 12., 2016. [S.l.]. **Anais...** [S.l.:s.n.], 2016.

SILVA, G. R. F. et al. Interview as a technique of qualitative research a literature review. **Online Braz J Nurs**, v. 5, n. 2, 2006.

SILVA, J. P.; GARANHANI, M. L.; PERES, A. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2015.

SILVA, J. V (Org.). **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2011.

SILVA, M. G. et al. Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa: o que elas nos ensinam?. **Cienc Cuid Saude**, v. 5, n. 2, 2013.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**, v. 3, n. 1,

SILVA, R. C., FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 6, n. 4, 2011.

SILVA, R. C., FERREIRA, M. A. Changing the perspective on specialized knowledge in nursing: an epistemological debate. **Rev Latinoam Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2008.

SILVA, R. M. O., CORDEIRO, A. L. A. O., FERNANDES, J. D., SILVA, L. S., TEIXEIRA, G. A. S. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. **Acta Paul Enferm.**, v. 3, n. 1, 2014.

SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R., TERRA, F. S., CAMELO, S. H. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 5, n. 3, 2015.

SOUZA, N. V. D. O.; CUNHA, L. S.; PIRES, A. S.; GONÇALVES, F. G. A.; RIBEIRO, L. V.; SILVA, S. S. L. F. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da policlínica Piquet Carneiro. **remE – Rev. Min. Enferm.**, v. 5, n. 2, 2012.

STAMM, M. A Importância de uma Filosofia para a Enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, 2003.

TAKAHASHI, A. A., BARRO, A. L. B. L., MICHEL, J. L. M., SOUZA, M. F. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 5, n. 1, 2008.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011.

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

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TORRES, E. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem como Ferramenta da Gerência do Cuidado: Estudo de Caso. **Esc Anna Nery**, v. 5, n. 2, 2011.

TORRES, E., SILVINO, Z. R., CHRISTOVAN, B. P., ANDRADE, M., FULY, P. C. S. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Esc Anna Nery**, v. 2, n. 1, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Enfermagem ciência ou profissão? **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v. 15, 1992.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRUPPEL, T. C., MEIER, M. J., CALIXTO, R. C., PERUZZO, S. A., CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 5, n. 2, 2009.

UMANN, J. et al. Enfermagem Perioperatória em Cirurgia Cardíaca: Revisão Integrativa da Literatura. **remE – Rev. Min. Enferm.**, v. 5, n. 2, 2011.

VALLS, A. L. M. **O que é ética**. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 2001.

VILLARINHO, P. R. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: dificuldades e estratégias. **Portal Educação**, v. 21, n. 3, abr. 2014.

VOLPATO, A. C. B; PASSOS, V. C. S. **Técnicas básicas de enfermagem**. 4. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Centro de prensa, Notas descritivas**.

Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

YODER, L. H.; KIRKEY, D.; MCFALL, D. C.; KIRKSEY, K. M.; STALBAUM, A. L. Sellers D. Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. **AJN.**, v. 5, n. 2, maio, 2014.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES CARDÍACOS CIRÚRGICOS: UM ESTUDO CONVERGENTE ASSISTENCIAL**, a qual pretende descrever processo de construção coletiva de modelo de SAE para pacientes cardíacos cirúrgicos em hospital público de Fortaleza, CE, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista e participação de grupos focais. Caso permita, suas respostas serão gravadas em arquivos de áudio, anotações de campo e registros descritivos com aspectos individuais e coletivos, para a posterior análise dos dados. Serão evitados quaisquer tipos de riscos ou transtornos aos que participarem, estando o pesquisador a sua disposição para amenizá-los, não sendo necessário que o Sr. (a) responda a qualquer pergunta que traga desconforto. Todas as informações obtidas no estudo serão mantidas em sigilo, sua identidade não será revelada e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar, sem qualquer prejuízo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados poderão ser apresentados em artigos científicos, revistas especializadas, encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Para contato sobre a pesquisa: Alexandre Araújo Freitas (responsável) - Tel: (85) 98557-6070 / 99702.4092, email: alexandy\_freitas@hotmail.com / Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE/UECE) - Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, tel (85) 3101-9890, email: cep@uece.br.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)



APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista Sócio-demográfica, Profissional e de Educação Permanente.

<b>ROTEIRO PRA ENTREVISTA</b>		
Nome: _____		
Idade: _____ anos	Gênero: ( ) masculino ( ) feminino	
Tempo de Formação: _____	Tempo de trabalho: _____	
Tempo de trabalho na instituição: _____	Carga horária: _____	
Titulação: ( ) graduação ( ) especialização – concluída: ( ) sim ( ) não ( ) mestrado – concluído: ( ) sim ( ) não ( ) doutorado – concluído: ( ) sim ( ) não		
Nº de vínculos empregatícios: ( ) 1(um) ( ) 2(dois) ( ) mais de 2(dois)		
Regime de trabalho: ( ) temporário ( ) celetista (CLT) ( ) contratado ( ) outro: _____		
Setor onde trabalha: ( ) enfermaria ( ) centro cirúrgico ( ) UTI ( ) outro: _____		
Jornada semanal atual: _____ horas/semana		
Turno: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Plantão diurno ( ) Plantão noturno ( ) Outro _____		
Cor: ( ) branco(a) ( ) pardo(a) ( ) negro(a) ( ) amarelo(a) * Dado auto-referido	Estado Civil: ( ) solteiro(a) ( ) viúvo(a) ( ) casado(a) ( ) separado(a) ou divorciado(a)	Renda: ( ) igual ou inferior a um salário mínimo ( ) entre um e três salários mínimos ( ) entre três e seis salários mínimos ( ) acima de seis salários mínimos
Experiências anteriores (uso da SAE): ( ) não ( ) sim Se SIM, quais? _____ _____ _____		

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Entrevistador: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Histórico de enfermagem

**HOSPITAL BATISTA MEMORIAL**  
**Serviço de Cirurgia Cardíaca**  
**Coordenação de Enfermagem**  
**Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE**

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Dados Pessoais	
Nome: _____	Idade: _____ anos
Sexo: Masc. ( ) Fem. ( ) Estado Civil: Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) União estável ( )	
Procedência: Capital ( ) - Bairro _____ Interior(cidade): _____ Outro Estado: _____	
Diagnóstico Médico na Internação: _____	
Necessidades Humanas Básicas (NHB)	
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
Oxigenação	
Respiração(FR): _____ rpm Saturação de Oxigênio(SaO2): _____ %	
Padrão: Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Cheyne-Stokes ( ) Biot ( ) Ritmo: Regular ( ) Irregular ( )	
Forma(tórax): Simétrico ( ) Tonel ( ) Quilha(pombo) ( ) Escoliótico ( ) Cifótico ( ) Outro: _____	
Aparência(inspeção/integridade/alterações): _____	
Tosse: Sim ( ) descrição: _____ Não ( )	
Expectoração: Sim ( ) – Aspecto: _____ Não ( )	
Ausculta: MV ( ) RA: Crepitações/estertores ( ) Sibilos ( ) Roncos ( ) Estridor ( ) Atrito pleural ( ) Outro: _____	
Descrição/Localização: _____	
Traquéia (alterações) Sim ( ) Não ( ) quais: _____	
Hidratação / Regulação Eletrolítica	
Edema: Sim ( ) Área: _____ / Classificação: _____ Não ( ) - Ascite: Sim ( ) Não ( )	
Exames laboratoriais: NaCl: _____ K: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____	
Nutrição e Eliminação	
Dieta: _____	
Apetite:( ) aceitação/tolerância ( ) diminuído ( ) aumentado	
Peso: _____ kg Altura: _____ m IMC: _____ Classificação: _____ Glicemia Capilar Digital: _____ mg/Dl	
Dificuldade(mastigar/deglutir): Sim ( ) Não ( ) – Se SIM, qual: _____	
Náuseas/Vômitos: Sim ( ) Não ( ) Descrição: _____	
Eliminação Urinária	
Controle Miccional: Sim ( ) – papagaio/aparadeira ( ) banheiro ( )	
Não ( ) – SVD ( ) SVA ( ) Uso de Fraldas ( ) Dispositivo para Incontinência Urinária (UROPEN) ( ) Cistostomia ( )	
Alterações: Nenhuma ( ) Incontinência ( ) Continência ( ) Disúria ( ) Urgência ( ) Oligúria ( ) Hematúria ( ) Poliúria ( ) Bexigoma ( ) outros: _____	
Eliminação Intestinal	
ABDOMEN: Aparência(inspeção/integridade/alterações): _____	
Colostomia: Sim ( ) Não ( ) Forma (abdome): Plano ( ) Escavado ( ) Distendido ( ) Globoso ( )	
Padrão (intestinal-Nº/dia): _____ Última evacuação: _____ / _____ / _____	
Alterações: Diarréia ( ) Constipação ( ) Flatulência ( ) Cólicas ( ) Uso de Fraldas ( ) Outros: _____	
RHA: Presentes ( ) Quadrantes: _____ Ausentes ( ) Hipoativos ( ) Hiperativos ( )	
Sono e Repouso	
Preservado ( ) Alterado ( ) motivo: _____	
Uso de Medicamentos: Sim ( ) Não ( ) Padrão: _____	
Sexualidade	
Vida sexual ativa: Sim ( ) Não ( ) – Uso de Contraceptivos/outros: Sim ( ) Não ( )	
Infecção Sexual Transmissível: Sim ( ) Não ( )	
Regulação Neurológica / Locomoção / Mecânica Corporal	
Pupilas: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) – D _____ E Fotorreagentes: Olho D: Sim ( ) Não ( ) / Olho E: Sim ( ) Não ( )	
Deambulação: ( ) normal ( ) auxílio/apoio unilateral ( ) auxílio/apoio bilateral ( ) uso de dispositivo _____	
<i>Membros Superiores:</i> Simetria/integridade: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____	
Coloração: Normal ( ) Hipocorado ( ) Cianose ( ) Eritema ( ) Icterícia ( ) Temperatura: Normal ( ) Hipotermia ( ) Hipertermia ( )	
Tônus muscular: Normal ( ) Espasticidade ( ) Flacidez ( ) Rigidez ( ) Atonia ( ) Atrofia ( )	
Movimentos: Voluntários ( ) Involuntários ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parkinsoniano ( ) Outro: _____	
Enchimento capilar: < 2 seg. ( ) >2 seg. ( )	
<i>Membros Inferiores:</i> Simetria/integridade: Sim ( ) Não ( ) qual: _____	
Coloração: Normal ( ) Hipocorado ( ) Cianose ( ) Eritema ( ) Icterícia ( ) Temperatura: Normal ( ) Hipotermia ( ) Hipertermia ( )	
Tônus muscular: Normal ( ) Espasticidade ( ) Flacidez ( ) Rigidez ( ) Atonia ( ) Atrofia ( )	
Movimentos: Voluntários ( ) Involuntários ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parkinsoniano ( ) Outro: _____	
Marcha: Normal ( ) Hemiparética espástica ( ) Ataxia ( ) Tesoura ( ) Membro curto ( ) Outra: _____	
Enchimento capilar: < 2 seg. ( ) >2 seg. ( )	
Outras alterações: Paralisia ( ) Tiques ( ) Mioclonia ( ) Tremores ( ) Outro: _____	

<b>Cuidado Corporal</b>	
Dependência (autocuidado): Parcial( ) total( ) alimentar-se( ) banhar-se( ) arrumar-se( ) Outra _____	
Higiene: corporal: _____ íntima: _____	
<u>Cabeça</u> : Couro cabeludo: _____ Face (simétrica/alterações): Sim( ) Não( ) quais: _____	
Olhos – Acuidade/alterações: _____ Óculos: Sim( ) Não( ) Lentes: Sim( ) Não( )	
Ouvidos – Acuidade/alterações: _____ Uso de aparelho auditivo: Sim( ) Ouvido: _____ Não( )	
Boca: Dentição (completa): Sim( ) Não( ) – Prótese: Sup.( ) Inf.( ) ortodontia( ) Cáries( ) Outros: _____	
<u>Pescoço</u> (simétrico/alterações: cistos, tumores, megalias): Sim( ) Não( ) quais: _____	
Gânglios, glândulas e músculos (anormalidades): Sim( ) Não( ) quais: _____	
Jugular externa, Carótida e Aorta abdominal (fúrcula esternal) (alterações): Sim( ) Não( ) quais: _____	
<b>Integridade Cutâneo-mucosa</b>	
BRADEN: _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = _____ Risco: _____ - Íntegra p/ LPP: Sim( ) Não( )	
LPP – sim( ) não( ) – Categoria/Local: _____	
Descrição (LPP): _____	
Outras lesões: _____	
Conduta/tratamento: _____	
<b>Regulação Térmica</b>	
Temperatura: _____ °C – Sudorese: normal( ) alterada( ) Calafrios: Sim( ) Não( )	
<b>Regulação Imunológica</b>	
Necessidade de Dispositivos invasivos: Sim( ) Não( )	
Sinais Flogísticos: não( ) – sim( ) Infecção(sítio): não( ) – sim( )	
Antibióticos: Sim( ) Não( )	
<b>Regulação Vascular</b>	
Pulso: _____ bpm Frequência Cardíaca(FC): _____ bpm Pressão Arterial: _____ mmHg	
<u>Cardiovascular</u> : Ritmo: Regular( ) Irregular( ) Padrão(FC): _____ bpm Normal( ) Taquicárdico( ) Bradicárdico( )	
Ausculta: Normal( ) Alterada: Sim( ) Qual: _____ Não( )	
Alterações: ictus cordis(palpável): Sim( ) Não( ) Levantamento sistólico: Sim( ) Não( ) Cardiomegalia( )	
Pulso(periférico): MSD _____ bpm - MSE _____ bpm / MID _____ bpm - MIE _____ bpm	
Ritmo: Normal( ) Filiforme(fraco)( ) Cheio(forte)( ) Ausente( )	
<b>Percepção Dolorosa</b>	
DOR: Sim( ) Localização: _____ Intensidade _____ Frequência: _____ Não( )	
Fatores que aliviam: _____	
<b>Segurança Física e Ambiente</b>	
Ocupação: _____ Renda familiar: < 1 salário mín.( ) 1 a 3 salários mín.( ) 3 a 5 salários mín.( ) > 5 salários mín.( )	
Tabagismo: Sim( ) Não( ) – Se SIM, Nº cigarros/tempo: _____ Ex( ) qto tempo: _____	
Etilismo: Sim( ) Não( ) – Se SIM, qtidade bebida/dia: _____ Ex( ) qto tempo: _____	
Outras Drogas: Sim( ) Não( ) – Tipo/qtidade consumida: _____ Ex( ) qto tempo: _____	
<b>Terapêutica (Co-morbidades/Fatores de Risco)</b>	
Alergias: Sim( ) Não( )	
HAS: Sim( ) Não( ) Tratamento: _____ DM: Sim( ) Não( ) Tratamento: _____	
DLP: Sim( ) Não( ) Tratamento: _____ AVC/AIT: Sim( ) Não( ) Tratamento: _____	
Outras: Sim( ) Não( ) Descrição: _____ Tratamento: _____	
<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>Comunicação</b>	
Linguagem: verbal( ) não-verbal( ) afasia( ) mutismo( ) gagueira( ) outra _____	
<b>Aprendizagem (educação em saúde) / Sociabilidade / Recreação e Lazer</b>	
Nível de escolaridade: _____ Experiências anteriores (internação): Sim( ) Não( )	
No de filhos: _____ Recebe visitas: Sim( ) Não( ) Acompanhante: Sim( ) Não( )	
Atividade física: Sim( ) Não( ) Não sabe( ) – Tipo/frequência/duração: _____	
<b>Autorealização / Autoestima / Autoimagem</b>	
Angústia: Sim( ) Não( ) - Medo: Sim( ) Não( ) - Ansiedade: Sim( ) Não( ) - Depressão: Sim( ) Não( )	
Motivações: Sim( ) Não( )	
Auto-percepção: Sim( ) Não( )	
Expectativas: Sim( ) Não( )	
<b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>Religiosidade / Espiritualidade</b>	
Religião: _____ Outras crenças: _____	
<b>OUTRAS ANOTAÇÕES</b>	

APÊNDICE D – Prescrição de enfermagem (pré-operatório imediato)

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - Serviço de Cirurgia Cardíaca  
 Coordenação de Enfermagem  
 Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

**PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO (Cirurgia Cardíaca)**

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Prescrição de Enfermagem	Horários
Risco de Aspiração	Ausência de broncoaspiração	CONFIRMAR cumprimento do jejum programado para cirurgia	
Ansiedade (NPE)	Ausência de Ansiedade	AVALIAR estado de ansiedade, condições emocionais/psicológicas. ADMINISTRAR medicação para ansiedade (se prescrito) OFERECER apoio psicológico e informações necessárias ACOMPANHAR o paciente até a sua admissão no CC	
Risco de Infecção (NPB)	Ausência de da Infecção	MANTER técnicas assépticas na realização dos procedimentos ATENTAR para presença de alergias AFERIR SSVV 30 min. antes da cirurgia REALIZAR tricotomia da área cirúrgica 1 hora antes da cirurgia ORIENTAR esvazimento vesical 30 min antes da cirurgia RETIRAR próteses, adornos e peças íntimas, identificando-as	
<b>CHECK-LIST PRE-OPERATORIO</b>	CONFIRMAR organização do prontuário	<input type="checkbox"/>	
	CHECAR existência de resultados de exames laboratoriais prévios	<input type="checkbox"/>	
	CHECAR presença de resultados de exames por imagem	<input type="checkbox"/>	
	CONFIRMAR preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento	<input type="checkbox"/>	
	CONFIRMAR/PROVIDENCIAR hemocomponentes necessários	<input type="checkbox"/>	
	PROCEDER/REALIZAR inspeção física geral do cliente	<input type="checkbox"/>	
	FORNECER roupa específica para transferência ao CC	<input type="checkbox"/>	
	POSICIONAR o paciente para transferência para o CC	<input type="checkbox"/>	
<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:</b>			

\_\_\_\_\_  
 Enfermeiro / COREN

\*LEGENDA: NPB (Necessidades Psicobiológicas); NPS (Necessidades Psicossociais); NPE (Necessidades Psicoespirituais).

## APÊNDICE E – Prescrição de enfermagem (pós-operatório imediato)

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - Serviço de Cirurgia Cardíaca  
 Coordenação de Enfermagem  
 Sistematização da Assistência de Enfermagem

### PÓSOPERATÓRIO IMEDIATO (Cirurgia Cardíaca)

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Pront...: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Prescrição de Enfermagem	Horários
<b>Integridade da Pele Prejudicada</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Caracterização das lesões</b>	INSPECIONAR curativos e locais de punção RENOVAR bandagens e curativos (quando necessário) AVALIAR presença de sangramentos ou deslocamentos acidentais	
<b>Risco de Integridade da Pele</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Pele íntegra</b>	PROCEDER correta transferência e posicionamento no leito GARANTIR pele limpa, seca e hidratada, lençóis, secos e esticados MANTER posicionamento no leito – conforme indicado AVALIAR circulação dos MMII (pulsos) AVALIAR risco de lesão da pele utilizando a Escala de BRADEN	
<b>Débito Cardíaco Diminuído</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Regulação hemodinâmica</b>	MONITORAR/REGISTRAR SSVV, conforme protocolo AVALIAR perfusão periférica (Tempo de Enchimento Capilar - <2 seg.) AVALIAR condições da pele (cor, temperatura, umidade) AVALIAR qualidade do pulso (intensidade, frequência e regularidade) INSTALAR/MONITORAR parâmetros do Vigileo ou Swan-Ganz CONTROLAR/AJUSTAR o vazão das drogas vasoativas MANTER o corpo aquecido	
<b>Padrão Respiratório Ineficaz</b> ( ) <b>Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Controle Respiratório</b> <b>Permeabilidade das Vias aéreas</b>	CHECAR posicionamento do TOT, pressão no <i>cuffe</i> fixação externa INSTALAR/SUPERVISIONAR funcionamento do ventilador MANTER umidificador do Ventilador Mecânico ligados (ESVAZIAR água condensada das traquéias periodicamente) REALIZAR ausculta pulmonar e AVALIAR padrão respiratório ASPIRAR secreções (quando necessário), REGISTRAR aspecto da secreção AVALIAR gasometria arterial e RX de tórax MANTER controle das drogas sedativas e analgésicas em BIC conforme quadro clínico do paciente	
<b>Risco de Infecção</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Ausência de infecção</b>	HIGIENIZAR as mãos antes e após os cuidados realizados MANTER técnica asséptica no manuseio das linhas endovenosas MONITORAR permeabilidade de acessos venosos e arteriais REALIZAR desinfecção (álcool a 70%) das extremidades distais (linhas endovenosas) antes das infusões INSPECIONAR áreas de inserção de cateteres venosos periféricos e centrais	
<b>Risco de Aspiração</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Ausência de broncoaspiração</b>	MANTER cabeça do leito elevada a 30° MONITORAR nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de náuseas e presença de vômitos ASPIRAR a cavidade oral, conforme a necessidade MONITORAR pressão do <i>cuffe</i> ou balonete, mantendo pressão adequada	

<b>Dor Aguda</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Ausência de dor</b> <b>Controlada dor</b>	REALIZAR avaliação da dor UTILIZAR terapias não farmacológicas para controle da dor ADMINISTRAR medicamento para alívio da dor conforme indicação médica AVALIAR eficácia do medicamento para alívio da dor	
<b>Volume de Líquidos Deficiente</b> ( ) <b>Volume de Líquidos Excessivo</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Controle de líquidos e eletrólitos</b>	REGISTRAR presença de vômitos e diarreia (frequência e características) INSTALAR e VERIFICAR PVC/Vigileo MONITORAR PAI e MANTER permeabilidade do cateter arterial AVALIAR presença de edema	
<b>Confusão Aguda</b> ( ) <b>Risco de Quedas</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Orientação mental</b> <b>Ausência de quedas</b>	AVALIAR déficits cognitivos/físicos do paciente MANTER grades de proteção elevadas e rodas do leito travadas AVALIAR periodicamente necessidade de contenções mecânicas	
<b>Risco de Glicemia Instável</b> ( )	<b>Controle da glicemia</b>	REALIZAR Glicemia capilar MONITORAR/REGISTRAR Glicemia observando sinais de hipo e hiperglicemia	
<b>Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Controlada Perfusão Cerebral</b>	MANTER/AVALIAR monitorização cardíaca contínua VERIFICAR sinais vitais em intervalos menores (1/1h ou 2/2h) AVALIAR PA e oximetria de pulso MONITORAR PAM / PVC / PIC / PIA ADMINISTRAR fármacos vasoativos e antiarrítmicos prescritos	
<b>Mobilidade Física prejudicada</b> ( ) <b>Mobilidade no Leito prejudicada</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Manutenção do posicionamento correto</b>	AVALIAR nível de orientação e condições físicas para execução de movimentos passivos REALIZAR mudança de decúbito (quando possível) e MANTER alinhamento corporal EXAMINAR a pele, detectar áreas de eritema ou lesão causada pela pressão e atrito ADOTAR medidas para proteção dos membros e proeminências ósseas	
<b>Eliminação Urinária prejudicada</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Controle das eliminações urinárias</b>	AVALIAR distensão da bexiga REGISTRAR aspecto, quantidade e frequência das eliminações urinárias MANTER cuidados assépticos no manuseio da SVD INICIAR banho no leito (água tépida) após avaliação hemodinâmica, garantindo conforto e segurança ASSEGURAR fixação do TOT/TQT, sonda, cateteres venosos e drenos antes, durante e após o banho	
<b>Comunicação Prejudicada</b> ( ) <b>(NPF)</b>	<b>Comunicação eficiente</b>	USAR técnicas ou materiais para aumentar a compreensão IDENTIFICAR barreiras à comunicação OLHAR diretamente para a pessoa e FALAR de forma lenta e clara	

**ANEXOS**

## ANEXO A – Carta de anuência

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM**  
**ENFERMAGEM E SAÚDE**

Prezado Pr. Isac Coelho da Silva

Solicito autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES CARDÍACOS CIRÚRGICOS: UM ESTUDO CONVERGENTE ASSISTENCIAL** a qual envolve aplicação de entrevistas individuais e formação de grupos focais com os enfermeiros da instituição. Será avaliado como os enfermeiros do serviço organizam o cuidado de enfermagem dirigido aos pacientes cardíacos cirúrgico; elencados os fatores intervenientes e benefícios para a implementação de modelo sistematizado de cuidar, baseado em teoria de enfermagem para esta clientela, a partir da compreensão de enfermeiros do serviço; implementado processo de capacitação dos enfermeiros em PE, SAE e uso de teoria da NHB, raciocínio diagnóstico e classificação para as práticas de enfermagem; e construídos modelos de levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem e resultados. Esse estudo é essencial para Instituição, através da elaboração de um modelo sistematizado para melhoria no processo organizacional do trabalho assistencial de enfermagem, ao Paciente, por meio do cuidado organizado, facilitando raciocínio clínico para a identificação das suas necessidades, o planejamento e avaliação de intervenções específicas e à Enfermagem, pois possibilita uma estratégia de prestação de cuidados baseada em um método sistemático.

Os participantes serão convidados por meio de convite impresso e cronograma previamente organizado e estruturado pelo pesquisador, com auxílio e participação da Coordenação de Enfermagem da instituição. Somente participarão dos encontros, os indivíduos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados da pesquisa será iniciada no 1º semestre de 2016, sendo conduzida pelo pesquisador responsável e seus discentes do Curso de Enfermagem.


Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Direção, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, 11 de março de 2016.

  
Alexandre Araújo Freitas

Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (aluno)



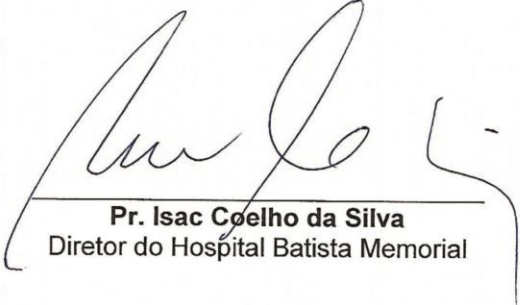


### Termo de Anuência

Eu, Pr. Isac Coelho da Silva, Diretor do **Hospital Batista Memorial** autorizo a realização da pesquisa "**SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES CARDÍACOS CIRÚRGICOS: UM ESTUDO CONVERGENTE ASSISTENCIAL**" a ser realizada por Alexandre Araújo Freitas, aluno do programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (mestrado), a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

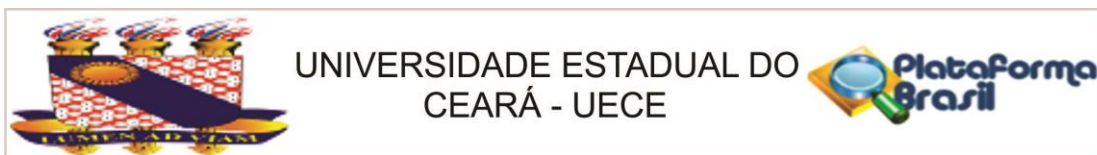
Autorizo o pesquisador a utilizar o espaço do **Hospital Batista Memorial**, para a realização de entrevistas individuais e grupos focais. Afirmando que não haverá qualquer implicação negativa aos profissionais que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Fortaleza, 11 de março de 2016.



**Pr. Isac Coelho da Silva**  
Diretor do Hospital Batista Memorial

## ANEXO B – Parecer do comitê de ética e pesquisa (CEP)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** Cuidados de enfermagem a pacientes cardíacos cirúrgicos**Pesquisador:** ALEXANDRE ARAÚJO FREITAS**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 56054616.2.0000.5534**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.815.249**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), o cenário do estudo investigado será uma instituição filantrópica de atenção terciária, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Fortaleza-CE, a pesquisa ocorrerá no período entre maio a agosto de 2016. Os participantes do estudo serão enfermeiros que atuam no cuidado direto aos pacientes no pré, trans e pós-operatório de cirurgia cardíaca

**Objetivo da Pesquisa:**

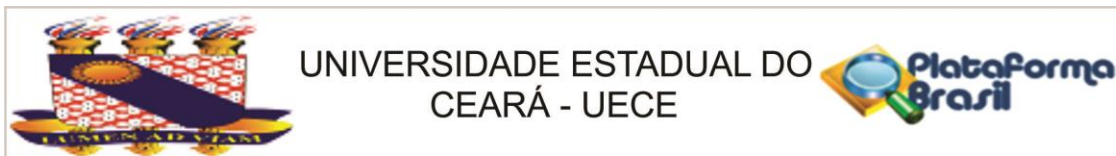
Objetivo Primário:

Descrever processo de construção coletiva de modelo de SAE para pacientes cardíacos cirúrgicos em hospital público de Fortaleza, CE, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta.

Objetivo Secundário:

1. Avaliar como os enfermeiros do serviço organizam o cuidado de enfermagem dirigido aos pacientes cardíacos cirúrgico; 2. Conhecer os fatores intervenientes e benefícios para a implementação de modelo sistematizado de cuidar, baseado em teoria de enfermagem para esta clientela, a partir da compreensão de enfermeiros do serviço; 3. Implementar processo de capacitação dos enfermeiros em PE, SAE e uso de teoria da NHB,

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700**Bairro:** Itaperi**CEP:** 60.714-903**UF:** CE**Município:** FORTALEZA**Telefone:** (85)3101-9890**Fax:** (85)3101-9906**E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.815.249

raciocínio diagnóstico e classificação para as práticas de enfermagem;4. Construir modelos de levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem e resultados

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o autor os riscos do estudo serão mínimos e se ocorrerem, o pesquisador estará atento para minimizá-lo ou resolvê-lo.

Quanto aos benefícios, o autor acredita que o estudo contribuirá para que a Enfermagem possa planejar, organizar e executar cuidados profissionais através da utilização de uma base teórica, ao mesmo tempo, utilizando uma estrutura sistematizada e com respaldo científico, possibilitando assim, melhorias na assistência oferecida ao

paciente cardiopata cirúrgico, bem como, bem-estar e redução de riscos e complicações

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, pois o estudo contribuirá para que a Enfermagem possa planejar, organizar e executar cuidados profissionais através da utilização de uma base teórica

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a Resolução 466/2012.

**Recomendações:**

NO TCLE deixar claro os riscos e benefícios da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_677689.pdf	23/09/2016 10:51:49		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	23/09/2016 10:51:04	ALEXANDRE ARAÚJO FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	18/07/2016 18:36:48	ALEXANDRE ARAÚJO FREITAS	Aceito

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.815.249

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.doc	26/04/2016 21:55:22	ALEXANDRE ARAÚJO FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/04/2016 21:52:47	ALEXANDRE ARAÚJO FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	26/04/2016 21:50:27	ALEXANDRE ARAÚJO FREITAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 10 de Novembro de 2016

---

**Assinado por:**

**Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br