

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

ALBERTISA RODRIGUES ALVES

**O SIGNIFICADO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA
ENFERMEIROS: uma abordagem interacionista**

**FORTALEZA – CEARÁ
2007**

Albertisa Rodrigues Alves

**O SIGNIFICADO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA ENFERMEIROS:
uma abordagem interacionista**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes

Fortaleza – Ceará
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

A474s Alves, Albertisa Rodrigues

O significado do processo de enfermagem para enfermeiros: uma abordagem interacionista / Albertisa Rodrigues Alves. — Fortaleza, 2007.

94 f. il.; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes.
Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

Área de concentração: Enfermagem.

1. Avaliação de processos. 2. Cuidado em Saúde. 3. Relações interpessoais. I. LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas. II. Título.

CDD: 610.30

Universidade Estadual do Ceará

Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde

Título do Trabalho: O SIGNIFICADO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA
ENFERMEIROS: uma abordagem interacionista

Autora: Albertisa Rodrigues Alves.

Aprovada: 26/02/2007

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes
Universidade Estadual do Ceará
Presidente

Prof^a. Dr^a. Raimunda Magalhães da Silva
Universidade de Fortaleza

Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a. Dr^a. Maria Veraci Oliveira Queiroz
Universidade Estadual do Ceará
Suplente

A quem ofereço:

Ao meu adorado DEUS, que de graças e bênçãos alimenta minha vida e sustenta
meu espírito.

Em memória de meu querido pai, que com certeza nunca me deixou, tudo que sou
devo aos seus ensinamentos.

À minha mãe, minha razão de ser, minha força e exemplo de dignidade, luta,
coragem e fé.

A toda a minha família, amo vocês.

Aos meus afilhados Nicholas e Pedro, todo meu amor.

A QUEM AGRADEÇO

À Professora Maria Salete Bessa Jorge pelo apoio e solidariedade, sempre disposta em contribuir na realização deste estudo.

À Professora Raimunda Magalhães da Silva pela disponibilidade em colaborar com sua experiência e ensinamentos.

À Professora e companheira de trabalho, Maria Veraci Oliveira Queiroz, que sempre me incentivou nessa caminhada difícil, mas extremamente prazerosa.

À admirada e batalhadora Professora Eucléa Gomes do Vale, como te agradeço o mais abençoado Feliz Natal que recebi com seu telefonema no dia 19 de dezembro de 2004.

À minha querida Ângela Andrade, pessoa de grande beleza, que sempre ouviu com sabedoria as confidências da minha alma muitas vezes sofrida, mas sempre plena de esperança por dias melhores.

À minha amiga Jaqueline, agradeço a Deus por sua vida, você sempre acreditou em mim e esteve comigo em todos os momentos da minha trajetória pessoal e profissional. Com sua sensibilidade e sabedoria, ajudou-me a superar dificuldades e encontrar novos caminhos.

À Ana Célia, nossa amizade parece nova, mas Deus já havia traçado nossa história, muito obrigada, sua força e perseverança nos momentos difíceis foram valiosos para mim.

À Geusa, agradeço a compreensão por não ter compartilhado, nos últimos anos, das lutas sindicais em prol da valorização e dignidade da saúde para todos, usuários e cuidadores.

À Ladjane, a irmã de coração que Deus me gratifica todos os dias, pela amizade e constante disponibilidade em ajudar em tudo que se faz necessário.

Aos companheiros de trabalho, Claudinha, Aparecida, Alba, Aurilene, Verinha, Márcia Cruz, Joana, Edméa, Alda, César Mourão e Girlene agradeço a paciência e compreensão, vocês tornam meu dia-a-dia alegre e animador.

Às enfermeiras que participaram do estudo, colaborando com suas idéias, compartilhando seus cotidianos, expressando sentimentos profundos e sinceros, e acima de tudo, porque acreditaram nesta pesquisa para engrandecer nosso ser-fazer enfermagem, minha eterna gratidão.

À Rafaela, dedicada e com muita prontidão em tudo que faz, secretária do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) – Área de Concentração: Enfermagem – UECE.

Às Professoras que fazem do CMACCLIS um local de crescimento pessoal e profissional, com ensinamentos éticos, humanitários e solidários.

Às companheiras de sala de aula, sinto muitas saudades do nosso convívio: Edna com sua paciência e objetividade; Adriana, com sua acolhida, afetuosidade e beleza; Mazé, ousada e corajosa; Islane, delicada e discreta; Natália, sempre sorridente e gentil; Fátima, demonstrando força e disposição; Elidiana, traduzida em sinceridade e alegria e Lariza, cheia de jovialidade.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes, muito mais que orientadora, minha mestra com sabedoria incomum.

RESUMO

ALVES, A.R. **O significado do Processo de Enfermagem para enfermeiros**: uma abordagem interacionista. 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

Este estudo foi realizado com enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Fortaleza e teve como objetivo compreender o significado da prática do Processo de Enfermagem para o enfermeiro. Utilizamos como referencial teórico-metodológico o Interacionismo Simbólico. Investigamos sete enfermeiros dentre os 48 lotados nas UTI's 1, 2 e 3, que são destinadas a pacientes adultos do referido hospital. A coleta de dados foi realizada no período de 01 de maio a 30 de agosto de 2006, durante o expediente de trabalho dos enfermeiros por meio da observação participante e entrevista semi-estruturada. Inicialmente, realizamos observações participantes, ficando as entrevistas para a fase de maior interação com os enfermeiros. Os dados foram coletados, organizados e analisados concomitantemente e destes emergiram dois temas: O Cotidiano do Enfermeiro na UTI e A Interação Social na UTI. As temáticas: Descrevendo a prática do Processo de Enfermagem (Descrevendo a credibilidade e Expressando as dificuldades relacionadas à operacionalização das etapas do Processo de Enfermagem) e Percebendo a equipe de enfermagem; Percebendo o Processo de Enfermagem mediante os demais profissionais; Percebendo-se cuidadora (Construindo significados e Repensando o Processo de Enfermagem) emergiram durante a busca de significados, opiniões e atitudes que os enfermeiros demonstraram acerca da prática do Processo de Enfermagem. A compreensão da experiência dos enfermeiros possibilitou reconhecer que as vivências são contraditórias em relação ao processo e os significados são manifestados e expressos através da auto-interação e interação com outras pessoas. O modelo teórico construído mostra que a vivência do enfermeiro é permeada de sentimentos negativos e positivos em relação ao Processo de Enfermagem.

Palavras-chave: Avaliação de Processos, Cuidados de Saúde, Relações Interpessoais.

ABSTRACT

ALVES, A.R. **The meaning of the Process of Nursing for Nurses:** a interactive boarding. 2007. 94 pages. Dissertation (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

This study was carried through with nurses of Unit of Intensive Therapy of a public hospital of Fortaleza and had as objective to understand the meaning of the practice of the Process of Nursing for the Nurses. We use as theoretician and metodologic reference the Symbolic Interactionism. We investigate seven nurses amongst the 48 who worked in ICU's 1, 2 and 3, destined for adult patients of the related hospital. The collection of data was carried through in the period of May 1st and August 30th of 2006, during the expedient of work of the nurses by means of the participant comment and half-structuralized interview. Initially, we carry through participant comments, being the interviews for the phase of bigger interaction with the nurses. The data had been collected, organized and analyzed and of these two subjects had concomitantly emerged: Daily of the Nurse in the ICU and the Social Interaction in the ICU. The thematic: Describing the practice of the Process of Nursing (Describing the credibility and Expressing the difficulties related to the operation of the stages of the Process of Nursing) and Perceiving the nursing team; Perceiving the Process of Nursing by means of the other professional; Perceiving themselves as carers (Constructing meanings and Rethinking the Process of Nursing) emerged during the search of meanings, opinions and attitudes that the nurses had demonstrated concerning to the practice of the Process of Nursing. The comprehension of the experience of the nurses made possible to recognize that the experiences are contradictory in relation to the process and the meanings are revealed and expressed through the self-interaction and interaction with other people. The theoretical model constructed shows that the experience of the nurses are permeated of negative and positive feelings in relation to the Process of Nursing.

Word-key: Process Assessment, Health Care, Interpersonal Relations.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 EXPERIÊNCIA E OBJETO.....	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA.....	25
2.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	25
2.2 O CAMINHAR METODOLÓGICO.....	35
2.2.1 O contexto da pesquisa.....	36
2.2.2 Enfermeiros participantes.....	39
2.2.3 Estratégias desenvolvidas para a obtenção dos dados.....	40
2.2.4 A fase de organização dos dados para análise.....	44
2.2.5 Aspectos ético-legais.....	45
3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
3.1 O SIGNIFICADO DO COTIDIANO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO DE UTI..	47
3.1.1 Descrevendo a prática do Processo de Enfermagem	55
3.1.1.1 Descrevendo a credibilidade.....	58
3.1.1.2 Expressando as dificuldades relacionadas à operacionalização das etapas do Processo de Enfermagem.....	58
3.2 A INTERAÇÃO SOCIAL NA UTI.....	65
3.2.1 Percebendo a equipe de enfermagem.....	66
3.2.2 Percebendo o Processo de Enfermagem mediante os demais profissionais.....	68
3.2.3 Percebendo-se cuidadora.....	71
3.2.3.1 Construindo significados.....	71
3.2.3.2 Repensando o Processo de Enfermagem.....	74
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
5 REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICES.....	84
APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	85
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	86
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87
ANEXOS.....	88
ANEXO A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.....	89
ANEXO B – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	93
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE.....	94

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1:	Temas e Temáticas Construídas do Significado do Processo de Enfermagem para Enfermeiros: uma abordagem interacionista. Fortaleza-CE, 2007.....	47
Diagrama 2:	Configuração das ações, sentimentos e significados atribuídos pelo enfermeiro na UTI ao trabalhar com o Processo de Enfermagem. Fortaleza-CE, 2007.....	78

1 INTRODUÇÃO

Atualmente estamos vivendo tempos de transição de norteadores do sentir, pensar e agir humanos, onde a distinção dicotômica entre Ciências Naturais e Humanas começa a deixar de ter sentido e utilidade, e a supremacia do conhecimento fragmentado não é suficiente para compreender a totalidade dos fenômenos da natureza (CAPRA, 1982; SILVA; CIAMPONE, 2003).

Para assistir/cuidar do ser humano de forma integral e holística, foi elaborado um processo de trabalho que direcionasse essa assistência, denominado de Processo de Enfermagem. O holismo é o ponto de vista contrário à abordagem cartesiana ou reducionista de Descartes e estuda o todo sem dividi-lo em partes, ou seja, examina-o de modo sistêmico, em sua totalidade (SILVA; CIAMPONE, 2003).

Assim faz-se necessário situar a Enfermagem neste processo de evolução das ciências, historicamente determinada com as práticas de Florence, no séc. XIX, quando ocorreu a sua institucionalização como profissão. O hospital não sendo mais um ambiente propício para cura das almas, pois assim o era pelo domínio da Igreja Medieval, passava na modernidade, com a ascensão do capitalismo, a ser ambiente adequado para a cura dos corpos doentes, sendo imprescindível ao sistema capitalista para a produção e reprodução do capital manter a força trabalhadora saudável e apta ao trabalho (KIRCHHOF, 2003).

Durante a guerra da Criméia (1854-1856), Florence Nightingale foi pioneira na organização das práticas de enfermagem, sendo as técnicas a primeira expressão do saber da enfermagem, que perduraram até início do séc. XX. Com o desenvolvimento de suas práticas, a enfermagem evoluiu para o saber expresso pelos princípios científicos, mas ainda eram dependentes da prática médica. Foi a partir da década de 50 do séc. XX que a enfermagem iniciou a construção de um corpo de conhecimentos próprios, cuja expressão pode ser denominada como teorias (ALMEIDA; ROCHA, 1986; KIRCHHOF, 2003).

Assim como as técnicas foram a primeira expressão do saber da enfermagem, os estudos de casos foram a primeira forma de expressão da

organização e sistematização das práticas de enfermagem. Os estudos de casos, precursores dos planos de cuidados, tiveram origem nos Estados Unidos na década de 20, sendo o primeiro estudo de caso publicado no Brasil, em 1934 por Zaíra Cintra Vidal. Tanto os estudos de casos como os planos de cuidados eram realizados de acordo com os diagnósticos médicos (GARCIA; NÓBREGA, 2000; ROSSI; CASAGRANDE, 2001a).

De acordo com Kozier, Erb e Olivieri (1991), até o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, as enfermeiras guiavam suas ações baseadas em ordens e condutas médicas focadas na doença, não centradas nas necessidades da pessoa. E as práticas de enfermagem realizadas independente dos diagnósticos médicos eram guiadas pela intuição e experiência, sem fundamentação no método científico.

A expressão Processo de Enfermagem é relativamente nova, foi utilizada pela primeira vez por Lúcia Hall em 1955, nos Estados Unidos. Desde então, várias enfermeiras e instituições de enfermagem têm utilizado o Processo de Enfermagem de diferentes maneiras: Kreuter, 1957; Johnson, 1959; Orlando, 1961; Wiedenbach, 1963 e 1970; Henderson, Heidgerken e McCain, 1965; Knowles, *Western Intertate Commission on Higher Educacion* (WICHE) e *Catholic University of America*, 1967; Orem, 1971; *American Nurses' Association* (ANA), 1973; Bloch, 1974; Gebbie e Lavin, 1975; Roy, 1976 (KOZIER; ERB; OLIVIERI, 1991).

Wiedenbach, 1963, descreve o processo em três etapas: observação, ministração do cuidado e avaliação. Knowles, 1967, sugere cinco passos denominados: investigação, pesquisa, decisão, implementação e discriminação. Em 1967, WICHE identifica o Processo de Enfermagem em cinco etapas: percepção, comunicação, interpretação, intervenção e avaliação. Em 1973, o uso do Processo de Enfermagem ganhou legitimidade na prática clínica com a publicação de "*Standards of Nursing Practice*" pela *American Nurses' Association* (ANA), descrevendo o Processo de Enfermagem constituído por cinco passos: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (KOZIER; ERB; OLIVIERI, 1991).

Nos Estados Unidos e na Inglaterra, na década de 70, os enfermeiros buscavam autonomia profissional pela construção de um corpo de conhecimentos próprios, desenvolvendo teorias de enfermagem, sendo o Processo de Enfermagem

empregado como marco teórico para a prática de enfermagem, constituindo-se numa metodologia institucionalizada que guiava as ações da enfermagem na prática e no ensino (ROSSI; CASAGRANDE, 2001a).

E no Brasil, naquela mesma década, surgiam os estudos de casos e os planos de cuidados para implementação da assistência de enfermagem, cabendo a Wanda de Aguiar Horta (1979), desenvolver sua teoria fundamentada na Teoria da Motivação Humana de Maslow (1970) e na Classificação das Necessidades Básicas de Mohana (1964), cuja obra contribuiu para a fundamentação de um ensino baseado em conceitos científicos e filosóficos, e no desenvolvimento de uma metodologia de trabalho para a enfermagem no exercício de sua prática, o Processo de Enfermagem (GUALDA, 2001; MELLEIRO et al., 2001; ROSSI; CASAGRANDE, 2001a).

Segundo Horta (1979, p. 35), o Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, constituído por seis fases ou passos dinâmicos e inter-relacionados (histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico).

Kozier, Erb e Olivieri (1991), afirmam ser o Processo de Enfermagem sistemático, pois se constitui de um método racional de planejamento e implementação do cuidado de enfermagem. Ele guia a identificação das necessidades/problemas de saúde do cliente (indivíduo, família ou comunidade) reais e potenciais e favorece o estabelecimento das intervenções de acordo com as necessidades encontradas, determinadas pelo cliente e enfermeira. O Processo de Enfermagem é cíclico e dinâmico, isto é, os seus passos/etapas seguem uma seqüência lógica que permite o ir e vir entre si a qualquer momento.

Para Doenges e Moorhouse (1992), o Processo de Enfermagem baseia-se no método de resolução de problemas, de modo que as necessidades do doente (indivíduo, família e comunidade) possam ser satisfeitas de maneira global e eficaz. É constituído por cinco passos inter-relacionados (avaliação inicial, identificação dos problemas, planejamento, implementação e avaliação final).

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), o Processo de Enfermagem está organizado em cinco fases inter-relacionadas e interdependentes (histórico,

diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), cujo propósito principal é oferecer uma estrutura na qual as necessidades do cliente, da família e da comunidade possam ser atendidas, envolvendo uma relação interativa entre cliente e enfermeira, tendo como foco o cliente. É intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e fundamentado em conhecimentos teóricos de enfermagem e de outras disciplinas.

Rossi e Casagrande (2001a) enfatizam os passos: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, focalizando a individualização do cuidado através de uma abordagem de solução de problemas. Mencionam ainda que o processo é orientado por teorias ou modelos conceituais de enfermagem, e quanto maior o seu nível de abstração, maior a necessidade de interpretação para sua operacionalização.

Na assistência de enfermagem, ou seja, no processo de cuidar, os modelos teóricos muito têm contribuído quando utilizados como referencial para a sistematização da assistência. As teorias norteiam e fundamentam a prática clínica de enfermagem, dirigindo a observação, a coleta de informações, as intervenções e os resultados. A sistematização dos cuidados, com base em modelos teóricos, proporciona meios para organizar os dados dos clientes, para analisar, interpretar e avaliar os resultados do processo de cuidar (SOUZA, 2001; SENA et al., 2001; IVO; CARVALHO, 2003; MENDES; BASTOS, 2003).

No Brasil, muitos enfermeiros identificam o Processo de Enfermagem baseado em Horta, pela facilidade que encontram em aplicá-lo na prática hospitalar, embora a própria autora desta teoria considere que é necessário ainda mais refinamento e aprofundamento desta metodologia (WALDOW, 2001). E complementa, o processo de cuidar não é análogo ao Processo de Enfermagem, como às vezes é interpretado, e considera que o processo de cuidar é um momento de interação e crescimento entre quem cuida e quem é cuidado, enquanto que o Processo de Enfermagem é pautado em ações pontuais e unidirecionais, onde os cuidados são prescritos a partir do julgamento clínico da enfermeira, sem a participação do paciente.

No entanto, Horta (1979) reconhece que toda ciência adota seu ente concreto, sendo capaz de descrevê-lo, explicá-lo e predizê-lo, pois o ser humano é

inobjetivável. E sendo a ciência uma representação da realidade em foco, determina seu ente próprio que é o ser humano, cujo objeto da enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, sendo estas os entes da enfermagem. Na ciência enfermagem, o ente concreto compreende o estudo das necessidades humanas básicas.

Ainda de acordo com a autora, a enfermagem se constitui numa ciência porque os fenômenos que estuda são reais e passíveis de experimentação; as teorias já desenvolvidas exprimem relações necessárias entre os fatos e atos; suas conclusões estão dentro da certeza probabilística que explica não só as ciências hermenêuticas, como as empírico-formais e até a física, considerada formal ou positiva.

Explica, ainda, que a ciência da enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento, e na assistência a ser prestada ao ser humano, de modo que a enfermagem: respeita e mantém a unicidade, a autenticidade e a individualidade do ser; presta assistência ao ser humano e não à doença; todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; reconhece o ser humano como integrante de uma família e de uma comunidade; e o ser humano é considerado participante ativo no seu autocuidado.

Neste sentido, visualizamos os avanços da enfermagem como ciência especialmente nos anos 70, com o surgimento das Teorias de Enfermagem e aplicação em alguns contextos de trabalho da enfermagem, iniciativas voltadas para a prática hospitalar. Nesta época, a ampliação e fortalecimento de conhecimentos e práticas de enfermagem estavam em pleno desenvolvimento na área hospitalar, até hoje existentes.

1.1 EXPERIÊNCIA E OBJETO

Durante a minha vivência profissional, como enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tenho acompanhado o desenvolvimento tecnológico desta área no aprimoramento da atuação da equipe de enfermagem com tecnologias diversificadas em prol de uma assistência eficiente e humanizada.

Dentre as tecnologias da enfermagem, destaca-se o Processo de Enfermagem, que como metodologia de trabalho oferece diretrizes para o desenvolvimento da assistência de enfermagem com base no método científico, cujo propósito é identificar as necessidades humanas do cliente e implementar a adequada terapêutica de enfermagem (CROSSETTI et al., 2002; DALRI; CARVALHO, 2002; SIVIERO; TOLEDO; FRANCO, 2002). Além disso, este constitui método que possibilita o desenvolvimento e aplicabilidade das teorias de enfermagem na prática profissional junto a pacientes/clientes bem como junto a trabalhadores de enfermagem (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; ROSSI; CASAGRANDE, 2001a; NÓBREGA; BARROS, 2001; MOREIRA; FERREIRA; CHIANCA, 2004).

Nessa perspectiva, entendemos a importância da enfermagem planejada que supera atitudes puramente empíricas e avança para a cientificidade e, concomitantemente, para a melhoria da qualidade da assistência. No entanto, observamos na prática, dificuldades na aplicação do Processo de Enfermagem e até mesmo a não aplicabilidade do mesmo, uma vez que as ações ficam centradas apenas no senso comum, não havendo planejamento, e, por conseguinte, ficando difícil o raciocínio lógico em harmonia com a fundamentação científica no desenvolvimento de ações que possam ser estudadas, discutidas e comprovadas na ciência da enfermagem. Isso é um dos aspectos que vem impossibilitando o crescimento da cientificidade da enfermagem.

Atualmente, o Processo de Enfermagem é denominado de sistematização da assistência de enfermagem, metodologia da assistência de enfermagem ou processo de cuidar (CARRARO; KLETEMBERG; GONÇALVES, 2003; DELL'ACQUA; MIYADAHIRA, 2000) e constitui-se de cinco etapas inter-relacionadas (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) de forma sistemática e dinâmica para promover o cuidado humanizado, dirigido e orientado a resultados, acrescentando ainda seu baixo custo (PICCOLI; GALVÃO, 2001; SENA et al., 2001; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Embora os autores Horta (1979), Kozier, Erb e Olivieri (1991), Doenges e Moorhouse (1992), Iyer, Taptiche e Bernocchi-Losey (1993), Piccoli e Galvão (2001), Rossi e Casagrande (2001a) e Alfaro-Lefevre (2005) apresentem variações de

conceitos e na denominação dos passos/fases/etapas, podemos identificar que todos seguem os Padrões da Prática de Enfermagem (*Standards of Nursing Practice*) da Associação Americana de Enfermagem (ANA) assim descritos por Doenges e Moorhouse (1992, p. 6):

- I) A escolha de dados sobre o estado de saúde do cliente/doente é sistemática e contínua. Os dados são acessíveis, comunicados e registrados.
- II) Os diagnósticos de enfermagem derivam dos dados sobre o estado de saúde do cliente/doente.
- III) O plano de cuidados de enfermagem inclui objetivos derivados dos diagnósticos de enfermagem.
- IV) O plano de cuidados de enfermagem inclui as prioridades e as ações ou medidas de enfermagem prescritas para atingir os objetivos derivados dos diagnósticos de enfermagem.
- V) As ações de enfermagem promovem a participação do cliente/doente e a promoção, manutenção e a recuperação da saúde.
- VI) As ações de enfermagem ajudam o cliente/doente a maximizar as suas capacidades para ter saúde.
- VII) Os progressos do cliente/doente ou a falta de progressos no sentido de atingir os objetivos são determinados por ele próprio e pela enfermeira.
- VIII) Os progressos ou falta de progressos do cliente/doente no sentido de atingir os objetivos determinam a reavaliação, reformulação de prioridades, estabelecimento de novos objetivos e revisão do plano de cuidados de enfermagem.

A discussão científica apresenta-se a partir das etapas, indo de quatro, cinco a seis componentes/passos/etapas/fases. Com quatro passos (investigação, planejamento, implementação e avaliação), o diagnóstico está implícito na fase de investigação ou avaliação inicial. Constituído por cinco etapas (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), o diagnóstico surge como etapa do processo. Consistindo de seis etapas (histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico), a fase de planejamento é desmembrada em prescrição e evolução. Todavia, constituído por quatro, cinco ou seis etapas, ou seja, em qualquer modelo adotado na prática, permanece implícita e explicitamente a interação entre cliente e enfermeira como fator fundamental no desenvolvimento de todo processo (HORTA, 1979; KOZIER; ERB; OLIVIERI, 1991; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Na **investigação**, dar-se a coleta, a verificação e a organização dos dados sobre o estado de saúde do cliente, buscando identificar os problemas reais e potenciais, fatores de riscos e os pontos fortes. Os dados sobre os aspectos físico, emocional, comportamental, social, cultural, intelectual e espiritual do cliente são obtidos de uma variedade de fontes e são fundamentais para tomadas de decisões

nas fases subseqüentes. Na segunda fase, **diagnóstico**, os dados são analisados e identificados os problemas de saúde existentes, os problemas potenciais encontrados na presença dos fatores de riscos e os pontos fortes. O processo para estabelecimento dos diagnósticos é o julgamento clínico. A fase de **planejamento** envolve uma série de passos em que o cliente e a enfermeira definem: as prioridades, a descrição de metas, ou seja, os resultados esperados, determinação das intervenções e registro ou individualização dos cuidados. Na quarta fase, **implementação**, representa colocar em prática o plano de ação, investigando a situação atual e, se necessário, alterar o planejamento. Na etapa de **avaliação** são conhecidas as metas ou resultados alcançados e não alcançados e são tomadas decisões quanto às mudanças a serem feitas, instituindo medidas corretivas e revisão do plano (KOZIER; ERB; OLIVIERI, 1991; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O Processo de Enfermagem é vantajoso tanto para o paciente como para o profissional, pois permite a individualização do cuidado (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; ROSSI; CASAGRANDE, 2001b; CROSSETTI et al., 2002; MENDES; BASTOS, 2003; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

De acordo com Nietzsche (2000), idealizamos uma atenção ao ser humano de forma integral, mas, na prática, existe a supervalorização dos procedimentos técnicos, das regras e das rotinas. As tarefas a serem executadas não poderão ser deixadas para o próximo turno de trabalho, pois, muitas vezes, o atendimento individual de cada cliente é relegado em função do cumprimento das rotinas, mesmo que haja o planejamento da assistência. Procedimentos e técnicas são importantes, principalmente num ambiente como uma unidade de terapia intensiva, mas não são suficientes para atender as necessidades dos pacientes numa perspectiva integral e humanizada, nem tampouco promove a satisfação e realização dos profissionais cuidadores.

Nossa formação de Enfermagem como dos demais cursos da área da saúde sofreu influências positivistas do modelo tradicional de saúde e consiste em uma prática mecanizada, tecnicista, uma forma de trabalho com características rotineiras e fragmentadas, centralizada na concepção biomédica da doença, não tolerando a interferência de valores subjetivos, dividindo o todo em partes, estudando separadamente e de forma isolada cada parte, na expectativa de

resultados imediatos e objetivos das intervenções realizadas no processo da doença (SILVA; CIAMPONE, 2003).

Vale enfatizar que a física moderna transcendeu a visão cartesiana do mundo e está nos conduzindo para uma concepção holística e intrinsecamente dinâmica do universo. No entanto, a visão de mundo reducionista e os princípios da física newtoniana mantêm forte influência sobre o pensamento científico ocidental, em particular, o poder do dogma biomédico no ensino, na prática e nas pesquisas na área da saúde, ao reduzir a saúde a um fenômeno mecânico de causa e efeito, negligenciando aspectos psicológicos, sociais e ambientais no processo saúde/doença (CAPRA, 1982).

No desenvolvimento das teorias de enfermagem, o foco do cuidado de enfermagem é a pessoa, como um ser bio-psico-sócio-espiritual, muito além do modelo biomédico que centraliza sua ação na doença (SOUZA, 2001; GUSTAVO; LIMA, 2003). Entretanto, na prática clínica, nossas ações continuam fragmentadas, baseadas em sinais e sintomas da doença cuja resolução dos problemas permeia as respostas às demandas do serviço e nem sempre centradas na satisfação das necessidades da pessoa que está ali para receber o cuidado.

Observamos ainda que muitos enfermeiros priorizam atividades administrativas em detrimento de uma assistência baseada em conceitos científicos. Embora a autonomia do profissional perpassasse pela consolidação de conhecimentos próprios, a própria enfermagem ainda não se deu conta disso (THOFEHRN et al., 1999; ROSSI; CASAGRANDE, 2001b).

Rossi e Casagrande (2001a), Silva e Ciampone (2003) reiteram o pensamento de Waldow (2001), quando expressam que os objetivos e metas traçados no planejamento da assistência de enfermagem, ainda são unidirecionais no nosso dia-a-dia, pouco existindo a interação enfermeiro-paciente na construção conjunta desses objetivos. Embora as ações de caráter somativo e holístico, que integram aspectos bio-psico-sócio-espirituais sejam desenvolvidas, a visão predominante é a do profissional, sendo pouco considerada a vivência e valores do paciente e da família.

Portanto, entendemos que o Processo de Enfermagem tem esbarrado em

muitas dificuldades, prevalecendo na prática clínica um cuidado centralizado nas tarefas, resultando em um fazer automatizado e burocrático, cuja prioridade do serviço é o cumprimento de tarefas, em detrimento de um cuidado centrado nas necessidades do paciente. Além disso, o Processo de Enfermagem é uma estratégia e um instrumento de trabalho do enfermeiro, não significando um fim em si mesmo. Sem essa compreensão, o enfermeiro apenas cumprirá mais uma tarefa.

Há quase 20 anos temos desenvolvido o Processo de Enfermagem na prática assistencial desta UTI, a qual se fundamenta nas necessidades humanas básicas a partir da teoria da motivação humana de Maslow e na classificação de João Mohana contempladas na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

Inicialmente, para o Processo de Enfermagem foram desenvolvidas apenas as fases de prescrição e evolução de enfermagem, que constituem as fases 4 e 5 do Processo de Enfermagem de Horta (1979). Vale ressaltar que esta prática aconteceu também em outras instituições hospitalares, ao ser iniciada a sua implementação, embora o Processo de Enfermagem preconizado pela autora consista de 6 fases ou passos inter-relacionados: 1. Histórico de enfermagem; 2. Diagnóstico de enfermagem; 3. Plano assistencial; 4. Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem; 5. Evolução e 6. Prognóstico.

Como já foi explicitado anteriormente, com base em discussões de autores que versam sobre a temática, a dinâmica de desenvolvimento na aplicação deste, em práticas hospitalares, desenvolve as fases do Processo de Enfermagem não necessariamente com o seguimento passo a passo regido pelos autores das teorias. No caso da teoria de Horta, observamos a unificação de algumas das fases, talvez para melhor simplificar a operacionalização do Processo de Enfermagem, pois o importante é não perder de vista o foco de atenção da teoria, que consiste no atendimento das necessidades humanas básicas do paciente.

Na nossa prática de UTI, quanto às fases do histórico e diagnóstico de enfermagem, foi somente há três anos que passamos a desenvolvê-los. Antes eram utilizados os próprios impressos adotados pelo hospital para o planejamento da assistência, a implementação das intervenções e evolução de enfermagem, não

havendo instrumentos pré-definidos.

Portanto, há três anos, desenvolvemos o histórico de enfermagem, elaborado com base no modelo simplificado proposto por Horta (1979) (ANEXO A). E quanto à fase de diagnóstico, elaboramos impresso próprio segundo a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Estes diagnósticos foram levantados a partir de situações e problemas usualmente encontrados em pacientes internados na UTI investigada. Foram, ainda, apontadas, neste impresso, as intervenções de enfermagem de forma a facilitar o desenvolvimento da prática assistencial dos enfermeiros (ANEXO B).

Assim, entendemos que a opção pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas pelo grupo de enfermeiros da UTI justifica-se pela facilidade de aplicação na prática, talvez por ser uma teoria brasileira que tenha maior proximidade com a realidade presente, tornando-se clara e simples, além da divulgação e expansão desta no meio acadêmico e instituições hospitalares, principalmente nos hospitais de ensino.

Sendo esta proposta teórica constituída por uma visão holística e integral do ser humano, o que temos percebido é que, na prática, nossas ações continuam fragmentadas, baseadas em sinais e sintomas da doença cuja resolução dos problemas permeia as respostas às demandas do serviço e nem sempre centradas na satisfação do paciente, ainda que biológicas.

No cotidiano de uma unidade de terapia intensiva, existe claramente a valorização dos sinais e sintomas da doença para o planejamento diário da assistência. O Processo de Enfermagem é realizado em impresso específico e os cuidados são prescritos de acordo com o julgamento clínico do enfermeiro, com ênfase no aspecto biológico. A maioria dos pacientes internados estão em risco de vida iminente, instáveis hemodinamicamente, intubados/traqueostomizados, sob efeito contínuo de sedativos e analgésicos, sendo a interação entre enfermeira e paciente restrita ao cuidado do corpo doente, cujo objetivo principal é restaurar as funções biológicas normais.

Hoje observamos que há muito temos nos deparado com entraves relacionados ao cotidiano da enfermagem na UTI, seja no âmbito da assistência ou da gerência, cujas prioridades estão muito voltadas para rotinas e tarefas

hierarquizadas, o que tem impossibilitado a aplicação do conhecimento teórico de enfermagem na articulação com a prática, no cuidado direto.

Pois, no cotidiano, quando nos reunimos, observamos discussões a respeito de escalas, controle de custos, gasto de materiais e equipamentos, redução de pessoal, determinação de rotinas e técnicas, dentre outros assuntos que estão relacionados com a qualidade da assistência. Observamos poucas discussões sobre a maneira de melhorar a assistência de enfermagem, se o processo de trabalho no cuidado de enfermagem está sendo satisfatório para os enfermeiros, se este tem possibilitado a resolução dos problemas dos pacientes, e atendido suas prioridades. Para Siviero, Toledo e Franco (2002), a realidade hospitalar nos cobra responsabilidades que, na prática, são confiadas ao enfermeiro, e este, por sua vez, não conseguiu apropriar-se do verdadeiro ser profissional, que é cuidar com competência técnica e, sobretudo com sensibilidade e arte.

Na prática diária não refletimos sobre a essência do trabalho de enfermagem, o processo de cuidar. Muitas vezes, nosso trabalho torna-se disponível para encontrar meios para redução e controle de custos e gastos, pois para os dirigentes e gestores são mais importantes, considerando a grave crise financeira da saúde no Brasil. E, somando a esse contexto, percebemos que existe resistência e descrédito por parte de alguns enfermeiros na aplicação do Processo de Enfermagem, pois consideram uma atividade sem nenhum valor e importância para recuperação do paciente.

Observamos que na prática de alguns enfermeiros o Processo de Enfermagem tornou-se mais uma tarefa burocrática a ser cumprida e parecem não acreditar no que fazem. Por sua vez, alguns auxiliares de enfermagem não executam os cuidados, e quando os fazem, é de forma rotineira. Entendemos que tais ações influenciam negativamente nas relações entre os profissionais da equipe de saúde, visto que os próprios enfermeiros definem o Processo de Enfermagem como atividade adicionada ao fazer diário, tornando-se uma sobrecarga de trabalho.

O despertar para a temática surgiu já algum tempo enquanto enfermeira que desenvolve assistência de enfermagem na UTI desenvolvendo o Processo de Enfermagem a pacientes adultos. Com base nessas inquietações e nas proposições

colocadas sobre a enfermagem e o processo de cuidar, tenho as seguintes interrogações:

- O que significa para os enfermeiros desenvolver o Processo de Enfermagem no seu dia-a-dia na UTI?
- Como o enfermeiro age a partir dessa significação?
- Como ele se relaciona com os outros enfermeiros e profissionais em relação a essa prática no seu dia-a-dia na UTI?

Entendemos ser importante a avaliação permanente do Processo de Enfermagem na prática, de modo que possamos proporcionar aos pacientes os benefícios de uma teoria fundamentada nas necessidades humanas que vislumbrem todas as dimensões da vida. E, sobretudo, promover a interação entre enfermeiro e paciente numa perspectiva holística e integral, onde a matéria não seja mais importante que as emoções, mas que possam co-existir nesse processo de cuidar mais sensível e humanizado.

Reiteramos que a necessidade da fundamentação teórica do Processo de Enfermagem está diretamente ligada ao seu significado clínico e valor na prática cotidiana de enfermagem, pois, dessa forma, acreditamos na busca de alternativas que possibilitem a construção de conhecimentos e práticas de enfermagem que fortaleçam nossa profissão no âmbito social, bem como a participação ativa dos pacientes no processo de cuidado, favorecendo a resolução dos seus problemas (GUALDA, 2001; MELLEIRO et al., 2001; ROSSI; CASAGRANDE 2001a).

Torna-se necessário que o enfermeiro incorpore o Processo de Enfermagem como um instrumento para o desenvolvimento do seu processo de trabalho, ou seja, cuidar com método e com subjetividade, respeitando a individualidade do ser. Compreendendo o Processo de Enfermagem dentro de todo contexto histórico-social, não como instrumento isolado do trabalho, mas incorporado no cuidar do enfermeiro (MENDES; BASTOS, 2003).

Muitos estudos existem sobre o Processo de Enfermagem, Thofhern *et al.* (1999), Villalobos (1999), Matté, Thofhern e Muniz (2001), Barros, Fakihi e Michel,

(2002), Crossetti e Dias (2002), Crossetti *et al.* (2002), Évora e Dalri (2002), Monteiro, Nóbrega e Lima (2002), Siviero, Toledo e Franco (2002), Almeida, Lima e Souza (2003), Carraro, Kletemberg e Gonçalves (2003), Hermida (2004), Moreira, Ferreira e Chianca (2004) entre outros, mas poucos são os estudos que buscam a compreensão do significado dessa prática para os enfermeiros (ROSSI; CASAGRANDE, 2001b; MENDES; BASTOS, 2003; LIMA, 2004).

Desse modo, buscando compreender o que significa para os enfermeiros desenvolver o Processo de Enfermagem, como o enfermeiro age a partir dessa significação e como o enfermeiro se relaciona com as outras pessoas em relação a essa prática no cotidiano da terapia intensiva, é que pretendemos desenvolver um estudo tomando como referência o Interacionismo Simbólico. Identificamos essa teoria propícia com o objeto em estudo por ser o significado o conceito central de toda investigação, onde as proposições dessa teoria são a partir da interação das pessoas dentro da estrutura social, as ações humanas definindo e participando do mundo (CHARON, 1989). Portanto, acreditamos que são a partir das ações individuais que a ação coletiva é construída, e que os significados que temos em relação às coisas, é que constroem nossas crenças, valores e ações.

Assim sendo, pontuamos como objetivo para o presente estudo:

- Compreender o significado da prática do Processo de Enfermagem para enfermeiros em unidade de terapia intensiva.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

2.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Segundo Manford Kuhn, o Interacionismo Simbólico, cronologicamente, pode ser dividido em duas fases: tradição oral e idade da indagação. Na primeira fase, a da tradição oral, brotaram as primeiras idéias interacionistas oriundas da psicologia de William James, sendo os principais pensadores do Interacionismo Simbólico: Charles Cooley, John Dewey, I.A. Thomas e George Herbert Mead. Este período, foi também denominado meadino em função de Herbert Mead (1863-1931), por ter sido o grande gerador e principal instigador do movimento interacionista, considerado o pai do Interacionismo Simbólico, suas idéias foram transmitidas e sustentadas pela transmissão oral de suas aulas por seus alunos. A segunda fase, da indagação, deu-se a partir da publicação póstuma de *Mind, self and society*, considerada a bíblia do Interacionismo Simbólico por reunir suas idéias (LITTLEJOHN, 1982).

Mead ensinou filosofia na Universidade de Chicago de 1893 a 1931, ano de sua morte. Ele e outros interacionistas desenvolveram as mais importantes idéias da teoria do Interacionismo Simbólico. Concebia os seres humanos e a sociedade como inseparáveis e interdependentes, pois o comportamento da pessoa não podia ser estudado independentemente do contexto social (LITTLEJOHN, 1982; CHARON, 1989).

Mead era simultaneamente pragmático, psicólogo social e behaviorista. A filosofia do pragmatismo pode ser resumida em quatro idéias básicas: a) o ser humano interpreta todas as coisas, portanto, nós nunca vemos a realidade nua e crua; b) pessoas vêem o que querem ver e lembram do que querem lembrar; c) o significado que as coisas têm para nós depende das nossas experiências; d) nós interpretamos nossas ações de acordo com os outros (CHARON, 1989).

Pragmático, Mead não se deixava iludir pela conduta humana. Conjugou idéias da Biologia, Psicologia e Sociologia, a fim de estudar o homem como ser em

constante transformação, e tentou explicar o indivíduo e a sociedade em termos significativos e observáveis (LITTLEJOHN, 1982; CHARON, 1989).

A perspectiva que Mead adotou para o desenvolvimento de seus principais conceitos **sociedade-mente-eu** sofreu influência do trabalho e da teoria evolucionista de Charles Darwin, pois considerava os humanos animais, e sendo animais, conseqüentemente, eram seres sociais (CHARON, 1989).

Mead se considerava um psicólogo social, e como tal, acreditava que os conceitos de **mente** e **eu** eram produtos da interação social do homem. Demonstrou ser verdadeira a influência de fatores biológicos em sua teoria, pois o potencial biológico herdado de uma pessoa é considerado um antecedente para todo o processo de socialização humana que culmina na formação do eu e da mente (LITTLEJOHN, 1982; CHARON, 1989).

Um lado positivo do behaviorismo é que os homens puderam ser entendidos em termos dos seus comportamentos. Mas os behavioristas radicais, como James B. Watson, psicólogo que foi aluno de Mead, ignoravam os comportamentos que não podiam ser vistos e testados pela ciência. Mead era contrário a esse tipo de behaviorismo adotado por James B. Watson, que reduzia o comportamento humano aos mecanismos infra-humanos e a dimensão social era vista como simples influência externa sobre o homem. Ele ultrapassa a visão de Watson e afirma que o comportamento humano é qualitativamente diferente do comportamento subumano e que a conduta humana deve ser entendida e explicada em termos sociais. Outra manifestação do behaviorismo de Mead foi a sua convicção de que o mundo físico é sempre mediado pela experiência e que os objetos só se tornam objetos em virtude da percepção humana (LITTLEJOHN, 1982; CHARON, 1989).

Todos os quatro livros de Mead foram publicados após a sua morte, organizados por editores a partir de suas notas e apontamentos de aulas. A principal obra de Mead, *Mind, Self and Society*, um dos mais importantes e influentes livros na área da interação simbólica, representa uma coleção de aulas ministradas no curso de Psicologia Social na Universidade de Chicago. Foi considerado o arquiteto do Interacionismo Simbólico, mas não publicou uma obra completa e sistemática sobre sua teoria (LITTLEJOHN, 1982; HAGUETTE, 1992).

Devido Mead não ter publicado nenhuma obra em vida, as informações deixadas por ele e publicadas postumamente não foram totalmente claras e deram margem a interpretações divergentes, dando origem às escolas de Chicago e Iowa. A escola de Chicago, liderada por Herbert Blumer, deu continuidade à tradição humanista de Mead, abominando os estudos quantitativos sobre o comportamento humano, cujas principais metas são: empatizar com o sujeito a ser pesquisado, penetrar em seu domínio de experiência e tentar entender o valor ímpar da pessoa (LITTLEJOHN, 1982; CHARON, 1989; HAGUETTE, 1992).

Herbert Blumer foi o mais destacado discípulo de Mead, criador da expressão “Interacionismo Simbólico” em 1937. Foi responsável pela construção da metodologia do Interacionismo, e, em 1969, publicou *Symbolic Interactionism: perspective and method* (LITTLEJOHN, 1982; HAGUETTE, 1992).

Blumer destacou a importância da observação participante na pesquisa interacionista, que considera o homem como ser único, criador, inovador e imprevisível nas ações que desenvolve, de modo que o homem e a sociedade são considerados um processo dinâmico (LITTLEJOHN, 1982).

A escola de Iowa, liderada por Manford Kuhn, adotou uma abordagem mais científica, valorizando os estudos quantitativos em detrimento dos métodos utilizados por Blumer. Para a escola de Iowa, os conceitos interacionistas podem ser operacionalizados no estudo do comportamento humano, sendo muito mais fecundos. Kuhn desenvolveu uma das principais técnicas de mensuração usadas na pesquisa interacionista, conhecida como o Teste dos “20 Enunciados” de Auto-Atitude (LITTLEJOHN, 1982; HAGUETTE, 1992).

Os três conceitos cardeais de Mead: **Sociedade**, **Eu** e **Mente** são ênfases diferentes sobre o mesmo processo denominado por **ato social**, sendo este composto pela relação triádica entre gesto, resposta e interação:

Ato social é uma relação triádica que consiste num gesto inicial de um indivíduo, uma resposta a esse gesto por outro indivíduo (encoberta ou abertamente), e uma resultante do ato, a qual é percebida ou imaginada por ambas as partes na interação (LITTLEJOHN, 1982, p. 69).

Para Mead, o cérebro é necessário para a formação da mente, mas ele sozinho não faz a mente. É a sociedade-interação social que, usando o cérebro forma

a mente. Portanto, a formação do *self* e da mente tem fundamentação social, pois as pessoas evoluem e se transformam a partir da interação social com outras e consigo mesmas. De acordo com Mead, a sociedade precede a existência do *self*, ou seja, o *self* surge a partir da sociedade (HAGUETTE, 1992), sendo a **sociedade** ou **vida em grupo** um aglomerado de comportamentos cooperativos por parte dos membros da sociedade. A **cooperação** consiste em 'ler' as ações e intenções da outra pessoa e em responder de um modo apropriado, ou seja, a essência da comunicação interpessoal e essa noção de resposta mútua com o uso da linguagem faz do Interacionismo Simbólico uma teoria vital da comunicação (LITTLEJOHN, 1982).

Diferentemente, o comportamento animal é biologicamente determinado, enquanto que para o ser humano é necessário à reflexão mental, pois as pessoas atribuem significados aos seus gestos e refletem suas respostas, a comunicação entre animais dar-se por processos elementares, pois estes não atribuem um significado consciente aos seus gestos e não refletem suas respostas. As pessoas atribuem significados aos seus gestos e são capazes de refletir suas respostas e ações (LITTLEJOHN, 1982; HAGUETTE, 1992).

Aproximamo-nos da realidade utilizando os símbolos. Nós vemos de acordo com nossa estrutura simbólica. As perspectivas, que são pontos de vista que guiam nossa percepção da realidade, surgem na interação com o outro. Os objetos sociais, os símbolos, a linguagem e a perspectiva são coisas dinâmicas que são transformadas através da interação (CHARON, 1989). Os símbolos usados devem possuir um significado compartilhado pelos indivíduos na sociedade. Na terminologia meadiana, um gesto com significado compartilhado é **símbolo significante**. Em suma, a sociedade nasce nos símbolos significantes do grupo (LITTLEJOHN, 1982).

Uma das principais contribuições de Mead é o conceito do **outro generalizado**, que consiste no papel unificado em decorrência do qual o indivíduo passa a ver-se a si mesmo. É a percepção do indivíduo do modo global como os outros o vêem (LITTLEJOHN, 1982; CHARON, 1989).

Facetas do eu designadas por Mead: "eu-mesmo" e "mim". O **mim** é o objeto que ascende na interação e que se comunica. O **eu-mesmo** é simplesmente aquela parte do indivíduo que está impulsivo, espontâneo, insociável pela

sociedade, e não intencionalmente é usado pelo ator. O **eu** é a parte do ator que não age, porque o ator interage simbolicamente consigo próprio, agindo espontaneamente e no impulso (LITTLEJOHN, 1982; CHARON, 1989).

A **mente** constitui a terceira parte da teoria de Mead, e pode ser definida como o processo de interação da pessoa consigo mesma (LITTLEJOHN, 1982; CHARON, 1989; HAGUETTE, 1992). Mente é ação, ação que o símbolo usa e o dirige rumo ao *self*. Mead escreve que a mente é ativa e que as diferentes fases da consciência são partes dessa atividade. Tanto nós realizamos conversação com os outros, quanto conosco mesmos. Quando caminhamos numa situação, nós determinamos o que é importante para nós nesta ou naquela situação, e nós definimos a situação, e isto é atividade da mente. Indivíduos fazem indicações para eles mesmos. Isto significa que, através da mente, exteriorizamos coisas nas situações, sendo a capacidade de elaborar a atividade mental que define dada situação (CHARON, 1989). Essa capacidade que se desenvolve simultaneamente com o *eu* é crucial para a vida humana, pois é parte integrante de todo e qualquer ato. O motivo pelo qual a reflexão mental é tão importante para Mead é que ela fornece o fundamento lógico para ver a pessoa como um ator e não como um reator passivo, pois os seres humanos constroem o ato antes de o consumarem (LITTLEJOHN, 1982).

Todos os escritos e apontamentos de Mead, não publicados em vida, foram sistematizados e publicados por Herbert Blumer, numa apresentação clara e fidedigna às idéias de Mead. Na principal obra de Blumer (1969, p. 2), *Symbolic Interactionism, Perspective and Method*, foram descritas as três premissas básicas do Interacionismo Simbólico:

- 1 O ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, idéias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana.
- 2 O sentido destas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com seus companheiros.
- 3 Estes sentidos são manipulados e modificados através do processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra.

O significado assume papel central no Interacionismo Simbólico de acordo com Blumer, quando a maioria das ciências do comportamento depreciava sua importância.

Ao contrário das posturas encontradas em muitas abordagens das ciências psicológicas, o Interacionismo Simbólico aloca uma importância fundamental ao “sentido” que as coisas têm para o comportamento humano (HAGUETTE, 1992).

Para Blumer, o significado pode ser entendido sob três pontos de vista: 1) dentro de uma visão mais realista, o significado é visto como inerente ao objeto; 2) o significado surge a partir das orientações internas de cada pessoa; 3) na terceira perspectiva, notadamente interacionista, o significado como produto da interação social entre as pessoas (LITTLEJOHN, 1982).

Dentro da perspectiva interacionista, a vida de um grupo humano representa um vasto processo de formação, sustentação e transformação de objetos. **Objeto** é visto como sendo qualquer coisa que pode ser indicada ou referida como parte do mundo da pessoa, são criações sociais formadas a partir do processo de definição e interpretação através da interação social. O sentido dos objetos para uma pessoa surge da maneira como eles lhes são definidos por outras pessoas que com elas interagem, consistindo o meio circundante de qualquer pessoa, ‘unicamente’ dos objetos que esta pessoa reconhece. Assim, para que se compreenda a ação das pessoas, é necessário que se identifique seu **mundo de objetos** (HAGUETTE, 1992).

Blumer, assim como Mead, afirma que o ser humano possui um **self** que se desenvolve dentro da sociedade, e da mesma maneira que o indivíduo age socialmente um com outro, ele interage socialmente consigo mesmo, ou seja, o ser humano pode ser um objeto de suas próprias ações. Nós vemos a nós mesmos através da forma como os outros nos vêem ou nos definem (HAGUETTE, 1992).

Blumer critica certas visões dominantes da psicologia e das ciências sociais, tanto em relação à ação humana individual como para a ação humana coletiva. Para estas visões, elas estabelecem que a **ação humana individual** como se originando ou combinando-se com atitudes, complexos inconscientes, demandas

de *status* ou situação; e **ação coletiva** sendo uma ordem estabelecida de vida através da concordância a um conjunto de regras, normas, valores e sanções que especificam e ditam o comportamento das pessoas, como elas devem agir de acordo com dada situação (HAGUETTE, 1992).

Blumer (1969, p. 16) define assim a forma como os seres humanos constroem suas ações.

Nós devemos reconhecer que as atividades dos seres humanos consistem no enfrentamento de uma sequência de situações nas quais eles devem agir, e que suas ações são construídas à base do que eles notam, de como eles avaliam e interpretam o que eles notam, e do tipo de linhas de ação projetadas que eles mapeiam.

Tópicos importantes do pensamento de Blumer, que junto com a visão de significado são essenciais para a compreensão da teoria do Interacionismo Simbólico, definidos por Blumer: imagens radicais ou *root images*; vida em grupo; interação social; natureza dos objetos; pessoas como atores; natureza da ação humana e interligações das ações individuais na sociedade (LITTLEJOHN, 1982).

A **sociedade** consiste de indivíduos que interagem uns com outros, e cujas atividades ocorrem predominantemente em resposta ou em relação de um a outro. Nessa interação social, a mútua assunção de papéis, ou seja, um colocar-se no lugar do outro é uma condição *sine qua non* da comunicação e da interação efetiva de símbolos (HAGUETTE, 1992).

Assim como Mead, Blumer concordou:

A sociedade nasce das interações individuais. Nenhuma ação humana existe separada da interação. Quase tudo o que uma pessoa é e faz é formado no processo de interatuar simbolicamente com outras pessoas. A interação consiste num mútuo levar-em-conta e responder, e a sociedade resulta de cada pessoa coordenar a sua própria conduta como a dos outros. Mas a vida em grupo e a conduta individual modelam-se através do processo em curso de interação simbólica (LITTLEJOHN, 1982, p. 73).

Blumer considerou os **objetos** sob a mesma concepção de Mead, especificados como físicos (coisas), sociais (pessoas) e abstratos (idéias), em que adquirem significado através da interação simbólica; e, ainda, a **ação**, em que o homem é capaz de atuar consigo mesmo como um objeto porque possui um eu, não sendo simplesmente um reator, mas ator de sua própria ação. E essa relação entre

ação e o eu é o que distingue o ser humano dos outros animais. A ação grupal ou social foi uma das áreas primárias do pensamento de Mead que Blumer ampliou. A outra foi a metodologia que Blumer desenvolveu (LITTLEJOHN, 1982).

Uma ação conjunta de um grupo de pessoas consiste na interligação de suas respectivas ações separadas. Mas a **ação grupal** é distinta. Não é a mera soma das ações individuais, mas uma “gestalt” em si mesma, que se baseia em atos individuais, e é errôneo considerar a conduta grupal independentemente das ações individuais dos participantes (LITTLEJOHN, 1982).

Blumer (1969) enfatiza que os participantes ainda têm de guiar seus respectivos atos, mediante a formação e uso de significados e ainda delineia três observações a respeito das interligações:

Mesmo no caso de padrões grupais altamente repetitivos, nada é permanente. Cada caso deve começar de novo com a ação ‘individual’. Por mais sólida que uma ação grupal pareça ser, ela permanece ainda enraizada no eu de cada ser humano (LITTLEJOHN, 1982, p. 74).

É o processo social na vida grupal que cria e sustenta as regras; não são as regras que sustentam a vida grupal (BLUMER, 1969, p. 19).

Uma cadeia ou uma instituição não funciona automaticamente por causa de alguma dinâmica interna ou requisitos sistêmicos; ela funciona porque as pessoas, em diferentes pontos, fazem algo e o que fazem é um resultado de como elas definem a situação em que são chamadas a atuar (BLUMER, 1969, p. 19).

Observa-se que as ações individuais estão interligadas através de complexas cadeias, em que mesmo pessoas distantes podem ser interligadas em dada situação comum em que possam atuar. A terceira observação feita por Blumer tem relação com as anteriores, onde as relações grupais são constituídas a partir de cada ação individual.

Em relação às interligações das ações individuais na sociedade, Blumer desenvolveu três observações importantes: 1) Apesar da maior porção das relações sociais serem estáveis e recorrentes, é necessário ter cuidado, pois situações novas podem acontecer, necessitando de redefinição e ajustamento; 2) As relações sociais não acontecem de uma forma estabelecida internamente, mas funcionam porque as pessoas individualmente fazem algo, e esse algo que fazem resulta numa relação

estável; 3) Os antecedentes e a formação básica de cada indivíduo são de suma importância na construção das relações sociais (LITTLEJOHN, 1982).

Embora Mead não tenha detalhado o método, essa foi uma área bastante desenvolvida por Blumer. A metodologia constitui a principal diferença entre as escolas de Chicago e Iowa. O fundamento mais básico para Blumer na ciência do comportamento é o mundo empírico. O mundo empírico é o ponto de partida e o ponto de chegada da pesquisa. Entretanto, é importante não desvalorizar ou subestimar o papel do observador/pesquisador, pois mesmo se tratando de uma descrição objetiva da realidade, está aí a percepção e interpretação do observador/pesquisador. Nesse contexto, existem dois perigos, aos quais o pesquisador deve estar atento: 1º) acreditar que a realidade no mundo empírico é imutável; 2º) ter a convicção de que a realidade é mais bem representada em termos da física e dos fatos objetivos. Pois, para Blumer, esse esquema criado por um segmento de cientistas, não representa a abordagem genuína da ciência empírica (LITTLEJOHN, 1982).

Segundo Blumer (1969), a investigação empírica envolve seis aspectos principais, em que o pesquisador deve: fazer uso de algum quadro prévio de referência; elaborar interrogações sobre o mundo empírico em estudo; determinar os dados a serem coletados e os meios pelos quais os dados serão coletados; determinar padrões de relações entre os dados coletados; realizar a interpretação dos resultados obtidos a partir do referencial teórico e finalmente conceituar o que foi descoberto.

Blumer (1969) fez crítica severa aos métodos tradicionais de pesquisa utilizados pelas ciências sociais, pois fracassam como métodos para validação empírica, adotando procedimentos que generalizam a conduta humana.

De acordo com Littlejohn (1982), Blumer sustentava que as pesquisas devem ser feitas através de um conhecimento participativo prévio dos fenômenos a serem investigados. A observação participante é um processo rigoroso de descoberta do mundo empírico em estudo e deve ter dois estágios: exploração e inspeção. A exploração, uma técnica de sondagem minuciosa e flexível em que o investigador a desenvolve com ética para a obtenção de informações. No estágio de exploração, o

investigador deve avançar de técnica para técnica, de maneira flexível e confortável, a fim de obter um quadro amplo e realista da área sob investigação. Depois de se determinar a natureza geral do fenômeno, o pesquisador inicia a inspeção. A diferença primordial entre exploração e inspeção é a profundidade e o foco.

O ponto de encontro entre o Interacionismo Simbólico e a busca de compreensão do significado do Processo de Enfermagem para o enfermeiro no contexto de UTI consiste em desenvolver a interpretação à luz das premissas básicas da teoria e conceitos centrais do mundo de objetos, ação individual, ação coletiva, sociedade. Acreditamos na possibilidade da compreensão dos enfermeiros que vivenciam esta prática a partir da interação social com equipe de enfermagem, outros profissionais, pacientes e familiares que se encontram na UTI, e que a partir do processo interativo, constroem as ações individuais, em que os sentidos desta prática surgem da interação com os seus iguais. Desta forma, os significados são construídos no entendimento de ser uma construção simbólica e interacional.

Ao indagar junto aos enfermeiros acerca da sua prática sobre o Processo de Enfermagem no dia-a-dia dentro da UTI, várias foram as colocações dos 7 (sete) enfermeiros investigados. Dentre estes, vale a pena destacar as inferências relacionadas às dificuldades encontradas, as falhas identificadas, opiniões, críticas sobre a prática desenvolvida do Processo de Enfermagem, vantagens e facilidades, entre outras questões apresentadas como forma de significados.

Para os interacionistas simbólicos, as pessoas agem em relação às coisas com base no significado que as coisas têm para si mesmas. Esses significados surgem da interação social entre as pessoas, de modo que a todo tempo o significado dessas coisas são continuamente interpretadas num processo de interação consigo mesmas e com outras pessoas, na construção da ação, que é bastante distinta entre seus pares.

Para Blumer (1969), as **coisas** incluem tudo que o ser humano pode observar no seu mundo, são produtos da interação simbólica e constituem qualquer coisa que pode ser apontada ou referida, uma cadeira, uma árvore, outros seres humanos, instituições, crenças, ideais e todas as situações com que a pessoa se depara em sua vida diária. Para fins de conveniência, o autor classifica os objetos em três categorias: 1) objetos físicos, como cadeiras, livros e camas; 2) objetos sociais,

tais como professores, estudantes, parentes, doentes, profissionais e outras categorias de seres humanos; 3) objetos abstratos, como princípios morais, teorias, doutrinas filosóficas e religiosas, ideais de justiça, solidariedade, exploração, compaixão, amor, ódio e esperança entre tantos outros objetos de abstração humana.

E ainda define a natureza de qualquer objeto consistindo de significado que ele tem para a pessoa que o considera como objeto, sendo que esses significados surgem fundamentalmente da forma pela qual são definidos para eles com outros com quem eles interagem. Mesmo os seres humanos vivendo uma mesma realidade e compartilhando as mesmas coisas, individualmente cada um reconhece seu mundo de objetos, seus significados (das diferentes pessoas), surgem na interação entre as pessoas e neste sentido devem ser vistos como criações sociais.

2.2 O CAMINHAR METODOLÓGICO

O estudo qualitativo foi desenvolvido com eixo teórico no Interacionismo Simbólico, buscando a compreensão do significado do Processo de Enfermagem para enfermeiros em unidade de terapia intensiva.

Os métodos qualitativos enfatizam as especificidades dos fenômenos em termos de suas origens e de sua razão de ser, pois fornecem uma compreensão profunda dos fenômenos sociais investigados apoiados no pressuposto de maior relevância do aspecto subjetivo da ação social do homem dentro do contexto social, de modo a reforçar nossa opção por essa abordagem (HAGUETTE, 1992).

A metodologia da investigação qualitativa não busca simplesmente estudar o fenômeno em si, mas essencialmente compreender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

A abordagem da pesquisa qualitativa exige que o mundo seja examinado com a idéia de que nada é trivial, mas tudo tem potencial para construir uma pista que nos conduza a estabelecer uma compreensão mais clara do objeto em estudo. Este tipo de abordagem possui 5 propriedades básicas: primeiro: a busca do

significado assume importância vital para o pesquisador, pois as pessoas manifestam modos diferentes às suas vidas; segundo: a fonte natural dos dados é o mundo empírico das pessoas, onde acontece a observação sem controle de variáveis; terceiro: o investigador é o instrumento principal da pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos do mundo em estudo; quarto: a pesquisa é descritiva e interessa-se mais pelo processo (como o objeto em estudo acontece ou se manifesta), do que pelos resultados finais matematicamente trabalhados; quinto: a análise dos dados dar-se de forma indutiva, os pesquisadores se fundamentam a partir de seus dados obtidos no campo, estudando profundamente e colecionando informações que paulatinamente desembocam em construção de teorias (JORGE, 1997; TURATO, 2005).

2.2.1 O contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada em três unidades de terapia intensiva de um hospital geral de grande porte, da rede pública da cidade de Fortaleza, considerado referência no atendimento terciário na rede Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado do Ceará e Região Nordeste. Constitui-se um hospital de ensino, sendo campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Odontologia.

O hospital possui três UTI's de adulto, com capacidade total de 32 leitos sendo assim distribuídos: UTI nº 1 (UTI/1) com 14 leitos, UTI nº 2 (UTI/2) com 10 leitos e UTI nº 3 (UTI/3) com oito leitos. Todas são destinadas ao atendimento de pacientes clínicos e cirúrgicos das mais variadas patologias.

A UTI-1, antiga unidade semi-intensiva, compreende uma área total de 208,31m², localizada no andar térreo. Conta com 14 leitos destinados a pacientes clínicos e cirúrgicos provenientes da emergência ou das unidades de internação do próprio hospital.

Logo na entrada da UTI-1, situam-se dois pequenos compartimentos destinados para secretaria e copa. Seguem-se os leitos, e no final do salão, temos outros pequenos compartimentos: dois vestiários com banheiros, um banheiro para

pacientes, uma sala de material de consumo, um expurgo e uma sala de material de limpeza. Ao centro, estão situadas duas bancadas para equipe de saúde, sendo à frente das bancadas estão dispostos os leitos um ao oito, à esquerda os leitos nove ao 11, e à direita os leitos 12 ao 14. A distância entre os leitos fica em torno de 1,10cm. Todos os pacientes são monitorizados individualmente (pressão arterial, oximetria de pulso e frequência cardíaca) e não dispomos de central de monitorização.

A equipe de enfermagem é constituída por 25 enfermeiros e 38 auxiliares, sendo uma enfermeira supervisora, responsável pela parte gerencial da unidade e dos funcionários. Cada turno de trabalho é composto por três enfermeiras assistenciais e sete auxiliares.

A UTI-2 tem uma área total de 328m², compreendendo dois corredores lateralmente, um destinado à visita dos pacientes pelos familiares que observam seus parentes através de janelas de vidro, e o outro destinado à circulação dos funcionários, saída e entrada de materiais e equipamentos, onde estão alocados os armários dos funcionários. Ambos os corredores têm visualização das áreas em torno do hospital.

A área física, excetuando os corredores laterais, totaliza 298m², incluindo todas as salas de apoio como: estar clínico com adaptação de copa para lanches rápidos, sala de lactário para preparação das dietas dos pacientes das UTI's, sala de equipamentos, sala de material, banheiro dos pacientes (que serve também de guarda de suportes de soros e biombos), posto de enfermagem com mini-sala de material, expurgo, banheiro para funcionários somente para banho, vestiário dos profissionais com banheiro completo e uma sala de secretaria.

A área de 175m², destina-se aos pacientes internados, no total de 10(dez), sendo 1(um) leito de isolamento. A distância entre os 9(nove) leitos que ficam lado a lado é de 1,10cm. No espaço dos primeiros pacientes fica uma bancada com duas cadeiras, pois anteriormente ficava a central de monitorização dos leitos nº1 ao nº5, esta há muitos anos foi retirada para conserto, e definitivamente ficamos sem central de monitorização. Todos os pacientes têm monitorização não invasiva com multiparâmetros: Pressão Arterial, Saturação de Oxigênio, Frequência

Cardíaca, com possibilidade de acoplagem de outros módulos como: capnografia, pressão venosa central, pressão arterial invasiva e pressão de artéria pulmonar. Temos outra bancada com duas cadeiras que funcionava a central de monitorização dos leitos nº6 ao nº10, e hoje acomoda um computador com impressora para atividades da secretaria, sem acesso à *internet*. O leito de isolamento, com área de 19,5m² fica separado dos outros leitos, necessitando de controle contínuo, devido à inexistência de uma central de monitorização.

Esta UTI-2 está em processo de fechamento para reforma da estrutura física e ampliação do número de leitos, passando de 10 para 20 leitos. A equipe de enfermagem é composta de 13 enfermeiros, sendo um enfermeiro o supervisor de enfermagem e 15 auxiliares de enfermagem. Pela manhã (segunda a sexta) estão escalados três enfermeiros, e no restante dos turnos e finais de semanas e feriados são apenas dois enfermeiros. Cada auxiliar de enfermagem é responsável por dois pacientes e em todos os turnos são cinco auxiliares de enfermagem. O Processo de Enfermagem é iniciado pelo enfermeiro da manhã, daí a necessidade de três enfermeiros neste período de trabalho.

A UTI-3 tem área física total de 97,41m², conta com oito leitos, destinados a pacientes cirúrgicos gerais, sendo dois leitos destinados a pacientes neurológicos, no pós operatório de neurocirurgias e outros procedimentos neurocirúrgicos. A equipe de enfermagem é composta de 10 enfermeiros, sendo um enfermeiro o supervisor de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem. Logo que adentramos na UTI-3 avistamos uma bancada para supervisora de enfermagem e um corredor que finaliza no vestiário dos médicos. Neste corredor são colocados alguns materiais e equipamentos, o que dificulta o trânsito de pessoas e situam-se dois pequenos compartimentos destinados à sala de material de consumo do noturno e finais de semana, e material de limpeza. No salão, ao centro, está a bancada destinada aos profissionais, e à frente estão posicionados os leitos nº 3 a nº 8, à esquerda o leito nº 2 e à direita o leito nº 1. Todos os pacientes também estão monitorizados semelhante ao que ocorre nas UTI's 1 e 2. Ao fundo do salão, localizam-se o banheiro de pacientes, o expurgo e outra sala para guarda de material de consumo da unidade.

Nas UTI's 1 e 3, a realização da prescrição de enfermagem a partir dos diagnósticos, é elaborada pelo enfermeiro do noturno, exceção acontece na UTI-2,

quando os diagnósticos e prescrições são realizados pelo enfermeiro da manhã, daí a necessidade do terceiro enfermeiro escalado pela manhã na UTI-2.

Em todas as UTI's, de segunda a sexta-feira, a supervisora de enfermagem conta com o apoio da secretária e controlista de material, sendo que durante feriados e finais de semana, os problemas de ordem administrativa ficam a cargo da enfermeira assistencial, que conta com o apoio da controlista.

As UTI's são gerenciadas por uma enfermeira coordenadora, integrante do comitê gestor das UTI's, composto por outros profissionais também gerentes: médico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e farmacêutico.

2.2.2 Enfermeiros participantes

Participaram do estudo sete enfermeiros assistenciais lotados das UTI's 1, 2 e 3 que são destinadas a pacientes adultos do referido hospital. Para preservar a identidade dos participantes, foram denominados como: E₁, E₂, E₃, E₄, E₅, E₆ e E₇.

Foram 7 (sete) enfermeiros entrevistados, com idade entre 26 e 58 anos, 3(três) solteiros, 2(dois) casados, 1(um) viúvo e 1(um) divorciado. Tempo de graduação variando entre dois e 20 anos. Tempo de serviço na instituição entre oito meses e 23 anos. Experiência com o Processo de Enfermagem, no mínimo de dois até mais de 15 anos. A maioria dos enfermeiros eram terceirizados e 2 (dois) enfermeiros com vínculo, sendo 1 (um) com a Secretaria de Saúde do Estado e o outro com o Ministério da Saúde. Os terceirizados não tinham carga horária definida, dependendo da necessidade do serviço, com um mínimo de 20h por semana. Todos os enfermeiros possuíam pós-graduação *lato-sensu*.

Investigamos enfermeiros que atendiam os seguintes critérios de inclusão: ter vínculo empregatício direto ou indireto com a instituição em estudo e ter experiência com a prática do Processo de Enfermagem na assistência há pelo menos dois anos. Este último, pelo entendimento de ser tempo suficiente para o enfermeiro ter passado por todas as etapas de vivência do Processo de

Enfermagem e ter condições de fazer uma avaliação crítica acerca do processo de trabalho da enfermagem.

O número de enfermeiros investigados seguiu o critério da saturação teórica, a qual se baseia na repetição das idéias. Para Bauer e Bas Aarts (2002), a saturação é o critério de finalização, investigando-se diferentes representações apenas até que a inclusão de novos estratos não acrescente mais nada de novo ao estudo. E também pelo fato de que a maioria não tinha experiência com a realização do Processo de Enfermagem de pelo menos dois anos, pois a rotatividade dos enfermeiros é muito grande, sendo cerca de 70% dos profissionais terceirizados, sem vínculo empregatício com a instituição em estudo. Três enfermeiros, da população total de 48 enfermeiros, foram automaticamente excluídos por exercerem função gerencial e de supervisão. Ainda acrescento que, durante a realização das entrevistas, a UTI nº2 encontrava-se desativada, e alguns funcionários terceirizados foram dispensados.

2.2.3 Estratégias desenvolvidas para a obtenção dos dados

Ao partirmos para esta fase, a obtenção dos dados, tínhamos em mente algo muito claro, precisávamos adentrar no mundo dos enfermeiros da UTI, de forma a obtermos a confiança e aceitação da nossa presença e busca no atendimento do nosso objetivo, ou seja, os significados que permeavam a prática do Processo de Enfermagem para este grupo de profissionais da saúde, e no domínio do cuidar de pessoas gravemente enfermas nos inserimos tendo como guia os ensinamentos de Blumer (1969) abaixo expressos em seis aspectos principais.

- 1) O pesquisador deve fazer uso de algum quadro prévio de referência ou esquema do mundo empírico em estudo;
- 2) O pesquisador deve elaborar interrogações sobre o mundo empírico em estudo, sendo esses os problemas que nortearão o estudo;
- 3) O pesquisador deve determinar os dados a serem coletados e os meios pelos quais os dados serão coletados, sendo que os meios utilizados dependerão da natureza dos dados;

- 4) O pesquisador precisa determinar padrões de relações entre os dados coletados;
- 5) O pesquisador realiza a interpretação dos resultados obtidos a partir do referencial teórico. Aqui se o referencial utilizado for falso, as interpretações também o serão;
- 6) Finalmente, o pesquisador deve conceituar o que foi descoberto.

Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2006, por meio da observação participante (APÊNDICE A) e entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B).

Inicialmente para entrada de campo foram desenvolvidas observações livres e observações participantes com o intuito de aproximação com a realidade a ser investigada. Para Blumer (1969), as pesquisas devem ser feitas através de um conhecimento participativo prévio dos fenômenos a serem investigados, sendo a observação participante um processo rigoroso de descoberta do mundo empírico em estudo, constituindo-se por duas fases: exploração e inspeção. A exploração é a fase preliminar onde o investigador faz uma sondagem minuciosa para determinação da natureza geral do fenômeno. A segunda fase, mais focalizada, é a inspeção, diferenciando-se da exploração por ser mais aprofundada.

Realizamos oito sessões de observações participantes, nos turnos da manhã, tarde e noite, em que cada uma teve em média 95 minutos, perfazendo um total de 765 minutos no desenvolvimento da observação participante. Para melhor compreensão, passaremos a apresentar a forma como as observações participantes foram desenvolvidas e para exemplificar, mostraremos a descrição da observação participante realizada no dia 15/06/2006, às 7 horas na UTI-2.

Hoje, dia 15/06/06, quinta-feira, cheguei à UTI-2 às 7:00 horas. A unidade acomoda apenas 8 (oito) pacientes, pois está em processo de desativação, devido à reforma da estrutura física do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Até o final de junho todos os leitos serão gradativamente bloqueados para ampliação do número de vagas (vinte no total).

Devido ao feriado de *Corpus Christi*, a unidade contava com 2(duas) enfermeiras e quatro auxiliares – quantitativo reduzido em consequência da reforma - uma proporção de um auxiliar para cada dois leitos.

Dos 8 (oito) pacientes internados, 4(quatro) estavam sob ventilação mecânica, sendo 3(três) traqueostomizados e 1(um) intubado. Os demais (quatro) encontravam-se respirando espontaneamente, sem suporte de oxigênio, portanto conscientes. Destes 2(dois) estavam bastante sonolentos, mas acordando quando chamados e durante a prestação dos cuidados.

A enfermeira nº1 chegou às 7h e recebeu o plantão. Como ela já conhecia a situação e o histórico de todos os pacientes, solicitou que fossem comunicadas somente as intercorrências.

Todos conversavam sobre assuntos corriqueiros e pessoais, inclusive a pesquisadora, e somente após cerca de 20 a 30 minutos, a enfermeira nº1, iniciou os procedimentos de rotina: verificação dos sinais vitais dos pacientes, com os quais interagia mesmo estando intubados e sob ventilação mecânica.

Nesse ínterim, a enfermeira nº2 chegou à UTI e em consenso com a enfermeira nº1 estabeleceu o quantitativo de pacientes a serem acompanhados pelas mesmas - 4(quatro) para cada uma.

A enfermeira nº1 comunicou ao paciente o procedimento, verificação dos sinais vitais, interagindo o mesmo, apesar da condição de intubado e sob ventilação mecânica (VM).

Dirigiu-se a outro paciente que estava acordado e consciente, perguntando-lhe sobre a alimentação, enquanto ajustava o aparelho de verificação da pressão arterial (PA), tensiômetro modo automático. Em seguida, dirigiu-se para buscar a dieta do paciente, informando-lhe que iniciaria a alimentação com líquido, servindo-lhe um chá.

Em outro momento conversamos a respeito do uso do hidrocolóide nas lesões nos membros superiores da paciente e o processo de

cicatrização. Perguntei como ela tinha tratado a lesão, e ela informou-me que, inicialmente havia muitas bolhas na lesão, sendo necessário hidratá-las com AGE (ácidos graxos essenciais) e enfaixar os membros. Na fase posterior, utilizou-se o hidrocolóide, pois segundo a enfermeira é mais benéfico que estourar as bolhas. Hoje sua conduta seria retirar as películas de hidrocolóide e deixar sem nada. Ela ainda considerou que o estado da paciente era muito grave, e provavelmente, esta não sairia da UTI, ou seja, o final poderia ser a morte.

Passado algum tempo, após concluir a verificação dos sinais vitais de todos os pacientes, iniciou a prescrição de enfermagem no impresso específico para tal.

A enfermeira nº2 iniciou a verificação dos sinais vitais, observando que a bomba de infusão da dieta encontrava-se desligada, perguntou à plantonista o motivo, pois a paciente embora com respiração espontânea estava muito sonolenta e necessitava de sonda nasogástrica (SNG) para alimentar-se. A médica aproximou-se da enfermeira e da paciente, dizendo que seria retirada a SNG e passada a sonda nasoenteral (SNE), devido ao desenvolvimento de uma sinusite. A enfermeira dirigiu-se à bancada onde ficava o computador e o telefone, sentou-se e iniciou o registro das ocorrências do dia no livro de relatório de enfermagem, após ter concluído a verificação de todos os sinais vitais dos 4(quatro) pacientes de sua responsabilidade. Na mesma bancada, iniciou as prescrições de enfermagem em impresso específico. Por volta de 8:30 iniciou a realização de curativos cirúrgicos de um paciente que estava no 3º dia de pós-operatório de esofagectomia por neoplasia de esôfago, ao mesmo tempo que interagia com o paciente e era auxiliada por uma aluna de enfermagem de último semestre que cumpria horas de estágio supervisionado na UTI. Às 9h, tradicional horário do café, as enfermeiras e outros profissionais dirigiram-se à copa adaptada para lanches, visto que este local também é sala de estar.

Esse relato objetivou mostrar o cotidiano do enfermeiro no contexto de UTI do HGF, de forma a ressaltar a complexidade do seu trabalho por se tratar da assistência a pacientes gravemente enfermos, implicando em ações de diversas dimensões desenvolvidas por vários profissionais, tornando as atividades altamente estressantes.

Realizamos sete entrevistas após um maior conhecimento do contexto dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva. Essas foram complementadas com observações participantes. Foram gravadas a partir do consentimento dos enfermeiros e realizadas em local apropriado, com encontros previamente marcados de acordo com a disponibilidade dos mesmos. O tempo médio destas foi variável, entre 10 a 30 minutos, totalizando 125 minutos.

A entrevista é uma técnica de coleta de dados amplamente empregada nas ciências sociais, pois fornece dados que possibilitam o mapeamento do mundo de vida dos respondentes, cujo objetivo é obter uma compreensão detalhada das crenças, valores, atitudes e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (GASKELL, 2002).

Para Haguette (1992) é definida como um processo de interação entre duas pessoas no qual uma delas, o investigador ou entrevistador, busca as informações por parte do entrevistado ou sujeito da pesquisa.

2.2.4 A fase de organização dos dados para análise

Os dados foram analisados à luz da perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, a partir das premissas básicas e conceitos centrais da teoria. Para tanto, optamos pela análise categorial temática de Bardin (1977).

Seguimos o método recomendado pelo autor que se constitui de três etapas: pré-análise, análise e tratamento dos resultados. A pré-análise é a fase de organização, caracterizando-se por flexibilidade e escolha do material a ser analisado, formulação de hipóteses, objetivos e elaboração dos indicadores para interpretação dos resultados. A segunda fase, análise do material, consiste na

codificação, categorização e quantificação das informações. A fase seguinte, tratamento dos resultados (inferência e interpretação), visa a um tratamento quantitativo que não exclui a interpretação qualitativa (BARDIN, 1977).

2.2.5 Aspectos ético-legais

Quanto às questões éticas foram obedecidas as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e após parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e da instituição da referente investigação é que iniciamos a coleta dos dados (ANEXO C).

Os profissionais foram consultados previamente sobre o desejo de participar da pesquisa. Foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) por todos os participantes, quando foram informados sobre o tipo de pesquisa, o objetivo, a justificativa e a forma de participação dos sujeitos. Estes tiveram a garantia do anonimato da identidade bem como a liberdade de participar ou não, ficando livres para desistir em qualquer fase da pesquisa, sem que houvesse nenhum prejuízo. No termo constavam, ainda, os benefícios, a ausência de riscos e a forma de utilização dos dados para que tomassem conhecimento e autorizassem a realização do estudo com pleno esclarecimento.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Processo de Enfermagem é uma criação social da enfermagem, como sendo formado no processo de definição e interpretação do homem em sociedade, quando tudo acontece a partir da interação entre as pessoas, e a todo tempo, nesta interação social, o significado é formado, sustentado e modificado. Mesmo para enfermeiros que pertencem a uma mesma instituição e trabalham num mesmo setor, o significado que as pessoas têm em relação ao Processo de Enfermagem são diferentes, pois ele surge essencialmente da forma como foram construídos e formados no processo de interação social, estabelecendo a forma pela qual cada um vê e cada um age em relação ao Processo de Enfermagem.

Muitas são as pesquisas feitas em relação ao Processo de Enfermagem, mas são escassas as que enfatizam suas formas de significado, uma vez que a opção pelo Interacionismo Simbólico dar-se pela busca dos significados que as coisas têm para as pessoas e pelo respeito ao mundo empírico que o método é capaz de realizar.

De posse do conteúdo manifesto foi possível construir e elaborar dois temas: **O Significado do Cotidiano Vivenciado pelo Enfermeiro na UTI e A Interação Social na UTI**. As temáticas: **Descrevendo a prática do Processo de Enfermagem (Descrevendo a credibilidade e Expressando as dificuldades relacionadas à operacionalização das etapas do Processo de Enfermagem) e Percebendo a equipe de enfermagem, Percebendo o Processo de Enfermagem mediante os demais profissionais, Percebendo-se cuidadora (Construindo significados e Repensando o Processo de Enfermagem)** emergiram durante a busca dos sentidos no grupo de enfermeiros. Apresentaremos em seguida sob forma de diagrama, os temas e as temáticas construídas (Diagrama 1).

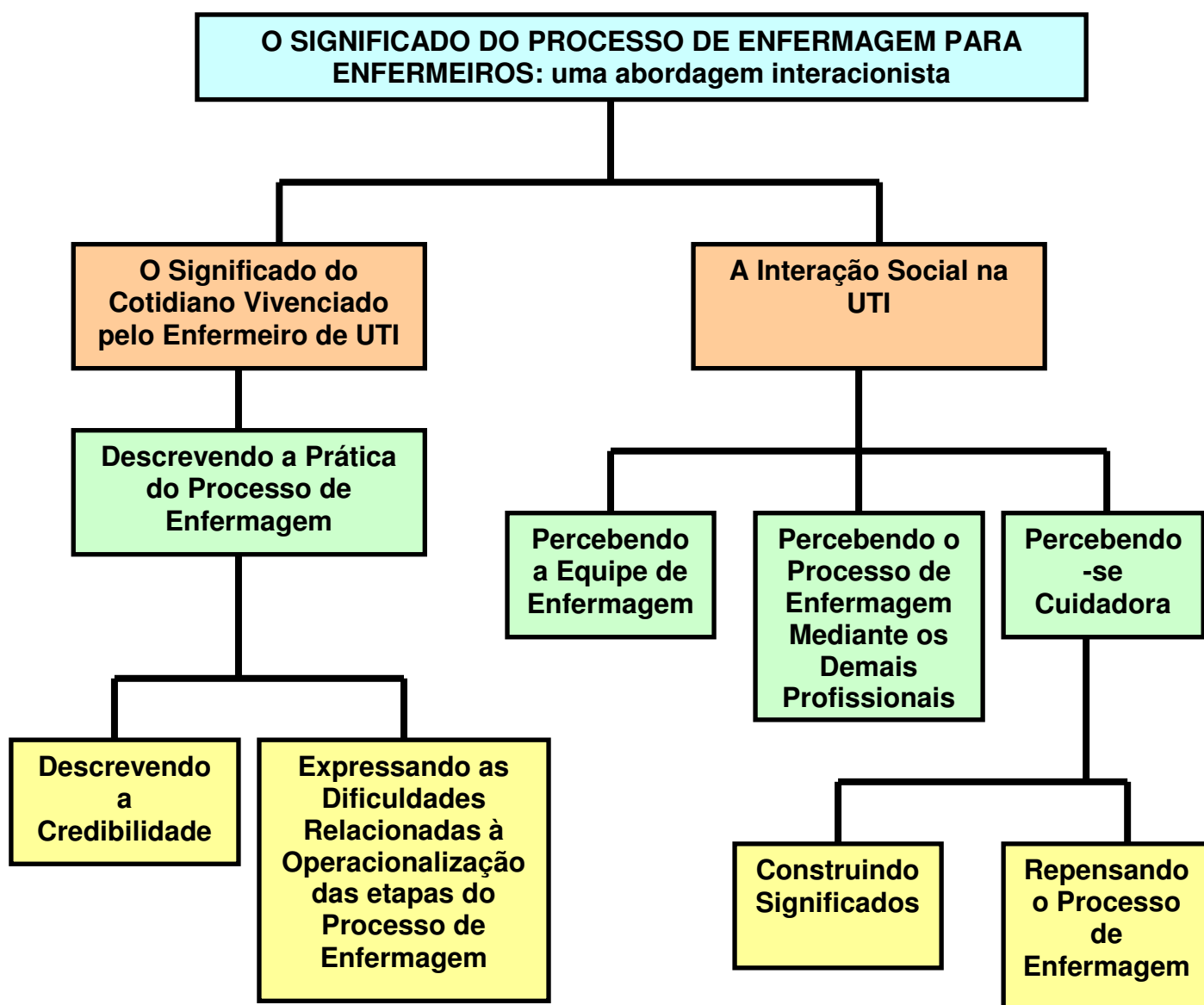


Diagrama 1: Temas e Temáticas Construídas do Significado do Processo de Enfermagem para Enfermeiros: uma abordagem interacionista. Fortaleza-CE, 2007

3.1 O SIGNIFICADO DO COTIDIANO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO DE UTI

Descrevendo o expediente de trabalho de um enfermeiro da UTI, por meio de observação de campo, passaremos a demonstrar o processo de trabalho no plantão. Para tal, selecionamos E₅ que, ao chegar à UTI, identificou prioridades de ações na assistência aos pacientes que ali se encontravam. A descrição segundo

observação de campo foi realizada no dia 07/09/2006 a partir das 7:00 horas, horário em que o plantão diurno tem início, sendo o término às 19:00 horas.

Após receber o plantão, imediatamente o enfermeiro teve que preparar a noradrenalina (medicamento com ação vasopressora de infusão contínua por via endovenosa), ainda com sua roupa branca, pois não houve tempo de trocar a vestimenta própria da UTI. Devido a esta situação ser de emergência, o que é muito comum na UTI, a mesma iniciou a intervenção realizando o preparo da diluição da droga vasoativa e instalação na bomba de infusão contínua, sendo esta ação de responsabilidade do enfermeiro. Neste momento, iniciou um diálogo com a acompanhante, mãe desta paciente. Verificando os sinais vitais, já com vestimenta de UTI, considerou ainda que todos os manguitos de pressão arterial encontravam-se em péssimas condições, não garantindo a fidedignidade dos resultados pelo método não invasivo automático¹, o que faz com que a mesma sinta-se obrigada a conferir a pressão pelo método manual (auscultatório). Observamos também que o aparelho encontrava-se remendado com esparadrapo, o que igualmente não oferecia segurança e precisão dos resultados. Entretanto, verificando a pressão arterial pelo método auscultatório, confirmou que em ambos os métodos eram compatíveis os resultados.

Observamos que ao mesmo tempo em que E₅ assume o cuidado direto, indispensável para manutenção da vida da paciente, esta não relega o momento de interação com a mãe acompanhante da mesma, além de intervir na solução de problemas relacionados à manutenção de equipamentos, condições básicas indispensáveis para proporcionar o cuidado clínico direto ao paciente na UTI. Salientamos neste momento que o enfermeiro enfrenta a assistência direta ao paciente crítico, eminentemente na dimensão biológica, ao mesmo tempo que precisa desenvolver ações na dimensão administrativa e gerencial.

¹ A mensuração não invasiva automática é a medida da pressão arterial através de curvas de medidas, realizada por *software* adequado ilustradas através de um monitor. O método auscultatório é o mais utilizado para mensuração da pressão arterial, uma vez que para sua realização é necessário um esfigmomanômetro e estetoscópio (KNOBEL, 2004).

Mediante a este contexto, ficou mais fácil buscar a compreensão dos depoimentos que traduziam o reconhecimento de **falhas** existentes no Processo de Enfermagem. Assim serão apresentados os depoimentos de E₂, E₃ e E₅.

[...] eu acho que existem muitas tarefas na UTI [...] (E₂).

[...] o meu plano vai sair falho porque não vai dar tempo eu escrever todos os detalhes [...] de você observar tudo [...] falta de pessoal suficiente para execução do plano (E₃).

[...] a minha prática na verdade eu acho que é ainda muito falha [...] (E₅ e E₂).

Considerando as falas dos enfermeiros acima descritas, ao mesmo tempo que atribuem a si mesmos a responsabilidade de uma prática falha, acrescentam condições concretas e reais em seu cotidiano que podem favorecer o desenvolvimento de um trabalho falho, como a insuficiência de pessoal, a existência de muitas tarefas e a falta de tempo de observar tudo do paciente.

É fácil evidenciar quando Blumer (1969) afirma que o ser humano tem um EU que o capacita a interagir consigo próprio e isso o faz ser objeto de sua própria ação, nesta realidade empírica em estudo. Esta auto-interação é observada quando o enfermeiro considera sua prática falha através de um processo de indicação a si mesmo. Nesse processo do ser humano como ator, ele constrói sua ação ao invés de simplesmente liberá-la, como é visto pela ciência contemporânea social e psicológica. Fazendo indicações para si mesmo e interpretando o que indica, nesta realidade, este ato humano é auto-dirigido e não dirigido somente por fatores externos, pois o enfermeiro interage consigo mesmo e constrói sua linha de ação.

O enfermeiro, além de ter sua atividade centrada na assistência ao paciente, é responsável também por atribuições como: adequação e distribuição de recursos humanos de enfermagem; administração e controle de materiais e medicamentos; manutenção de equipamentos; elaboração de planilhas financeiras; entre outras atividades que sobrecarregam seu trabalho, além do número deficitário de enfermeiros em relação à taxa de ocupação de leitos, fato real em muitas instituições de saúde, favorecendo o acúmulo de atribuições desse profissional (SPERANDIO; ÉVORA, 2003).

Menzeis (apud PITTA, 1994) pontua sentimentos muito fortes e contraditórios, ansiedades profundas e intensas que os trabalhadores de um hospital

enfrentam na rotina diária de trabalho, de modo mais contundente na equipe de enfermagem, que provém os cuidados contínuos aos pacientes internados durante as vinte e quatro horas do dia, dia após dia, num amplo leque de possibilidades, indo da cura à morte.

Ao lado desses sentimentos e angústias, temos que realizar o trabalho concretamente, executando atividades na maioria das vezes rotineiras e pautadas na destreza e agilidade que um profissional de UTI adquire com o passar do tempo. O processo de trabalho é fragmentado, parcelado em tarefas e procedimentos, e ainda hoje, os enfermeiros de um modo geral, proporcionam condições favoráveis ao trabalho médico, ficando responsáveis por atividades administrativas e burocráticas, que não podem deixar de serem cumpridas.

Apesar de tudo isso, tentamos nos conduzir pelo Processo de Enfermagem, pois quando admitimos um paciente, realizamos todos os registros relacionados ao cuidado do paciente (tendo em mente o Processo de Enfermagem), como também atividades burocráticas de registros em livro de admissão e alta, censo diário, ocorrência de enfermagem, registro em instrumento de controle da qualidade e de dados estatísticos, quadro de pacientes internados e notificação diária dos pacientes internados.

Vale ressaltar que atualmente tem-se discutido em literatura estratégias de informatização do Processo de Enfermagem como forma de assegurar a viabilização na prática, tendo em vista o contexto de ações assistenciais e gerenciais que o enfermeiro possui.

Os estudos de Barros, Fakh e Michel (2002), Crossetti *et al.* (2002), Évora e Dalri (2002), Sperandio e Évora (2003) mostram a importância da informática como ferramenta na operacionalização do Processo de Enfermagem, de modo a facilitar o acesso às informações dos pacientes, à realização do planejamento da assistência, à prescrição de intervenções de enfermagem e à documentação de maneira informatizada, possibilitando ao enfermeiro a otimização do tempo da assistência prestada ao paciente e a maximização da qualidade do serviço de enfermagem, uma vez que exerce também ações administrativas.

As condições de trabalho desfavoráveis, a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo para executar atividades administrativas concomitantes com assistenciais e número reduzido de enfermeiros são alguns fatores que favorecem o distanciamento do enfermeiro da realização do cuidado direto e dificultam a aplicação do Processo de Enfermagem na prática (THOFEHRN *et al.*, 1999; ALMEIDA; LIMA; SOUZA, 2003; HERMIDA, 2004).

É necessário que o enfermeiro valorize e acredite no Processo de Enfermagem, a fim de superar obstáculos que na prática hospitalar enfrenta diariamente, possibilitando conquista de espaço profissional e reconhecimento social, visto que de acordo com Rossi e Casagrande (2001), o Processo de Enfermagem valoriza o ser humano como cidadão.

Portanto, observamos o sentimento de **frustração** desses enfermeiros enquanto profissionais, mesmo que reconheçam as diversas circunstâncias que ocasionam esses sentimentos. Os seres humanos vivem no mundo de objetos e suas atividades são formadas em torno dos objetos. De acordo com as implicações sociológicas do pensamento de Mead, trazidas por Blumer (1969), a natureza de um objeto, neste estudo empírico, o Processo de Enfermagem na realidade única dos enfermeiros desta UTI, é constituída de significados que o Processo de Enfermagem tem para os enfermeiros para os quais ele é um objeto. Como o significado não é intrínseco ao objeto em estudo, mas surge da interação social entre as pessoas, os significados são formados e transformados por esse processo contínuo que forma a conduta humana. O sentimento de frustração, trazido a partir do objeto (no caso, o Processo de Enfermagem), representa o significado que ele tem para os enfermeiros para quem ele é objeto. Ainda conforme o autor, para se compreender a vida grupal humana, é necessário conhecer seu mundo de objetos, e esse conhecimento dá-se em termos dos significados que os objetos têm para as pessoas do referido grupo.

No entanto, apreendemos sentimentos de **satisfação** e **realização** no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, muito bem expresso por E₁:

[...] bom porque você faz o exame físico do paciente, é bom na hora que avalia e você já vê ele como um todo quando chega [...]

Esse depoimento aconteceu durante a entrevista com o enfermeiro onde ele relatava as vantagens e facilidades que percebe ao desenvolver o Processo de Enfermagem, principalmente no momento da admissão do paciente na UTI.

O paciente oriundo da emergência ou das enfermarias do próprio hospital, quase sempre com insuficiência respiratória, encontra-se intubado, sedado e analgesiado. Com outros distúrbios orgânicos associados e com instabilidade hemodinâmica, está com infusão de drogas vasoativas, cateterização venosa central, gástrica e vesical. Se a admissão acontece com este quadro clínico, realizamos todos os procedimentos de emergência na UTI, como intubação endotraqueal, punção de acesso venoso adequado e cateterizações gástrica e vesical.

Todas as intervenções são conduzidas a partir das fases do Processo de Enfermagem (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) em instrumento pré-elaborado, pois a essência do nosso fazer é o cuidado direto ao paciente, mas também outras ações do tipo: supervisionar o preenchimento da solicitação do leito de UTI realizado pelo médico, resolução de problemas ligados a outros setores (farmácia, laboratório, lavanderia, manutenção e etc), autorização e solicitação de empréstimos de material e equipamentos, entre outras atividades não ligadas diretamente ao desenvolvimento do Processo de Enfermagem.

Para melhor esclarecimento, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) constitui uma linguagem padronizada e abrangente que descreve as intervenções realizadas por enfermeiros, sejam elas independentes ou colaborativas, no cuidado direto e indireto do paciente/cliente; as intervenções voltadas a indivíduos, famílias e comunidades; tratamentos iniciados por enfermeiros, por médicos e por outros provedores. A NIC é importante para a documentação clínica, comunicação de diferentes cuidados entre unidades distintas, para integração dos dados em sistemas de informação entre diferentes unidades, para realização de pesquisas com eficácia, padroniza e define a base de conhecimentos para formação e prática de enfermagem, promove o desenvolvimento e uso de sistemas de reembolso pelos serviços de enfermagem e para avaliar a efetividade dos cuidados prestados, entre outros aspectos positivos na prática clínica de enfermagem.

Para NIC, a intervenção é definida como “qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínico, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/cliente” (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004, p. 39). As partes padronizadas das intervenções (486) são os títulos e as definições, não podendo ser modificadas, pois possibilitam a comunicação e a comparação dos resultados entre diversos serviços. As atividades são individualizadas, de acordo com a necessidade do paciente, lembrando que deve haver coerência entre a atividade e a intervenção. Para cada intervenção, a NIC apresenta uma lista de 10 a 30 atividades, totalizando mais de 12.000. Atividades de enfermagem, segundo a NIC, são as ações específicas realizadas por enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam os pacientes a movimentarem-se em direção ao resultado esperado, significando a execução concreta da ação do enfermeiro.

Na realidade investigada da presente pesquisa, o modelo utilizado é o proposto por Horta (1979), fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas contempladas na Teoria da Motivação Humana de Maslow e na Classificação de João Mohana. Para a fase de diagnóstico de enfermagem a opção adotada consiste no modelo da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), que constitui a associação norte-americana de estudos e pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem. Compreende-se que o processo de construção das taxonomias de enfermagem surgiu a partir da preocupação com o desenvolvimento de uma linguagem padronizada, com os estudos de Abdellah na década de 60, quando propôs uma linguagem comum a partir da classificação dos 21 problemas clínicos apresentados pelos pacientes, que exigiam cuidados de enfermagem, representando deste modo a delimitação dos domínios da enfermagem. A evolução da produção de conhecimentos de enfermagem, revela-nos a urgência de se fundamentar as práticas em modelos teóricos e taxonomias que permitam aos profissionais a apreensão dos fenômenos de enfermagem de maneira uniforme através da aplicação de uma linguagem única no exercício da assistência, ensino ou pesquisa, e que ofereçam eficiência, eficácia e resolutividade aos problemas de saúde da população (CROSSETTI; DIAS, 2002).

Os diagnósticos de enfermagem em sua história de desenvolvimento, na década de 70 nos Estados Unidos da América (EUA) foi desencadeado pela necessidade das enfermeiras explicitar sua prática assistencial às seguradoras de

planos de saúde. A taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) iniciada em 1973, é constituída por uma estrutura teórica que orienta a classificação dos diagnósticos de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem foram aperfeiçoados fundamentando-se em bases teóricas e conceituais, e na década de 80, nos EUA, surgiu a necessidade de também se evidenciar uma Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (BARROS; FAKIH; MICHEL, 2002; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004; NANDA, 2006).

Na UTI, local da presente investigação, a prescrição é pré-determinada, pautada nos diagnósticos da NANDA, de forma a racionalizar o tempo, uma vez que a realidade de trabalho destes enfermeiros consiste em desenvolver o plano terapêutico ao mesmo que desenvolve a assistência direta, além de outras atividades administrativas (ANEXO B).

Assim sendo, este instrumento é visto como objetivo e prático para o atendimento das necessidades humanas básicas do paciente, além do sentimento de **segurança** que este proporciona ao enfermeiro. Isso pode ser evidenciado no depoimento seguinte.

[...] a facilidade existe por conta que você já tem ali um documento que pode até comprovar o que você fez, e é um roteiro [...] você corre menos risco de esquecer o que tem que ser feito [...] (E₄).

Concordamos com Ochoa-Vigo *et al.* (2001) quando afirmam que as anotações de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente, como parte da documentação da assistência ao paciente, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados e expressando a natureza das ações dos profissionais em suas respectivas áreas de atuação, especialmente considerando que a equipe de enfermagem acompanha o paciente durante as 24 horas de forma integral, e portanto deve ser realizada de maneira clara, objetiva, de acordo com os princípios éticos da profissão, de modo a possibilitar fidedignidade de seus registros.

O Processo de Enfermagem é caracterizado como uma metodologia científica, holística, individualizada, planejada e humanizada. Favorece o cuidado holístico porque promove a individualização da assistência a partir do momento que os diagnósticos e intervenções de enfermagem passam a ser elaborados para a

pessoa e não para a doença com seus sinais e sintomas. Humanizado porque considera em seu planejamento as idéias, interesses e desejos da pessoa humana, uma assistência cuidativa que supera o biológico e vai além da restauração orgânica (MENDES; BASTOS, 2003).

3.1.1 Descrevendo a prática do Processo de Enfermagem

A descrição da prática do Processo de Enfermagem ocorreu durante todo o processo de investigação, no entanto sentiu-se a necessidade de organizar esta categoria a partir dos conteúdos especificamente respondidos com o questionamento: Como se dá a prática do Processo de Enfermagem no seu dia-a-dia na UTI?

Observamos nos depoimentos de E₄, E₆ e E₇ o seguimento das fases do Processo de Enfermagem dando continuidade a prescrição das intervenções de enfermagem ao mesmo tempo que estão sendo reavaliados.

[...] através das ações do dia-a-dia, já começando com o banho no leito, vendo o paciente como um todo [...] (E₄).

[...] geralmente o que eu faço [...] a gente vai olhando as necessidades do paciente (E₄, E₆ e E₇).

[...] de acordo com o diagnóstico que a gente fecha [...] e vai seguindo [...] a gente tem um padrão, que a gente olha o diagnóstico do paciente, a gente pega e traça metas e avalia [...] (E₆ e E₇).

Neste tocante, E₂ explica isto da seguinte forma:

[...] a gente não procura seguir muito o que era para ser feito [...] o roteiro da sistematização, mas automaticamente nos nossos cuidados básicos está intrínseco [...] (E₂).

Mesmo com a prática do dia-a-dia do enfermeiro conduzida a partir do Processo de Enfermagem, ainda observamos que outros enfermeiros guiam-se pelo automatismo das atividades diárias. O que poderia ser uma estratégia e um instrumento norteador da prática assistencial do enfermeiro em uma unidade de tratamento intensivo, torna-se um coadjuvante sem notoriedade. É certo que os cuidados básicos estão intrínsecos em qualquer intervenção de enfermagem, mas

gostaria de salientar que essa automatização pode favorecer o distanciamento do cuidado integral, individualizado e holístico, uma vez que esse fazer automático não consegue apropriar-se de uma assistência que percebe o homem muito mais que um ser doente, mas sobretudo um ser que vai além do biológico. Executar corretamente as técnicas e cumprir todas as atividades demandadas por esse fazer imediatista, não será suficiente para proporcionar um cuidado humanizado, nem tão pouco a auto-satisfação de um dever cumprido.

De acordo com Mendes e Bastos (2003), quando os enfermeiros não utilizam o Processo de Enfermagem para guiar suas ações, estas tornam-se tarefas e a assistência é pró-médico e pró-enfermagem e não para o paciente. A assistência fica direcionada por prescrições médicas, normas e rotinas de enfermagem, ocasionando a manipulação exagerada do ser humano, com redução do ser humano a uma ou mais patologias e aos procedimentos, quer sejam de enfermagem ou médicos. O enfermeiro torna-se supervisor de tarefas e atendente de intercorrências, uma vez que a produção quantitativa é valorizada em detrimento do trabalho com qualidade.

De modo diferente, percebemos que E₆ guia o seu fazer cotidiano pelo Processo de Enfermagem, embora devamos reconhecer que a visão predominante é a do profissional que dirige suas intervenções a partir do diagnóstico de enfermagem identificado no momento da avaliação inicial do enfermeiro.

[...] o cuidado ele vem espontaneamente [...] mesmo que a gente não esteja olhando ali aquele roteiro das intervenções que a gente traçou de acordo com aquele diagnóstico [...] mas a gente interage naquela intervenção que melhor for para o paciente (E₆).

Pudemos evidenciar que a realidade do enfermeiro de UTI, é assegurar a vida em situações de grande risco, e talvez esse seja um dos fatores que evidenciam uma prática eminentemente voltada para intervenções com dimensão biológica, uma vez que nossa formação também foi direcionada para uma assistência curativa. Desta forma, E₄ descreve a forma como age no seu cotidiano na UTI.

[...] agindo através do plano de intervenções, apazando, fazendo os apazamentos para os auxiliares também agirem, a gente também dando um apoio, supervisionando se eles estão fazendo ou não (E₄).

O Processo de Enfermagem, como método científico e estratégia para o cuidado individualizado, na prática vem reproduzindo a rígida e disciplinada divisão de trabalho em enfermagem, uma vez que expressa a cisão entre concepção e execução do trabalho. Aos enfermeiros cabe o planejamento e gerenciamento da assistência, enquanto que o trabalho manual é de responsabilidade do auxiliar de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986; LEOPARDI, 1994; PEDUZZI; ANSELM, 2002). As autoras acrescentam, que é necessário aprofundar a compreensão dessas contradições inerentes a essa metodologia como mero instrumento de trabalho, desvinculado do contexto do trabalho e dos conceitos teóricos que fundamentam sua aplicabilidade, quais sejam, processo saúde-doença, necessidades de saúde da clientela assistida e construção histórica do cuidado de enfermagem.

No entanto, E₇ revela falhas no Processo de Enfermagem, pondo em dúvida a própria prescrição dos cuidados que os enfermeiros do noturno realizam.

[...] não tenho reparado muito em questão da enfermagem porque são os enfermeiros do noturno que vão fazendo, e logicamente que a gente tinha que dar uma revisada, p'ra ver se realmente tem aquilo lá que está prescrito, que elas acabaram prescrevendo e colocando (E₇).

A prescrição das intervenções do Processo de Enfermagem é realizada pelo enfermeiro do noturno, cabendo ao enfermeiro do diurno prosseguir o planejamento, revisando, mantendo ou alterando qualquer intervenção, caso seja necessário. Entretanto, a maioria dos enfermeiros operacionalizam suas atividades independente da elaboração do mesmo, como evidencia a fala de E₇.

Os estudos de Rossi e Casagrande (2001b) e Peduzzi e Anselmi (2002) descrevem o Processo de Enfermagem como uma atividade burocrática e de controle, desempenhado como mais uma tarefa a ser realizada, que tem expressão principal na elaboração da prescrição de enfermagem. Entretanto, os estudos de Lima *et al.* (2000) e Gustavo e Lima (2003), apreenderam que mesmo as atividades assistenciais sejam executadas em menor proporção pelo enfermeiro no ambiente hospitalar, o Processo de Enfermagem caracteriza-se como uma atividade assistencial. Isso pode ser confirmado no depoimento de E₅.

[...] ali está tudo registrado, o que eu quis fazer, o que eu percebi do paciente, o que eu planejei para fazer por ele, tá lá escrito, e se eu fiz ainda confirmei e depois eu ainda evoluo [...] como é que se encontra hoje, amanhã já vejo como é que já está, já posso mudar aquilo que eu planejei anteriormente [...] (E₅).

A falta de consenso a respeito do Processo de Enfermagem também é evidenciada nesta realidade investigada, uma vez que todos os enfermeiros convivem a mesma situação, mas a maneira como interpretam os fatos e direcionam sua linha de ação difere no discurso e na prática.

3.1.1.1 Descrevendo a credibilidade

Observamos nos depoimentos de E₄, E₅, e E₂ o reconhecimento da importância do Processo de Enfermagem para a prática e assistência de enfermagem.

[...] o processo é uma coisa boa que, que fortalece o enfermeiro como profissional [...] dá respaldo a ele [...] p'ra muitas vezes ter que justificar tal procedimento, tal ação, tal atividade que ele fez [...] p'ro paciente também ele, ele traz várias, traz a qualidade do serviço (E₄).

[...] eu vejo assim essencial, porque se não existir, eu acho que nós ficaremos mais [...] nós voltamos a ser tarefas por tarefas, meramente tarefas [...] (E₅).

[...] traz muitos benefícios para que a enfermagem cresça [...] melhore [...] (E₂).

O Processo de Enfermagem pode ser visto como uma perspectiva teórico-metodológica exeqüível na prática, de modo a favorecer a interação entre enfermeiro e paciente, especialmente no momento da entrevista e exame físico, bem como a integração entre membros da equipe. Não são possibilidades estanques e facilmente aplicáveis à prática, pois é necessário o envolvimento e participação de todos, em que todos sintam-se importantes pelas ações desenvolvidas, e acima de tudo, que a enfermagem compreenda o valor dessa prática como prioritariamente assistencial, não uma forma de controle e quantificação do cuidado. Se assim fosse, será mais uma atividade burocrática a ser cumprida no dia-a-dia dos profissionais de enfermagem.

3.1.1.2 Expressando as dificuldades relacionadas à operacionalização das etapas do Processo de Enfermagem

Esta subcategoria emergiu dos conteúdos expressos junto a indagações acerca da prática em operacionalizar as fases do Processo de Enfermagem. Os

depoimentos seguintes demonstram dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro desde a admissão do paciente e durante a evolução clínica do estado de saúde, fazendo com que estes profissionais tirem conclusões e reflexões desta prática.

Assim, verificamos que as dificuldades são relacionadas principalmente ao histórico de enfermagem, dada a condição crítica que este paciente chega na UTI.

[...] p'ra mim eu acho que é uma dificuldade implantar o Histórico [...] (E₁ e E₅).

[...] porque geralmente ele já chega lá em coma, sedado, analgesiado [...] aí a dificuldade d'a gente colher dados [...] histórico é um dos que a gente não usa muito [...] (E₁).

Destaca-se aqui que neste momento da chegada do paciente na unidade de terapia intensiva, a maior parte das ações evidenciam o modelo biomédico, ou seja, centrado na doença, em que a maioria das atividades de enfermagem estão voltadas para a terapêutica e diagnóstico médico. Neste contexto, o Processo de Enfermagem sendo uma atividade específica e particular do enfermeiro, possibilita um fazer planejado e complementar não somente à medicina como também a outras disciplinas, tendo em vista que essa metodologia fundamenta-se em concepções teóricas e filosóficas construídas ao longo de mais de meio século, em que hoje o nosso enfoque é no cuidado à pessoa em todas as dimensões, desde a biológica até a espiritual.

Assim sendo, o enfermeiro tira suas conclusões e passa até mesmo a sentir-se **impotente** ao vivenciar esta situação do dia-a-dia.

[...] sabe, tem todo o Processo, mas não é bem feito (E₁).

[...] não tenho feito realmente o levantamento da história da doença do paciente [...] meu histórico parte mais pelo exame físico [...] bem rudimentar ainda [...] eu acho que ainda fica muito a desejar o diagnóstico e o histórico de enfermagem na minha prática [...] eu acho que eu preciso melhorar muito (E₅).

Observamos que, diante da realidade de UTI enfrentada pelos enfermeiros, o Processo de Enfermagem fica em segundo plano, pois as circunstâncias da assistência ao paciente em momento crítico demandam destreza e agilidade no desenvolvimento de procedimentos técnicos de alta complexidade. O Interacionismo Simbólico, sendo uma perspectiva da ciência social empírica e uma

abordagem destinada a fornecer conhecimento verificável da vida grupal humana e da conduta humana, permite-nos compreender que a realidade empírica somente existe no mundo empírico, que está disponível para observação, estudo e análise. Para o mundo empírico desses enfermeiros, necessariamente, existe na forma de quadros humanos e concepções humanas, e mais uma vez, observamos que o sentimento de impotência é uma imagem desenvolvida a fim de lidar com o mundo real, que aparece no aqui e agora, e está continuamente marcada por novas descobertas e transformações em imagens humanas.

Ainda, vale mostrar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao gerenciar o Processo de Enfermagem junto a sua equipe.

[...] esse diagnóstico aí, risco para integridade da pele prejudicada, eu acho bastante difícil de trabalhar ele na UTI, por conta das atividades que tem para o pouco profissional [...] às vezes eu me sinto assim, numa situação de cobrar, mas eu vejo que é muita sobrecarga (E₄).

Observamos que E₄ chama a atenção para esse problema priorizando a deficiência de pessoal em estar desenvolvendo ações como mudança de decúbito a cada duas horas, punindo-se por um problema de ordem administrativa, às vezes fora do seu alcance de resolutividade.

Sabemos que um dos grandes desafios para a assistência de enfermagem é manter um paciente acamado livre de pressões e conseqüentemente com a pele íntegra. No entanto, este desafio, além das ações cuidativas de prevenção e terapêutica de enfermagem e de outros profissionais da saúde, pertence prioritariamente às condições clínicas do paciente, em relação a: estado nutricional, hidratação, imunidade, presença de infecções, entre outros fatores de risco. Isso é uma preocupação constante por parte da enfermagem, porque a ocorrência de úlcera por pressão passa pela avaliação da assistência de enfermagem.

Assim, observamos que por via de conseqüência a prescrição de enfermagem também sofre os prejuízos.

[...] a prescrição de enfermagem também lá, não é muito bem feita, porque assim, a gente faz, mas depois não seguem, não seguem se acrescenta alguma coisa no paciente, não acrescenta na prescrição, não checa [...] (E₁ e E₂).

Observamos que a realização da prescrição de enfermagem, além de ser um desafio enfrentado pelo enfermeiro na elaboração, passa a ser uma preocupação no gerenciamento da equipe quanto ao cumprimento das intervenções de enfermagem. Isso pode ser reiterado por E₃ e E₅.

[...] o auxiliar não é bem qualificado, então enquanto você está fazendo o plano, não dá tempo p'ra você ver o que realmente está acontecendo com o cliente, o plano vai sair feito e o cliente não sai, ou então o cliente está feito e o plano não sai (E₃).

[...] tenho orientado pouco o auxiliar e o técnico em relação a olhar, observar a prescrição de enfermagem [...] o que está lá aprazado [...] (E₅).

Não há tempo suficiente para o enfermeiro identificar e prover todas as necessidades de cuidado para realizar o Processo de Enfermagem, o enfermeiro por sua vez sente-se inseguro em assegurar a assistência ao auxiliar de enfermagem enquanto realiza o planejamento do cuidado, visto que há uma preocupação com a qualificação dos mesmos.

[...] porque a equipe precisa também está orientada, que não adianta a gente planejar tanto, né, até melhorar, e de repente nós precisamos que o auxiliar e o técnico implemente muitos cuidados. Mas se ele não tiver uma consciência do valor daquilo ali, ele nem vai olhar [...] (E₅).

Desse modo, a investigação da realidade empírica permite a visualização do processo de trabalho do enfermeiro, reportando ao mesmo tempo condições históricas que favorecem apresentar que a falta de qualificação do auxiliar de enfermagem faz parte de uma teia cruel de manutenção do *status quo*, pois não é de interesse da atual conjuntura econômico-social a educação permanente de sua massa produtiva e prontamente apta ao trabalho sem insubordinação (LEOPARDI, 1994; PITTA, 1994).

De acordo com Peduzzi e Anselmi (2002), a sistematização da assistência de enfermagem ou Processo de Enfermagem, reproduz a divisão social do trabalho da enfermagem, expressando a cisão entre planejamento e execução do trabalho. Como instrumento e forma de organização de trabalho (CROSSETTI et al., 2002; PEDUZZI; ANSELMI, 2002; GUSTAVO; LIMA, 2003) o Processo de Enfermagem foi construído historicamente, representando um saber intelectual que fundamenta nossa prática, embora de modo dicotômico. Aos enfermeiros cabe o gerenciamento do cuidado, sendo um trabalho intelectual de maneira indireta, enquanto o trabalho

manual e a assistência direta ao paciente são realizados pelo auxiliar de enfermagem.

Concordamos com Carvalho e Paim (1999) e Peduzzi e Anselmi (2002) quando afirmam que a realidade indica que o auxiliar de enfermagem é que mais participa do cuidado direto ao paciente e, na maioria das vezes, o enfermeiro assume funções burocrático-administrativas, supervisão e gerência do cuidado. Entretanto, acreditamos que o Processo de Enfermagem é uma atividade assistencial que deve ser construída coletivamente e incorporada pelo enfermeiro no seu cotidiano de modo a permitir o estreitamento das relações de trabalho entre enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

A separação radical existente entre o trabalho de concepção e a execução de tarefas, além de produzir uma divisão de trabalho socialmente perversa, separando de um lado a minoria pensante que detém o saber, e do outro, a maioria alienada e executora de tarefas desqualificadas e repetitivas, parece não estar dando certo para os detentores dos meios de produção ou, no nosso caso, para os responsáveis pelas organizações (PITTA, 1994).

Observamos na fala de E₃, que o próprio enfermeiro dicotomiza sua prática, pois considera que o Processo de Enfermagem é uma coisa distante do cuidado mediante as dificuldades de pessoal da equipe de enfermagem no que tange à quantidade e à qualidade.

[...] de acordo com a teoria ele é muito interessante, mas na hora da prática ele é muito falho, porque não existe pessoal suficiente para aplicar esse plano como na verdade ele diz, como ele está escrito no papel [...] eu acredito que no futuro assim um pouco distante, a gente vai poder fazer isso [...] (E₃).

O estudo de Thofehrn *et al.* (1999) reitera este mesmo pensamento, no qual para os enfermeiros ocorre um distanciamento entre pensar e o fazer, entre teoria e prática, principalmente por não haver uma preocupação maior com a qualidade da assistência, e sim, com as demandas do serviço.

Para aplicabilidade prática do Processo de Enfermagem é necessário que seja levado em consideração as metas da instituição e do serviço de enfermagem, o perfil da clientela a ser assistida, a disponibilidade e comprometimento de todos os envolvidos (SENA *et al.*, 2001). E principalmente, é importante que todos os

membros da equipe de enfermagem tenham não somente conhecimento técnico-científico, mas essencialmente sintam-se envolvidos nesse processo de cuidar do outro, pois além dos obstáculos externos pelos quais não temos governabilidade, como insuficiência de pessoal, precisamos transpor barreiras próprias da enfermagem, como a dicotomização do trabalho da enfermagem e a falta de credibilidade do Processo de Enfermagem expressado pelos enfermeiros.

Pudemos observar na fala de E₅ e E₆ uma das formas que este aspecto em gerenciar o Processo de Enfermagem poderia ser melhorado, por meio de discussões no grupo de enfermeiros na busca de alternativas para prover a educação permanente do enfermeiro e auxiliar de enfermagem, na aquisição de pessoal seguramente qualificado para a UTI.

Eu acho que deveria ter uma orientação maior, deveria ter um trabalho maior com essas pessoas, até mesmo uma reciclagem com os enfermeiros [...] (E₆).

Em relação aos enfermeiros, eu não tenho muita abertura, não me sinto com abertura p'ra chegar sugerindo [...] p'ra gente sentar e avaliar [...] eu gostaria até que a gente sempre parasse para avaliar como estamos e onde poderemos chegar [...] (E₅).

Mesmo quando o enfermeiro afirma não ter muita abertura com seus pares e acrescenta a necessidade de capacitação do grupo, essas atividades são decorrentes da forma como se relacionam entre si, ou seja, como interagem uns com os outros. Mead e Blumer (1969) explicam que a vida grupal humana ou a sociedade humana é condição essencial para emergência da consciência, da mente, do mundo de objetos, seres humanos como organismos que agem porque possuem um EU e interagem consigo e com outras pessoas, que vivem em termos de ação uns com os outros, sendo a sociedade humana o ponto de partida e o ponto de chegada que trata e analisa empiricamente a vida grupal humana. Diferente dos esquemas das ciências psicológicas e sociológicas, que tratam a interação social como um meio através do qual são liberados os comportamentos, a interação social para os interacionistas simbólicos constitui-se num processo vital que forma a conduta humana.

Na realidade empírica investigada vemos enfermeiros engajando-se na ação de realizar atividades relacionadas ao Processo de Enfermagem de modo que agem com base na interpretação que possuem a respeito do significado de suas ações. Para os enfermeiros, na face da interação uns com os outros, acreditam que

essa forma pode ser revisada ou substituída. Pois a partir das ações dos outros, pode-se estabelecer novos planos, que seria uma reavaliação da ação, uma vez que as ações dos outros têm que ser levadas em consideração quando se está disposto a fazer qualquer ação.

Identificamos o reconhecimento da importância do Processo de Enfermagem para o cuidado do paciente na UTI. Os depoimentos de E₃ e E₄ mostram a intimidade em vivenciar a teoria do Processo de Enfermagem com a prática de cuidar.

[...] é de suma importância porque a gente age realmente naquilo que a gente está vendo, na necessidade que a gente está vendo nele [...] (E₃).

[...] você vê o paciente como um todo, vai ter que agir, você vai ter que intervir, que trabalhar para que ele melhore [...] (E₄).

O Processo de Enfermagem é uma atividade assistencial, singular e específica do enfermeiro que representa a essência da profissão e possibilita a legitimação da ciência de enfermagem, por constituir-se num método científico e estratégico que orienta a realização da assistência de enfermagem, tendo como premissas um cuidado holístico, individualizado, humanizado, planejado, contínuo, documentado e avaliado. O holismo é traduzido no Processo de Enfermagem, pois a assistência contempla todas as áreas, da biológica à espiritual e promove a individualização do cuidado a partir da elaboração dos diagnósticos de enfermagem e da implementação das intervenções para a pessoa e não para a doença. Humanizado porque considera o paciente como ser único, com sentimentos e necessidades únicas. Planejado, contínuo, documentado e avaliado por constituir-se em uma prática científica planejada, baseada em teorias de enfermagem que colocam seqüências no cuidar e possibilitam o retorno da enfermagem às questões do dia-a-dia, avaliando continuamente os cuidados prestados de modo a garantir a qualidade da assistência (LIMA et al., 2000; ROSSI; CASAGRANDE, 2001; PEDUZZI; ANSELM, 2002; GUSTAVO; LIMA, 2003; MENDES; BASTOS, 2003; OCHOA-VIGO; PACE; SANTOS, 2003; SILVA; CIAMPONE, 2003).

O ser humano constrói sua ação tomando por base o que observam, como avaliam e interpretam o que foi observado, e direcionam sua linha de ação. O ser humano tem que enfrentar as situações em que é chamado para agir, e sua

ação é construída ao invés de simplesmente liberá-la, em resposta a fatores que ele desempenha ou opera através dele. Essa constitui-se uma das imagens de raízes do Interacionismo Simbólico, notadamente contrária à visão da ciência psicológica e social atual, que atribui a ação humana ao fator iniciante ou a uma combinação de fatores, como: motivos, atitudes, estímulos, status e outras demandas situacionais (BLUMER, 1969).

O Processo de Enfermagem é visto como um método que oferece vantagem no desenvolvimento do trabalho, embora haja o reconhecimento de que as fases de prescrição e evolução de enfermagem precisam ser mais bem adequadas ao atendimento das necessidades de cuidado do paciente na UTI.

[...] em relação à implementação e a prescrição mesmo [...] e evolução [...] eu acho que é a parte ainda, eu ainda trabalho melhor [...] na medida que eu vou detectando os problemas, dando o diagnóstico [...] precisa aprimorar [...] mas eu valorizo muito (E₅).

3.2 A INTERAÇÃO SOCIAL NA UTI

Esta temática surgiu dos depoimentos dos enfermeiros quando manifestaram suas opiniões acerca da forma como se relacionam com os demais na UTI acerca do Processo de Enfermagem, seja com os próprios colegas enfermeiros, auxiliares de enfermagem e demais profissionais; e auto-interagindo, os enfermeiros manifestaram a forma como se percebem desenvolvendo o Processo de Enfermagem, os significados que têm para eles, e repensando o Processo de Enfermagem os enfermeiros pontuaram formas de melhoria na UTI.

Blumer (1969) descreve o pensamento de Mead sobre a interação social, e diz que ele identificou duas formas ou níveis de interação: a não simbólica e a simbólica. Na interação não simbólica os seres humanos respondem diretamente aos gestos e ações dos outros; na interação simbólica, eles interpretam os gestos um do outro e agem tomando por base os significados dados por essa interpretação. A preocupação de Mead era predominantemente com a interação simbólica. Blumer explica como Mead pensou ser este fenômeno: esta envolve a interpretação ou a determinação dos significados das ações ou observações das outras pessoas, e definição, ou indicações a outra pessoa de como ele deve agir. A associação

humana consiste de um processo de tal interpretação e definição. Através desse processo os participantes combinam seus próprios atos com os atos contínuos dos outros e guiam os outros para fazer isso.

3.2.1 Percebendo a equipe de enfermagem

Esta categoria surgiu a partir da percepção que apresentaram em relação aos próprios colegas enfermeiros da UTI, das experiências compartilhadas em desenvolver o Processo de Enfermagem e desempenho dos auxiliares de enfermagem no envolvimento desta prática. Mediante os depoimentos, observamos a espontaneidade em denunciar uns aos outros, sendo isto observado muito claramente nas falas de E₃, E₅ e E₆ durante os momentos que falavam de como acontecia esta prática no dia-a-dia.

[...] tem muitos enfermeiros que fazem, mas também tem enfermeiros que não fazem [...] muitos colegas querendo que a coisa aconteça, embora também tenham muitos que emperram [...] existe ainda [...] uma relutância em usar o processo [...] (E₃, E₅ e E₆).

As falhas humanas no exercício da enfermagem podem ser consideradas éticas, expondo o paciente à situação de risco ou de danos, onde todas as ações estão diretamente e intrinsecamente ligadas à responsabilização do profissional, quando delas advém algum prejuízo ao paciente, em que múltiplos fatores podem contribuir para o desenvolvimento de ocorrência de riscos e de danos no processo de cuidar (FREITAS; OGUISSO; MERIGHI, 2006).

Podemos observar na fala de E₁, que a desvalorização dada ao Processo de Enfermagem pode ser evidenciada a partir da prática do enfermeiro no seu dia-a-dia, em que age de acordo com o significado que o mesmo tem para seu processo de trabalho. Ainda conforme as autoras acima, as ocorrências éticas são conflitos vivenciados por pessoas ou grupo de pessoas e que pautam suas ações nos valores pessoais e grupais valorizados socialmente.

[...] não marca o diagnóstico de enfermagem relacionado a quê? [...] ela não marcou nada e ainda teve coragem de escrever o nome dela, assinatura [...] (E₁).

A divisão social do trabalho sempre existiu em qualquer sociedade, é uma característica natural da sociedade humana, quer seja capitalista ou não. Entretanto na sociedade capitalista, a pessoa tem seu trabalho alienado, ou seja, os trabalhadores são forçados a vender sua força de trabalho ao patrão detentor do capital, em troca de pagamento e remuneração, de valor ínfimo, para garantir sua sobrevivência. O controle de todo processo de trabalho fica com o dono do capital. Embora, no caso particular da saúde, os gerenciadores e controladores do processo não são os capitalistas, mas pessoas que detêm o saber e ocupam posições privilegiadas na hierarquia institucional dos serviços de saúde, e sentem-se como patrões, quando na realidade estão sendo explorados na sua força de trabalho expressa pelo seu saber específico.

Neste momento temos em mente as enfermeiras que dominam todo o Processo de Enfermagem, e fazem igualmente o que os capitalistas fazem com todos os trabalhadores, ficando o auxiliar de enfermagem executando as tarefas e procedimentos necessários ao serviço, desconhecendo totalmente a ciência do processo de trabalho, uma vez que é responsabilidade do enfermeiro planejar o Processo de Enfermagem.

O processo ainda não está muito assim presente na nossa relação de auxiliar e enfermeiro [...] a gente não trabalha muito junto com o processo não [...] apesar deles saberem que existe a questão do Processo de Enfermagem, mas eles só fazem assim, numa realidade muito distante deles, eles não trabalham com isso [...] às vezes eu acho que o auxiliar não leu, às vezes eu acho que eles não dão muita atenção a isso [...] eles só têm a questão do trabalho mecânico [...] (E₂, E₆ e E₇).

Entendemos que não é o auxiliar de enfermagem que não olha, ou que olha simplesmente para realizar suas observações em relação aos procedimentos e ações desenvolvidas, neste tipo de divisão social de trabalho da sociedade capitalista, é necessário que ele compreenda esse processo e não apenas execute o que é determinado. Tornar-se prudente e urgente que sejamos capazes de conduzir-nos por outro caminho, uma vez que o enfermeiro sendo responsável pela concepção e gerenciamento do Processo de Enfermagem, deverá buscar estratégias de participação e envolvimento de todos, enfermeiros e auxiliares, para que a coisa possa fluir em uma rede de integração e interconexão das ações, não apenas cada um executando atividades independentemente um do outro.

Eu acho que ainda não está sendo respeitado de jeito nenhum [...] só quem olha é o auxiliar porque ele vai ter que evoluir lá [...] (E₁).

[...] não adianta eu prescrever se não tiver uma sistematização onde toda a equipe entenda o que é aquilo ali, o valor daquela prescrição, daquele cuidado (E₅).

O fato de reconhecerem que o Processo de Enfermagem não é respeitado resulta da interação social que o enfermeiro tem com os demais profissionais na UTI. As pessoas a todo momento estão em processo de interação consigo e com os outros, indicando suas linhas de ação um ao outro e interpretando as indicações feitas uns aos outros, ou seja, suas ações são construídas à luz da linha de ação dos outros com os quais interagem. Neste sentido, as expressões evidenciadas no mundo de trabalho das pessoas que vivenciam o dia-a-dia de trabalho, observam, julgam, estabelecem e direcionam as coisas a partir da interpretação que elaboram nesse processo de interação social. Portanto, cada pessoa, construindo sua linha de ação à luz da atividade do outro, dirige o processo social das instituições, dos sistemas de classe, das divisões de trabalho e das organizações sociais de um modo geral. Ao contrário do que se pensa, não são as regras, normas e valores que dirigem o processo social do homem, mas o que eles fazem é que ditam e mantêm a vida grupal (BLUMER, 1969).

Assim, a elaboração dos significados que o Processo de Enfermagem tem para os enfermeiros da UTI emergiu no processo de interação social, e isso não pode ser deixado de lado como sendo algo sem valor, trivial e imutável, mas deve ser compreendido que, mesmo sendo uma situação rotineira e bastante comum no dia-a-dia dessas pessoas, também será a forma de transformação em novos significados. As pessoas são atores quando se engajam em ação, sendo capazes de abandonar, verificar, revisar e elaborar seu mundo de objetos.

3.2.2 Percebendo o Processo de Enfermagem mediante aos demais profissionais

A vida do grupo humano consiste e existe na combinação de linhas de ação com cada pessoa membro do grupo. Blumer (1969) descreve que tal articulação de linhas de ação origina o que o autor denomina de **ação conjunta**. Dessa interação uns com outros, as pessoas formam **objetos** que constituem seu

mundo e agem com base no significado que esses objetos têm para elas. Para compreender a ação conjunta é necessário adentrar o **mundo de objetos**, compreender como elas vêem e agem em relação àquele objeto. Requer colocar-se no lugar do outro, ver a situação conforme ela é vista pelo ator, observar o que o ator leva em consideração, observar como ele interpreta o que é levado em consideração por ele, observar os tipos de alternativas de atos que são mapeados pelo ator e procurar seguir a interpretação que o levou à linha de ação.

Os enfermeiros demonstram que a idéia de trabalho compartilhado e interativo entre as diversas categorias de profissionais não existe no dia-a-dia, pois cada profissional realiza sua atividade para a qual foi capacitado, inexistindo a complementaridade das ações. O Processo de Enfermagem planejado pelo enfermeiro não tem valor e impacto na dinâmica hospitalar em favor do restabelecimento físico do paciente, uma vez que o cuidado na UTI é voltado para solução de problemas fisiopatológicos.

A meu ver, os outros profissionais, não da equipe, ele ainda está imperceptível [...] não tem muito impacto [...] ele não é assim reconhecido sabe [...] é como se a evolução d'a gente fosse assim uma coisa insignificante [...] (E₂, E₃ e E₅).

No que tange ao modelo de formação dos profissionais de saúde tem sido pautado no modelo de assistência curativa da doença e na fragmentação do ser humano em partes isoladas, buscando a objetividade das ações, de modo que os saberes das diversas disciplinas raramente são compartilhados na busca da subjetividade tanto do cuidador como do ser que é cuidado. A preocupação entre os profissionais que atuam lado a lado no cotidiano evidencia o receio por parte de todos da perda de autonomia e espaço, tornando os locais de trabalho ambientes favoráveis à impessoalidade e de alta competitividade.

Segundo Saupe e Budó (2006), apesar de ser vista com desconfiança tanto por parte dos profissionais como das instituições, a interdisciplinaridade é um dos conceitos prioritários que orienta, define e consolida o Sistema Único de Saúde (SUS), direcionando as políticas de saúde, as diretrizes curriculares e o processo de educação permanente dos profissionais de saúde do Brasil.

Ainda para as autoras, a interdisciplinaridade não significa negação das especificidades de cada profissão, ao contrário, respeita o território de cada campo

de conhecimento, bem como distingue os pontos que unem e os que diferenciam, partindo do princípio de que todos os profissionais de saúde cuidam e educam por natureza, sendo necessário que se estabeleçam novas relações de trabalho, pautadas na comunicação horizontal e na busca permanente de consenso na diversidade, e desse modo criem-se possibilidades para um cuidado mais integrado e integrador aos usuários do SUS.

O Processo de Enfermagem ainda é uma prática desconhecida por outros profissionais da saúde e isto permite a fragmentação das ações entre os mesmos e a redução do cuidado como procedimento, visto que, o que pode ter sido evidenciado como intervenção de enfermagem pelo enfermeiro, também existe como conduta por parte de outros profissionais, como manifesta E₆ em sua fala:

Eu acho que eles nem conhecem o que é o Processo de Enfermagem [...] às vezes uma conduta que eles fazem, que eles solicitam, que eles pedem, já está dentro do processo, mas eles não sabem que existe [...] eles não conhecem (E₆).

A vivência de E₅ demonstra que o planejamento do Processo de Enfermagem compete exclusivamente ao enfermeiro, mas com responsabilidade compartilhada na implementação das intervenções com demais integrantes da equipe de enfermagem e deve ser abordado entre seus membros, tendo em vista que o enfermeiro tem total autonomia no desenvolvimento desse processo de trabalho.

[...] eu nunca trato do processo com outros profissionais, só com os da equipe de enfermagem (E₅).

A realidade assumida por E₄ no seu cotidiano evidencia que a interação existente entre os profissionais não interfere de nenhum modo na implementação desse instrumento de trabalho, pois entende que o Processo de Enfermagem é simbolicamente significativo para o enfermeiro e tem valor positivo.

Eu não vejo os outros profissionais como um empecilho para o processo [...] e o relacionamento se dá como tem que ser, não tem nenhuma barreira não, entre os profissionais não, com o processo, o processo funciona bem (E₄).

De acordo com Pitta (1994), a divisão do trabalho no hospital é a reprodução no seu interior da evolução e divisão de trabalho no modo de produção capitalista, preservando algumas características de religiosidade caritativo-

assistencial do séc. XVIII, ao mesmo tempo que é acrescido de regras gerais de mercado típicas das sociedades capitalistas da atualidade.

Dentro desse contexto de dissociação de papéis, de fragmentação das funções e dos saberes não terá sido surpresa a identificação empírica da realidade partida e repartida, delimitada por múltiplas disciplinas, onde cada um exerce sua função independentemente do todo. Para Beneri, Santos e Lunardi (2001), espaços onde existe liberdade para a troca de saberes entre os profissionais favorecem o fortalecimento e a instrumentalização dos membros da equipe de saúde para o cuidado de si e para o cuidado do outro.

3.2.3 Percebendo-se cuidadora

O enfermeiro, ao assumir o cuidado do paciente na UTI por meio do Processo de Enfermagem, traz consigo toda a experiência praticada no seu dia-a-dia, e mediante a sua vivência, passa a enfrentar as situações do cuidar, a interagir consigo mesmo e a assumir o cuidado, traçando suas linhas de ações, definindo as prioridades com base na avaliação do estado de saúde do paciente e tomando as diversas atitudes necessárias ao cuidado. Mediante esse processo de auto-interação, avalia o Processo de Enfermagem para a sua prática profissional, a sua importância, e os seus significados, construindo a partir disso formas de pensar e agir.

3.2.3.1 Construindo significados

Quando perguntamos aos enfermeiros qual o significado do Processo de Enfermagem em seu cotidiano, várias foram as expressões de significados através de sentimentos e opiniões que vieram à tona. Para E₁, a expressão manifestada dar-se pela valorização do enfermeiro como profissional, propiciando o crescimento da enfermagem enquanto ciência.

Bom, eu acho ele muito importante, profissionalmente porque faz com que a nossa profissão cresça [...] pode ser reconhecido [...] como um profissional valorizado [...] que vê o paciente como um todo [...] (E₁).

No cotidiano de seu trabalho, E₂ ressalta a importância do Processo de Enfermagem como uma atitude que vai além da execução de procedimentos, o cuidado em seu contexto mais amplo, favorecendo a busca de plenitude, demonstrando satisfação de cuidar e apropriação no cuidado de enfermagem.

Significa uma qualidade de excelência de enfermagem ao meu paciente (E₂).

Ao contrário de E₃, que reforça na prática a fragmentação das tarefas e a redução do ser humano em partes, pois se sente constrangida em não conseguir proporcionar o cuidado adequado, uma vez que a mesma reitera a visão funcionalista do trabalho da enfermagem. Este estudo possibilitou o entendimento de que o paradigma reducionista ainda é muito presente na prática hospitalar, quando os enfermeiros assumem inúmeras tarefas que devem ser cumpridas, levando-os a perceber o Processo de Enfermagem como mais uma sobrecarga em seu dia-a-dia.

Eu me sinto sem condições de executar o plano, de executar o plano e cuidar do doente [...] eu me sinto constrangida [...] (E₃).

Envolvidos na mecânica dos afazeres rotineiros e pela cobrança de resultados positivos, os enfermeiros parecem não incorporar o Processo de Enfermagem como instrumento de trabalho que deve adequar-se às necessidades da clientela assistida e aos objetivos que vislumbrem o cuidado humano digno. Observamos mediante a contradição manifestada em relação ao Processo de Enfermagem, o sentimento de desprezo, externado em consideração a dicotomia existente entre teoria e prática, mesmo considerando a importância da teoria, situação que gera insatisfação e desmotivação no dia-a-dia.

Para mim tem um significado muito importante se eu pudesse fazer como tal. Mas eu não posso fazer como tal, eu desprezo um pouco, porque eu não posso fazer como ele realmente precisa ser feito (E₃).

Mesmo compartilhando problemas semelhantes, o significado que cada pessoa demonstra em relação ao mesmo objeto depreende das vivências individuais, interpretando e direcionando suas ações no complexo mundo social. Podemos perceber que E₄ direciona suas ações diárias a partir do Processo de Enfermagem, assumindo essa metodologia de trabalho como inerente à sua profissão. Através do planejamento e execução das intervenções de enfermagem,

direciona suas atividades no cotidiano da UTI, objetivando o restabelecimento da saúde do paciente.

O processo significa p'ra mim a profissão, o que eu sou, o que eu faço dentro da UTI. Sem o processo, é como se o processo fosse o que eu tenho que seguir, o que eu tenho que fazer pelos meus pacientes (E₄).

A expressão de sentimento de orgulho dita por E₅, construída no processo de interação social, faz parte da experiência desse enfermeiro que vivencia o cotidiano da UTI. A realização pessoal e profissional é ressaltada, pois particularmente direciona suas ações cuidativas baseadas no Processo de Enfermagem. Compreende que a validação e a comprovação de ações desenvolvidas dar-se-ão através desse instrumento de trabalho.

Muito importante p'ra mim, p'ra nós enfermeiros [...] valida o nosso trabalho, o nosso cuidar, aquilo que realmente comprova o que eu fiz, como eu faço, como eu planejo, como eu executo, para não ficar só nas idéias [...] p'ra mim é uma realização pessoal grande, profissional. Meu Deus, qual é o termo que eu diria? Eu poderia até usar o termo de um orgulho [...] (E₅).

Dentro de uma UTI, onde a destreza manual e a habilidade técnica são exigidas, bem como a execução de tarefas rotineiras que sobrecarregam o dia-a-dia, o enfermeiro não prioriza o planejamento das intervenções de enfermagem, relega-o a último plano e não o realiza. Enquanto o enfermeiro acreditar que o Processo de Enfermagem será mais uma atividade burocrática a ser cumprida, a desmotivação será sempre crescente. Os serviços hospitalares constituídos de pessoas que nos cobram diariamente por atividades administrativas diversas que devem ser executadas, ao lado dos enfermeiros que reforçam essa dinâmica e acomodam-se nesse fazer indefinido e empírico, consistem em dois grandes obstáculos a serem superados.

[...] às vezes você tem tanta coisa para fazer que dá raiva [...] aí eu nem faço (E₁).

Observamos que os enfermeiros sem liberdade para fazer o que desejam, ou seja, prestar cuidados aos pacientes sob sua responsabilidade bem como gerenciar o cuidado, manifestam sentimentos de raiva e desmotivação por não conseguirem fazer ações para as quais foram capacitados e preparados. Outra situação que acarreta a decepção e frustração é relatada por E₃:

[...] desestimulado enquanto sua prescrição não for valorizada pelos outros profissionais [...] (E₃).

Para os interacionistas simbólicos, o significado assume papel central no processo de interação social. O processo interpretativo dar-se através da auto-interação consigo e com os outros, leva a uma re-significação do vivido, em que os valores individuais e coletivos interferem no significado que as coisas têm para a pessoa (JORGE, 1997; SILVA; MAMEDE, 1998; LOPES, 2002). Portanto, quando o enfermeiro tem que enfrentar e confrontar a situação na qual tem que atuar, ele ativamente constrói sua linha de ação, observando, mantendo e conferindo significados a partir da auto-interação individual e coletiva.

Ressaltamos a importância de trabalho compartilhado, fazeres e saberes, entretanto não podemos tirar o foco de atenção de que o Processo de Enfermagem compete à enfermagem. E prioritariamente, a valorização deverá acontecer no interior de cada enfermeiro, sendo consequência a valorização coletiva. A adoção de uma postura submissa e a valorização de ser enfermeiro atrelada à aceitação de terceiros favorecem a passividade e o desrespeito consigo mesmo, características históricas no processo de institucionalização da profissão e formação do enfermeiro ainda muito arraigadas no dia-a-dia.

3.2.3.2 Repensando o Processo de Enfermagem

O Interacionismo Simbólico concebe a vida social, estabelecendo inter-relação conscienciosa pelo sentido atribuído às ações, sendo manipulado, redefinido e modificado através de processo interpretativo (Blumer, 1969).

Na presente investigação, evidenciamos conteúdos que manifestaram formas de repensar o Processo de Enfermagem numa perspectiva de melhor efetivação da prática com vistas a ocupar o espaço social mediante os demais profissionais da saúde e a própria instituição.

Baseado nas sugestões e opiniões dos enfermeiros investigados, buscamos na literatura experiências vividas por parte de enfermeiros no desenvolvimento do Processo de Enfermagem. Assim, apresentamos o depoimento

de E₂ que vislumbra a informatização como forma de melhor operacionalização desta prática.

[...] será que, se tivesse informatização na sistematização eu não teria mais tempo com o meu paciente, para o cuidado? [...] vamos reformular nossa sistematização, pois vamos informatizar! (E₂).

Muitos estudos evidenciaram que a informatização do Processo de Enfermagem otimiza o tempo do enfermeiro para as ações cuidativas, essenciais para proporcionar um cuidado digno e humano, bem como para exercer atividades gerenciais que fazem parte do mundo do enfermeiro. Nesse aspecto, a vontade política e os objetivos da instituição deverão ser os mesmos, ou seja, a filosofia de trabalho dos diretores das instituições hospitalares bem como das diretoras de serviços de enfermagem têm que caminhar lado a lado. Podemos considerar uma utopia a ser perseguida? Que todos venham a responder, questionamento este que pertence a todos nós.

Na atual realidade, em que a saúde tornou-se uma mercadoria e os trabalhadores de enfermagem, produtores de serviços, com certeza a resposta será afirmativa. Entretanto, se repensarmos o nosso ensinar, vislumbrando a dimensão crítica dessa realidade e o nosso fazer, visando à mudança do *status quo* pela capacitação permanente dos trabalhadores, poderemos ter momentos de reflexão quanto a nossa prática assistencial, e não exclusivamente discussões acerca de problemas administrativos e burocráticos.

Essencialmente, como manifesta E₂, a ação mais importante deverá acontecer dentro de cada um de nós. Reformular valores e construir novos significados. A valorização da pessoa humana como gente que naquele momento está sob nossos cuidados, compreendendo que habilidade, destreza e conhecimento técnico são necessários e serão utilizados como instrumentos indispensáveis ao restabelecimento das funções orgânicas, nunca como superiores aos sentimentos e à subjetividade do ser humano. O ser doente traz consigo toda a sua vida e, muitas vezes, é nomeado por uma doença e um número de leito quando adentra o hospital, portanto devemos redirecionar nossas ações técnicas para o homem-gente, desfazendo o homem-objeto do nosso dia-a-dia.

A degradação e a fragmentação do trabalho, onde quem planeja não interage com quem executa, trouxeram conseqüências que até hoje observamos:

Teria que ter pessoas para fazer executar esse plano e pessoas para executar a prática do plano, olhando o plano e combinando com o que está acontecendo com o cliente (E₃).

[...] se existe o pessoal para executar o plano bem feito e a outra pessoa para executar a prática, para checar tudo que fosse feito, eu acho que seria assim excelente (E₃).

[...] eu acho que teria que ter mais enfermeiras, tipo assim, para examinar bem o paciente e um para cuidar [...] (E₃).

Buscar condições para que cada profissional de enfermagem assuma o que é de sua competência legal expressa pela lei do exercício, argumentar com as chefias e administradores das instituições de saúde quanto à necessidade de recursos humanos e materiais adequados, é um compromisso social com a profissão, com as pessoas das quais cuidamos e conosco, com a nossa formação e qualificação (LUNARDI et al., 2004).

Cada trabalhador executando uma tarefa específica não tem mais espaço em nossa realidade atual, o “velho” esquema de trabalho mecanicista e funcionalista que objetiva o cumprimento a qualquer preço das atividades diárias não responde às necessidades de um cuidado humano, digno e solidário.

[...] é a mudança minha de conduta, é a minha consciência, se eu não faço, a partir de agora eu tenho que ser o primeiro a dar o pontapé, a cobrar do auxiliar, a fazer as alterações, a sugerir o que é que tem que ser mudado, p'ra gente melhorar aquela assistência, acho que é por aí (E₂).

As ações, mesmo que planejadas pelo enfermeiro, devem ser executadas tanto pelos enfermeiros como pelos auxiliares de enfermagem, respeitando-se as responsabilidades e capacidades técnicas. O próprio enfermeiro pode ser a gente de execução de sua própria intervenção, uma vez que o processo de trabalho deve acontecer numa rede complexa de integração e cooperação entre todos da enfermagem.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de fundamentar esta pesquisa com o Interacionismo Simbólico a partir da vivência cotidiana do enfermeiro de UTI que desenvolve o Processo de Enfermagem, mostrou que foi possível produzir conhecimentos nesta temática, no âmbito da prática e da pesquisa, baseados na compreensão do significado desta prática para o enfermeiro.

Esta perspectiva teórica constitui-se de dimensões que traduzem as diversas facetas do viver do enfermeiro na experiência do cuidado com o Processo de Enfermagem. Desta forma, elaboramos um diagrama que configura as ações, sentimentos e significados atribuídos pelo enfermeiro na UTI ao trabalhar com o Processo de Enfermagem (ver diagrama 1 na página seguinte).

As temáticas: O Cotidiano do Enfermeiro na UTI e A Interação Social na UTI levaram-nos a compreender os significados do Processo de Enfermagem para o enfermeiro ao interagir com seus colegas enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e estudantes no contexto da UTI.

Refletindo o Processo de Enfermagem mediante a forma como cuida, como avalia o paciente e o significado deste para a sua prática, percebe-se cuidadora em conflito quanto à crença no Processo de Enfermagem, ora sente raiva, insatisfação, frustração, ora se orgulha, considerando este como forma de reconhecimento profissional e ocupação de espaço social da profissão com a conquista de autenticidade e liberdade de ação.

A partir da interação social com os demais, mediante o processo interpretativo, o enfermeiro passa a construir atitudes ao viver o Processo de Enfermagem no cuidado do paciente da UTI. Sabemos que a maioria dos profissionais tem a formação no modelo tradicional de saúde, o pensamento e as ações centrados na doença e não na pessoa, de modo que o enfermeiro também faz parte desse contexto. Assim o enfermeiro considera o Processo de Enfermagem de forma positiva ou não, mostrando sentimentos, opiniões e valores no pensar e fazer a enfermagem.

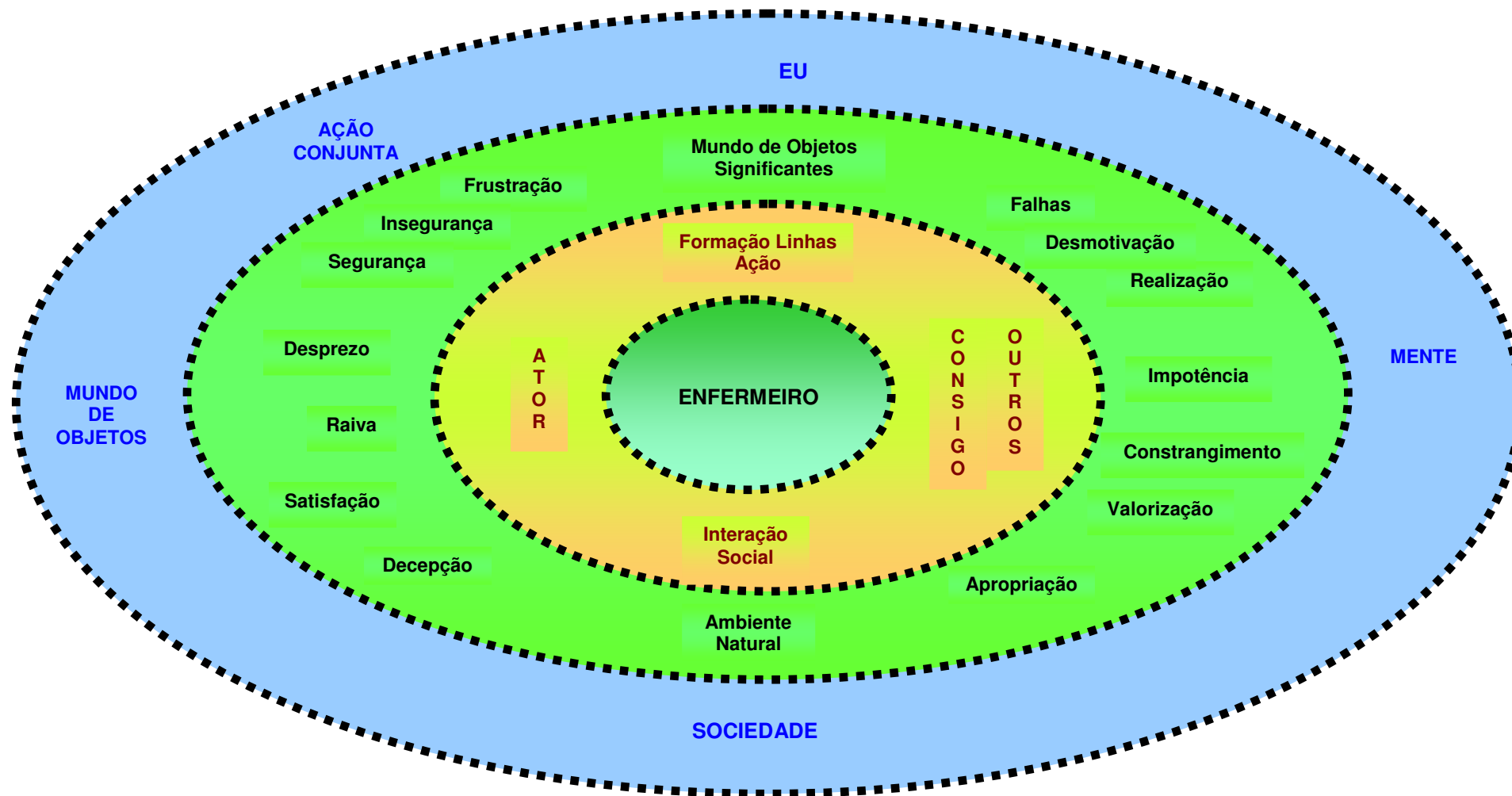


Diagrama 2: Configuração das ações, sentimentos e significados atribuídos pelo enfermeiro na UTI ao trabalhar com o Processo de Enfermagem. Fortaleza-CE, 2007

O enfermeiro não tem autonomia no processo gerencial como um todo, mas em relação ao gerenciamento da assistência de enfermagem, utilizando como instrumento o Processo de Enfermagem, poderá exercê-la com desenvoltura no dia-a-dia de trabalho. Repensar novas estratégias que respondam às necessidades das pessoas que deverão também participar ativamente do processo saúde-doença, adaptando conceitos teóricos à realidade sócio-econômico-cultural em que atuamos, bem como o envolvimento ativo de todos os componentes da equipe de enfermagem, constitui a possibilidade de trilhar por outro caminho.

Embora percebendo que a atual realidade que vivemos ainda está muito longe da idealizada, pois nas nossas ações predominam a assistência demandada por procedimentos, normas, rotinas e focada na doença e não na pessoa doente. Compreendemos que utilizando uma metodologia de trabalho, neste caso o Processo de Enfermagem, e não simplesmente direcionando nossas ações pelo senso comum e pela prática empírica, vislumbraremos um novo futuro.

Este estudo propiciou observar que o enfermeiro sobrecarregado de tarefas e afazeres cotidianos relega para segundo plano o planejamento das atividades relacionadas ao Processo de Enfermagem e à equipe de enfermagem, sendo esporádicos encontros para discutir a assistência, o que pode favorecer ainda mais a desvalorização e a idéia de fazer burocrático.

Mesmo evidenciando falhas e dificuldades na operacionalização do Processo de Enfermagem, os próprios enfermeiros mostram estratégias que podem melhorar esta prática cotidiana, como: utilizar-se da informática, ampliar o quadro de profissionais de enfermagem e desenvolver educação permanente, principalmente junto ao auxiliar de enfermagem.

No entanto, esta pesquisa reconhece que para melhor organizar o Processo de Enfermagem, de forma a conciliar atividades de gerenciamento e de cuidado direto, é importante a interação com o grupo de enfermeiros da UTI, com auxiliares de enfermagem e com os demais profissionais da saúde.

Acreditamos no Processo de Enfermagem como um meio e um instrumento que possibilita um fazer direcionado por ações científicas exeqüíveis na prática, não como um fim em si mesmo ou sinônimo de que sua mera aplicação promoverá a qualidade da assistência, se assim o for, permanecerá sendo uma forma de controle e um fazer desacreditado pela própria enfermagem.

5 REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, A.P.S.; LIMA, W.L.R.; SOUZA, N.V.O. Relevância dos achados da radiografia de tórax para o planejamento da assistência de enfermagem no CTI. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, p. 47-51, 2003.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, A.L.B.L. de; FAKIH, F.T.; MICHEL, J.L.M. O uso do computador como ferramenta para a implementação do Processo de Enfermagem: a experiência do Hospital São Paulo/UNIFESP. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 714-719, nov/dez. 2002.

BAUER, M.W.; BAS, A.A.R.T.S. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BENERI, R.L.; SANTOS, L.R.; LUNARDI, V.L. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 108-118, jan./mar. 2001.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. London University of California Press, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

CARRARO, T.E.; KLETEMBERG, D.F.; GONÇALVES, L.M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 499-501, set./out. 2003.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism**. 3. ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc/Englewood Cliffs. 1989.

CIANCIARULLO, T.I. O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem: padrões de conhecimento e sua importância para o cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I. *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. 303 p.

CROSSETTI, M.G.O. *et al.* O uso do computador como ferramenta para implementação do Processo de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 705-708, nov./dez. 2002.

CROSSETTI, M.G.O.; DIAS, V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem: experiência brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 720-724, nov./dez. 2002.

ÉVORA, Y.D.M.; DALRI, M.C.B. O uso do computador como ferramenta para a implantação do Processo de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 709-713, nov./dez. 2002.

FREITAS, G.F.; OGUISSO, T.; MERIGHI, M.A.B. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 76-81, 2006.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2000, Olinda, PE. **Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”**. Olinda, PE, 2000.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GUALDA, D.M.R. Fundamentação teórico-conceitual do processo de cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I. *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. 303p.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. rev. e ampl. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.

HERMIDA, P.M.V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 733-737, nov./dez. 2004.

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

IYER, P.W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

JORGE, M.S.B. **Indo em busca de seu plano de vida: a trajetória do estudante universitário**. Florianópolis, SC: Papa Livro, 1997.

KIRCHHOF, ALC. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.

KNOBEL, E. **Terapia intensiva: hemodinâmica**. São Paulo: Atheneu, 2004.

KOZIER, B.; ERB, G.; OLIVIERI, R. **Fundamentals of nursing: concepts, process and practice**. 4th ed. Califórnia: Addisson-Wesley, 1991.

LEOPARDI, M.T. **Entre a moral e a técnica**: ambigüidades dos cuidados de enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

LIMA, AFC. **Significados que as enfermeiras assistenciais de um Hospital Universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do sistema de assistência de enfermagem-SAE**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p. 65-86.

LOPES, C.H.A.F. **Assumindo o cuidar**: a enfermeira vivenciando o processo de cuidar e sendo cuidadora do paciente em nutrição parenteral. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2002.

LUNARDI, V.L. *et al.* O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 933-939, nov./dez. 2004.

LUNARDI, V.L. *et al.* Problemas no cotidiano do trabalho e sua relação com o cuidado de si e o cuidado do outro. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 125-140, jul. 2000.

MATTÉ, V.M.; THOFERN, M.B.; MUNIZ, R.M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do Processo de Enfermagem em unidade de tratamento intensivo. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 101-121, jan. 2001.

MELLEIRO, M.M. *et al.* A evolução do sistema de assistência de enfermagem no hospital universitário da universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In: CIANCIARULLO, T.I. *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. 303 p.

MENDES, M.A.; BASTOS, M.A.R. Processo de Enfermagem: seqüências no cuidar fazem a diferença. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 271-276, maio/jun. 2003.

MONTEIRO, E.M.L.M.; NÓBREGA, M.M.L.; LIMA, L.S. Autocuidado e o adulto portador de asma: sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 134-139, mar./abr. 2002.

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. UNI JUÍ, 2000.

NÓBREGA, M.M.L.; BARROS, A.L.B.L. Modelos assistenciais para a prática de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 74-80, jan./mar. 2001.

PAUL, C.; REEVES, J.S. Visão geral do Processo de Enfermagem. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSI, L.A.; CASAGRANDE, L.D.R. O Processo de Enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 39-46, set./out. 2001b,

_____. Processo de Enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T.I. *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001a, 303p.

SAMPAIO, L.A.B.N.; PELLIZZETTI, N. Método científico: instrumento básico da enfermeira. In: CIANCIARULLO, T.I. (org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SAUPE, R.; BUDÓ, M.L.D. Pedagogia interdisciplinar: “Educare” (Educação e Cuidado) como objeto fronteiro em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 326-333, abr./jun. 2006.

SILVA, R.M.; MAMEDE, M.V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 1998.

SIVIERO, I.M.P.S.; TOLEDO, V.P.; FRANCO, D.A.S. A motivação do aluno de graduação em enfermagem quanto à implantação do diagnóstico de enfermagem em sua futura prática profissional. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 90-93, maio/ago. 2002.

SOUZA, M.F. de. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidados. In: CIANCIARULLO, T.I. *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. 303p.

THOFEHRN, M.B. *et al.* O Processo de Enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 69-79, jan. 1999.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALA, J. Análise de conteúdo. In: SILVA, A.S.; PINTO, J.M. (org.). **Metodologia das ciências sociais**. 10. ed. Porto: Afrontamento, 1999. p. 101-126.

VILLALOBOS, N.A.V. La implementación en el nivel operativo del proceso de enfermería. **Rev. Latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 67-73, jan. 1999.

WALDOW, V.R. O cuidar humano: reflexões sobre o Processo de Enfermagem versus processo de cuidar. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 284-293, set./dez. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

DATA –

HORÁRIO –

1 O CONTEXTO DA UTI

- Área física (nº de leitos, equipamentos em uso, ocupação).
- Profissionais (distribuição e atividades desenvolvidas)
- Complexidade dos pacientes

2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL NO COTIDIANO DA UTI

- Passagem de plantão
- Avaliação clínica dos pacientes
- Identificação dos diagnósticos de enfermagem
- Definição das intervenções de enfermagem e aprazamentos das atividades
- Cuidados realizados
- Registro da evolução de enfermagem

APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 Dados de Identificação

Nome –

Data do nascimento –

Estado civil –

Período da Graduação –

Cursos de pós-graduação –

Experiências profissionais anteriores e atuais (área de atuação, outras instituições de trabalho) –

Vínculo na Instituição –

Tempo de serviço na Instituição –

Carga horária –

Escala de serviço –

2 Questões norteadoras

O que significa para os enfermeiros desenvolver o Processo de Enfermagem no seu dia-a-dia na UTI?

Como o enfermeiro age a partir da interpretação da prática do Processo de Enfermagem no seu dia-a-dia na UTI?

Qual o sentido do Processo de Enfermagem para o enfermeiro e como ele se relaciona com os outros em relação a essa prática no seu dia-a-dia na UTI?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **O SIGNIFICADO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA OS ENFERMEIROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: uma abordagem interacionista**, cujo objetivo principal é analisar o Processo de Enfermagem e os fatores que interferem na qualidade da assistência, destacando aspectos teóricos e práticos que contribuem na humanização. Com a mesma pretendemos colaborar com a melhoria da assistência aos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, garantindo o anonimato da identidade bem como a liberdade de participar ou não, ficando livres para desistir em qualquer fase da pesquisa, sem que haja nenhum prejuízo. Haverá benefícios, para os pacientes e nenhum risco ocorrerá e a forma de utilização dos dados será exclusivamente para fins da pesquisa com pleno consentimento dos participantes. Poderá desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade.

Se necessário, pode entrar em contato com a pesquisadora, **Albertisa Rodrigues Alves** – Fone: 32621771

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do sujeito da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C