



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem  
Brasil

Mendes, Maria Angélica; Ribeiro Bastos, Marisa Antonini  
Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença  
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 56, núm. 3, mayo-junio, 2003, pp. 271-276  
Associação Brasileira de Enfermagem  
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019642011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Maria Angélica Mendes\*  
Marisa Antonini Ribeiro Bastos\*\*

de Enfermagem ; Metodologia da Assistência de Enfermagem; ou Processo de Enfermagem; sendo esta última adotada no presente estudo, sempre como método de organização da assistência no provimento do cuidado de enfermagem.

O PE é apresentado<sup>(1)</sup> como o instrumento e a metodologia da profissão para guiar sua prática, a partir da aplicação do método científico, e como tal auxilia os profissionais a tomarem decisões, a preverem e avaliarem conseqüências. Portanto tem como propósito principal ser uma estrutura para operacionalizar a assistência, visando ao atendimento das necessidades individualizadas do cliente<sup>(2)</sup>. Distinguem-se na organização do PE cinco fases identificáveis – histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação <sup>(1,3-5)</sup> .

Cada modelo teórico aplicado à prática de enfermagem pode adotar arcabouços conceituais diferentes no processamento do cuidar, com nomenclaturas distintas daquelas que têm sido utilizadas tradicionalmente pelo PE<sup>(6-7)</sup>.

Investigação é a primeira fase da metodologia, que consiste na coleta e análise sistemática e organizada dos dados do cliente e da família, com o objetivo de identificar suas necessidades efetivas ou potenciais para a formulação dos diagnósticos de enfermagem - DE. Esse é um julgamento clínico acerca das reações do indivíduo, família ou comunidade, segundo Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem - NANDA<sup>(3)</sup> e fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem. O planejamento constitui a terceira fase e é um meio de organizar, direcionar e especificar as ações do enfermeiro, do cliente e/ou dos entes queridos. Com o planejamento feito, inicia-se a execução do plano de cuidados proposto na resolução dos diagnósticos de enfermagem e no atendimento das necessidades de saúde. Na última etapa, o enfermeiro avalia a evolução do cliente, a efetividade das intervenções e institui, caso necessário, alterações no planejamento.

## 2 Aspectos metodológicos

Como a pesquisa qualitativa enfatiza o conhecer, compreender e interpretar o mundo dos significados, dos símbolos, da subjetividade e da intencionalidade, fiz a opção por essa abordagem, por identificá-la com a natureza do objeto e com o objetivo proposto neste estudo. Pois, a pesquisa qualitativa oferece oportunidade de discutir e explorar a configuração de um fenômeno, aprofundando em seu significado mais essencial, do ponto de vista de quem o vivencia, dentro de seu contexto<sup>(8-9)</sup>. O dimensionamento do significado, a interpretação e a análise do fenômeno em estudo emergirão da palavra que expressa o cotidiano dos atores,volvendo com empatia aos motivos, às intenções, aspirações, hábitos, atitudes, opiniões, crenças e valores do referido fenômeno e compreensão dos significados que os animam<sup>(8)</sup>.

Esses enfoques vêm ao encontro dos meus anseios de aproximar, desvelar, conhecer, discutir e compreender o significado e suas estruturas de referência atribuídos pelos atores-enfermeiros envolvidos na dinâmica de implantação do processo de enfermagem, suas singularidades e especificidades em ambiente hospitalar.

Esta investigação teve como referencial teórico-metodológico os estudos de James Spradley<sup>(10)</sup>. O indivíduo, para organizar seu comportamento, compreender a si mesmo e aos demais e dar sentido ao mundo, faz uso constante de uma rede complexa de significados, expressa em suas ações e eventos. Esse sistema de significados constitui a sua cultura. Fazer uma pesquisa etnográfica implica buscar a compreensão ou construção dessa rede de significados, portanto dessa cultura ou dos aspectos de uma determinada cultura . É mais que um estudo sobre as pessoas, é aprender com as pessoas e com suas inter-relações<sup>(10)</sup>.

das pessoas e as experiências com sua visão de mundo, sentimentos, ritos, rituais, significados, atitudes, motivações, tabus, mitos, heróis, crenças, comportamentos e ações<sup>(11)</sup> .

Sistematizar a assistência de enfermagem é um processo emergente na profissão, que apresenta características de ações em movimento; portanto a metodologia etnográfica constitui um caminho legítimo para a compreensão desse fenômeno. Representa assim uma resposta ao desafio que nos propusemos enfrentar, na busca do conhecimento do processo de trabalho na enfermagem.

Os cenários de investigação deste estudo constaram de duas Instituições Hospitalares, que se localizam em distintos municípios da região do sul do Estado de Minas Gerais, cujas denominações foram alteradas para Hospital São Mateus (HSM) e Hospital São Lucas (HSL). A Instituição São Mateus é uma Fundação Hospitalar Municipal com atendimento a clientela através do Sistema Único de Saúde (SUS), de diversos outros convênios e também a clientes particulares. Possui capacidade instalada para 141 leitos operacionais. Tem como mola mestra a clínica oncológica, onde desenvolve tratamentos de radioterapia e quimioterapia, além de oferecer atendimento nas mais diversas clínicas médicas.

No Hospital São Mateus, há aproximadamente quatro anos atrás, enquanto se procedia à avaliação do Serviço de Enfermagem, e em função de a grande maioria da clientela ser portadora de patologias neoplásicas em fase terminal, observou-se que os indivíduos necessitavam de cuidados mais efetivos de enfermagem. Após longas discussões e com influência de outros fatores internos e externos organizacionais, no ano de 1998, a equipe optou inicialmente pelo desenvolvimento de algumas etapas do PE, como a coleta de dados, incluindo a anamnese e o exame físico, a prescrição e conseqüente evolução de enfermagem. Foi prorrogado para um segundo momento, por diversos motivos, o desenvolvimento da etapa do diagnóstico de enfermagem. A opção pelo trabalho da enfermagem nessa Instituição, com a sistematização, em sua totalidade ou não, é sustentada em sua continuidade pelo desejo da equipe de oferecer assistência de enfermagem de melhor qualidade no atendimento das necessidades básicas de seus clientes.

O Hospital São Lucas é uma Instituição Universitária Filantrópica, referência regional em gestantes de alto risco, urgências e emergências, politraumatismos, cirurgias buco-maxilo-faciais, deformidades crânio-faciais e lesões lábio-palatais. Tem uma UTI tipo 2 e é um Centro Autorizado de Captação e Transplante de Órgãos. Sua clientela é constituída na grande maioria por usuários do SUS. As instalações do hospital no todo, constam de 136 leitos operacionais, além de ambulatórios e clínicas periféricas.

A atual direção e coordenação do Serviço de Enfermagem iniciou suas atividades no início de 2000 e logo definiu sua filosofia de trabalho: Gerenciamento voltado para a Qualidade Assistencial. Para que a qualidade na Enfermagem do Hospital São Lucas, se torne cada vez mais realidade, a equipe propôs uma tríade operacional, tendo como primeiro instrumento a Organização do Serviço de Enfermagem. O segundo instrumento proposto é o chamado Processo de Enfermagem na execução da assistência, auxiliada pela Educação Continuada. Na fase de preparo para a implantação do processo, a equipe realizou diversas atividades simultaneamente, como curso de capacitação profissional específico para a Instituição e diversas visitas técnicas em hospitais que também vivenciam de diferentes formas o processo de sistematizar o cuidar. Após um período de sensibilização e estudo, a equipe deu seqüência à elaboração dos instrumentos a serem utilizados na metodologia. Concomitantemente a esses trabalhos, a equipe iniciou uma

o cuidado. Outros serviços também foram organizados para facilitar a operacionalização do PE, como a distribuição de medicamentos por dose unitária e a Central Operacional de Curativos.

O Serviço de Enfermagem do Hospital São Lucas optou pela aplicação do processo em todas as suas etapas e em toda a Instituição, e posteriormente colocará em prática o seu terceiro e último instrumento da tríade operacional proposta, que é o processo de Auditoria Interna, com análise e avaliação da assistência de enfermagem.

Participaram deste estudo, como atores sociais, seis enfermeiros que desenvolvem suas atividades profissionais nas Instituições Hospitalares em foco. A seleção dos informantes deu-se naturalmente com a ajuda dos coordenadores do Serviço de Enfermagem, levando-se em consideração alguns critérios: eram enfermeiros envolvidos desde o início e diretamente no processo de implantação da metodologia assistencial em seu serviço, acreditando que essa situação permitiu aos profissionais a construção de um conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que envolvem a aplicação de um modelo assistencial; outro critério foi a compreensão por parte dos informantes do papel de aprendiz cultural das pesquisadoras na busca de conhecimento dessa situação social associada ao desejo de ensinar o pesquisador; e por último a aceitação da participação na pesquisa.

A coleta de dados só teve início após o consentimento formal das Instituições, e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP, de acordo com a Resolução 196/96 - CNS. Todos os sujeitos do estudo participaram voluntariamente da pesquisa, quando foi obtido o consentimento livre e esclarecido dos informantes, em que foram expostos a natureza do estudo, o status de pesquisadora e informações sobre os objetivos e processos da pesquisa.

Foram realizadas oito entrevistas etnográficas com seis enfermeiros. A primeira e a segunda entrevistas foram não-estruturadas, permitindo ao enfermeiro delinear a narração de acordo com sua intuição e imaginação. Uma pergunta ampla e descritiva dava início às entrevistas: - Descreva a sua vivência como enfermeiro na implantação do processo de enfermagem na sua Instituição, desde o momento em que vocês fizeram a opção de trabalhar com a metodologia assistencial.

Simultaneamente as entrevistas com questões descritivas amplas, deu-se início a análise de domínios, visando identificar domínios/categorias simbólicas ou símbolos que poderiam compartilhar um significado cultural, permitindo a compreensão do processo de implantação do PE. Esse nível de análise de domínios mostrou padrões que ajudaram os pesquisadores a formular questões estruturais e descritivas complementares, numa fase subsequente de coleta de dados.

O próximo passo na análise, foi a construção de taxonomias<sup>(10)</sup>, nas quais os dados coletados são analisados em profundidade, formando uma classificação ou hierarquia que retrata as unidades de organização interna de um domínio e também o relacionamento entre as partes da unidade; ou seja, mostra de que forma os significados estão organizados entre si e com o todo. Nos momentos de análise sobre a organização dos domínios foram identificados em um deles, termos inclusos em contraste, constituindo-se num "conjunto de contraste" ou "paradigma", dando origem ao terceiro nível da análise, denominado componencial. Este representa a busca sistematizada das diferenças entre os símbolos, que auxilia a descoberta dos significados dos mesmos.

Na imersão dos dados etnográficos, ao finalizar o processo de análise de domínio, taxonômica e componencial, de forma natural deu-se início a última e mais refinada etapa, denominada de análise temática, com o objetivo de identificar

tácitos ou explícitos, mostrando o relacionamento entre os subtemas de significado cultural. Os temas constatados, representam o eixo central da sistematização do cuidar como um todo, na perspectiva das crenças e valores dos enfermeiros envolvidos no processo.

Do processo de análise emergiram 20 domínios culturais, 16 taxonomias e um paradigma, posteriormente agrupados em categorias maiores de eventos culturais, que representam a subcultura estudada. A abordagem de inventário ou mapa cultural permitiu a divisão dos domínios culturais em dois grandes momentos:

1º - Preparando a implantação do PE e

2º - Após a implantação do PE.

### 3 Compreendendo o processo de implantação do PE

#### 3.1 Preparando a Implantação do PE

Os resultados deste trabalho serão apresentados na sequência identificada no mapa cultural, portanto a discussão se inicia por alguns domínios encontrados no primeiro momento de preparo para a implantação do processo. Na análise dos relatos dos atores sociais - enfermeiros emergiu o Domínio Cultural intitulado: Características da assistência de enfermagem não sistematizada, constituído de termos inclusos que caracterizam a assistência de enfermagem não sistematizada sob os diferentes aspectos: assistenciais, em diretivas e relativas ao paciente. Com relação as características assistenciais, os profissionais remetem alguns conceitos como tecnicista, empírica e aleatória. Na ótica do enfermeiro, a inexistência de planejamento, bem como da avaliação promove um assistência composta por ações separadas ou isoladas, sem uma sequência no fazer. Estes conceitos geram um atributo que aparece de forma marcante, caracterizando as ações assistenciais como tarefas. A assistência direta de enfermagem fica na responsabilidade dos auxiliares e técnicos. Os informantes também indicaram o fato dela não ser voltada para a área educativa, não sistematizar o exame físico e não possuir respaldo científico.

As características diretivas, pois estas nos informam as bases em que está pautada essa assistência, referem-se a assistência basicamente voltada pró médico ou prá enfermagem e não uma assistência voltada para o paciente ou do paciente, sendo direcionada pelas prescrições médicas e pelas rotinas. Se a assistência de enfermagem é direcionada pela prescrição médica, na visão dos enfermeiros informantes, ela é centrada na patologia e no diagnóstico médico.

Algumas características da assistência não sistematizada são relativas ao paciente, como sectionar o doente, anular sua cidadania, não ser individualizada, levar a pouco conhecimento do paciente e excluir a família. A ausência de planejamento pode ocasionar, entre outras, a manipulação exagerada do ser cuidado pela enfermagem. Refletindo<sup>(13)</sup> sobre o cuidado de enfermagem: O ser reduz-se a uma patologia, aos cuidados com a sonda e os curativos. Fragmenta-se a pessoa em veias a serem perfundidas, a lesões a serem tratadas, a braços e pernas a serem cuidados. Com esse perfil apresentado pela assistência não sistematizada, o enfermeiro conclui: *ela vai de encontro a filosofia da enfermagem*.

Os atributos do enfermeiro que oferece assistência não sistematizada estão identificados no Domínio Cultural: Características do enfermeiro que oferece assistência não sistematizada, e foram classificados como técnico-científicos, ético-legais e profissionais. Em relação aos atributos técnico-científicos é descrita a resistência à MAE. E parece estar relacionada com o fato do profissional não ter conhecimentos científicos sobre o PE. O exame físico e o raciocínio clínico são apontadas<sup>(14)</sup> como as maiores áreas de déficit de



da profissão, como descaracterizar a profissão, não exercer a função de enfermeiro. Os informantes complementam que *ele é um bombeiro [...] só está ali prá apagar fogo*.

Os atributos profissionais relativos ao ser cuidado são aqueles em que o enfermeiro acaba por vê-lo como um número ou uma patologia: *A não ser que ele é mais um câncer de laringe, mais um senhorzinho idoso [...] lá no 101 [...]*. Um atributo de forte significado para a profissão e para o profissional está contido no termo incluso assumir papéis de outros profissionais. Ainda discorrendo sobre o perfil do enfermeiro que não utiliza o PE, os informantes acrescentam a esse profissional os atributos de burocrático e enfermeso, que fica só atrás da mesa, somente prá preencher papel. Dentre os atributos apresentados pelos informantes, referentes ao próprio profissional, o mais ressaltado foi o de tarefeiro.

Outros termos inclusos são relativos ao seu cotidiano profissional, como supervisor de tarefas desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos e tender a ficar só com trabalhos administrativos, deixando de lado a sua função cuidativa. Associado a estas características, os informantes destacam o fato do enfermeiro que não utiliza o PE, atender só intercorrências e outros, mais delegam atividades na prestação do cuidado. Um outro enfermeiro ressalta a importância dada a demanda de serviços em detrimento da qualidade do cuidado prestado, priorizando o cuidar com quantidade. A instituição solicita, na maioria das vezes, é a execução de um mero fazer, para cumprir determinadas atividades que se refletem muito mais numa produção quantitativamente enumerável (quantas injeções, quantos curativos, quantos banhos, quantas nebulizações) do que um trabalho de qualidade; enfim<sup>(15)</sup>. Então, quem é o enfermeiro que oferece assistência não sistematizada? Um informante responde: *[...] um auxiliar talvez melhorado, com nível superior*.

Os informantes deste estudo revelam o significado do PE para eles, enquanto profissionais, através dos termos inclusos descritos no Domínio Cultural: Significado do PE para o enfermeiro. Na análise taxonômica deste domínio observa-se que o significado do processo tem duas referências. Primeiramente, na subcategoria Ser Enfermagem, estão os termos inclusos que expressam o significado do PE na cotidianeidade da profissão Enfermagem nas instituições de saúde. Relacionados ao Ser Enfermeiro estão agrupados os termos que se referem à pessoa que presta cuidados, com todas as suas dimensões de Ser cuidador.

O PE foi reconhecido como a possibilidade de oferecer uma assistência planejada e o ápice do trabalho da enfermagem. As significações do processo também congregaram termos como meta de trabalho a ser atingida dentro da Instituição, enquanto filosofia de trabalho e como filosofia do serviço de enfermagem, além de significados como evolução, uma necessidade e inovação. Num sentido mais prático o PE foi apresentado como um plano de cuidado geral, ou como um método de trabalho devidamente sistematizado. Os informantes expõem as suas preocupações com o papel, com a competência do enfermeiro como foi abordado anteriormente. E o PE vem ao encontro dessa reação do profissional como a esperança de assumir o seu papel de enfermeiro e mostrar a sua competência. Também emergiram outros significados como um sonho, ambição ou desafio e até mesmo como uma vitória.

Os enfermeiros também colocaram em pauta nas suas entrevistas a prescrição de enfermagem, que deu origem ao Domínio Cultural: Tipos de Prescrição de Enfermagem, constituído de dois termos inclusos. Portanto foram identificados dois tipos de prescrição de enfermagem, que compõe a etapa do planejamento da assistência. A prescrição padronizada ou pré-feita se acha impressa sob a forma de um plano de cuidados,

esperados, associados a um determinado processo de diagnóstico ou enfermidade<sup>(3)</sup>. O plano de cuidados ou prescrição de enfermagem individualizada ou seja, elaborada para cada paciente correspondem ao segundo termo incluso deste domínio. Nos relatos dos informantes foram evidenciados contrastes entre a prescrição de enfermagem padronizada e a individualizada, e através da análise componencial, esses contrastes estão organizados no Paradigma correspondente.

Na prescrição padronizada a definição é por patologia, já na individualizada o enfermeiro faz a prescrição conforme a situação real do paciente, levantando suas necessidades e os diagnósticos de enfermagem. A padronizada contém os cuidados básicos de enfermagem, portanto uma grande parte já vem pronta, e possui um espaço em branco para acréscimo do diferencial a ser prescrito para cada paciente. Os informantes visualizam a prescrição individualizada como a ideal, apesar de dispensar maior tempo, mas que permite conhecer melhor o paciente. Mas devido a sua mais difícil operacionalização, nem sempre é viável. Importante ressaltar que a anamnese e o exame físico foram citados como parâmetros para ambas as prescrições, sejam elas individualizadas ou já pré-feita.

### 3.2 Após a Implantação do PE

O Domínio Cultural e a sua correspondente Taxonomia: Formas de se Expressar sobre o PE, dão abertura na descrição de alguns domínios, no segundo grande momento do mapa cultural após a implantação do PE. Estas formas são referentes ao conceito, à assistência, à Enfermagem, ao enfermeiro, entre outras. O conceito de PE emergiu como teorizar a prática e ser uma prática científica ou modelo assistencial. Através da sistematização o enfermeiro coloca seqüências no cuidar. As narrativas dão conta de que existe um consenso entre os enfermeiros na percepção do processo como um instrumento que possibilita o retorno da enfermagem à questão cuidativa, resgatando consequentemente a qualidade assistencial. Portanto, no ponto de vista dos profissionais, a sistematização do cuidar é essencial e faz a diferença. O processo também é considerado<sup>(1,4)</sup> como um instrumento essencial, uma vez que ele constitui a base da prática de enfermagem.

Os enfermeiros assim expressaram sobre a profissão Enfermagem e a PE: *sem o PE, a gente simplesmente leva [...], não vejo outro rumo, sem o PE, é a reestruturação da nossa imagem, a reafirmação do nosso papel, é mostrar a face da Enfermagem, uma meta a ser atingida, avanço a enfrentar. Enfim o Processo de enfermagem é o que tem que acontecer na enfermagem, ele tem que existir*. Um informante aponta o PE como um caminho para a profissão. A sistematização do cuidar também é visualizada<sup>(16)</sup> como o caminho imprescindível (sem outra alternativa até o momento atual) para o reconhecimento da enfermagem. Outro profissional refere ao PE como boa experiência e verbaliza de maneira incisiva: *este é o nosso espaço*. Os profissionais deste estudo citam que poucos tem experiência em sistematizar o cuidado, mas complementam: *[...] a visão desse enfermeiro é diferente de quem já fez, quem faz sabe a necessidade*. Outro profissional assim fala: *é a expressão máxima do enfermeiro [...]* Diante disso tudo, um informante disse: *[...] o enfermeiro perdeu tempo em não ousar implantar a sistematização [...]*.

No Domínio Cultural e sua correspondente Taxonomia: Efeitos da Implantação do PE estão relacionados os termos inclusos evidenciados durante as entrevistas e agrupados conhecimentos a respeito das interferências do processo de sistematização do cuidar no Ser Enfermagem, no Ser Cuidado e no Ser Cuidador. No Ser Enfermagem estão agrupados os termos inclusos referentes à profissão Enfermagem, tanto nos seus aspectos assistenciais, como administrativos e outros. Na subcategoria do Ser Cuidador encontram-se os termos

os resultados para a pessoa que recebe os cuidados de enfermagem – o paciente/cliente.

Em relação ao Ser cuidado destacam os termos confiança maior do cliente, satisfação, gratidão, melhor recuperação e redução da ansiedade desse cliente. Os relatos apresentam alguns aspectos significativos ético-legais e técnicos da sistematização relativos ao Ser cuidador, evidenciados nos termos atinge seu propósito de formação - o cuidar e visão do setor como um todo. Além do reconhecimento, da gratificação e da satisfação profissional pôde ser observado nos discursos dos enfermeiros a busca do aperfeiçoamento no seu dia-a-dia, com aprofundamento do conhecimento teórico e conseqüente crescimento profissional e também a incorporação da sistematização ao fazer do cuidador. Todos os profissionais deste estudo demonstraram um entendimento bastante razoável da importância da sistematização do cuidar na conquista da territorialidade formalizada da profissão, assumindo o seu principal papel no contexto da assistência à saúde; o cuidado em âmbito multiprofissional.

Ficaram evidenciados inúmeros termos inclusos referentes ao Ser Enfermagem, ressaltando como a maior categoria deste grande domínio. Interessante registrar que todos os aspectos concorrem para um único ponto; a transformação e organização do serviço de enfermagem para atingir a excelência da qualidade assistencial, como demonstram os termos: melhor visualização do paciente, o planejamento das atividades e a avaliação do serviço. Aspectos outros são relacionados à administração, como a seleção e capacitação da equipe. Também são apresentadas<sup>(3,5)</sup> as implicações do uso do PE, tanto para a profissão, como para o enfermeiro e para o cliente, caracterizadas como benefícios, isto é, ganham uma conotação positiva e usualmente compartilham da grande maioria dos resultados apresentados pelos informantes deste estudo.

Os informantes ao descrever o profissional que desenvolve a sistematização, indicaram inúmeros atributos, construindo o perfil deste profissional, representado no Domínio Cultural: Características do Enfermeiro que Oferece Assistência Sistematizada. O atributo do enfermeiro que oferece assistência sistematizada, que aparece de uma forma mais marcante, está relacionado à assistência de enfermagem, é o: é o cuidar cuidado com qualidade. A importância de trabalhar em equipe, em time é compartilhada pelos informantes desse estudo. Ao longo dos relatos, emergiram outros traços característicos do enfermeiro que trabalha com um modelo assistencial, com predomínio dos atributos de cunho pessoal, como: ousado, prático, competente, inovador e ter jogo de cintura. Enfim, *profissional, dedicado, estudioso, consciencioso, consciente, ético, politizado, de um modo geral ele tem que ter essas características.*

O último domínio construído e com destaque especial apresentado em seguida, mostra com certa objetividade, os atributos do cuidar sistematizado no contexto cultural dos enfermeiros envolvidos no processo de implantação da metodologia assistencial. Esse conhecimento está descrito no Domínio Cultural e da análise de seus termos inclusos hierarquizados emergiu a sua correspondente Taxonomia: Características da Assistência de Enfermagem Sistematizada.

Essas características foram classificadas em diretivas, assistenciais e outras. Uma das características primordiais e diretivas da assistência de enfermagem sistematizada é o atendimento das necessidades do paciente. Na descrição das características da assistência de enfermagem que utiliza a metodologia, são encontrados termos inclusos como holística, científica, com qualidade, individualizada, planejada e humanizada. A fala que se segue, destaca, entre outros o atributo da assistência sistematizada: holismo: *Ela faz com que esse atendimento seja muito mais voltado também prus propósitos e*

*observando ele como um todo.* O enfermeiro é responsabilizado<sup>(4)</sup> pelo cuidado holístico do indivíduo/família, pois os fenômenos que preocupam a enfermagem são os padrões de resposta humana, e não os processos de doença com seus sinais e sintomas.

Estes conceitos remetem-nos o raciocínio que a assistência cuidativa do ser humano supera o biológico, pois este possui necessidades além do bom funcionamento celular e orgânico. É aprender que a doença não está somente nas feridas aparentes do corpo<sup>(16)</sup>. Esse enfoque holístico também promove a individualização da assistência, a partir do momento que os diagnósticos de enfermagem e suas intervenções passam a ser elaboradas para a pessoa portadora de necessidades e não somente para a doença. A sistematização da assistência é também percebida<sup>(5)</sup> como humanizada, baseada na crença de que à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar os ideais, os interesses e os desejos do paciente, não perdendo de vista a importância do fator humano. A descrição desse domínio é finalizado pela fala conclusiva de um profissional: *O enfermeiro soube dirigir muito mais o cuidado.*

#### 4 Transformando a prática do enfermeiro

A ênfase deste estudo foi conhecer o sistema de significados, com seus valores e crenças, do profissional enfermeiro, ao confrontar com uma nova proposta metodológica do cuidar. Assim, após meses de mergulho nos dados etnográficos dessa cultura, emergiu naturalmente o tema cultural: colocar seqüências no cuidar faz a diferença, que é uma junção de discursos dos informantes. A percepção do tema colocar seqüências no cuidar, se fez ao nosso olhar como o significado atribuído ao conceito de PE.

Corroboram<sup>(17)</sup> com conceito ao apresentarem uma concepção mais formal sobre processo: é um grupo de atividades realizadas numa seqüência lógica com o objetivo de produzir um bem ou um serviço que tem valor para um grupo específico de clientes. Outros autores também apresentam o processo de enfermagem como uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, ou também com uma série planejada de ações. Lembrando que o PE é organizado em cinco fases identificáveis e interdependentes, num contínuo de pensamento e ação. A análise temática proporcionou oportunidades de refletir e desvendar o conceito para uma atividade ainda nebulosa e reticente no palco da enfermagem brasileira, no sentido de levar os atores- enfermeiros a uma nova perspectiva de compreensão e ação, realinhando a enfermagem dentro de sua missão maior que é o cuidar-cuidado.

Diante do conhecimento conceitual do PE, com a compreensão de seus significados, relacionados com os significados que os enfermeiros já possuem, poderá concorrer para o despertar (se assim desejar o profissional) da adoção e uso da sistematização no contexto vivido, em busca de um melhor cuidar. Pois a metodologia não é uma modelagem pesada, estática, neutra ou rígida, pelo contrário, é um processo flexível na sua organização e aplicação, livre de imposições e manipulações, sustentado por encontros do ser cuidado com o ser cuidador, por reflexões, (re) ações e por contínuas (re) construções. A essência do cuidado reside na dimensão comunicativa, no sentido da busca do entendimento e conhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos. Nesse encontro subjetivo, cabe ao profissional no exercício de seu trabalho, aplicar a técnica na medida justa da especificidade da necessidade do paciente, e fazê-lo por meio de relações de continência, acolhimento e vínculo<sup>(18)</sup>.

O tema faz a diferença se destaca, pois permeia grande parte da vivência compartilhada pelos enfermeiros no processamento da sistematização do cuidar e traduz com

os informantes, sistematizar a assistência, é uma experiência positiva, promotora das mais variadas implicações, e, mesmo de forma incipiente, a sua existência mostra a viabilidade da transformação da prática de enfermagem. Faz a diferença revela com fidelidade que esta é a razão mais significativa para o acolhimento e empreendimento desse desafio pelos informantes, rompendo com os limites da passividade e comodismo, ao permitir-se modos diferentes de fazer, viver a enfermagem e ser enfermeiro.

Além disso, essa fala faz a diferença denuncia, ainda que de forma implícita, o resgate e a consolidação do papel do enfermeiro assistencial, liberando-o da ciranda da vida diária, perdido na resolução de problemas imediatos dos funcionários e da unidade, envolvido com uma rotina de escalas, estoques de medicamentos, serviços de lavanderia e rouparia, papéis, formulários e, às vezes, problemas dos pacientes. E a assistência de enfermagem científica, holística e humanizada parece cada vez mais restrita a teorias e aos livros de enfermagem. O profissional cuidador não possui tempo, nem disponibilidade para priorizar o cuidado ou mesmo para desenvolver o seu saber. E nesta intrincada realidade, a sistematização do cuidar faz a diferença, seja no fortalecimento da profissão, na excelência e eficácia do cuidado e em particular, na concretização dos ideais de ser enfermeiro.

Aperfeiçoada foi a nossa forma de viver a enfermagem, ao conhecer a realidade institucional desta nova maneira metodológica do cuidar, que me deu um olhar mais aplicado do PE. Ainda, destaca-se<sup>(18)</sup> a importância de aprofundar a compreensão sobre as contradições inerentes a essa metodologia, inclusive sua aplicação como instrumento de trabalho, desvinculado de seu contexto e das abordagens teóricas que o fundamentam. E continuamos como referiu um informante: sem deixar o rio passar no compartilhar da construção de uma prática reflexiva e transformadora, com os demais parceiros embuídos desse desejo de transformação. Ao finalizar, partilho do pensamento<sup>(19)</sup> é o momento da criação de possibilidades, de pensar o novo, o não pensado antes. Ou seja, quebrar as amarras da mesmice cotidiana que nos embrutece e vislumbrar, como numa epifania, o não-vislumbrado antes.

### Referências

1. Paul C, Reeves JS. Visão geral do processo de enfermagem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2000. 375 p. il. p. 21-32.
2. Castilho V. A enfermeira vivenciando a formulação de conduta de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo 1992 dez;26(3):405-18.
3. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993. 325 p. il.
4. Doenges ME, Moorhouse MF. Diagnóstico e intervenção em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999. 560 p. il.
5. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000. 281 p. il.
6. Mussi FC, Whitaker IY, Fernandes MFP, Gennari TD, Brasil VV, Cruz DALM. Processo de enfermagem: um convite à reflexão. Acta Paulista de Enfermagem São Paulo 1997 jan/abr;10(1):26-32.
7. Sena CA, Carvalho EC, Rossi LA, Caron Rufino M. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto (SP) 2001 jan;9(1):27-38.
8. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 1993 jul/set;9(3):239-48.
9. Gualda DMR, Merighi MAB, Oliveira SMJV. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo 1995 dez;29(3):279-309.
10. Spradley J. The ethnographic interview. New York: Holt, Rinehart & Winston; c1979. vii, 247 p.
11. Lima CMG, Dupas G, Oliveira I, Kakehashi S. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto (SP) 1996 jan;4(1):21-30.
12. Spradley J. Participant observation. New York: Holt, Rinehart & Winston; c1980. xi, 195 p. il.
13. Souza AIJ. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem. In: Leopardi MT. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis (SC): Papa-Livros; 1999. 226 p. p.196-204.
14. Maria VLR. Diagnóstico de enfermagem. Nursing: Revista Técnica de Enfermagem, São Paulo 2001 jan;4(32): 11-3.
15. Leopardi MT. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis (SC): Papa-Livros; 1999. 226 p.
16. Santana JSS, Carvalho RC. Sistematização da assistência de enfermagem em creche: reflexões de uma prática. Nursing: Revista Técnica de Enfermagem, São Paulo 2000 maio;3(24):24-29.
17. Gonçalves JEL. As empresas são grandes coleções de processos. RAE – Rev. Administr. Empr. 2000 jan/mar;40(1):6-19.
18. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2002 jul/ago;55(4):392-8.
19. Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1997. 334 p. il. (Saúde em debate; série 3. Didática; 73).

Data de recebimento: 14/03/2003

Data de aprovação: 20/08/2003