

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

EUDINÉIA LUZ SCHMITZ

**FILOSOFIA E MARCO CONCEITUAL: ESTRUTURANDO
COLETIVAMENTE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM**

Florianópolis
2015

Eudinéia Luz Schmitz

**FILOSOFIA E MARCO CONCEITUAL: estruturando
coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke.

Linha de Atuação: Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem.

Área Temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Schmitz, Eudinéia Luz
Filosofia e marco conceitual : estruturando
coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem
/ Eudinéia Luz Schmitz ; orientadora, Francine Lima
Gelbocke - Florianópolis, SC, 2015.
155 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Filosofia. 3. Marco Conceitual. 4.
Teorias de Enfermagem. 5. Sistematização da Assistência de
Enfermagem. I. Gelbocke, Francine Lima. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM

**"FILOSOFIA E MARCO CONCEITUAL: Estruturando Coletivamente a
Sistematização da Assistência de Enfermagem"**.

Eudinéia Luz Schmitz

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e
Enfermagem**

Profa. Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado
em Enfermagem

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke (Presidente)

Prof. Dr. Marli Terezinha Stein Backes (Membro)

Profa. Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider (Membro)

Prof. Dr. Maritê Inez Argenta (Membro)

Dedico este trabalho aos meus dois parceiros de vida, meu esposo Cleber e meu filho Lucas, que com muita paciência me acompanharam nessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

Finalizar uma construção científica é sempre algo grandioso na vida de alguém, afinal a intenção de uma pesquisa é trazer contribuições para a sociedade. Inúmeras foram as pessoas que cooperaram para que as primeiras páginas em branco fossem vencidas, viabilizando, nesta trajetória, uma nova conquista a cada dia.

Por isso, agradeço primeiramente a Jesus, por ter me dado o dom da vida, a capacidade de aprendizagem e principalmente a força para vencer obstáculos.

Obrigada ao meu grande amor, meu esposo, que esteve incansavelmente ao meu lado, interagindo tão intensamente com esta obra, que se não escreveu diretamente o fez de forma indireta com sua energia positiva.

Ao meu filho amado, que na sua mais tenra idade teve de entender o afastamento de sua mãe, e mesmo assim, insistiu a todo o instante em demonstrar o amor filial.

Aos meus pais Dina e Jacó e aos meus sogros Izabel e Alcides que sempre me apoiaram, muitas vezes facilitando meu convívio em família, com reuniões e comemorações em datas especiais em conjunto, os meus sinceros agradecimentos. Amo vocês.

Às minhas queridas irmãs Adriana e Susian e a minha sobrinha Taynara que mesmo morando longe estão presentes em minha vida de forma muito intensa e auxiliando nos cuidados com o Lucas.

Ao meu querido amigo Mario que sempre me incentivou e impulsionou para iniciar esta nova fase em minha vida acadêmica. Sempre se mostrou solícito e presente em todos os momentos desta caminhada. Deixo aqui o meu sincero obrigado por estar sempre por perto.

Aos meus colegas da UTI do Hospital Universitário agradeço pela parceria e compreensão em momentos de fadiga.

Aos colegas da emergência geral do Hospital Regional de São José meu muito obrigado pelo apoio dispensado durante toda a construção deste estudo.

À Andréia, Chefe do Serviço de Enfermagem da Emergência, que sempre conseguiu organizar minha escala de serviço, propiciando que eu participasse das aulas, trabalhos e apresentações.

À Luciana, Gerente de Enfermagem, que deu apoio incondicional ao objetivo do estudo e incentivou toda a equipe a participar do mesmo.

Obrigada aos enfermeiros do Hospital Regional de São José que participaram das várias etapas do processo de construção coletiva.

À minha orientadora professora Dra. Francine Lima Gelbcke que depositou um grande desafio em minhas mãos, acreditou na possibilidade e abrilhantou este estudo com sua vasta experiência, sua disponibilidade e sua forma criteriosa de repensar as ideias apresentadas, que deram direção a este estudo, facilitando o alcance do objetivo. Meus sinceros agradecimentos. Que Deus ilumine sempre os seus caminhos.

Agradeço ainda a todos os professores do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC que propiciaram momentos de muita reflexão e conhecimento, edificando minha formação.

Às professoras Dra. Marli Terezinha Stein Backes, Dra. Marité Inez Argenta, Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra. Juliana Balbinot Reis Girond e Dda. Silvana Alves Benedet que, a meu ver, fazem parte integrante deste estudo, pois diante das oportunidades de avaliá-lo formalmente através das bancas constituídas, fizeram-no com tanta maestria que sempre me encantaram.

Aos meus colegas do Mestrado, pelos momentos de diálogo, formal e informal, que concederam crescimento pessoal e profissional.

E finalmente, a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a construção deste trabalho.

Muito obrigada!

SCHMITZ, Eudinéia Luz. **FILOSOFIA E MARCO CONCEITUAL: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem**. 2015. 155p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke.

Linha de atuação: Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem.

Área Temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem.

RESUMO

Pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial com o objetivo de construir com os enfermeiros a Filosofia de Enfermagem e o Marco Conceitual que servirão como suporte teórico para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital geral do sul do Brasil. O estudo foi desenvolvido com enfermeiros lotados em várias unidades da instituição, num total de 42 participantes. A coleta de dados ocorreu através de quatro encontros, realizados com os enfermeiros, com o objetivo de refletir e construir coletivamente a filosofia de enfermagem, o marco conceitual, bem como a definição da teoria de enfermagem que sustentará a sistematização da assistência. No primeiro encontro foi discutido sobre a filosofia de enfermagem e iniciada a sua construção. No segundo encontro finalizou-se a filosofia, e procedeu-se à escolha da teoria, além de se iniciar a construção do marco conceitual. No terceiro encontro foi realizada a finalização do marco conceitual e, finalmente, no quarto encontro, foi validada, por meio de assembleia geral, a filosofia de enfermagem, o referencial teórico e o marco conceitual. Os conceitos construídos foram pautados na experiência profissional de cada participante e na literatura atualizada sobre a temática, após discussão e consenso do grupo. Para análise de dados foram utilizadas as etapas propostas por Morse e Field que se constituem em: processo de apreensão; processo de síntese; processo de teorização; e, transferência dos resultados. Os resultados obtidos demonstraram, a partir das construções e das discussões em grupo, que os participantes do estudo possuem experiência no cuidado, além de expressarem preocupação em adquirir maior conhecimento para aprimoramento da prática. A Pesquisa Convergente Assistencial foi fundamental na realização deste estudo, pois possibilitou a construção da filosofia e do marco conceitual a partir da relação entre teoria e prática, a

fim de fortalecer o serviço da equipe de enfermagem desta instituição. Além disso, o processo de construção coletiva movimentou a equipe para a ação-reflexão-ação, aguçando nos profissionais a importância do trabalho em equipe e aquisição de novos conhecimentos que possibilitem transformações constantes da prática. Teve como resultado a construção da filosofia, em que os sujeitos demonstraram suas crenças relacionadas a: equipe enfermagem; trabalho em equipe; cuidado holístico; excelência no atendimento; liderança/coordenação; equipe interdisciplinar e comprometimento. O marco conceitual criado envolve os conceitos de: ser humano; enfermagem; assistência de enfermagem e cuidado seguro. A teoria definida foi a das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta. Espera-se que a filosofia de enfermagem e o marco conceitual construídos sirvam para dar sustentação teórica para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem que norteará a equipe de enfermagem para um cuidado mais seguro e qualificado aos usuários.

Descritores: Processos de Enfermagem. Educação em Enfermagem. Filosofia em Enfermagem. Teoria de Enfermagem. Formação de Conceito. Modelos Teóricos.

SCHMITZ, Eudinéia Luz. **PHILOSOFY AND THE CONCEPTUAL FRAMEWORK: collectively structuring the systemization of nursing assistance.** 2015. 155p. Dissertation (Professional Masters Degree) Professional Masters Degree Post-graduation Programme, Nursing Care Management, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis, 2015.

Advisor: Dra. Francine Lima Gelbcke.

Research Line: Management and Nursing Health Management.

Subject Area: Systemization of Nursing Assistance.

RESUMO

A qualitative research, of assistential convergent type aiming at building together with nurses the Nursing Philosophy and the Conceptual Framework that will be used as the theoretical support in the implementation of the Systemization of Nursing Assistance in a general hospital in Southern Brazil. The study was developed with 42 nurses from several units at the institution. Data collection took place during four meetings with nurses, aiming at the reflection and the collective construction of the nursing philosophy, the conceptual framework, as well as the definition of the nursing theory that will support the systemization of assistance. The first meeting held discussions about nursing philosophy and the beginning of its construction. During the second meeting the philosophy was finalized, and the theory was chosen and the construction of the conceptual framework was also started. On the third meeting the conceptual framework was finalized; and finally, in the fourth meeting, the nursing philosophy, the theoretical background and the conceptual framework were validated, through a General Assembly. Concepts built were based upon the professional experience of each participant and upon updated literature on the theme, followed by discussions and resulting from group consensus. Regarding data analysis, the stages proposed by Morse and Field were used, consisting of: the apprehension process; the synthesis process; the theorization process; and transference of results process. Groups discussions and construction results obtained showed that participants were experienced in care and were concerned in acquiring greater knowledge towards improvement of practice. The Assistential Convergent Research was essential in this study, as it enabled the construction of a philosophy and of the conceptual framework from the relationship between theory and practice, in order to strengthen the nursing team service of this institution. Also, the collective construction

process prompted the team towards action-reflection-action, highlighting the importance of teamwork and new knowledge that enables constant change in practice amongst the professionals. Thus, the construction of philosophy resulted, where subjects showed their beliefs related to: nursing team; teamwork; holistic care; excellence in rendered services; leadership/coordination; interdisciplinary team and commitment. The conceptual framework created involved the following concepts: human being; nursing; nursing assistance and safe care. The defined theory was one of the basic human needs by Wanda de Aguiar Horta. It is hoped that the nursing philosophy and the conceptual framework built will provide the theoretical basis towards the implementation of the Systemization of Nursing Assistance, which will guide the nursing team towards safer care and higher qualified care to users.

Key words: Nursing Process. Education, Nursing. Philosophy, Nursing. Nursing Theory. Concept Formation. Models, Theoretical.

SCHMITZ, Eudinéia Luz. **FILOSOFÍA Y MARCO CONCEPTUAL: estructuración colectiva de la sistematización de enfermería**. 2015. 155p. Dissertación (Maestrazgo Profesional) Programa de Pos-Graduación Maestrazgo Profesional Gestión del Cuidado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke

Línea de Investigación: Gestión y Gerencia en Salud y Enfermería.

Área Temática: Sistematización de la Asistencia de Enfermería.

RESUMEN

Investigación cualitativa, convergente asistencial, con el objetivo de construir junto a los enfermeros la Filosofía de Enfermería y el Marco Conceptual que serán el soporte teórico para la implantación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en un hospital general en el sur de Brasil. El estudio fue desarrollado con enfermeros de varias unidades de la institución, con un total de 42 participantes. Los datos fueron cosechados en cuatro encuentros con los enfermeros, con el objetivo de reflexionar y construir colectivamente la filosofía de enfermería, el marco conceptual y la definición de la teoría de enfermería que sostendrá la sistematización de la asistencia. En el primero encuentro se discutió la filosofía de enfermería y se inició su construcción, que fue finalizada en el segundo encuentro, dónde también se eligió la teoría y se inició la construcción del marco conceptual. En el tercero encuentro se finalizó el marco conceptual, y en el cuarto encuentro la filosofía de enfermería, el referencial teórico y el marco conceptual fueron validados en una asamblea general. Los conceptos construidos fueron basados en la experiencia profesional de cada participante y en la literatura actualizada sobre la temática, después de discusión y consenso del grupo. Las etapas propuestas por Morse y Field - proceso de comprensión; proceso de síntesis, proceso de teorización y transferencia de resultados - fueron usadas para analizar los datos cosechados. Desde las construcciones y discusiones en grupo, los resultados obtenidos demostraron que los participantes del estudio poseen experiencia con los cuidados y expresan preocupación en adquirir más conocimiento para perfeccionar su práctica. La Investigación Convergente Asistencial fue fundamental para realizar este estudio, una vez que posibilitó la construcción de la filosofía y del marco conceptual desde la relación entre teoría y práctica, con el objetivo de fortalecer el servicio del equipo de enfermería de esta institución. Además, el proceso de construcción colectiva llevó el equipo a un

movimiento de acción-reflexión-acción, demostrando la importancia de trabajar en equipo y adquirir nuevos conocimientos que permitan transformaciones constantes en sus prácticas. El resultado fue la construcción de una filosofía en que los sujetos demostraran sus creencias relacionadas al siguiente: equipo de enfermería, trabajo en equipo; cuidado holístico, excelencia de servicio; liderazgo/coordiación; equipo interdisciplinario y comprometimiento. El marco conceptual creado envuelve los siguientes conceptos: el ser humano, enfermería, asistencia de enfermería y cuidado seguro. La teoría definida fue la teoría de las necesidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta. Se espera que la filosofía de enfermería y el marco conceptual construidos ofrezcan sustentación teórica para la implantación de la Sistematización de Asistencia de Enfermería para guiar el equipo de enfermería para un cuidado más seguro y calificado a los usuarios.

Descriptores: Procesos de Enfermería. Educación en Enfermería. Filosofía en Enfermería. Teoría de Enfermería. Formación de Concepto. Modelos Teóricos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ANA	American Nurses Association
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
GE	Gerência de Enfermagem
EP	Educação Permanente
HRSJ	Hospital Regional de São José
HU	Hospital Universitário
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
NANDA	<i>North American Nursing Association International</i> <i>Diagnosis</i>
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Programa Atenção Domiciliar
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PE	Processo de Enfermagem
POP	Procedimento Operacional Padrão
SAE	Sistematização de Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAV	Sistema de Aprendizagem Vivencial
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo no Hospital Regional da São José, São José, 2014.....	68
Tabela 2: Caracterização dos setores de origem dos enfermeiros participantes do estudo no Hospital Regional da São José, São José, 2014.	68
Tabela 3: Caracterização dos turnos de serviço dos enfermeiros participantes do estudo no Hospital Regional da São José, São José, 2014.	69

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	17
LISTA DE TABELAS.....	19
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1 FALANDO SOBRE TEORIAS, MARCO CONCEITUAL E FILOSOFIA	29
2.1.1 Teorias de Enfermagem.....	32
2.1.2 Marco Conceitual	38
2.1.3 Filosofia na Enfermagem	38
2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÃO PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM....	41
2.2.1 Breve Histórico sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem	42
2.2.2 Definindo a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem.....	47
2.3 ASPECTOS LEGAIS DA ENFERMAGEM, DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	50
3 MARCO CONCEITUAL.....	55
3.1 PRESSUPOSTOS.....	55
3.2 CONCEITOS.....	56
3.2.1 Ser Humano.....	56
3.2.2 Enfermagem	57
3.2.3 Enfermeiro.....	57
3.2.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	57
3.2.5 Teorias de Enfermagem.....	58
3.2.6 Marco Filosófico	58
3.2.7 Marco Conceitual	59
3.2.8 Construção Coletiva	59
3.2.9 Cuidado Seguro	60
4 METODOLOGIA.....	61
4.1 TIPO DE ESTUDO	61
4.2 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	63
4.3 ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	64
4.3.1 Fase de Concepção	64
4.3.2 Fase de Instrumentação	65

4.3.2.1	Decisões Metodológicas	65
4.3.2.2	Sobre o Espaço da Pesquisa	65
4.3.2.3	Sujeitos de Pesquisa	67
4.3.2.4	Técnica de Coleta de Dados.....	69
4.3.3	Fase de Perscrutação	70
4.3.3.1	Coleta dos Dados	71
4.3.4	Análise e Interpretação dos Dados.....	76
4.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	77
5	RESULTADOS	79
5.1	MANUSCRITO 1: FILOSOFIA DE ENFERMAGEM: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA	80
5.2	MANUSCRITO 2: MARCO CONCEITUAL: CONSTRUÇÃO COLETIVA COM ENFERMEIROS	103
5.3	PRODUTO FINAL	119
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
	APÊNDICES	137
	ANEXOS.....	151

*“Ninguém ensina ninguém.
Tampouco aprende-se sozinho. Os
homens aprendem em comunhão
mediatizados pelo mundo”.*
Paulo Freire

1 INTRODUÇÃO

A reflexão sobre a prática assistencial é sem dúvida um fator importante para o profissional de enfermagem, reflexão esta que tem sido permanente no transcorrer da vida profissional da autora deste trabalho, muito mais agora no papel de enfermeira assistencial da Unidade de Emergência Geral¹ do Hospital Regional de São José (HRSJ). Por meio da reflexão, mudanças podem e devem ser realizadas para aprimorar a prática assistencial e é com este intuito que o presente estudo se estabelece.

Ao assumir o cargo de enfermeira assistencial na Unidade de Emergência Geral do HRSJ, uma nova rotina do serviço passou a ser vivenciada: os encaminhamentos, a clientela atendida e o papel do enfermeiro² nesta instituição, na qual os cuidados de enfermagem são executados de forma rotineira e as atividades do enfermeiro compreendem atividades assistenciais e administrativas, que ocorrem de forma fragmentada. As ações de enfermagem são baseadas nas prescrições médicas, ou seja, sem utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem³ (SAE), resolvendo os problemas na medida em que eles surgem.

É possível observar que nesse tipo de prática assistencial o cuidado de enfermagem é centrado na doença e não no indivíduo, sendo que vários

¹ Unidade de Emergência Geral: denominação utilizada pela instituição onde o estudo foi desenvolvido, para atender os pacientes adultos que se encontram em situação de Urgência e Emergência.

² Nesta pesquisa, foi utilizado o termo Enfermeiro em referência ao profissional de enfermagem de nível superior, mesmo sendo esta uma profissão predominantemente feminina, pois entende-se que esta palavra não se refere ao gênero masculino, mas sim ao termo genérico definido para ambos os sexos.

³ Nesta pesquisa, foi adotado o termo Sistematização da Assistência de Enfermagem conforme a Resolução COFEN Nº. 358/09 que dispõe sobre o tema no território Nacional. “A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem” (COFEN, 2009, p. 1).

profissionais deixam de valorizar o seu fazer e o seu saber, sendo o saber médico tomado como único e central. O uso de intervenções ao acaso sem justificativa científica, planejamento e reflexão faz com que os enfermeiros assumam uma posição de subserviência diante da classe médica, o que desvaloriza a profissão e interfere na construção do conhecimento científico da enfermagem. Sendo assim, o enfermeiro não consegue edificar sua identidade no campo profissional, o que pode ser corroborado na afirmação de Ferreira (2011, p. 25):

Como em outros contextos institucionais da área da saúde, as intervenções médicas são mais valorizadas do que os atos dos demais profissionais de saúde, reduzindo o objeto de investigação clínica, até mesmo pela dificuldade de escuta do usuário. Assim concebido o trabalho, as categorias profissionais que compõem a clínica não discutem o cuidado de saúde a ser realizado, o que resulta em ações sobrepostas, repetidas e desarticuladas no cuidar do paciente.

Durante a vivência da autora deste trabalho foi possível observar a falta de credibilidade por parte dos servidores de nível médio⁴ para com o cuidado de enfermagem que ocorre de acordo com a postura, a cultura, o conhecimento teórico-prático e a experiência de cada enfermeiro responsável por um determinado setor e/ou turno de trabalho da instituição.

Outro fato observado é que raramente o enfermeiro do HRSJ realiza registro nos prontuários, sendo mais comum o registro feito pelos servidores de nível médio – estes são breves e pobres em informação e muitas vezes apresentam siglas de caráter pessoal e não universal. Esses registros são feitos em impressos próprios da instituição e são manuscritos.

Para trazer qualidade ao cuidado prestado e fortalecer o trabalho da enfermagem, nota-se a necessidade da implantação de um instrumento sistematizado e prático, o qual é representado pelo PE, tendo bases científicas e legais. A ausência de um cuidado sistematizado, individualizado e organizado, constitui-se num ponto relevante para aumento da incidência de iatrogenias na assistência (NEVES; SHIMIZU, 2010).

⁴ Servidores de Nível Médio: denominação utilizada em referência aos técnicos e auxiliares de enfermagem.

O enfermeiro tem como papel importante na sua prática diária a gerência da assistência, sendo importante e essencial que reflita e faça uma leitura/releitura dos objetivos de sua prática para que possa manter o foco no cuidado organizado e mantenha a assistência de qualidade de forma não fragmentada.

Ferreira (2011) afirma que a melhor forma para crescer como profissão é através do uso de um método científico para estruturar os valores profissionais e considera que o Processo de Enfermagem (PE) é a maior representação do método científico para esta profissão, sendo orientado pela SAE, por meio da qual acontece o desenvolvimento e a organização do trabalho. A SAE fornece subsídios para direcionar as possíveis intervenções, permitindo detectar as prioridades de cada paciente⁵ quanto as suas necessidades reais.

Em consonância, Argenta (2011) diz que no que tange à SAE, o PE surge como ferramenta indispensável para um melhor desempenho das atividades assistenciais do enfermeiro. A sua utilização como um método científico de trabalho possibilita melhorias na qualidade da assistência de enfermagem, através do planejamento individualizado de suas ações, que são elaboradas para conferir continuidade e integralidade ao cuidado.

No sentido de uma perspectiva histórica, Figueiredo et al (2006) descrevem que a preocupação em orientar as atividades de enfermagem com respaldo no método científico, tem como marco o desenvolvimento e divulgação do PE, que foi inicialmente expresso na literatura norte americana, nas décadas de 1950 e 1960.

Frente a uma análise histórica, a enfermagem descreveu seus procedimentos a partir da experiência da prática clínica, sistematizando-os por meio das técnicas, sendo que somente nas décadas de 1950 e 1960 surgiu a preocupação em buscar um referencial teórico pertinente ao mundo do cuidar, quando, então, começaram a ser elaboradas as teorias de enfermagem propriamente ditas (SOUZA, 1998).

No Brasil, o modelo mais conhecido e seguido para a implantação do Processo de Enfermagem é o proposto por Horta em 1979, o qual

⁵ Foi utilizado o conceito de paciente para as pessoas que são atendidas nas unidades de saúde, porém há divergentes pontos de vista sobre se paciente é aquele que sofre e que se submete, passivamente, sem manifestar-se acerca do tratamento recomendado ou cuidado recebido. Entende-se paciente como um sujeito ativo, com vontades, desejos, emoções e que necessita de um espaço para manifestar seus sentimentos. A escolha desta terminologia se dá pelo fato de estar presente na literatura e ser de uso corrente na prática profissional.

contém as seguintes fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. A sua aplicação na prática clínica, desde então, vem sofrendo adaptações com alterações na aplicação nas etapas do método proposto conforme a realidade das instituições. A divulgação deste método no Brasil apresenta implicações até a atualidade, tendo aplicação de impacto na assistência, ensino e pesquisa (DEL'ANGELO et al, 2010).

Souza et al (2008) afirmam que um cuidado sistematizado possibilita uma visão holística frente às reais necessidades do paciente e seu contexto familiar. Contudo, ficam mais evidentes os problemas enfrentados pela equipe, possibilitando que estes sejam identificados de forma mais rápida, constituindo-se num facilitador na hora da tomada de decisões.

Ferreira (2011) afirma que a SAE, por meio do PE, ao valorizar um processo coletivo, estimula a continuidade do trabalho entre equipes e transforma-se em processo dinâmico, capaz de estreitar os laços profissionais entre os membros da equipe multiprofissional. Essa continuidade do trabalho entre as equipes, além de fortalecer as relações profissionais assegura maior satisfação, qualidade ao serviço e favorece a segurança dos pacientes, principalmente daqueles que se encontram em situação crítica de saúde.

Fonseca et al (2011) dizem que entre as muitas formas de se organizar o trabalho da enfermagem em sua totalidade, a SAE apresenta-se como modelo de ação capaz de organizar o cuidado, em termos de planejamento, implantação e avaliação e que se trata de uma ciência da enfermagem que tem por base um marco teórico. O PE é o método pelo qual se aplica este marco à prática de enfermagem, de forma organizada, que proporciona uma estrutura lógica em que se fundamenta a assistência de enfermagem. Neste sentido, sistematizar é organizar informações e ações, de forma a construir sistemas operacionais para atingir um objetivo. O uso desse método requer o pensamento crítico do profissional, que deve estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, pois é essencialmente um processo cujo enfoque deliberativo de resolução de problemas requer o uso de habilidades cognitivas, técnicas interpessoais na tomada de decisão dirigida a satisfazer às necessidades do paciente e de sua família, exigindo constante atualização e experiência, sendo orientado pela ética e padrões de conduta. Portanto, é um modo de exercer a profissão com autonomia baseada em níveis de evidência e nos conhecimentos técnico-científicos através do qual a categoria vem se desenvolvendo nas últimas décadas.

No que se refere à obrigatoriedade da SAE, em 15 de outubro de 2009, foi publicada a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 358/2009, que dispõe sobre a SAE e em especial sobre a implementação do PE em ambientes públicos ou privados, onde ocorre o cuidado de enfermagem. Tal resolução sustenta que **o PE deve estar baseado em um suporte teórico** que oriente sua realização, sendo sua execução e avaliação, atividades privativas do enfermeiro que utiliza o método científico para identificação das situações de saúde/doença, subsidia as ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Mediante à resolução supracitada, o PE deve ser elaborado em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009).

Para que a SAE seja efetiva em qualquer instituição, é indispensável que seja fundamentada em um suporte teórico. Desse modo, Alcântara et al (2011) assinalam que as Teorias de Enfermagem contribuem com a percepção da realidade, favorecendo a reflexão e a crítica, evitando a naturalidade e a banalidade dos fenômenos, com base em elementos científicos no entendimento e na análise da realidade.

Potter e Perry (2006) definem que teorias são um conjunto de conceitos, definições, relacionamentos e hipóteses que projetam a visão sistêmica do fenômeno e as Teorias de Enfermagem compõem os pilares para a cientificidade da profissão, auxiliando o enfermeiro a implantar o cuidado metodológico em sua rotina de trabalho.

As Teorias de Enfermagem possuem bases para explicar, diagnosticar e prescrever medidas referentes ao cuidado de enfermagem, visto que o trabalho científico envolvido no desenvolvimento da teoria é relevante para uma ciência como a enfermagem, pois oferece justificativa ou razão bem fundamentada sobre determinadas intervenções realizadas pelos enfermeiros (POTTER; PERRY, 2006).

Cada teoria possui características específicas a uma dada realidade, conferindo uma visão holística da situação, da mesma forma que os atendimentos de enfermagem são diferenciados a cada perfil de paciente. Compreende-se, desta forma, que as teorias de enfermagem “têm contribuído para a formação de uma base relativamente sólida de conhecimento, que organiza o mundo fenomenal da Enfermagem” (GARCIA, 2004, p. 229).

Para que se tenha êxito na implementação da SAE e do PE, o enfermeiro deve pautar sua prática em um marco teórico, ou seja, definir uma teoria de enfermagem que seja condizente com a realidade da

clientela atendida, no seu ambiente organizacional. No entanto, este marco teórico precisa estar em sintonia com a filosofia e marco conceitual da instituição. Para tanto, antes de se definir a teoria de enfermagem é necessário definir a filosofia, ou seja, os princípios filosóficos que alicerçam a prática de enfermagem.

Atualmente, no HRSJ, não há fundamentação teórica que sustente uma futura implantação da SAE, tampouco os princípios filosóficos e marco conceitual estão definidos. Desse modo, para que seja possível provocar mudanças na prática assistencial, é necessário compreender que as Teorias de Enfermagem sustentam uma orientação para sistematizar a assistência, apoiadas no processo científico que lhes dão tais subsídios, unificando a linguagem, as ações de enfermagem e os cuidados prestados, dando maior valorização ao serviço e aos profissionais de enfermagem. De modo análogo às questões supracitadas, acredita-se que será possível transcender um sistema fragmentado de assistência e criar bases para a renovação do fazer da enfermagem, o que justifica o presente estudo.

Entretanto, não basta somente definir o marco teórico a ser utilizado pelos profissionais de enfermagem do HRSJ, é preciso, também, construir junto à equipe de enfermagem o marco conceitual e uma filosofia comprometida com os processos de melhoria contínua, no sentido de assegurar aos pacientes um cuidado seguro e qualificado.

Desta forma, considera-se necessário responder à seguinte pergunta: *Qual a filosofia e marco conceitual mais adequados para sustentar a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital Regional de São José?*

Deste modo, este estudo tem como **objetivo geral**: Construir coletivamente com os enfermeiros do Hospital Regional de São José uma proposta de filosofia e marco conceitual para sustentar a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Acredita-se que este estudo também pode favorecer a motivação dos profissionais interessados em aprofundar seus conhecimentos e habilidades, além de propiciar orientação e educação continuada da equipe de enfermagem para implantação das ações sistematizadas através da SAE.

É reconhecidamente necessário entender a filosofia e o marco conceitual como elementos essenciais ao cuidado de enfermagem, acima de tudo, compreender que a prática de enfermagem necessita estar alicerçada nestes elementos, haja vista ser uma prática científica, ao mesmo tempo em que o estudo evidencia a preocupação dos enfermeiros da instituição com a realidade assistencial voltada para a qualidade e a segurança do cuidado prestado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão narrativa da literatura foram abordados os temas: filosofia, marco conceitual, teorias de enfermagem, SAE, PE e a legislação que rege a enfermagem e a SAE, os quais estão intrinsecamente relacionados com o objeto de estudo.

2.1 FALANDO SOBRE TEORIAS, MARCO CONCEITUAL E FILOSOFIA

A SAE, mediante o PE tem favorecido estudos e pesquisas sobre a relação entre a teoria e a prática, no intuito de favorecer os enfermeiros com conhecimentos, competências e habilidades para a implementação de um processo de cuidados ancorado em bases sólidas e científicas.

Meleis (2007) assinala que, se o cuidado é parte integrante da perspectiva da Enfermagem, ele pode ser um componente integral dos aspectos subjetivos do desenvolvimento de teorias, ou a força propulsora das estratégias de desenvolvimento das teorias e pesquisas. Para empreender avanços na “arte da enfermagem” e outras dimensões do cuidado, é necessário tempo, energia e habilidades, nem sempre recompensados através de políticas adequadas. A respeito de bases conceituais, o PE tem sido objeto de reflexão de numerosos pensadores da Enfermagem, nas mais diversas partes do mundo.

Como produto da atividade de atribuir um sentido ao universo da Enfermagem, os enfermeiros têm elaborado e registrado de modo sistemático, um corpo de conhecimento específico e aplicável em qualquer campo da prática profissional: ensino, pesquisa ou assistência. Esse corpo de conhecimento não é estático, mas ao contrário disso, ele vem se transformando, assumindo diversas formas de expressão em sua trajetória de construção (ALCÂNTARA et al, 2011).

Uma dessas formas está representada pelas teorias de enfermagem, expressão formal do padrão empírico e científico de conhecimento da Enfermagem. Tais teorias organizam formalmente o conhecimento da Enfermagem como profissão e apresentam um conjunto de conceitos que, inter-relacionados, formam uma maneira de ver o mundo da Enfermagem e desenvolver a sua prática (PAIM et al, 1998).

Sendo assim, pode-se dizer que as teorias são influenciadas por experiências de aprendizagens anteriores, e são representadas através da palavra que é o meio utilizado para organizar as ideias, descrever acontecimentos, pessoas ou objetos, constituindo assim os componentes básicos para o desenvolvimento de uma teoria (PIRES, 2007).

As teorias de enfermagem possuem bases para explicar, diagnosticar e prescrever medidas referentes ao cuidado de enfermagem, visto que o trabalho científico envolvido no desenvolvimento da teoria é relevante para uma ciência como a Enfermagem, pois oferece justificativa ou razão bem fundamentada sobre determinadas intervenções realizadas pelos enfermeiros (POTTER; PERRY, 2006).

Cabe ressaltar que as teorias de enfermagem auxiliam a compreender os fenômenos da realidade, favorecem a reflexão, criticidade, incluem elementos científicos no entendimento e na análise da realidade. Despontam à produção de mudanças, inovações e transformações, em nível pessoal, profissional e institucional, além de quebrar velhos paradigmas (PIRES, 2007).

Frente à construção das teorias de enfermagem e de um trajeto evolutivo da profissão ao longo dos tempos, em que a prática se constrói e modifica-se com propostas assistenciais baseadas em evidências, cabe resgatar a origem da profissão e o desempenho de Florence Nightingale como propulsora da Enfermagem moderna. Desse modo, Garcia e Nóbrega (2009a, p. 229) descrevem que:

[...] falar sobre a contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área nos remete, quase que obrigatoriamente, à Florence Nightingale, nosso mito de origem, cujas ações e publicações lhe renderam o reconhecimento como fundadora da enfermagem moderna [...]. A rigor, não se pode afirmar que Florence, em seus escritos, tenha elaborado uma teoria de enfermagem, mas uma filosofia para a prática de enfermagem, que serviu de base à boa parte dos modelos conceituais ou das teorias de enfermagem contemporâneas.

Argenta (2011), afirma que a primeira teoria de enfermagem foi construída por Florence Nightingale, em 1859, com o modelo de adaptação ambiental, que tinha como pressuposto, colocar o paciente na melhor condição possível para que a natureza pudesse agir sobre ele. Após Nightingale, verifica-se, na literatura, uma lacuna de 100 anos em relação à produção de teorias de enfermagem.

Para Mcewen e Wills (2009), até meados do século vinte, a enfermagem utilizava-se das teorias sociais, biológicas e médicas. As mesmas autoras afirmam que a teoria de enfermagem teve o seu início com a publicação do livro de Hildegard Peplau, em 1952, sendo um marco

no desenvolvimento de teorias de enfermagem entre as décadas de 1950 e 1960.

As teorias de enfermagem estão classificadas, de acordo com Meleis (1985), em dois grupos que são: Identificação do foco primário e Escola de pensamento das teorias, como se pode ver no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1: Teorias de enfermagem, de acordo com grupos definidos por Meleis (1985)

Classificação das Teorias	Grupo de Teorias
Identificação do Foco Primário	Teorias centradas no cliente
	Faye Abdelah: Teoria Centrada nos Problemas Virgínia Henderson: Teoria dos Componentes do Cuidado Dorothea Orem: Teoria do Autocuidado
	Teorias centradas no relacionamento entre cliente e meio ambiente
	Lydia Hall: Teoria da Pessoa do Cuidado e da Cura Florence Nightingale: Teoria Ambientalista Betty Newman: Teoria dos Sistemas de Newman
	Teorias centradas na interação entre enfermeiro e cliente
	Imogene King: Teoria do Alcance de Objetivos Ida Jean Orlando: Teoria do Processo de Enfermagem Josephine Patterson e Loretta Zderad: Teoria Humanística Hildegard Peplau: Teoria Interpessoal Joyce Travelbee: Teoria de Relação Interpessoal Virginia Wildenback: Teoria Prescritiva do Cuidado
	Teorias centradas na terapêutica de enfermagem
A Escola de Pensamento das Teorias	Doroty Johnson: Teoria do Sistema Comportamental Martha E. Rogers: Teoria dos Seres Humanos Unitários Myra Levine: Teoria da Conservação de Energia e da Enfermagem Holística Sister Callista Roy: Teoria da Adaptação
	Teorias centradas nas necessidades do cliente

Classificação das Teorias	Grupo de Teorias
	Faye Abdelah: Teoria Centrada nos Problemas Virgínia Henderson: Teoria dos Componentes do Cuidado Dorothea Orem: Teoria do Autocuidado Wanda de Aguiar Horta: Teoria da Necessidades Humanas Básicas
	Teorias centradas no processo de interação entre enfermeiro e cliente
	Imogene King: Teoria do Alcance de Objetivos Ida Jean Orlando: Teoria do Processo de Enfermagem Josephine Patterson e Loretta Zderad: Teoria Humanista Hildegard Peplau: Teoria Interpessoal Joyce Travelbee: Teoria de Relação Interpessoal Virginia Wildenback: Teoria Prescritiva do Cuidado
	Teorias dos resultados das ações de enfermagem
	Martha E. Rogers: Teoria dos Seres Humanos Unitários Myra Levine: Teoria da Conservação de Energia e da Enfermagem Holística Sister Callista Roy: Teoria da Adaptação

Fonte: MELEIS, 1985

2.1.1 Teorias de Enfermagem

Existem muitas teorias de enfermagem que são desenvolvidas e utilizadas apresentando conceitos e definições, influenciando assim o agir dos enfermeiros. As teorias e conceitos estão em desenvolvimento constante, porém com um novo enfoque, abordando as necessidades do ser humano como ponto central do saber fazer do enfermeiro (FERREIRA, 2011).

Ferreira (2011) estudou a prevalência das teorias de enfermagem usadas para implantação do PE nos anos de 2003 a 2007, constatando que as teorias mais utilizadas para dar sustentação ao PE, foram: a abordagem de Horta, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (47,8%); Teoria do Cuidado Transpessoal, de Jean Watson (21,7%); Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem (8,6%) e Teoria da Universalidade e da Diversidade de Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger (4,3%).

Segundo Cavalcante et al (2011), os referenciais teóricos mais utilizados para orientar as etapas do PE, nas experiências encontradas na literatura brasileira, foram: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; seguida da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem; Teoria do Cuidado Transpessoal, de Jean Watson e Teoria da Universalidade e da Diversidade de Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Bem como em menor escala também apareceram as seguintes teóricas: Levine, Ida Jean Orlando, Joyce Travelbee, King e Neuman.

Figueiredo et al (2006) estudaram a caracterização da produção do conhecimento sobre SAE no Brasil, num período de 12 anos (1990 – 2002), identificando a tendência nacional dominante na utilização de três modelos teóricos de enfermagem: Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (40,5%), Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy (16,2%) e Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (10,2%).

Tendo como base os estudos acima, apresenta-se uma breve síntese das principais teorias, de acordo com a evolução histórica.

Ida Jean Orlando: apresentou a Teoria do Processo de Enfermagem Deliberativo, em 1961, na qual o foco foi a perspectiva da relação dinâmica do profissional e do paciente, sendo que a enfermagem tem como propósito suprir a ajuda solicitada pelo indivíduo, tendo como ponto de partida as necessidades dos pacientes. Propondo uma relação dinâmica e recíproca ente Paciente e Enfermeiro, considerando o pensamento, o sentimento e a percepção como meio de ações deliberadas (PIRES, 2007).

Imogene King: em 1964, propôs a Teoria do Alcance de Objetivos, na qual a enfermagem é entendida como um processo de interação entre enfermeira e cliente por meio da comunicação, visando o alcance dos objetivos, que são propostos pelo enfermeiro e paciente para alcance da saúde. A enfermagem é compreendida como um processo de interação, reação e transação; baseou-se na teoria dos sistemas, apoiando a ideia de que há um sistema social, interpessoal e pessoal. Tem como foco central da teoria, o ser humano, compreendido como um ser dinâmico. Desenvolveu, em relação ao sistema social, os conceitos de percepção, *self*, imagem do corpo, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço. Em relação ao sistema interpessoal os conceitos relacionados dizem respeito a papel, comunicação, interação, estresse e transações humanas; quanto ao sistema social, desenvolveu os conceitos de organização, autoridade, poder, *status* e tomada de decisão (GEORGE et al, 2000; LEOPARDI, 2006).

Joyce Travelbee: desenvolveu a Teoria da Relação Pessoa-Pessoa que foi proposta em 1966, cujo foco de enfermagem está nas relações interpessoais, com o propósito de auxiliar o indivíduo ou a família a enfrentar a experiência da doença e sofrimento e encontrar significado nestas experiências. Reforça em sua teoria a relação terapêutica profissional enfermeiro e paciente, sendo que esta relação tem como base a comunicação. Ela propõe o cuidar holístico (LEOPARDI, 2006).

Myra Levine: foi em 1966 que Levine desenvolveu a Teoria da Conservação de Energia que propõe junto à enfermagem clínica, a enfermagem holística; entende o ser humano como “uma unidade corporal, que responde à mudança, interagindo com o meio e se adaptando” (LEOPARDI, 2006, p. 132). A intervenção de enfermagem possui a finalidade, a conservação da energia, da integridade estrutural, pessoal e social (GEORGE et al, 2000; LEOPARDI, 2006).

Dorothea Orem: a Teoria do Autocuidado foi publicada em 1970 sendo que a enfermagem se apresenta como um sistema de ajuda para o autocuidado quando o paciente possui condição de realizá-lo e *déficit* de autocuidado quando o paciente não possui condições para executar o seu cuidado. O foco dessa teoria centra-se nas necessidades de autocuidado do indivíduo e sua provisão e gerência, visando sustentar a vida e a saúde, recuperar a doença ou a injúria e enfrentar seus efeitos. O autocuidado é o cuidado executado por pacientes com necessidades especiais e a capacidade de realizar o seu cuidado relacionando-a à educação em saúde, com o propósito de tornar o paciente independente. Orem destaca o ensino do autocuidado como um processo importante para a enfermagem, uma vez que ajuda o indivíduo a buscar estratégias frente suas necessidades de saúde (GEORGE et al, 2000; LEOPARDI, 2006).

Sister Callista Roy: também em 1970, Roy apresentou a Teoria da Adaptação, na qual encontra fundamento nos referenciais de estresse de Salye e de adaptação de Lazarus. Nela, a enfermagem é considerada uma prática científica orientada para a compreensão dos processos adaptativos e mal adaptativos do indivíduo. Desenvolveu estudo sobre processos de adaptação considera a estimulação focal, contextual e residual, seus efeitos sobre o mecanismo cognitivo e regulador que afeta os quatro modos adaptativos da pessoa: fisiológicos, autocontexto, função do papel e interdependência. O foco dessa teoria está centrado nas pessoas, grupos, famílias e comunidades que apresentam comportamento ineficaz para manter a vida e a saúde, sendo que a ação de enfermagem tem como objetivo ampliar a zona de adaptação para que as pessoas possam melhorar o seu desempenho frente aos problemas de saúde. Em 1976, Roy definiu enfermagem como ciência humanística e, em 1984,

introduziu o ser biopsicossocial como cliente (GEORGE et al, 2000; LEOPARDI, 2006).

Wanda de Aguiar Horta: foi também em 1970 que Horta apresentou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, tendo como suporte a teoria de Maslow. Propôs uma metodologia para desenvolver o PE, buscando satisfazer as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, que enfocava o ser humano integral, em busca de equilíbrio biopsico-sócio-espiritual. Horta (1979, p. 29) definiu o conceito de enfermagem como:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência através da educação; de recuperar, manter e prover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais.

O trabalho de Horta possui duas questões fundamentais. A primeira, a quem serve a enfermagem? Tem resposta em sua teoria: a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano. E o segundo questionamento, com que se ocupa a enfermagem? Respondida: a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde e como tal se ocupa em manter o equilíbrio dinâmico, prevenir desequilíbrios e reverter desequilíbrios em equilíbrio do ser humano (PAIM et al, 1998; LEOPARDI, 2006; PIRES, 2007).

Betty Neuman: em 1974 foi publicada a Teoria dos Sistemas de Cuidado à Saúde, que foi baseada na teoria dos sistemas, tendo como estrutura conceitual pensar o ser humano e os enfermeiros e suas interações; entende a pessoa como um todo multidimensional que interage com o ambiente. Neuman acreditava em dois componentes principais em seu modelo, quais sejam as reações ao estresse e os ciclos de reação sistêmica, sendo que os indivíduos reagem ao estresse com as linhas de defesa e resistência, tendo como objetivo central estipular a estabilidade. A prevenção é a maior ação de enfermagem para Neuman, sendo utilizado para alcançar, reter e manter o equilíbrio do sistema. Desenvolveu o modelo de sistemas holísticos, com visão geral dos aspectos fisiológicos, psicológicos, socioculturais e desenvolvimentistas dos seres humanos para proporcionar estrutura para integração destes enfoques. O sistema aberto em enfermagem era considerado como força unificadora, que reconhece a complexidade do todo, enquanto valoriza a importância das partes (GEORGE et al, 2000; LEOPARDI, 2006).

Madeleine Leininger: a proposta da Teoria do Cuidado Transcultural foi apresentada em 1978, tendo como norte o cuidado como essência da prática e do conhecimento, incluindo assistir, dar suporte e facilitar ações para atender as necessidades do indivíduo. Leininger afirma que o cuidado é cultural, pois cada povo tem a sua própria forma de cuidar, havendo assim uma diversidade de cuidado, embora também existam cuidados que aparecem em todas as culturas, o que define a universalidade do cuidado. Também defendeu que a enfermagem deve considerar as crenças e os valores culturais das pessoas, dando a elas identificação singular, individual e pessoal (GEORGE et al, 2000; LEOPARDI, 2006).

Jean Watson: a Teoria do Cuidado Humano foi sendo articulada em 1979, derivou de Leininger e seguiu a fenomenologia existencial. Formulou a teoria do cuidado humano holístico, na qual afirma que o cuidado é a essência da enfermagem e acredita na interação cliente/enfermeiro para uma vida de qualidade que é permeada por sentimentos, emoções, troca de energia e afeto. Estabeleceu dez fatores de cuidado, como uma tentativa de dar significado à enfermagem, como disciplina que tem valores próprios, conhecimentos e práticas, bem como sua própria ética. Os fatores principais da teoria são: fatores de cuidados, relações interpessoais de cuidados e momento/ocasião de cuidado (LEOPARDI, 1999; GEORGE et al, 2000; LEOPARDI, 2006).

Como se pode observar, são muitas as teorias desenvolvidas e utilizadas em todo o mundo, as quais são compostas por conceitos, definições e de modo geral influenciam no agir dos enfermeiros. A partir da concepção teórica, o fazer da enfermagem passa a alicerçar-se em princípios científicos, dando uma maior consistência à prática de enfermagem.

No Brasil, a enfermeira pioneira frente às discussões da teoria no campo profissional, foi Wanda de Aguiar Horta, que procurou despertar a Enfermagem brasileira sobre a importância das teorias para sustentarem a prática. Sua obra se reflete essencialmente no empenho e divulgação do conhecimento acerca de teorias elaboradas pelas enfermeiras norte-americanas e do PE, entendendo-o como o instrumento metodológico por meio do qual esses referenciais seriam aplicados na prática profissional. Mediante discussões sobre teorias de enfermagem e PE, Horta divulgou em 1974, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (SOUZA, 1998).

Cabe ressaltar que as teorias de enfermagem são provenientes de conhecimentos científicos, empíricos, das experiências vivenciadas e formação acadêmica, incorporadas nos diferentes contextos, tendo como proposta sinalizar o nível de cientificidade da profissão.

A análise das teorias de enfermagem que sustentam a prática profissional constitui possibilidades para lapidar o processo de cuidar e produzir saúde em níveis seguros. Em consonância, as possibilidades entre as concepções empíricas e científicas favorecem a construção de conceitos em níveis cada vez mais elevados, contribuindo para um cuidar fundamentado, que refletirá positivamente nos aspectos éticos, espirituais, sociopolíticos e econômicos. Desse modo, é fundamental salientar que as teorias de enfermagem constituem pressupostos, proposições e conceitos, denominados de marco conceitual, que direcionam o processo de cuidar. São conceitos teóricos articulados com os específicos da pesquisa, imprescindíveis para a prática assistencial e a produção de conhecimento.

Para Pires (2007), é importante ter em mente os conceitos e as definições essenciais de uma teoria para poder compreendê-la, a qual além de alterar o modo de pensar, saber e fazer da enfermagem é também um guia para o agir do enfermeiro no cuidar. Dessa forma, a teoria clarifica, abre horizontes e indica caminhos para o pesquisador, dá sentido aos resultados obtidos e direciona a prática do cuidado.

O propósito de uma teoria é apresentar uma visão sistematizada de um fenômeno e para isso deverá apresentar um grupo de conceitos, suas definições e a articulações entre eles de forma a consistir em uma construção sobre um determinado fenômeno (ZAGONEL, 2006, *Slide* nº15).

Estudar as teorias traz para a prática profissional fundamentos que podem ser apresentados como alternativas para a melhoria do nível de exigência relacionado ao processo de cuidar. Também o confronto das concepções alternativas e das científicas favorece a construção de conceitos, em níveis cada vez mais elevados, contribuiu para um cuidar fundado nesses conhecimentos, porém, sem descuidar da integridade do paciente, família e comunidade.

Nas teorias de enfermagem existem pressupostos, proposições e conceitos, que são denominados de marco conceitual, que dão direção ao processo de cuidar. São conceitos teóricos articulados com os específicos da pesquisa, são o fio condutor da prática do cuidar que consta dos metaparadigmas de enfermagem: o ser humano, enfermagem, processo saúde-doença e ambiente (PIRES, 2007).

2.1.2 Marco Conceitual

Um conceito é uma ideia ou construção mental elaborada acerca de um fenômeno, com significados pertinentes aos acontecimentos que ocorrem na natureza ou no pensamento. São representações cognitivas, abstratas, de uma realidade compreensível formada por experiências diretas ou indiretas. Os conceitos podem ser empíricos, concretos ou abstratos. Sua função primária é permitir que indivíduos possam descrever situações e comunicar-se efetivamente (FERNANDES et al 2011).

Os conceitos como representação de uma dada realidade, possuem atributos de caráter dinâmico, mutáveis na dimensão temporal e contextual, sendo sua evolução influenciada pelo seu uso e aplicação. Desse modo, para que os conceitos cumpram seu papel na construção do conhecimento científico, é oportuno que seus atributos essenciais e, conseqüentemente, suas definições, sejam analisadas periodicamente, visando, principalmente, seu contínuo aprimoramento (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Segundo Saupe e Alves (2000), marco conceitual é o conjunto de conceitos que norteiam e inspiram as ações a serem tomadas e realizadas, identificando, definindo e esclarecendo os conceitos e as metodologias do objeto do trabalho, assim como o contexto no qual se originam e inserem-se, respeitando os princípios, crenças e valores, tendo o ser humano como protagonista em todas as suas fases, atuando de forma consciente, responsável e solidária com o outro em defesa do desenvolvimento e ações sustentáveis a partir uma visão sistêmica e pensamento complexo.

Severino (2007) corrobora afirmando que marco conceitual é também um referencial para as ações de planejamento onde a revisão tem por finalidade explicitar e reforçar os conceitos e princípios de abordagens anteriores referentes à teoria e à prática. Este deve permitir que a realidade social seja reconstruída enquanto objeto do conhecimento, por meio de um processo de categorização.

2.1.3 Filosofia na Enfermagem

Pensando na construção da filosofia da enfermagem do HRSJ, acredita-se ser importante primeiramente buscar o significado de filosofia. A Filosofia despontou na Grécia Antiga, por volta do século V a.C. A Grécia era um berço cultural importante recebendo influências de várias partes do mundo. Assim, o pensamento crítico começou a desenvolver-se e muitos indivíduos começaram a procurar respostas fora da mitologia grega. Essa atitude de reflexão que busca o conhecimento significou o nascimento da Filosofia (STAMM, 2003).

Resgatando conceitos básicos sobre filosofia, Chauí (2000), esclarece que a palavra filosofia é de origem grega e seu inventor foi Pitágoras, que viveu no século V a.C. É composta por duas palavras: *philo* e *sophia*. "*Philo* deriva-se de *philia*, que significa amizade, amor fraterno, respeito entre os iguais; *sophia* quer dizer sabedoria e dela vem a palavra *sophos*, sábio" (CHAUÍ, 2000, p. 19). Significa, portanto, amizade pela sabedoria, amor e respeito pelo saber, sendo que filósofo é todo aquele que ama a sabedoria, tem anseio pelo saber.

Tentando definir melhor o sentido da Filosofia ainda na Grécia Antiga, Platão demonstra que *Filos* significa carência, busca por algo que não se tem/conhece. Portanto, a filosofia é carência, mas também meios para alcançar o que se busca (CALAZANS; NEVES, 2010).

No período Medieval, a filosofia foi usada para estudo da lógica posta a serviço da fé. Isso porque com o surgimento do cristianismo e sua adoção pelo Império Romano, bem como com a criação da Igreja Católica, foi usada como meio de compreensão para justificar os textos sagrados do cristianismo. Já no período Clássico, a filosofia foi confundida com o estudo da sabedoria, sendo compreendida como um conhecimento perfeito de tudo o que o homem pode saber, seja para conduzir sua vida no sentido da moral, seja para preservar sua saúde com a medicina ou criar todas as artes. Atualmente, no período conhecido como contemporâneo ou pós-moderno, a filosofia recebe várias interpretações, dentre as quais estão: a correlação do ser na linguagem; avaliação crítica da metodologia utilizada nas ciências; instrumento de crítica às formas dominantes de poder, bem como da tomada de conscientização do homem inserido no mundo do trabalho (MAGALHÃES; ALVIM, 2013).

A enfermagem, ao longo do seu processo histórico-social, vem se consolidando como ciência, arte e profissão. Para isso, tem utilizado-se das pesquisas para construção de um aporte de conhecimentos próprio.

Salsberry (1994) vê a filosofia como alicerce importante para a área de conhecimento da enfermagem e observa que se deve ter clareza a respeito do que ela é e do que ela não é, e de sua importância para a enfermagem, sem pretender que a filosofia propicie respostas concretas, já que o pensamento filosófico deve levar a uma busca mais ampla, a questionar mais.

A filosofia aplicada na enfermagem possibilita a reflexão, o pensar ampliando a área de conhecimento e favorecendo o crescimento e a construção de um saber próprio, mas este ato de refletir e de construir novos conhecimentos causam alterações nas rotinas dos seres humanos,

isso pode ser um ponto negativo, pois o ser humano tende a resistir a qualquer alteração de sua rotina ou daquilo que está habituado a fazer.

Nos dias atuais, as mudanças ocorrem de maneira mais rápida e, por conseguinte, deve-se estar aberto a elas. Vive-se num mundo de grandes diversidades, inclusive na área profissional, sendo necessário não resistir às mudanças e às diversidades, mas sim ter como base fundamental a filosofia em enfermagem para realizar reflexões coerentes sobre a profissão.

Segundo Stamm (2003), uma filosofia tem essencialmente três componentes: um ontológico, um epistemológico e um ético. Estes podem estar implícitos ou explícitos; entretanto, de alguma forma sempre estarão incluídos na filosofia.

A ontologia, segundo Rawnsley (1998, p. 3), refere-se à natureza e à estrutura do ser. Ela procura dar respostas a questões como: o que é o ser? O que sou eu? O que é enfermagem? A palavra ontologia é derivada do grego. É composta por duas palavras: *ontos* e *logos*. *Ontos* significa ser; *logos* quer dizer estudo, discurso. Significa, portanto, “estudo do ser”. Consiste em uma parte da **filosofia** que estuda a **natureza do ser**, a **existência e a realidade**, procurando determinar as categorias fundamentais e as relações do “**ser enquanto ser**”.

A epistemologia, segundo Calazans e Neves (2010), é o ramo da filosofia que estuda a origem, a estrutura, o que os seres humanos sabem, como vieram a saber, o que pensam saber, qual o critério para avaliar o conhecimento, os métodos, como lidar com o conhecimento e como se chegou ao conhecimento sobre o mundo.

Epistemologia da enfermagem é o estudo da origem do conhecimento da enfermagem, sua estrutura, métodos, padrões e critérios de avaliação (STAMM, 2003).

Segundo Valls (2001, p. 7), ética é entendida como um "estudo ou uma reflexão, científica ou filosófica e, eventualmente até teológica, sobre os costumes ou sobre as ações humanas". Destaca ainda que se pode entendê-la como estudo de costumes, ações e aquilo que pertence ao caráter, como também a realização de um determinado comportamento.

Segundo Carretta, Bettinelli e Erdmann (2011), a ética também pode ser relacionada ao respeito pelo ser humano, ao cuidado, à autonomia individual, ao direito aos cuidados com a saúde, entre outros.

As teorias de enfermagem possuem um marco conceitual e uma filosofia definidos para que o cuidado desempenhado pela profissão seja ancorado num processo que garanta o desenvolvimento da SAE.

2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÃO PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

A SAE é um instrumento que norteia a assistência de enfermagem, entendido também pelos enfermeiros como valorização profissional, pois pode contribuir para a melhoria da assistência e sua resolutividade, possibilitando a avaliação e documentação do atendimento prestado aos pacientes nos serviços de saúde (NASCIMENTO et al, 2008).

Trata-se é um modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado organizado das condições necessárias para que ele seja realizado (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

Sendo assim, a SAE traz benefícios para os pacientes e para equipe, e não apenas os benefícios diretos ao paciente são observados, mas também os voltados à instituição e aos demais profissionais da equipe multidisciplinar, pois apresenta redução da incidência do tempo das internações hospitalares à medida que agiliza o diagnóstico e o tratamento de problemas de saúde. Os gastos com erros e desperdícios de tempo resultantes da desorganização da assistência são minimizados, pois se cria um plano de eficácia de custos e a comunicação entre os profissionais é otimizada já que as informações são documentadas para posterior utilização na assistência, no ensino e na pesquisa (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

A consolidação da SAE favorece a visibilidade da equipe de enfermagem e em especial do papel do enfermeiro diante das outras profissões, além de promover a integralidade do cuidado ao paciente. Quanto à sua implantação, todos os membros da equipe estão aptos a participar de acordo com suas competências profissionais (LIMA; KURCGANT, 2006).

A SAE, e em especial a implantação do PE em ambientes, públicos ou privados, está descrito em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. O PE deve estar baseado em um suporte teórico que oriente sua realização, sendo as etapas de diagnóstico e planejamento, de competência exclusiva do enfermeiro (COFEN, 2009).

2.2.1 Breve Histórico sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem

Foi a partir das concepções de Florence Nightingale, em 1852, que as ações de enfermagem passaram a ser diferenciadas das ações médicas. Essa distinção foi o marco que fez com que a enfermagem emergisse como profissão, sendo orientada para uma aproximação aos problemas sociais, com apoio na reflexão sobre seu fazer (FERREIRA, 2011).

A enfermagem teve seu início com Florence Nightingale, em 1860, quando fundou na Inglaterra uma escola para enfermeiras que passou a ser referência para outras instituições. A enfermagem iniciou a sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos. O ensino nightingaleano previa que a atividade de enfermagem só deveria ser exercida por mulheres preparadas, como “*nurses*” (responsáveis pelas atividades manuais) ou como “*ladies nurses*” (responsáveis pelo ensino, supervisão e administração de enfermagem). As técnicas de enfermagem foram as primeiras expressões do saber sistematizado da enfermagem, seguidas pelos princípios científicos e teorias de enfermagem e, mais recentemente, pelo movimento das classificações da prática de enfermagem (CARRIJO, 2012).

Historicamente, a trajetória da enfermagem determina alguns modelos que condicionam as práticas, as concepções e os saberes da enfermagem e, conseqüentemente, apresentam características vindas dos séculos passados para a atualidade. A profissão tenta desvencilhar-se desses modelos, buscando alternativas para adequar-se à evolução dos avanços na área da saúde. A evolução com ênfase no processo de cuidar modificou as concepções nessa área, porém, muitas práticas ainda hoje vigentes apresentam os resquícios da trajetória histórica da enfermagem, nos diferentes contextos (PIRES, 2007).

No Brasil Colônia, os cuidados dos doentes eram realizados por seus familiares e pelos jesuítas, auxiliados por indígenas e escravos, os quais não possuíam nenhum conhecimento científico. A população era atendida por religiosas ou prostitutas que prestavam atendimento baseado no senso comum, na experiência, nos ensinamentos, nos saberes passados de geração a geração (PIRES, 2007).

Em 1917, ocorreu o fortalecimento da saúde pública, tendo como apoio o estabelecimento de uma política de saúde que tinha como objetivo a assistência curativa, o mesmo foi reforçado pela organização dos trabalhadores em categorias, contribuindo para a criação dos institutos de aposentadorias e pensões (CARRIJO, 2012).

Somente em 1920, por iniciativa do Dr. Carlos Chagas, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, ocorreu a vinda para o Brasil de enfermeiras americanas, sendo então criada a Escola de Enfermagem Ana Nery, no Rio de Janeiro, fundamentada no modelo de “Nightingale”, precursora dessa profissão (CARRIJO, 2012).

Especificamente, a história do PE teve início sendo denominado de estudo de caso, que foi o precursor dos planos de cuidados. A primeira descrição do processo foi publicada em 1929, no *Student's Handbook on Nursing Care Studies*, de autoria de Deborah Jensen. Ela propôs aos estudantes de enfermagem da Universidade de Yale/EUA a elaboração de estudos de casos para fins de aprendizagem. Em 1937, Henderson organizou um Curso de Enfermagem cuja programação incluía uma unidade definida como plano de cuidado individualizado (FERREIRA, 2011).

Em 1950, Lúcia Hall, durante conferência em *New Jersey*, fez referência à enfermagem como sendo um processo, definindo o cuidar em enfermagem como um processo alicerçado em quatro proposições: enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente. A autora entende o Processo de Enfermagem como um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender e descrever habilidades e capacidades cognitivas psicomotoras e afetivas (PIRES, 2007).

O termo “Processo de Enfermagem” foi usado pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, numa publicação que destacava a dimensão interpessoal no convívio enfermeiro paciente, considerando três aspectos básicos: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações da enfermagem destinadas ao benefício do paciente. Esse termo foi usado ainda em 1963, pelas estudiosas da Universidade Católica dos Estados Unidos, Virgínia Bonney e June Rothberg. Elas referiram-se a cinco fases do PE, a saber: levantamento, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (NÓBREGA; SILVA, 2009).

No Brasil, desde a década de 1960, Horta, dentre outras teóricas, trouxe grande avanço no desenvolvimento da enfermagem brasileira, principalmente quando publicou o trabalho “Contribuições de uma teoria sobre enfermagem”, um marco no processo de modernização da profissão (PIRES, 2007).

Sabe-se que Wanda de Aguiar Horta foi a grande incentivadora para a implantação do PE no Brasil, a partir de década de 1970, através de sua participação na Escola de Enfermagem Ana Nery /Universidade Federal do Rio de Janeiro, na cidade do Rio de Janeiro, tendo como referencial teórico as Necessidades Humanas Básicas da teoria da

Motivação Humana de Maslow. Desde então, o PE vem sendo implantado em ambientes onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem no Brasil. Hoje, no cenário nacional, dispõe-se de produção científica significativa sobre a SAE e uma legislação que ampara e dá respaldo para que a enfermagem desenvolva o seu trabalho de forma sistematizada (ARGENTA, 2011).

O PE vem avançando há mais de 40 anos, especialmente nos Estados Unidos da América, sendo sua utilização considerada indispensável à prática e ao ensino de enfermagem naquele país e em muitos outros países interessados no desenvolvimento da profissão da Enfermagem e do seu corpo de conhecimento (FERREIRA, 2011).

O PE, segundo Pesut e Herman (1999), encontra-se na terceira geração de construção de conhecimento na enfermagem, conforme descrito a seguir:

Primeira geração: dos problemas e processos. O período está compreendido entre 1950 a 1970 caracterizando-se pelo uso do método de solução de problemas, com raízes no método científico de observação, mensuração e análise de dados. O PE é descrito em quatro fases: avaliação inicial, planejamento, intervenção e avaliação. A principal característica dessa geração é a identificação dos problemas de enfermagem do paciente e o atendimento das necessidades de cuidado de enfermagem e o processo de solução dos problemas, os quais, via de regra, relacionavam-se a determinadas condições fisiopatológicas e médicas. O marco dessa geração ocorreu em 1970, quando se realizou a primeira conferência para classificação de Diagnósticos de Enfermagem (DE). Esse movimento de identificação e classificação dos DE marcou o início de nova geração do processo de enfermagem mudando o entendimento do mesmo.

Segunda geração: do Diagnóstico de Enfermagem e Raciocínio Clínico – vai de 1970 a 1990. O PE é descrito em cinco etapas acrescentando-se os diagnósticos de enfermagem, sendo que houve significativa transformação no pensamento da área, conferindo-se ênfase aos processos de pensamento para lidar com as informações dos pacientes, transformando-as em raciocínio diagnóstico e pensamento crítico na identificação e solução de problemas. Esta segunda geração determinou novas necessidades de ensino com foco no julgamento clínico e nas habilidades profissionais no raciocínio diagnóstico. Além disso, a tendência emergente no sistema de saúde para especificar e avaliar os resultados da atenção aos clientes determinou as condições para mudança no modo de pensar e de aplicar o PE.

Nos anos de 1973 a 1979, Kristine Gebbie e Mary Ann Lavin realizaram a primeira reunião da força-tarefa para nomear e classificar os

DE. A Dra. Marjory Gordon foi a presidente da Força-Tarefa do Grupo Nacional para definição e classificação de Diagnósticos de Enfermagem, sendo fundada a Câmara de Diagnósticos de Enfermagem, estabelecidos em *St. Louis University*, que serviu como um banco de dados para os DE. Em 1974, na primeira Conferência realizada por Gebbie e Lavin foram publicados os primeiros DE em anais. O grupo de trabalho realizado por enfermeiras teóricas teve início em 1977, orientado pela Irmã Callista Roy. O grupo apresentou trabalhos em 1978 e 1980. Em 1982, Irmã Callista Roy e outras teóricas como Dorothea Orem, Imogene King, Margaret Newman e Martha Rogers, apresentaram um quadro de organização para os DE chamados *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA) e o Comitê de Taxonomia (NANDA-I, 2010).

Terceira geração: considerada de especificação e teste de resultados, está compreendida no período de 1990 até os dias atuais, sendo proposto um modelo de PE que representa a sua complexidade (CRUZ, 2008), tendo como foco a especificação e testagem na prática de resultados sensíveis à intervenção profissional e os resultados de enfermagem. Para Cruz (2008, p. 28), “na terceira geração do PE, as classificações dos DE, de intervenções e de resultados de enfermagem são valorizadas como o vocabulário para o raciocínio clínico na enfermagem”. Para Garcia e Nóbrega (2009b, p. 190), “uma vez que o diagnóstico de enfermagem é feito, especifica-se um resultado a ser alcançado e cria-se com isso uma dupla obrigação, a de intervir e, em seguida, avaliar a eficácia da intervenção realizada”.

O desenvolvimento da SAE esteve incluído nos caminhos percorridos para a profissionalização da categoria no Brasil. Nas décadas de 1960 e 1970 as políticas de saúde do Brasil tratavam da prática curativa, individual e especializada na assistência previdenciária, o que direcionava o ensino de enfermagem para a área hospitalar. E foi nesta época onde houve a valorização profissional que teve início o planejamento assistencial, o que buscava embasamento científico no processo de trabalho do enfermeiro (CARRIJO, 2012).

Em 1973, a *American Nurses Association* (ANA) publicou os critérios da prática de enfermagem em consonância com as fases do processo. A partir de então, fortaleceu-se o empenho nacional para identificar, padronizar e classificar problemas de saúde tratados pelas enfermeiras. A fase diagnóstica de enfermagem foi incluída a partir de então (FERREIRA, 2011).

No ano de 1979 o Brasil deu início à organização do cuidado e à discussão do PE com a publicação do livro “Processo de Enfermagem”

de Wanda de Aguiar Horta, no entanto ainda nessa época não se usava o termo SAE. Os estudos de Horta impulsionaram o ensino e a pesquisa da SAE no Brasil.

Nos Estados Unidos da América, em 1982, o Tribunal Estatal Profissional revisou seus exames para incluir o PE como conceito sobre organização, indispensável à prática competente de enfermagem. A *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* dos Estados Unidos da América continua exigindo o PE como meio de documentação de todas as fases de cuidados ao paciente (FERREIRA, 2011).

No Brasil, em 1986, foi aprovada a lei Nº 7.498 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e que trata além de outras questões sobre a consulta e a prescrição dos cuidados de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro. Esta lei traz mais autonomia para o enfermeiro aplicar o PE em seu cotidiano de trabalho.

No ano de 1987 teve início na Universidade de Iowa pesquisas para a criação do *Nursing Intervention Classification* (NIC), pois a enfermagem não possuía nenhuma linguagem padronizada que comunicasse os tratamentos que os profissionais de enfermagem executavam. Isso ocorreu com o início das atividades da NANDA, já que ao diagnosticar um problema de saúde o enfermeiro tem o dever de fazer algo para resolvê-lo. Em 1992 a NIC foi lançada e encontra-se na sua quinta edição. A primeira edição apresentou 336 intervenções e a quarta 514 intervenções com mais de 12.000 ações/atividades (BARROS, 2009).

Em 1989 foi aprovada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses – ICN*) a resolução que previa o desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE®) em Seul, na Coreia. Especifica uma ampla classificação de diagnósticos, intervenções e resultados desenvolvida e difundida pelo mundo, como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, permitindo uma comunicação e comparação dos dados de enfermagem entre diversos contextos, países e idiomas, sendo indispensável à sua utilização, o recurso de informática. Nesta perspectiva, a CIPE® é uma ferramenta para gestão e planejamento dos cuidados de enfermagem, que está em constante atualização, objetivando ampliar seus vocabulários para os diversos contextos da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

No ano de 1990, no decorrer da 9ª Conferência da NANDA-I, a assembleia geral homologou uma definição oficial para o DE, o qual pode ser entendido por um “juízo clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas da saúde/processos vitais reais ou potenciais”; o DE possibilita, naturalmente, a seleção das

intervenções de enfermagem. Deste modo, a NANDA-I vem proporcionando bases consistentes para a progressão e refinamento destes diagnósticos, além de produzir um sistema conceitual para classificá-los em uma taxonomia (CARPENITO-MOYET, 2007, p. 24).

A *Nursing Outcomes Classification* (NOC) teve início em 1991 por pesquisadores da Universidade de Iowa que perceberam que além dos diagnósticos e das intervenções, uma terceira classificação, a dos resultados esperados para os pacientes seria necessária. Na escolha da NOC, o enfermeiro faz uma descrição do resultado atual e escolha do resultado desejado. Assim, o estado atual pode ser comparado ao final, após uma intervenção de enfermagem para determinar a eficácia desta no resultado desejado. Em 1997 foi publicada a criação da NOC com 190 resultados e em 2004 na 3ª edição havia 330 resultados agrupados em 31 classes e 7 domínios (BARROS, 2009).

Em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a resolução Nº 272 que dispõe sobre a SAE e a implantação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, conferindo assim apoio legal. Sendo cada vez mais frequente a necessidade da implantação da SAE e do PE, o COFEN, em 2009, realizou a revisão da resolução anterior e publicou a Resolução COFEN Nº 358/2009 vigente nos dias atuais, que obriga as instituições a implantar a SAE e o PE (MALUCELLI et al, 2010).

Sendo assim, salienta-se a importância da implantação da SAE e do PE nos ambientes de saúde onde existe o cuidado de enfermagem, pois se trata de um instrumento científico que valoriza a profissão e traz segurança ao paciente, família, comunidade e trabalhadores, conferindo qualidade para a assistência prestada, bem como diminuindo o tempo de internação e conseqüente diminuição das despesas ao serviço de saúde.

2.2.2 Definindo a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem

Segundo Cruz e Almeida (2010) e Argenta (2011), atualmente na literatura encontram-se diversas nomenclaturas para a denominação da SAE, o que depende do referencial adotado, da finalidade e da área a que se destina. Os termos mais utilizados são: sistematização da assistência de enfermagem, processo de enfermagem, metodologia da assistência, processo de cuidado, metodologia do cuidado, processo de assistir e consulta de enfermagem. Em alguns casos, os conceitos têm o mesmo significado; em outras situações, começam a ser analisados e compreendidos como termos distintos, apesar do inter-relacionamento em sua aplicação na prática profissional de enfermagem. A pluralidade desses

nomes tem colaborado para dificultar o processo de aprendizagem do conhecimento, bem como a apropriação desse método científico nos processos de trabalho da enfermagem.

Sistematizar significa tornar algo sistemático, ou seja, ordenado, metódico, regularizado, coerente com determinada linha de pensamento e/ou de ação.

A SAE tem como finalidade organizar as ações de enfermagem em nível hospitalar e coletivo através da metodologia de resoluções de problemas de forma sistematizada de assistir o indivíduo no processo de saúde e doença. Sendo assim, a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (ARGENTA, 2011).

Para Leopardi (2006) e Argenta (2011), a SAE é a organização do trabalho de enfermagem e para que essa organização aconteça é necessário um método de trabalho, pessoas para executar este trabalho e instrumentos para desenvolver o trabalho de enfermagem. Sendo assim, o trabalho desenvolvido pela enfermagem está alicerçado em um tripé: o método, as pessoas que desenvolvem o trabalho de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e os instrumentos de trabalho (desde recursos materiais dos mais simples às tecnologias mais avançadas e o conhecimento inerente a cada profissional).

Segundo Leopardi (2006), a SAE não é o PE, porque o PE exige uma sistematização consciente do trabalho, a partir de uma metodologia adequada à produção do cuidado necessário, enquanto a SAE envolve mecanismos mais amplos como recursos humanos e materiais, método e instrumentos de trabalho. O PE faz parte da SAE como método de trabalho do enfermeiro.

Em relação ao PE, há que se ressaltar que segundo a Resolução do COFEN Nº 358/2009, este é um instrumento metodológico que orienta o cuidado do profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional, o que evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional.

De acordo com Meleis (2007), o PE é uma ferramenta da prática de enfermagem, ou seja, é um conceito central no domínio da enfermagem, que tem sido considerado estrutura de conhecimento para a prática e o ensino de enfermagem.

Para Argenta (2011), o PE é o método de trabalho que os enfermeiros utilizam para assistir seus pacientes, família e coletividade, sendo sistemático pelo fato de envolver a utilização de uma abordagem organizada para alcançar o seu propósito, além de também ser

considerado um método que possibilita a organização e prestação do cuidado de enfermagem.

Horta (1979, p. 35) definiu o PE como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”.

De modo geral, em função dos inúmeros referenciais, o PE organiza-se em cinco etapas, no entendimento de autores como King (1960); Kenney (1990), Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) e Alfaro-LeFreve (2000), constituindo-se nas fases de: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação da assistência. Outros pensadores, como Leininger e Rogers (1978) entendem que o PE consiste de quatro fases; e outros ainda, como por exemplo, Neunam (1970), que dividem o PE em três estágios. Por sua vez, Horta (1979) identificou seis etapas no PE: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Segundo o que foi apresentado, pode-se identificar as etapas inter-relacionadas que compõem o PE, tendo como referência a Resolução COFEN Nº 358/2009:

1. **Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;
2. **Diagnóstico de Enfermagem:** processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;
3. **Planejamento de Enfermagem:** determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem;

4. **Implementação:** realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem;
5. **Avaliação de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

A aplicação do PE, por intermédio da SAE, exige a escolha de um referencial teórico para dar sustentação à prática de enfermagem, sendo necessário que o mesmo tenha aderência ou relação com a filosofia e a natureza do cuidado no contexto da prática profissional. O uso do referencial teórico valoriza o serviço do enfermeiro, o que gera satisfação profissional e melhora a qualidade da assistência prestada (CROSSETI, 2008).

2.3 ASPECTOS LEGAIS DA ENFERMAGEM, DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Desde a década de 1950 a prática do cuidado de enfermagem baseada no conhecimento empírico vem sendo discutido. Por esta razão, os profissionais, impulsionados pela lógica do sistema capitalista e pelo avanço da ciência, buscaram a valorização da enfermagem, iniciando a construção de um conhecimento próprio, por meio de elaborações teóricas (KLETEMBERG et al, 2010).

A legitimação do exercício profissional no contexto histórico e social do Brasil deu-se a partir das necessidades econômicas, sociais e políticas com pouca visibilidade da sociedade usuária deste atendimento de enfermagem e do profissional que presta este atendimento.

O contexto histórico da enfermagem no Brasil mostra que no período de 1890 a 1950 as leis que regiam a profissão eram meramente de interesse comercial, pois as enfermeiras entraram nos hospitais para suprir a necessidade de mão de obra, antes realizada pelas irmãs de caridade. A primeira escola de enfermagem era administrada por médicos, que também eram os professores. Sendo assim, entende-se o porquê da submissão do serviço de enfermagem à classe médica, pois como se pode observar na descrição das atribuições das enfermeiras

diplomadas no artigo 54 do decreto 15.799/22 de Brasil (1922, apud KLETEMBERG et al, 2010, p. 28):

Art. 54. A *ella* incumbirá a organização e distribuição dos serviços e cuidados aos doentes, da cozinha dietética e da rouparia, cabendo-lhe a responsabilidade pelo bom andamento destes serviços. Os cuidados aos doentes serão orientados pelos médicos-chefes cujas prescrições deverão ser rigorosamente cumpridas.

Também foi nesse período por falta de mão-de-obra em decorrência da criação de novos hospitais que foi criada a lei Nº 775/49 regulamentando o curso de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem; porém, essa lei não normatizou o ensino e nem as atribuições de dada categoria. Posteriormente foi criado o decreto Nº 27.426/49 que aprovou o regulamento básico para a criação dos cursos de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

Kletemberg et al (2010) relatam que ao direcionar as atividades do auxiliar de enfermagem para as práticas curativas, o decreto revelou o interesse de vários setores como o setor privado, que visava à formação de mão-de-obra barata para diminuir o emprego de enfermeiras diplomadas; da classe médica, que necessitava de maior número de auxiliares para o tratamento terapêutico, e para a enfermeira, também foi interessante, pois, devido ao *déficit* de profissionais, ela poderia delegar funções a um grupo de pessoas mais bem preparado do que o atendente de enfermagem, norteando suas ações para a administração, supervisão e ensino que lhe eram atribuídas.

Somente em 1955 o exercício profissional da enfermagem foi regulamentado no Brasil pela Lei Nº 2.604/55. Esta lei descrevia as atribuições das seis categorias existentes na enfermagem na época vigente: Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Obstetritz, Parteira, Parteira Prática, Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem.

Nesse momento, o PE apareceu como atribuição do enfermeiro e foi regulamentado pela lei Nº 2.604/55. Isso ocorreu pela preocupação dos enfermeiros em organizar a assistência de enfermagem praticada pelos profissionais sob sua supervisão. No início da década de 1960, surgiu na literatura de enfermagem a utilização de um método científico que permitia a valorização profissional no mercado capitalista, diferenciando-o dos demais integrantes da equipe de enfermagem para a realização dos cuidados (CARRIJO, 2012).

Na década de 1960, o governo militar pressionado pelo comércio, para a abertura de novas vagas universitárias criou os cursos profissionalizantes, incluindo o curso técnico em enfermagem, que teve início na Escola de Enfermagem Ana Nery, através do parecer 171/66. Novamente ocorreu uma lacuna na lei no que se refere às atribuições que seriam desempenhas por esse profissional. Esse contexto da não delimitação de funções correspondentes a cada categoria na equipe de enfermagem deve ter contribuído para as dificuldades encontradas pela enfermeira na aplicação do PE. Existia a clareza de que competia a ela a supervisão, administração e o ensino, isso não acontecia na delegação das tarefas a serem executadas (KLETEMBERG et al, 2010).

Em 1986 foi promulgada a Lei do exercício profissional Nº 7.498/86 que atualizava o exercício profissional da enfermagem, regulamentada pelo decreto nº 94.406/87. No texto dessa lei, a redução das categorias na enfermagem refletiu a realidade profissional, de enxugamento de algumas categorias e tendo sido acrescido a categoria de técnico de enfermagem. A figura do atendente de enfermagem, que não constava oficialmente na lei, foi extinta oficialmente, concedendo o prazo de dez anos, a partir da data da publicação da lei, para que este se qualificasse. O texto da Lei regulamenta, no artigo 11, como atribuições do enfermeiro:

Art. 11º. O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

- 1) Privativamente:
 - a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da Instituição de saúde pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
 - b) Organização e direção de serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
 - c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
 - h) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
 - i) Consulta de enfermagem;
 - j) Prescrição da assistência de enfermagem;
 - l) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

- m) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (COREN, 2013, p. 41).

A regulamentação da prescrição e da consulta de enfermagem, que foi conquista da categoria, contempla a trajetória da SAE iniciada na década de 1960, desenvolvida com esforços, reflexões, críticas e resistências, com a inclusão da sistematização da assistência nessa lei. A aprovação da lei 7.498 em 1986 representou um grande avanço em termos de autonomia profissional, de maior clareza na definição de papéis, e uma aceitação do PE como parte das atividades privativas do enfermeiro (KLETEMBERG et al., 2010).

Contudo, foi somente em 2002 que o COFEN promulgou a resolução Nº 272 que dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras. Esta resolução deixou alguns pontos que não foram contemplados como a implantação do PE e suas etapas, o uso de um suporte teórico que oriente a prática, bem como a atribuição do técnico em enfermagem frente a SAE.

No ano de 2009 a resolução Nº 272/02 foi revogada pela resolução Nº 358 de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a SAE e a implantação do PE nos serviços públicos ou privados onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem. Vale destacar que esta resolução é uma Lei do exercício profissional e que, portanto, deve ser cumprida. Essa resolução determina em seu Art. 2º as fases do PE que são: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

Pode-se evidenciar no artigo 3º, que incorporar o PE é uma das maneiras de operacionalizar a natureza científica da Enfermagem, ao promover um cuidado de enfermagem integral, humanizado, contínuo e de qualidade para o paciente. O processo de enfermagem deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem (COFEN, 2009).

Conforme a Resolução Nº 358/09 do COFEN, no seu artigo 4º regulamenta e incumbe a liderança na execução do PE, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do

processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a estas respostas (COFEN, 2009).

Em seu artigo 5º a mesma Resolução do COFEN afirma que a execução das prescrições de enfermagem é de competência dos demais membros da equipe de enfermagem. A participação dos profissionais de nível médio de enfermagem dá-se na contribuição da elaboração do plano de cuidados, a partir de informações registradas sobre o paciente e comunicações verbais estabelecidas com o enfermeiro.

Destaca-se ainda a afirmação de Kletemberg et al (2010) quando dizem que os profissionais, ao verem estampadas em Lei suas atribuições, sentiram-se responsáveis pela busca de subsídios que fornecessem o referencial para sua implementação. Hoje a SAE está presente no cotidiano de trabalho destes profissionais, seja para sua concepção, implementação ou realização. Assim, a lei do exercício profissional e a prática têm relação de reciprocidade.

3 MARCO CONCEITUAL

Fawcett (1995) afirma que o marco conceitual direciona a procura das questões sobre o fenômeno e sugere soluções para os problemas práticos. Na enfermagem, o marco conceitual explicita orientações filosóficas e pragmáticas específicas à assistência de enfermagem e sobre a dimensão dos cuidados prestados.

O marco conceitual é uma fronteira, limite daquilo que se pretende desenvolver, conhecer ou realizar no contexto do domínio e da ação. No que se refere à enfermagem, é necessário que, através do marco conceitual, possam ser identificados os significados favoráveis às buscas da profissão e ao processo de construir dos enfermeiros para o presente e o futuro (SAUPE; ALVES, 2000).

O marco conceitual de um projeto pode ser construído por seus idealizadores ou ser representado por uma teoria ou conjunto de conceitos estabelecidos por pensadores, tanto da área da profissão como de outra.

3.1 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos são afirmações que explicitam crenças e princípios aceitos como verdadeiros, com base no raciocínio lógico, são suposições prévias que antecedem uma ideia. Eles não são necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente. Para Trentini e Paim (2004, p. 52):

[...] os pressupostos dão sustentação ao problema de pesquisa e aos métodos de obtenção e análise de informações [...].

Os pressupostos elucidados neste projeto de pesquisa são baseados nas crenças e valores adquiridos ao longo da vida profissional e fundamentados na revisão bibliográfica. Assim, apresenta-se a seguir os pressupostos desse estudo:

- A filosofia de enfermagem em uma instituição é um alicerce para o trabalho profissional, pautado na ciência e nas crenças dos profissionais;
- A Sistematização da Assistência de Enfermagem ao ser desenvolvida com eficiência, compõe uma das formas de melhorar as competências técnico-científicas, sociais e humanas da equipe de enfermagem, promovendo o

conhecimento da ação e da reflexão, para assim, consolidar uma prática transformadora;

- O Processo de enfermagem é o meio/método pelo qual se realiza a execução da SAE nos serviços de saúde;
- A EP (Educação Permanente) é entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. A EP, como o próprio nome diz, deve ser constantemente vivida e proporcionada por cada um dos envolvidos ao longo da vida;
- A Educação Permanente, se for desenvolvida com eficiência, compõe uma das formas de melhorar as competências técnico-científicas, sociais e humanas da equipe de saúde, promovendo o conhecimento da ação (saber-fazer) e da reflexão (pensar sobre o fazer), para assim consolidar a prática transformadora pelo mecanismo ação-reflexão-ação;
- No processo de construção coletiva não existe um sujeito que sabe mais e outro que sabe menos – todos podem contribuir para a construção de uma nova proposta para a prática assistencial, pois o saber de cada um é específico e deve ser valorizado.

3.2 CONCEITOS

Os conceitos centrais que integram esse marco conceitual e são a linha norteadora deste estudo, são apresentados a seguir.

3.2.1 Ser Humano

É um ser natural, singular e complexo que se manifesta na sua forma física, através do corpo biológico e na forma de consciência, através da sua forma psicológica. Na forma psicológica, além dos sentimentos, encontram-se também a sua maior ou menor facilidade de aprender, preferência para exercer determinada atividade e a busca constante de aperfeiçoar-se para a sua evolução, o que lhe dá a característica de ser (LEOPARDI, 1999).

Neste estudo os seres humanos serão representados pelos profissionais que formam um grupo de trabalho, constituído por

enfermeiros que possuem a capacidade de trocar conhecimentos, aprendendo e ensinando, e desempenham suas atividades específicas no HRSJ.

3.2.2 Enfermagem

Para Bellaguarda (2013, p. 77), enfermagem “é profissão de assistência à saúde fundamentada no conhecimento científico, na sua autorregulação e na autonomia do seu fazer por meio de práticas de cuidado, educação e gestão cooperativas a pessoas, em interdependência com seus pares e demais profissionais da área da saúde”.

Para a pesquisadora deste estudo, a Enfermagem é constituída por uma equipe de trabalhadores (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que desenvolvem o cuidado profissional, embasado em conhecimento científico, com o objetivo de promover a satisfação das necessidades do ser humano, sendo este cuidado pautado no exercício autônomo, com qualidade e segurança para a assistência prestada.

3.2.3 Enfermeiro

O enfermeiro participa ativamente de seu processo de trabalho, compreendendo que o ambiente onde trabalha é um laboratório valioso de investigação para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. Assim, o enfermeiro é aquele profissional habilitado no campo do cuidar, que organiza as normas do serviço, determinando sua eficiência na execução de processos (SMELTZER, S.C. et al., 2011).

Para a pesquisadora deste estudo, Enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem, que possui conhecimento científico, habilidade prática e bom senso. Conhece sua equipe e local de trabalho, podendo assim conduzir uma assistência de qualidade e segura para usuários/famílias e trabalhadores. E ainda possui habilidades para o gerenciamento de recursos materiais e humanos envolvidos na assistência de enfermagem.

3.2.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem

Há na literatura uma diversidade de nomenclaturas acerca da Sistematização da Assistência, sendo que neste estudo adota-se conceito de SAE regulamentado pelo COFEN na Resolução Nº 358/09:

[...] A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem [...] (COFEN, 2009, p. 1).

A Resolução COFEN Nº 358/09 também traz o conceito de PE:

[...] o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional [...] (COFEN, 2009, p. 1).

Para Horta (1979, p. 35), o PE é definido como:

[...] o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos [...].

Para a pesquisadora deste estudo, SAE é a forma como se organiza o serviço da enfermagem para que se possa prestar um cuidado seguro ao paciente, onde se pode dimensionar o quantitativo de recursos (materiais e humanos) disponíveis para determinada área do cuidado de enfermagem, viabilizando assim o desenvolvimento do PE, o que torna a equipe de enfermagem mais coesa, aumentando a integração com a equipe multidisciplinar e faz com que o cuidado ao paciente tenha mais qualidade.

3.2.5 Teorias de Enfermagem

Meleis (2007 p. 17) define a teoria de enfermagem como:

[...] uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenômeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.

Também se pode dizer que uma teoria sugere uma direção de como ver fatos e eventos para que se possa guiar o cuidado de enfermagem com mais precisão e cientificidade. Vale ressaltar que as teorias são importantes arcabouços que dão sustentação à SAE.

3.2.6 Marco Filosófico

Representa as crenças e valores da comunidade envolvida na proposição e desenvolvimento do presente estudo, ou seja, os

pressupostos ou princípios ético-filosóficos que orientarão a caminhada e reorientarão os rumos da profissão quando necessário.

3.2.7 Marco Conceitual

Para Saupe e Alves (2000, p. 63), teorias, marcos teóricos ou conceituais “são concepções ou abstrações que procuram explicar a realidade e apesar de não darem conta de sua totalidade, contribuem para seu entendimento e subsidiam novas interpretações e transformações da realidade”. Marco conceitual também é entendido como “um conjunto de definições e de conceitos inter-relacionados”.

Na perspectiva de construção coletiva, a partir do grupo de enfermeiros do HRSJ, entende-se que o conceito de Trentini (1987, p.138) acerca do marco conceitual parece ser o mais apropriado.

[...] um conjunto de definições e de conceitos inter-relacionados. Há, no entanto, marcos conceituais de diferentes níveis e com diferentes objetivos. Um determinado marco conceitual pode ter o objetivo de descrever uma área de conhecimento, como por exemplo a enfermagem; um outro marco conceitual pode ter sido desenvolvido com o objetivo de guiar um estudo específico de pesquisa ou de currículo [...]

3.2.8 Construção Coletiva

De acordo com Trentini e Paim (2004, p. 40):

As mudanças no contexto da prática só ocorrerão se houver antes mudança da mentalidade dos envolvidos nas práticas; a melhor maneira para que isso ocorra é a participação deles em todo o processo de pesquisa.

A construção do marco filosófico e conceitual de forma coletiva, amplia a possibilidade de aquisição e avanço de conhecimentos e, com isso, descoberta de novos modos de pensar. Em um grupo de trabalho interessado na questão de pesquisa, surgem atitudes críticas, ampliam-se os horizontes interpretativos, exigindo de todos o cumprimento de certos deveres/obrigações. O propósito deste estudo, ou seja, a construção de forma coletiva do marco filosófico e conceitual possibilitará o pensar da prática cotidiana, aprofundando conhecimentos por meio das referências bibliográficas, a discussão e reflexão coletivas, finalizando com a

elaboração do marco filosófico e conceitual voltado especificamente para as necessidades do serviço.

3.2.9 Cuidado Seguro

Segundo o documento da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), cuidado seguro é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável que se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento, ou outro tratamento. Complementando este conceito, o cuidado seguro não é nada mais do que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente. Neste sentido, visando à segurança do paciente, faz-se necessária a construção do marco filosófico e conceitual para que se dê início à implementação efetiva da SAE no HRSJ, respondendo ao que preconiza a legislação vigente.

4 METODOLOGIA

Foi utilizada como proposta metodológica a pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA). Esta metodologia mantém, durante seu processo, uma estreita ligação com a prática assistencial, com a finalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na situação da prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste capítulo, descreve-se o caminho metodológico que foi percorrido, no intuito de buscar a concretização do objetivo proposto no estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa qualitativa tem como objetivo a compreensão dos fatos, ao invés de sua medida (POLIT; HUNGLER, 2004). Desta forma, busca o entendimento mais intenso e, se necessário, particular, do objeto de estudo, sem preocupar-se com medidas numéricas e análises estatísticas.

Trentini e Paim (2004) corroboram quando dizem que na abordagem qualitativa o que se privilegia não é a quantificação dos dados originários da realidade, com vistas a generalizações estatísticas, mas dados gerados a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo da pesquisa, com o intuito de se revelar a dinâmica e o ponto de vista de quem vivencia a problemática.

Neste tipo de estudo, os pesquisadores tendem a capturar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, tentando absorvê-los em seu contexto, dentro da totalidade dos que os conhecem. Os estudos qualitativos resultam em informações ricas e profundas que têm o potencial de elucidar as múltiplas dimensões de um fenômeno complexo. Os resultados são caracteristicamente baseados nas experiências de vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira mão (POLIT; HUNGLER, 2004).

Segundo Flick (2009, p. 37), “a pesquisa qualitativa dirige-se à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais”. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa assume uma posição estratégica para traçar caminhos para que as ciências sociais, a Enfermagem e outras áreas possam concretizar tendências, no sentido de transformar realidades que precisam ser superadas.

A PCA surgiu a partir da Pesquisa-ação de Kurt Lewin, que tem como intuito unir teoria e prática, tendo a intenção de conhecer e provocar

mudanças de ordem psicossocial no sistema pesquisado, através do processo de cuidar de acordo com o preconizado pelas teorias de enfermagem. A PCA segundo Trentini e Paim (2004, p. 27) é:

[...] Aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social. Portanto, esse tipo de pesquisa está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado.

A PCA sempre requer a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, está orientada para a resolução de problemas na prática ou para a realização de mudanças na área de atuação, o que pode resultar numa construção teórica. Portanto, a pesquisa convergente é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004).

Trentini e Paim (2004, p.29) dizem que a prática assistencial de enfermagem encontra um instrumento útil em seu cotidiano de trabalho para “aprender a pensar o fazer (...), pesquisando as implicações teóricas e práticas de seu fazer”. Neste sentido, as informações colhidas serão mais reais e verdadeiras, pois a pesquisa é desenvolvida numa situação natural, com dados descritivos, enfocando a realidade de forma completa e contextualizada, o que se enquadra nos objetivos deste estudo.

Para que a PCA alcance seu propósito de solucionar problemas e realizar mudanças na prática é necessário que se façam reflexões que foram propostas pelos membros envolvidos no estudo. As mudanças no contexto da prática só ocorrerão se houver antes mudança de mentalidade dos envolvidos nas práticas. A melhor maneira para que isso ocorra é a participação deles em todo o processo de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

De acordo com Trentini e Paim (2004), quando um pesquisador resolve desenvolver uma PCA, ele precisa estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial. Desse modo, o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um novo conhecimento, que neste caso foi a construção da filosofia e marco conceitual do serviço de enfermagem do HRSJ, privilegiando a participação de atores sociais e suas práticas no cotidiano das unidades dessa instituição de saúde, que dispõe de 293 leitos de internação

hospitalar, mais o Programa Atenção Domiciliar, colaborando com a reflexão, para a renovação das práticas assistenciais no campo estudado.

Este estudo se constituiu numa PCA porque teve como finalidade a construção coletiva do marco filosófico e marco conceitual, juntamente com os enfermeiros atuantes no local de trabalho da pesquisadora deste estudo. Logo, a PCA alia teoria, pesquisa e prática. Então, nada mais relevante do que a utilização de uma metodologia que contenha estas especificidades.

4.2 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Para Trentini e Paim (2004), a PCA articula a prática profissional com o conhecimento teórico, através dos resultados que são levados para a prática e também emergem temas de pesquisa a partir da realidade e das necessidades do contexto da prática. Como podem ser observados nos seus pressupostos:

- O contexto da prática assistencial ocasiona inovação, alternativas de soluções para atenuar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas em superação, sendo necessário empenho dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais unindo o saber-pensar ao saber-fazer;
- A prática assistencial possui um contexto potencialmente fértil de questões abertas a estudos de pesquisa;
- O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho no campo da prática assistencial e no campo da investigação científica;
- A PCA tem o compromisso de beneficiar a prática assistencial durante o processo investigativo, ao tempo que se beneficie com o livre acesso às informações procedentes desta prática;
- O profissional de saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual do trabalho que

realiza (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 27-28).

4.3 ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A PCA aceita métodos baseados nos mais variados paradigmas da ciência. A observação dos critérios de resolução de problemas introduz inovações no campo da prática, pois ela é desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador, que também deve envolver-se no trabalho do contexto assistencial da pesquisa.

Conforme Trentini e Paim (2004), a PCA apresenta cinco fases ou procedimentos, que são: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e interpretação. Essas fases são inter-relacionadas, não acontecem de forma linear e são apresentadas a seguir.

4.3.1 Fase de Concepção

Compreende a fase inicial da pesquisa e nela estão incluídos: a introdução e justificativa do tema, a questão de pesquisa, o objetivo, a revisão de literatura e o referencial teórico (TRENTINI; PAIM, 2004). Neste estudo, a fase de concepção encontra-se descrita nos capítulos 1,2 e 3.

Esta fase se relacionou ao que se pretendeu pesquisar. Diz respeito ao percurso de elaboração do projeto que se iniciou com a escolha do tema de pesquisa. Na PCA, o tema deve emergir da prática profissional, sendo que o problema de pesquisa nasceu da necessidade da construção do marco filosófico e marco conceitual para que se possa futuramente implantar a SAE no HRSJ. Este problema surgiu das inquietações da pesquisadora enquanto enfermeira assistencial da instituição e foi apontado como significativo pela gerente de enfermagem e por um grupo de enfermeiros com os quais houve um contato inicial. Todos mostraram interesse e disposição para participar das estratégias que foram adotadas para o alcance do objetivo do trabalho.

O tema de pesquisa deve interessar aos profissionais participantes da pesquisa, pois caso contrário, fica difícil sua participação. Logo, o exercício de auto indagação foi feito pela pesquisadora, a partir das seguintes indagações mais gerais sugeridas por Trentini e Paim (2004, p. 39): “O que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas?” Assim, através destes questionamentos definiu-se o problema e o objeto de estudo que foi proposto: a construção coletiva da

filosofia e do marco conceitual, pelas enfermeiras assistenciais de um hospital geral.

4.3.2 Fase de Instrumentação

A fase de instrumentação é determinada pela busca de metodologias adequadas ao problema de pesquisa definido. Essa busca é caracterizada como uma “dança” de aproximações, distanciamentos e de convergência com a prática assistencial. No estudo em questão, esse movimento foi facilitado pelo pertencimento da pesquisadora à equipe de enfermagem daquele hospital.

4.3.2.1 Decisões Metodológicas

A PCA requer que a prática reflita o modo de vida dos envolvidos no espaço da pesquisa. Essa metodologia tem como elementos centrais a pesquisa, a assistência e a participação. E, dessa articulação, emerge outro elemento unificador denominado convergência (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 76). Logo, as estratégias para o alcance dos objetivos do estudo foram compatíveis com esses elementos.

As decisões metodológicas corresponderam aos seguintes procedimentos metodológicos: escolha do espaço físico da pesquisa, dos participantes e dos métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.3.2.2 Sobre o Espaço da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes. O Hospital Regional de São José (HRSJ) foi inaugurado em 25 de fevereiro de 1987, sendo suas atividades iniciadas no dia 02 de março do mesmo ano, com a Maternidade. Recebeu o nome de Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, em homenagem ao Dr. Homero de Miranda Gomes, médico especializado em Dermatologia e Leprologia, que foi Diretor e médico da Colônia Santa Tereza, Prefeito Municipal de São José, Deputado Estadual, recebendo também o Título de Cidadão Josefense (SÓRIA, 2011). A instituição apresenta características de hospital geral em média e alta complexidade e é referência para a região. Seus objetivos são consistentes e compatíveis com o atendimento aos modelos de atenção integral propostos pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

O HRSJ é referência em Ortopedia/Traumatologia, Oftalmologia, UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) Geral e Neonatal, Emergência Geral e Pediátrica, Cirurgia Bariátrica, Neurocirurgia, Hospital Dia e Internação Domiciliar. Oferece aos usuários atendimento nas seguintes

especialidades médicas: Medicina Intensiva, Nefrologia, Neuropediatria, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Radiologia, Urologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia Buco-maxilo-facial, Cirurgia Reparadora, Clínica Médica, Endocrinologia, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Homeopatia, Infectologia, Acupuntura, Anestesiologia, Dermatologia Pediátrica, Reumatologia e Ambulatório de Dor. Além das especialidades médicas, oferece Serviços como: Banco de Leite Humano, Banco de Olhos, Biópsias Guiadas por Tomografia e Ultrassom, Broncoscopia, Endoscopia Digestiva, Captação de Órgãos, Colonoscopia, Eletroencefalografia Pediátrica, Laboratório, Medicina do Trabalho, Nutrição Parenteral e Enteral, Fisioterapia, Ouvidoria, Humanização, Centro de Estudos, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Programa de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual, de Planejamento Familiar e Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (SÓRIA, 2011).

A equipe de enfermagem do HRSJ é composta por um quadro de 829 servidores, sendo 129 enfermeiros, 496 técnicos em enfermagem, 171 auxiliares de enfermagem e 33 atendentes de saúde⁶.

O HRSJ possui uma média de internação anual de 1.247 internações, bem como 14.702 atendimentos nos setores de emergência e 6.538 consultas no ambulatório, o que resulta em uma média mensal de 250 pacientes por dia (HRSJ, 2013). Atualmente conta com 293 leitos para internação, com uma taxa de ocupação de 95% dos leitos disponíveis.

O HRSJ está dividido em cinco andares. No térreo estão localizadas: as emergências adulto, infantil e oftalmológica, o Programa de Atenção Domiciliar, os ambulatórios e os setores de apoio, como o setor de tomografia, serviço de radiologia, ultrassonografia, eletrocardiograma, laboratório, nutrição e dietética, almoxarifado, farmácia, serviço social, informática, necrotério, o setor de recursos humanos, o registro (local destinado à realização das internações e gestão de leitos), a ouvidoria, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística e a direção. No segundo andar estão localizados: o centro cirúrgico, centro de material e esterilização, unidade de terapia intensiva e as unidades de internação do instituto de cardiologia. O terceiro andar se destina às internações de clínica médica, neurologia, neurocirurgia e vascular. No

⁶ Atendentes de saúde são os servidores que executavam atividades de enfermagem como atendentes de enfermagem, que não realizaram a capacitação para auxiliar de enfermagem e agora executam atividades administrativas.

quarto andar está localizado o setor destinado à maternidade e emergência obstétrica, bem como para as gestantes de alto risco, internações para tratamento ginecológico e unidade de terapia intensiva neonatal. O quinto andar está dividido em duas unidades que recebem pacientes cirúrgicos, a ortopedia e a unidade de cirurgia geral.

4.3.2.3 Sujeitos de Pesquisa

É oportuno enfatizar que a PCA não estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra, pois esta abordagem valoriza a profundidade e diversidade das informações em detrimento do princípio da generalização. Como afirmam Trentini e Paim (2004, p. 74):

Nesse tipo de pesquisa, a escolha da amostra (...) valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações. (...) [A amostra] deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre estes, os que têm mais condições de contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo.

Neste estudo foram participantes da pesquisa 42 enfermeiros que atuam no HRSJ e foram utilizados como critérios de **inclusão**: ser enfermeiro do HRSJ lotado na Secretaria de Estado da Saúde e ter tempo de serviço no hospital superior a seis meses. Como critérios de **exclusão** foram estabelecidos: estar de férias ou licença prêmio/saúde/gestação.

Como forma de convite foram utilizados cartazes distribuídos em todos os setores, murais do setor de educação permanente, nos cartões ponto e através de *e-mail* que foi encaminhado pela Gerência de Enfermagem para as chefias de setor reforçando os convites (APÊNDICE B). E também foi utilizado o convite pessoal, o qual reforçava o convite anterior, sendo feito nos momentos de passagem de plantão para relembrar data, horário e local.

Para a participação no estudo foi obtida, de cada um dos enfermeiros, a concordância formal, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foram explicados aos envolvidos os objetivos, as etapas do desenvolvimento do estudo e a garantia do anonimato das informações, assim como o direito de desistirem de participar durante o processo.

Nas Tabelas 1, 2 e 3, apresenta-se a caracterização dos enfermeiros participantes deste estudo.

Tabela 1: Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo no Hospital Regional da São José, São José, 2014.

SEXO:	TOTAL
Feminino	37
Masculino	5
TOTAL	42
IDADE	TOTAL
Média	38,8
Variação	21 – 56
QUALIFICAÇÃO	TOTAL
Graduação	15
Especialização	25
Mestrado	1
Doutorado	1
TOTAL	42

Fonte: TCLE e Ficha de Presença

Tabela 2: Caracterização dos setores de origem dos enfermeiros participantes do estudo no Hospital Regional da São José, São José, 2014.

SETOR DE ORIGEM	TOTAL
Emergência Geral	6
Emergência Obstétrica	1
Emergência Pediátrica	2
Unidade de Neurologia	1
Clínica Médica	2
Ambulatório Geral	1
Supervisão Noturno	1
Alojamento Conjunto	6
Centro Cirúrgico	3
Gerência de Enfermagem	1
Serviço de Atendimento ao	1
Funcionário	2
Unidade de Terapia	3
Intensiva	2
Unidade Cirúrgica	1
Gerenciamento de Resíduos	1
Diagnóstico e Imagem	2
Ambulatório Oftalmologia	1

SETOR DE ORIGEM	TOTAL
Educação Permanente	2
Centro de Material e Esterilização	1
Unidade de Ortopedia	2
Núcleo Epidemiológico	
CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar)	
TOTAL	42

Fonte: TCLE e Ficha de Presença

Tabela 3: Caracterização dos turnos de serviço dos enfermeiros participantes do estudo no Hospital Regional da São José, São José, 2014.

TURNO DE SERVIÇO	TOTAL
Manhã 07:00 às 13:00	15
Tarde 13:00 às 19:00	15
Plantão 07:00 às 19:00	10
Supervisão Noturna 19:00 às 07:00	2
TOTAL	42

Fonte: TCLE e Ficha de Presença

Foi possível verificar que os participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino e com uma média de idade de 38,8 anos. Com relação à qualificação profissional, 25 enfermeiros fizeram curso de especialização, um enfermeiro relatou ter mestrado e um enfermeiro possui doutorado na área de Ciências da Saúde. Foi possível evidenciar que houve uma distribuição, quanto aos setores de lotação dos enfermeiros, sendo que os setores mais representados foram a Emergência Geral e o Alojamento Conjunto, com seis representantes cada um.

Esses enfermeiros foram identificados através da adoção da sigla E (enfermeiro) seguida de ordem numérica (1-42) correspondente à sequência em que foram assinando e entregando o TCLE, como por exemplo, o primeiro enfermeiro foi identificado através da sigla E1 e assim sucessivamente.

4.3.2.4 Técnica de Coleta de Dados

Devido a sua característica de possuir movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, a PCA

permite a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

A forma de coleta de dados escolhida para a realização desse estudo foi discussão em grupo, sendo que o mesmo teve como objetivo principal revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão. Nesse estudo com os enfermeiros do HRSJ o objetivo foi o processo de criação coletiva da filosofia e marco conceitual do HRSJ.

As discussões em grupo tiveram como finalidade socializar informações e pensamentos e, a partir disso, em conjunto com os enfermeiros participantes desenvolver os conceitos a serem adotados pela equipe de enfermagem do HRSJ.

Para Leopardi et al (2001), o trabalho em grupo é uma das técnicas apropriadas para a pesquisa qualitativa, pois reúne pessoas com o mesmo interesse de relatar suas experiências e percepções acerca de um tema de investigação. A autora refere que o grupo pode ser formado especificamente para a investigação, ou organizar-se a partir de um grupo já pré-existente. Desse modo, os participantes possuem características em comum, sendo a amostra considerada intencional, pois a sua seleção segue a lógica dos objetivos do estudo.

O trabalho em grupo, portanto, é uma forma de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que conversa entre si um tema específico, trocando experiências e interagindo sobre suas ideias, sentimentos, valores e dificuldades.

Foi solicitado aos sujeitos da pesquisa que participassem de todos os encontros propostos para a realização do estudo, discutindo a importância e relevância de focalizar as estratégias facilitadoras para a construção da filosofia e do marco conceitual. Porém, em função de motivos profissionais e pessoais houve uma oscilação na frequência dos participantes em cada grupo realizado, o que acabou influenciando de forma positiva na criação dos conceitos, pois durante a apresentação do que havia sido construído pelo grupo anterior, os participantes que não estiveram neste encontro conseguiram realizar uma análise mais crítica, realizando assim mudanças pertinentes.

4.3.3 Fase de Perscrutação

Essa fase foi marcada pela definição de estratégias e instrumentos que foram utilizados para aquisição dos dados, descrevendo sua realização e particularidades para a construção da filosofia e do marco conceitual do HRSJ. A definição das estratégias e instrumentos tem intencionalidade, limites e possibilidades que devem ser criteriosamente explicitados, para que não se perca a confiança conquistada. De acordo

com Trentini e Paim (2004), as estratégias nascem da criatividade do pesquisador e estas devem ter total adesão ao método de pesquisa, sendo que o que garante que as estratégias propostas sejam bem aproveitadas é a familiaridade com os participantes e os dados. As estratégias devem proporcionar precisão, confiabilidade, fidelidade e outras qualidades exigidas dos dados da pesquisa.

4.3.3.1 Coleta dos Dados

Inicialmente, em janeiro de 2014, foi feito contato com a Gerência de Enfermagem (GE) do HRSJ para expor os objetivos do estudo, bem como a metodologia que seria utilizada, sendo também solicitado apoio para se ter acesso aos enfermeiros de todos os setores. A partir disto, a GE agendou uma reunião por meio de convocação para o mês de fevereiro de 2014 com as chefias dos setores e a pesquisadora. Esta reunião teve por finalidades: a apresentação formal do projeto de pesquisa às Chefias de Enfermagem; a solicitação da divulgação da pesquisa para os enfermeiros de suas respectivas unidades durante as reuniões de setores (mensal); a programação de encontro com os enfermeiros; e a liberação, sempre que possível, dos enfermeiros para participarem dos encontros. A reunião com a GE e as chefias ocorreu no dia 10 de fevereiro de 2014.

Antes de iniciar a coleta de dados foram realizados dois momentos de instrumentalização com os enfermeiros que participaram da pesquisa. Estas instrumentalizações tiveram como objetivo resgatar assuntos que seriam tratados para a realização da coleta de dados, sendo abordados os temas sobre teorias de enfermagem e filosofia na enfermagem.

O processo de instrumentalização teve início em julho de 2014. Para iniciar esse processo de instrumentalização sobre as teorias de enfermagem, foi realizado previamente no mês de junho de 2014 um levantamento com os enfermeiros lotados nos diversos setores do HRSJ, através de uma enquete onde se perguntava: *Para você qual seria a teoria que mais se adapta à realidade do HRSJ ou da sua Unidade?* O pesquisador passou em todas as unidades do hospital em três dias alternados com horários diferentes para conseguir alcançar o maior número de enfermeiros. Também foram deixados com as chefias dos setores questionários para os enfermeiros que não estavam presentes nos momentos em que o pesquisador esteve nas unidades. Foi marcada uma data para resgatar os questionários. Foram obtidos 26 questionários, amostra que representa 21% dos enfermeiros da instituição.

As três teorias mais indicadas pelos enfermeiros foram: a do Autocuidado de Orem, a Transcultural de Leininger e a das Necessidades Humanas Básicas de Horta.

Durante a coleta de dados para a enquete, a pesquisadora iniciou a apresentação da pesquisa a cada enfermeiro que abordava, fazendo convite pessoal a cada um, tentando estimular a participação nos encontros para instrumentalização e coleta de dados para a construção da filosofia e marco conceitual do HRSJ. Também foram elaborados cartazes que foram afixados em cada unidade do HRSJ, convidando para participarem dos encontros, bem como a GE enviava com antecedência de uma semana um ofício para cada enfermeiro lembrando do encontro com data, hora e local.

A primeira instrumentalização ocorreu no dia 15/07/2014, com duração de quatro horas. Inicialmente houve uma explicação clara e detalhada sobre o tema que tratava o projeto de dissertação de mestrado. As técnicas de pesquisa que seriam utilizadas e o agendamento das datas, locais e horários para os encontros. Esta instrumentalização foi intitulada “Discutindo as teorias de enfermagem para a construção do marco conceitual da enfermagem”. Foram discutidas as teorias das Necessidades Humanas Básicas, do Autocuidado e a Transcultural, tendo a participação de uma docente da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) que foi convidada para tal abordagem. Os participantes puderam elucidar suas dúvidas sobre cada teoria e conceitos relacionados para a aplicação na SAE. Participaram desse encontro vinte e três enfermeiros.

A segunda instrumentalização aconteceu no dia 05/08/2014 com duração de duas horas e foi intitulada “Filosofia em enfermagem: construindo conceitos”. Foi realizada uma discussão com o grupo de enfermeiros sobre o conceito e finalidade da filosofia na enfermagem e sua importância na construção da filosofia de enfermagem do HRSJ para a implantação da SAE. Também neste encontro houve a participação de outra docente da UFSC convidada para tal abordagem. Neste encontro também foram apresentados três estudos de casos, utilizando o PE, pautados em cada uma das teorias discutidas anteriormente para que os participantes pudessem visualizar a aplicação das teorias na prática assistencial. Participaram desse encontro dezessete enfermeiros. Estas instrumentalizações foram importantes para a construção coletiva do marco teórico do serviço de enfermagem da instituição. Também nesse encontro foi entregue o TLCE, sendo que os enfermeiros o leram, tiraram dúvidas e após o assinarem devolveram uma via para a pesquisadora. Ficou combinado com os participantes que a carga horária dos encontros seria utilizada para progressão funcional junto ao setor de educação permanente que emitiu certificado. Neste momento, a pesquisadora também solicitou os *e-mails* dos participantes para que pudesse enviar o material para um estudo dirigido que seria utilizado no próximo encontro,

reforçando o convite para participarem da próxima etapa, onde se iniciaria o processo de reflexão e construção da filosofia.

Após as instrumentalizações, deu-se início a coleta de dados através da realização dos trabalhos em grupo, em número de quatro, para elaboração da filosofia e marco conceitual do serviço de enfermagem do HRSJ. Para o desenvolvimento de cada um dos encontros do grupo foi utilizada a estratégia da dinâmica de oficinas, tendo por finalidade obter a fala em debate, gerando conceitos, impressões e concepções que se caracterizam como dados de natureza essencialmente qualitativa. Esta dinâmica propicia a construção e reconstrução de conhecimentos a partir da obtenção e da organização de dados, da interpretação, da aplicação de fatos e princípios a novas situações e da tomada de decisões. A oficina é “lugar de pensar, descobrir, reinventar, criar e recriar, favorecida pela forma horizontal na qual a relação humana se dá” (ANASTASIOU; ALVES, 2004, p. 96).

Para garantir a confiabilidade dos dados foi utilizado como recurso a gravação dos encontros, com posterior transcrição das falas e a memória recente da pesquisadora.

O **primeiro** encontro aconteceu no dia 15/09/2014, sendo negociadas as condições necessárias para que o grupo pudesse evoluir de forma saudável, além da criação de um ambiente favorável para compreensão, crítica e respeito às diferentes posições e as interpretações dos participantes sobre a situação a ser avaliada, através da escuta e do diálogo e, ao final de cada encontro, favorecer o estabelecimento de consensos sobre todas as construções, reivindicações, preocupações e os temas discutidos no grupo.

O local escolhido foi o auditório do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e ocorreu no período vespertino, com duração de duas horas e trinta minutos. Compareceram, nesse primeiro grupo, dezesseis enfermeiros. Os participantes sentaram-se em cadeiras dispostas em círculo e ao redor de uma mesa, visando favorecer o contato e a execução de anotações, de forma que todos pudessem visualizar e ouvir quando cada colega estava colocando suas opiniões ao grupo. Inicialmente foram lembrados os objetivos do estudo e a importância da participação dos enfermeiros neste processo, tanto pela riqueza nas contribuições como também pela oportunidade da construção coletiva da filosofia de enfermagem do HRSJ. Também foram recapitulados os pontos-chaves da instrumentalização sobre a filosofia na enfermagem.

Depois disso foi solicitado aos participantes para que contribuíssem com palavras que eles acreditassem ser necessárias para

iniciar a construção da filosofia, sendo realizada uma tempestade de ideias.

Após esta dinâmica o grupo foi dividido em três pequenos grupos onde trabalharam com as palavras elencadas na dinâmica anterior para construírem os conceitos que formaram a filosofia de enfermagem. Foram distribuídas cartolinas, pincéis e material didático para elaboração dos conceitos, sendo o tempo estipulado para essa atividade de trinta minutos. Ao final do tempo os grupos elegeram um representante para retratar o que construíram e foi neste momento que a filosofia da enfermagem do HRSJ começou a ganhar forma.

O foco principal do encontro foi a reflexão dos princípios que a enfermagem do HRSJ possui. Esse momento permitiu aos enfermeiros expressarem suas ideias e opiniões, a olhar a situação e identificar carências ou problemas e discrepâncias, como por exemplo, facilidades ou dificuldades durante seu trabalho diário.

O próximo grupo foi agendado para quinze dias após o primeiro, em comum acordo com os participantes, no mesmo local e horário. Este foi o período de tempo acordado para realizarem um estudo dirigido relacionado às teorias de enfermagem, o qual foi enviado por *e-mail*. Nesse período foi reafirmado o convite aos enfermeiros que faltaram ao primeiro grupo.

O **segundo** encontro teve a duração de três horas, com a participação de onze enfermeiros. Devido a férias, o número de participantes diminuiu, porém houve a colaboração de mais dois participantes que não participaram do encontro anterior, e manifestaram satisfação com a possibilidade de ainda poderem contribuir com o trabalho e explicaram aos demais que, por problemas pessoais, não puderam comparecer no primeiro encontro; que haviam entrado em contato com a pesquisadora e explicado as suas razões e acrescentaram que gostariam de poder participar do estudo. A pesquisadora explicou aos presentes que enviou por *e-mail* para os dois colegas o que foi trabalhado/produzido no primeiro grupo.

Esse encontro iniciou com a apresentação em *datashow* dos conceitos criados no encontro anterior pelos três subgrupos. Estes conceitos foram organizados e agrupados pela pesquisadora previamente e durante esse encontro foi realizada a leitura e discussão de cada conceito com o grupo, fazendo uma complementação com dados da literatura. Na medida em que foram lidos os conceitos elaborados, os participantes opinaram sobre o que entenderam, contribuindo com o processo de construção, incluindo outros conceitos que julgavam importantes. Esta estratégia permitiu que se estabelecesse a reflexão sobre os aspectos

levantados e estes fossem reafirmados ou redefinidos. Foi uma discussão rica e proveitosa, pois todos trouxeram a realidade de onde trabalhavam para enriquecer a filosofia de enfermagem do HRSJ.

Neste encontro, após o término da discussão sobre os conceitos filosóficos, a pesquisadora propôs duas novas atividades, sendo a primeira a escolha da teoria que daria embasamento científico à implantação da SAE e a segunda a criação do marco conceitual com base na teoria escolhida.

Os participantes tinham recebido por *e-mail* material didático para realizar um estudo dirigido sobre as teorias apresentadas durante a primeira instrumentalização e os estudos de caso apresentados na segunda instrumentalização. Com base nesse material, os participantes discutiram em grupo qual seria a teoria que melhor supriria as necessidades dos pacientes atendidos no HRSJ. Depois de uma discussão acalorada que teve duração de cerca de quinze minutos, foi realizada votação entre os presentes que resultou em um voto indeciso, um voto para a teoria do autocuidado e nove votos para a teoria das necessidades humanas básicas.

Na sequência, os participantes foram divididos em dois pequenos grupos onde trabalharam com um metaparadigma para a construção do marco conceitual. Este metaparadigma foi escolhido pelos participantes e contou com as seguintes palavras: Assistência de Enfermagem; Saúde; Ser Humano; Enfermagem e Cuidado Seguro. Estas palavras constituem os conceitos que formaram o marco conceitual de enfermagem do HRSJ. Foram distribuídos cartolinas, pincéis e material didático para elaboração dos conceitos e o tempo estipulado para essa atividade foi de trinta minutos. Ao final do tempo os grupos elegeram um representante para apresentar o que construíram.

Este encontro teve como objetivo central retomar e sintetizar a experiência vivida no encontro anterior, estabelecendo relação com a proposta deste novo encontro e levando os participantes a refletir sobre o que já havia sido construído.

Durante a construção foi possível observar o empenho e o entrosamento entre os grupos. Também foi observado que os grupos ficaram com membros de vários setores, o que proporcionou mais interação com a equipe de enfermagem e a troca de suas experiências e as crenças entre os diversos setores do hospital.

O **terceiro** encontro com o grupo aconteceu 13 dias após o segundo, com duração de uma hora e trinta minutos. Compareceram sete enfermeiros.

O encontro iniciou com a apresentação em *datashow* dos conceitos criados no encontro anterior pelos dois grupos. Estes conceitos foram

organizados e agrupados pela pesquisadora previamente e durante esse encontro foi realizada a leitura e discussão de cada conceito com o grupo, novamente confrontando-os com a literatura. Na medida em que foram lidos os conceitos, os participantes opinaram sobre o que entenderam, sendo que todos participaram de forma efetiva para melhorar o que havia sido construído.

Neste encontro também foram discutidas as terminologias que seriam usadas para definir o “paciente” e o “servidor”.

O **quarto** encontro foi realizado através de convocação para assembleia geral, pela DE, tendo como objetivo a aprovação da filosofia e do marco conceitual pelo corpo de enfermagem do HRSJ. Participaram deste encontro vinte e três enfermeiros.

O encontro iniciou com a apresentação em *datashow* dos conceitos criados nos encontros anteriores pelo grupo. Foi realizada a leitura e discussão de cada conceito com o grupo. Este momento foi muito enriquecedor, pois havia integrantes que não tinham participado da construção nos trabalhos de grupos, mas puderam contribuir opinando e reconstruindo os conceitos.

A finalização da filosofia e do marco conceitual da enfermagem do HRSJ deu-se nesse quarto encontro, enquanto validação da proposta construída. Cabe informar que todas as discussões foram gravadas, sendo que entre os encontros a pesquisadora ficou responsável por escutar a gravação e atentar para identificar se não houve esquecimento em registrar falas ou expressões importantes para a construção da filosofia e do marco conceitual do HRSJ e que deveriam ser lembradas no decorrer das próximas discussões.

4.3.4 Análise e Interpretação dos Dados

Esta fase permeou todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, culminando com a construção da filosofia e do marco conceitual da enfermagem do HRSJ. Nesta fase foram adotadas as etapas propostas por Morse e Field (1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004): a) processo de apreensão: iniciou com a coleta de informações provenientes dos Grupos Focais; b) processo de síntese: foi constituído através da organização das informações obtidas nos grupos, analisando as associações, variações de informações e síntese; c) processo de teorização: nesta fase foi realizada a construção da filosofia e marco conceitual, a partir da literatura; d) a transferência dos resultados não constitui-se na PCA com generalizações e sim socialização, o que se deu no momento de apresentação ao grupo do trabalho desenvolvido. Mesmo não se constituindo em generalização,

salienta-se, no entanto, que o referencial construído pode ser transferido para outros cenários/contextos semelhantes.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes em 14 de julho de 2014, sob o CAAE N° 32729314.0.0000.0112 e o parecer consubstanciado N° 716.663 (ANEXO B).

Para atender os aspectos éticos deste estudo a pesquisa foi norteada pela Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), que dispõe sobre as “Diretrizes e Normas” da pesquisa com seres humanos e indica a garantia do sigilo e o anonimato dos participantes. Todos os participantes assinaram o TCLE em duas vias, sendo que um ficou de posse da pesquisadora e outro do sujeito de pesquisa.

De acordo com Costa (2010), a dimensão ética transcorre durante o trabalho do pesquisador. Os procedimentos éticos servem para regular as relações entre o pesquisador e suas fontes e leitores. Daí decorre a responsabilidade de realizar as citações corretas de trechos e atribuir os créditos com fidelidade e transparência. O respeito pelo valor e pela importância de cada indivíduo é uma das primeiras lições de ética sobre a experiência com a pesquisa.

Os aspectos éticos assumidos e cumpridos durante o desenvolvimento deste trabalho foram os seguintes:

- O estudo foi desenvolvido mediante a autorização dos responsáveis pela instituição, bem como o consentimento para revelar o nome da mesma (ANEXO A);
- A instituição em questão recebeu uma cópia do projeto;
- O trabalho desenvolvido, bem como seus objetivos e a metodologia do estudo foram apresentados para todos os enfermeiros do HRSJ;
- A coleta de dados somente teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do HRSJ e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) pelos enfermeiros, sem utilizar qualquer tipo de coação;
- O respeito ao direito de participar ou não do trabalho foi garantido, bem como a desistência, independente da etapa em que se encontrava o estudo;

- O anonimato foi garantido, preservando sempre os valores éticos e morais dos participantes;
- Os participantes tiveram o direito de tomar decisões conjuntas sobre as atividades desenvolvidas em grupo, garantindo dessa forma a coparticipação;
- Foi esclarecido que este estudo não acarretaria em riscos ou desconforto aos participantes. Ao contrário, as ações visavam maior conforto e atuação no cuidar, além de propiciar maior participação no processo de construção da filosofia e do marco conceitual da enfermagem do HRSJ;
- Em todas as situações do desenvolvimento do estudo a pesquisadora esteve disponível para sanar dúvidas e questionamentos, assim como aceitar críticas e sugestões, buscando o aprimoramento científico em benefício do crescimento profissional de todos os envolvidos.

5 RESULTADOS

O presente capítulo está organizado seguindo a Instrução Normativa 03/MPENF/2011 de 12 de setembro de 2011 que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem e prevê a apresentação dos resultados da dissertação na forma de manuscritos/artigos científicos (MPENF, 2011). Além dos artigos, apresenta-se o produto final, ou seja, a filosofia e marco conceitual da enfermagem do Hospital Regional de São José.

MANUSCRITO 1: Filosofia de Enfermagem: uma construção coletiva;

MANUSCRITO 2: Marco Conceitual: construção coletiva com enfermeiros.

PRODUTO FINAL: Filosofia e Marco Conceitual de Enfermagem: uma contribuição coletiva.

5.1 MANUSCRITO 1: FILOSOFIA DE ENFERMAGEM: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

Filosofia de Enfermagem: uma Construção Coletiva

Nursing Philosophy: a Collective Construction

Filosofía de Enfermería: una Construcción Colectiva

Eudinéia Luz Schmitz⁷
Francine Lima Gelbcke⁸

RESUMO: O estudo teve como objetivo a construção coletiva da filosofia de enfermagem e a definição da teoria de enfermagem que darão sustentação para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma instituição hospitalar do sul do Brasil. Trata-se de estudo qualitativo, com aporte da Pesquisa Convergente Assistencial. Foram realizados quatro encontros no segundo semestre de 2014, utilizando o processo de reflexão coletiva com os enfermeiros participantes do estudo, sob a técnica de trabalho em grupo. Para análise de dados foram utilizadas as etapas propostas por Morse e Field que se constituem em processos de apreensão; síntese; teorização; e transferência dos resultados. Como resultado foi definida a teoria das Necessidades Humanas Básicas como suporte teórico e elaborados os conceitos de: Equipe de Enfermagem; Trabalho em Equipe; Cuidado Holístico; Excelência no Atendimento; Liderança/Coordenação; Equipe Interdisciplinar e Comprometimento. Os encontros incentivaram discussões e reflexões entre os participantes sobre o tema proposto, destacando a importância do estudo para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

⁷ Enfermeira da Emergência Geral do Hospital Regional de São José, Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência, Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). *E-mail:* eudineia.luz.schmitz@ufsc.br.

⁸ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Coordenadora da Comissão de Residências Multiprofissionais em Saúde da UFSC. Com experiência na área de Enfermagem com ênfase nos temas: enfermagem, processo de trabalho, organização do trabalho, saúde do trabalhador, cuidado e educação. Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* fgelbcke@ccs.ufsc.br.

Descritores: Processos de Enfermagem. Educação em Enfermagem. Filosofia em Enfermagem. Teoria de Enfermagem. Formação de Conceito.

ABSTRACT: The study aimed at the collective construction of the nursing philosophy and the definition of the nursing theory that will support the Systemization of Nursing Assistance in a hospital in Southern Brazil. This is a qualitative study, with input from an Assistential Convergent Research. Four meetings were held during the second semester of 2014, employing the process of collective reflection with the participating nurses from the study, using the teamwork technique. Regarding data analysis, stages proposed by Morse and Field were used, consisting of the following processes: apprehension; synthesis, theorization; and transference of results. As a result, the Basic Human Needs theory was defined as the theoretical support and the following concepts were elaborated: the Nursing Team; Teamwork; Holistic Care; Excellence in Rendered Services; Leadership/coordination; Interdisciplinary Team and Commitment. Meetings promoted discussions and reflections amongst participants on the proposed theme, highlighting the importance of the study in the implementation of the Systemization of Nursing Assistance.

Key words: Nursing Process. Education, Nursing. Philosophy, Nursing. Nursing Theory. Concept Formation.

RESUMEN: El objetivo del estudio fue la construcción colectiva de la filosofía de enfermería y la definición de la teoría de enfermería que sostendrá la implantación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en una institución hospitalaria en el sur de Brasil. Este es un estudio cualitativo con contribución de la Investigación Convergente Asistencial. Cuatro encuentros fueron realizados en el segundo semestre de 2014, utilizando el proceso de reflexión colectiva con los enfermeros participantes del estudio usando la técnica de grupos de trabajo. Las etapas propuestas por Morse y Field: proceso de comprensión, síntesis, teorización y transferencia de resultados, fueron utilizadas para analizar los datos cosechados. La teoría de las Necesidades Humanas Básicas fue definida como resultado y soporte técnico, y los siguientes conceptos fueron elaborados: Equipo de Enfermería, Trabajo en Equipo; Cuidado Holístico, Excelencia de Servicio; Liderazgo/coordination; Equipo interdisciplinario y Comprometimiento. Los encuentros ofrecieron soporte para discusiones y reflexiones sobre el tema propuesto entre los

participantes, con destaque para la importancia del estudio en la implantación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería.

Descriptor: Procesos de Enfermería, Educación en Enfermería, Filosofía en Enfermería, Teoría de Enfermería, Formación de Concepto.

INTRODUÇÃO

O que determina o espaço social de cada profissão no contexto das profissões da área da saúde, trabalho este multidisciplinar, é o trabalho ou exercício profissional por elas executado. Destaca-se a enfermagem como uma das profissões decisivas para a construção de uma assistência de saúde de qualidade, pautada em metodologia de trabalho clara e condizente com a realidade de trabalho de cada instituição, e neste sentido há a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BITAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

A forma mais adequada para crescer como profissão é através do uso de um método científico para estruturar valores profissionais. O Processo de Enfermagem (PE) é a maior representação do método científico para esta profissão – é o meio pelo qual acontece o desenvolvimento e a organização do trabalho. A SAE fornece subsídios para direcionar as possíveis intervenções, permitindo detectar as prioridades de cada paciente quanto as suas necessidades reais (FERREIRA, 2011).

Ao assumir o cargo de enfermeira assistencial na Unidade de Emergência Geral de um Hospital Geral do sul do país, a pesquisadora deste estudo passou a conhecer a rotina do serviço, seus encaminhamentos, a clientela atendida e o papel do enfermeiro nesta instituição, na qual os cuidados de enfermagem são executados de forma rotineira e as atividades do enfermeiro compreendem atividades assistenciais e administrativas, que ocorrem de forma fragmentada. As ações de enfermagem são baseadas nas prescrições médicas, ou seja, o PE não é utilizado, os problemas são resolvidos na medida em que surgem.

Para fortalecer o trabalho da enfermagem desta instituição, detectou-se a necessidade da implantação do PE. Porém, refletindo acerca de sua implantação, amparo na Resolução COFEN Nº 358/2009, juntamente com o apoio de *experts* da área, houve a necessidade de antes de propor a implantação do PE e estabelecer junto com os enfermeiros da instituição a filosofia e a teoria de enfermagem que atendessem às necessidades de todo o hospital em suas especificidades.

É evidenciada na literatura e em experiências do cotidiano de implantação da SAE a necessidade de o enfermeiro estar pautado em um

suporte teórico, ou seja, definir uma teoria de enfermagem que seja condizente com a realidade da clientela atendida, no seu ambiente organizacional, para dar sustentação ao PE, atribuindo assim um sentido ao universo da Enfermagem. Esse corpo de conhecimentos vem se transformando, assumindo modos de expressão diversos em sua trajetória de construção (ALCÂNTARA et al, 2011).

Para que ocorra a fundamentação teórica é necessário que alguns desafios sejam superados pelas unidades de saúde, tais como: o conhecimento e o número de enfermeiros nos serviços, o envolvimento deles no processo, a valorização por parte da administração da instituição, bem como os indicadores de eficiência. Ao mesmo tempo, implantar o PE conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) requer do profissional cientificidade, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético e responsabilidade (CAVALCANTE et al, 2011).

No entanto, este suporte teórico precisa estar em sintonia com a filosofia e marco conceitual da instituição. Para tanto, antes de se definir a teoria de enfermagem que dará sustentação ao PE, é necessário definir a filosofia, ou seja, os princípios filosóficos que alicerçam a prática de enfermagem.

Resgatando conceitos básicos sobre filosofia, Chauí (2000) esclarece que a palavra filosofia é de origem grega, sendo composta por duas palavras: *philo* e *sophia*. "*Philo* deriva-se de *philia*, que significa amizade, amor fraterno, respeito entre os iguais; *sophia* quer dizer sabedoria e dela vem a palavra *sophos*, sábio" (CHAUÍ, 2000, p. 19). Desta forma, filosofia significa buscar compreender a realidade, sendo que numa organização, filosofia "significa o conjunto de crenças e valores que direcionam as ações institucionais", as quais estão relacionadas à realidade (CUNHA, 2011, p. 3).

Há que se considerar que cada pessoa tem suas crenças e valores que dão sustentação à sua forma de agir. Também uma profissão necessita definir sua filosofia, para sustentar seu fazer profissional. Para Cunha (2011, p. 3), enquanto categoria profissional presente em uma organização:

... a enfermagem é influenciada pela filosofia institucional ao construir a filosofia desse serviço, que deve envolver todos os indivíduos, pois deve refletir a prática e se incorporar às ações do dia a dia da empresa, depreendendo-se, portanto, que é essencial à gestão.

A partir da necessidade de se construir coletivamente a filosofia da enfermagem, haja vista que se devem congregiar as crenças e valores dos indivíduos que compõem a profissão, no sentido de dar suporte ao fazer profissional, é que se estabeleceu como objetivos deste estudo: Construir coletivamente com os enfermeiros uma proposta de filosofia para alicerçar a prática de enfermagem; e, definir coletivamente com os enfermeiros a Teoria de Enfermagem para sustentar a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Destaca-se que é necessário criar alicerces para a implantação coletiva da SAE, sustentando-a em uma base teórica consistente, conforme o perfil dos pacientes, sendo fundamental uma filosofia alicerçada em suporte teórico e que seja comprometida com os processos de melhoria contínua nas instituições. Conforme as questões supracitadas, pensa-se que é possível ultrapassar esse sistema desarticulado de assistência e dar sustentação ao saber fazer da Enfermagem. Nesse contexto, justifica-se o presente estudo que buscou a definição coletiva da filosofia e de uma Teoria de Enfermagem para futura implantação da SAE.

METODOLOGIA

Foi utilizada como proposta metodológica a pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA). Esta metodologia mantém, durante seu processo, uma estreita ligação com a prática assistencial, com a finalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na situação da prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Geral do Sul do país, em uma instituição que é referência em Ortopedia/Traumatologia, Oftalmologia, Neonatologia, Cirurgia Bariátrica, Neurocirurgia, Hospital Dia e Internação Domiciliar e administrado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) (SÓRIA, 2011).

Participaram do estudo quarenta e dois enfermeiros, sendo utilizados como critérios de **inclusão**: ser enfermeiro do hospital lotado na Secretaria de Estado da Saúde, bem como ter tempo de serviço na unidade de atuação superior a seis meses. Como critérios de **exclusão** foram estabelecidos: estar de férias ou licença prêmio/saúde/gestação e tempo de atuação menor que seis meses.

O projeto de pesquisa obedece à Resolução 466/12 sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 32729314.0.0000.0112), pelo parecer consubstanciado Nº 716.663 (ANEXO B), além do consentimento formal da instituição participante para a coleta de dados.

Previamente à coleta, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, assim como acerca das técnicas de coleta adotadas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para garantir o anonimato das informações levantadas, os enfermeiros que participaram do estudo foram identificados pela letra E, e os grupos pela letra G, acompanhadas pela sua sequência numérica.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a outubro de 2014 e ocorreu em duas etapas. A primeira constou de duas instrumentalizações, uma sobre filosofia em enfermagem e outra sobre teorias de enfermagem. As duas instrumentalizações foram realizadas com a colaboração de docentes convidadas *experts* na temática. A segunda etapa constou com dois encontros coordenados pela pesquisadora, que ocorreram em local, dia e hora acordados com os participantes e tiveram em média duração de duas horas.

O processo de instrumentalização teve início em julho de 2014, sendo a **primeira** instrumentalização sobre as teorias de enfermagem. Para iniciar esse processo, foi realizado previamente no mês de junho de 2014 um levantamento com 26 enfermeiros lotados nos diversos setores do HRSJ, através de uma enquete onde se perguntava: *Para você qual seria a teoria que mais se adapta à realidade do Hospital ou da sua Unidade?* As três teorias mais indicadas pelos enfermeiros foram: Autocuidado de Orem, Transcultural de Leininger e Necessidades Humanas Básicas de Horta. A **segunda** instrumentalização foi sobre o conceito e finalidade da filosofia de enfermagem e sua importância para a construção da filosofia de enfermagem da instituição para a implantação da SAE.

Após as instrumentalizações, deu-se início à coleta de dados através da realização dos grupos focais para elaboração da filosofia e escolha teoria de enfermagem para sustentar o PE.

No **primeiro** encontro foi solicitado aos participantes que, por meio da técnica de tempestade de ideias, indicassem palavras que julgassem importantes para a construção da filosofia de enfermagem. Após esta dinâmica, os mesmos foram divididos em três pequenos grupos onde trabalharam com as palavras elencadas na dinâmica anterior para construir os conceitos que formaram a filosofia de enfermagem. Ao final do encontro os grupos apresentaram o que construíram e foi neste momento que a filosofia da enfermagem começou a ganhar forma. Também houve a participação de dois enfermeiros, pela *web*, pois os mesmos não puderam participar deste momento, sendo suas contribuições agrupadas como um quarto grupo.

O **segundo** encontro teve início com a apresentação em *datashow* dos conceitos elaborados pelos quatro grupos anteriormente. Estes conceitos foram organizados e agrupados pela pesquisadora previamente e durante o encontro foi realizada a leitura e discussão de cada conceito com o grupo, fazendo uma complementação com dados da literatura. Após o término da discussão que deu norte à construção da filosofia, foi realizada uma breve discussão acerca das três teorias de enfermagem que haviam sido apresentadas anteriormente na instrumentalização, sendo que ao final, após reflexão, os enfermeiros escolheram a teoria de enfermagem para sustentar a implantação da SAE.

A análise dos dados permeou todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, culminando com a construção da filosofia do serviço de enfermagem do HRSJ. Nesta fase foram adotadas as etapas propostas por Morse e Field (1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004): a) processo de apreensão: iniciou com a coleta de informações provenientes dos trabalhos em Grupo; b) processo de síntese: foi constituído através da organização das informações obtidas nos grupos, analisando as associações, variações de informações e síntese; c) processo de teorização: nesta fase foi realizada a construção da filosofia, a partir da literatura; d) a transferência dos resultados constitui-se na PCA como socialização, o que se deu no momento de apresentação ao grupo do trabalho desenvolvido.

A filosofia do serviço de enfermagem do HRSJ e a teoria escolhida para dar sustentação à implantação da SAE foram aprovados pelos enfermeiros da instituição em assembleia geral convocada pela Gerência de Enfermagem, validando, desta forma, os achados da pesquisa.

RESULTADOS

A partir da leitura atenta do material compilado, percebeu-se que os membros da equipe de enfermagem têm noção sobre o valor do conhecimento para as ações de enfermagem, o que pode ser evidenciado pelo empenho dos participantes durante a realização dos grupos.

Como relatado anteriormente, foi a partir de uma tempestade de ideias que surgiram palavras que foram utilizadas para construir a filosofia de enfermagem, quais sejam: cuidar, respeito ao ser humano, cuidado holístico, observar, avaliar, segurança, humanização, qualidade e excelência no cuidado, educar, coordenar, orientação, padronização, compromisso, atenção, responsabilidade, lealdade, respeito, ensinar, trabalho em equipe e liderança.

Com estas palavras, em grupos, os participantes deram início ao processo de reflexão e construção da filosofia de enfermagem. Desses grupos emergiram os seguintes conceitos:

Nós discutimos e achamos melhor dividir da seguinte forma: **CUIDAR e TRABALHO EM EQUIPE** que resume a enfermagem. **Cuidar:** é igual ao cuidado holístico que está dentro de observar, avaliar o paciente, orientar, promover segurança, observar isso, atenção a esse paciente, não só no aspecto da saúde dele que está comprometida naquele momento, às vezes com problema social. Ensinar esse paciente, padronizar esse cuidado, como nós temos a sistematização de enfermagem, respeito ao ser humano, humanizar esse cuidado, educar, e ter responsabilidade nesse cuidado. **Trabalho em Equipe:** que é a liderança que é fundamental principalmente para nós enfermeiros, a coordenação, pois todos precisam coordenar uma equipe, o compromisso com o trabalho e a equipe, a lealdade com a nossa enfermagem, o respeito entre equipe, ensinar também a equipe, troca de ensinamento, a enfermagem tem um leque muito diversificado nem tudo a gente consegue dominar, aquilo que eu não domino eu peço ajuda para meu colega e assim vice e versa, responsabilidade com essa equipe, reponsabilidade de chegar no horário certo, de tentar não faltar, atenção com essa equipe. A qualidade que é excelência no atendimento que a gente pretende sempre chegar (G1).

A gente formulou com as palavras alguns conceitos, então, **Cuidado, cuidado holístico, respeito, responsabilidade e humanização:** é Cuidado humanizado e deve basear-se no respeito e responsabilidade para integralidade da atenção. **Qualidade, excelência no atendimento, segurança, atenção, compromisso, padronização** seria proporcionar segurança no atendimento ao cliente e à família. E as palavras, **Coordenar, ensinar, orientar, liderar, educar e avaliação:** a educação permanente torna-se necessária para o aprimoramento profissional, daí

englobando todas essas palavras e a avaliação e a orientação. E o **trabalho em equipe e a lealdade** seria o comprometimento profissional que devemos ter (G2).

Cuidado holístico: assistência integral e humanizada entendendo o ser humano como um todo e respeitando sua individualidade. Aquela coisa de a gente entender o paciente como um todo naquela forma de respeito a sua cultura, suas crenças, o que ele necessita naquele momento às vezes não é só questão do processo de saúde e doença, uma coisa às vezes mais ampla como atenção. **Excelência no atendimento:** a gente conceituou cuidado de enfermagem pautado em ações padronizadas com qualidade e segurança, baseada na observação e avaliação do paciente com uso dos recursos disponíveis. **Trabalho em equipe:** ações desenvolvidas em grupo que visam o cuidado com qualidade, cuidado seguro e responsável. **Liderança e coordenação:** a gente colocou como elementos que proporcionam ambiente seguro com bom relacionamento interpessoal, mantendo o grupo com foco no atendimento de excelência (G3).

Cuidado Holístico: cuidado integral do ser humano em todas as suas dimensões é nosso objeto de trabalho sistematizado de forma integral que engloba a visão das necessidades humanas básicas que são: psicossocial, psicobiológico e psicoespiritual, e os aspectos culturais e físicos.

Equipe de Enfermagem: Conjunto de profissionais que atuam em um só objetivo, que é o cuidado holístico, cada qual com sua função em prol de suas necessidades humanas básicas e que prioriza o cuidado profissional e vinculado ao conhecimento científico do ser humano. É composto pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

Lealdade: surge como maneira de aproximação do paciente/cliente, interação social, onde o profissional enfermeiro atua em prol de sua saúde, sendo justo, honesto e tendo compromisso com todas as pessoas envolvidas em um processo.

Trabalho em equipe: trabalho resultante de vários conhecimentos, culturas, vivências, no qual cada um expõe a sua ideia que será norteadada para o benefício de todos por um líder. Trabalho sistematizado que pode ser baseado na divisão de funções para que atue inteiramente no cuidado holístico do paciente.

Comprometimento: atitude responsável em todo o processo do cuidado, seja com a equipe de trabalho, com o paciente, familiares e seu meio ambiente. Define a responsabilidade da Enfermagem perante o cuidado holístico do paciente, promovendo a confiança do mesmo e de toda a instituição de saúde.

Interdisciplinaridade: classes de profissionais diferentes que se articulam e dialogam entre si para obter melhores condutas com o objetivo de aprimorar a qualidade da saúde, educação das pessoas. É a interação da enfermagem em relação aos profissionais de outras áreas em prol do cuidado holístico, tais como: medicina, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, entre outros.

Ética: Conduta do profissional de enfermagem que respeita a moral e bons costumes, que visa a consideração de outras formas culturais do paciente, abandonando o pré-conceito de suas concepções, agindo com responsabilidade, bom senso e de maneira justa.

Multidisciplinar: cada classe profissional com a sua especificidade trabalha para um bem comum (G4.)

Após a apresentação dos grupos foram surgindo questionamentos sobre elementos que deveriam ser intrínsecos nos conceitos, como: a lealdade, falta de compromisso e respeito, empatia, segurança e liderança como se pode notar nas falas a baixo:

A lealdade é importante só que as pessoas não estão tendo com a profissão... (E4).

Também tem o colega que falta no serviço, que não tem comprometimento com a escala e que prejudica a assistência (E5).

Aquela coisa de a gente entender o paciente como um todo naquela forma de respeito a sua cultura, suas crenças, o que ele necessita naquele momento às vezes não é só questão do processo de saúde e doença, uma coisa às vezes mais ampla como atenção (E6).

Quando a gente falou em segurança a gente pensou: o que eu vou fazer? Se eu não tenho uma cama com grade e isso é um exemplo de muitos outros (E6).

[...] acho importante acrescentar a questão de trabalhar a liderança na equipe, para não ter funcionários tão dependentes e trabalhar esta questão da autonomia e vendo o lado positivo (E6).

[...] a gente tem muitas lideranças negativas, parece que é fácil de criar as lideranças negativas, agora as lideranças positivas são tão difíceis de surgir espontaneamente... (E3).

O Grupo 2 trabalhou com palavras que para eles eram sinônimas, agrupando-as e formando os conceitos sobre esses grupos de palavras. E através de uma forma lúdica, os componentes deste grupo desenharam nos cartazes chinelinhos em forma de pegadas, o que relataram ser para eles símbolo de lealdade e parceria.

Os chinelinhos representam para o grupo que a enfermagem tem que caminhar unida, representando a lealdade e a parceria (G2).

Essa analogia remete ao trabalho em equipe que é a base do serviço da enfermagem, sendo que sem este entrosamento e comprometimento fica quase impossível prestar uma assistência de qualidade e segura para os usuários. Na equipe de Enfermagem cada profissional não trabalha sozinho, compartilha com os demais e se não existe diálogo, o cuidado torna-se fragmentado.

Para dar maior uniformidade à construção dos conceitos, foi necessário padronizar dois termos que são muito usados no ambiente hospitalar: **paciente e servidor**. Após várias argumentações em relação aos termos, em consenso ficou definido que para “paciente” seria utilizado “usuário” por se tratar de um serviço do SUS, cujas normativas se referem ao paciente como usuário. Para definir a terminologia para

“servidor” optou-se por “trabalhadores”, pois durante a criação dos conceitos enfatizou-se que todos que trabalham de forma direta ou indireta com o paciente fazem parte do cuidado seguro, e desta forma adotou-se o termo “trabalhadores”.

Para finalizar a produção da filosofia foi utilizado o material produzido pelos três grupos, juntamente com o material enviado por *e-mail* aos participantes que não puderam participar do primeiro encontro, além do material de áudio que também foi utilizado.

Os conceitos que surgiram dessa primeira análise foram: **Equipe de Enfermagem; Trabalho em Equipe; Cuidado Holístico; Excelência no Atendimento; Liderança/Coordenação; Equipe Interdisciplinar e Comprometimento**. A partir dos conceitos elaborados foi possível construir a filosofia da instituição.

A **Equipe de Enfermagem**, composta pelo enfermeiro, técnico em enfermagem e auxiliar em enfermagem, presta o cuidado profissional pautado no conhecimento científico e fundamentado na participação coletiva, através da liderança e do compromisso com o trabalho. Visa o estabelecimento de metas e plano de ação, buscando sempre a lealdade e o respeito entre os membros da equipe, trocando conhecimentos para prestar uma assistência de qualidade e segura para o usuário e família.

O trabalho da Enfermagem é um **Trabalho em Equipe**, o qual é sistematizado e executado com comprometimento profissional de cada membro da equipe de enfermagem, resultante de vários conhecimentos, culturas e vivências, que pode ser baseado na divisão de funções, no qual cada um executa sua função que será norteada e supervisionada por um líder, resultando em ações desenvolvidas em grupo, com o objetivo de fornecer uma assistência de enfermagem comprometida com a qualidade do cuidado e com o cuidado seguro e responsável para usuários/familiares, gerando benefício a todos os envolvidos.

O cuidado de Enfermagem é um **Cuidado Holístico**, entendido como assistência integral e humanizada prestada ao ser humano, em todas as suas dimensões, de forma sistematizada, baseada no respeito e responsabilidade, entendendo o ser humano como um todo, mantendo sua individualidade, bem como respeitando sua cultura, crenças e valores, atendendo os aspectos emocionais, espirituais, sociais, culturais e físicos, com vistas a manter assim a integralidade da atenção ao ser humano.

O cuidado de Enfermagem está pautado na **Excelência no Atendimento**, a qual deve proporcionar segurança no atendimento ao usuário/família, sendo os cuidados de enfermagem pautados em ações padronizadas que garantam a qualidade da assistência, baseada na observação e avaliação do usuário, através dos recursos disponíveis.

O trabalho da Enfermagem deve pautar-se na **Liderança/coordenação**, que são elementos que proporcionam ambiente seguro, bom relacionamento interpessoal, a manutenção de um ambiente de trabalho harmônico para manter o grupo com foco no atendimento de excelência. Este trabalho deve estar também alicerçado na educação permanente para o aprimoramento profissional, bem como para a formação de lideranças, estimulando a autonomia dos profissionais.

O trabalho da Enfermagem está articulado com a **Equipe Interdisciplinar**, constituída pelos diferentes profissionais que interagem, articulam-se e dialogam entre si para obter melhores condutas com o objetivo de aprimorar a qualidade do cuidado prestado ao usuário/família.

A atuação da Enfermagem deve alicerçar-se no **Comprometimento**, que é a atitude responsável em todo o processo do cuidado, seja com a equipe de trabalho, usuários, familiares e/ou meio ambiente, devendo ser respeitadas as regras propostas pela instituição, a fim de alcançar os objetivos com a assistência do usuário e família.

A opção pela teoria deu-se a partir de leituras e reflexões feitas pelos enfermeiros, na busca de fundamentos científicos que auxiliassem o processo de implantação do PE. Três diferentes teorias de enfermagem foram analisadas nas seguintes perspectivas: necessidade de uma teoria que explicasse a prática, apontasse para a cientificidade, estivesse coerente com as demandas do hospital, que contemplasse o perfil dos pacientes e da equipe de enfermagem e correspondesse ao nível de conhecimento dos enfermeiros.

Durante o processo de escolha os participantes manifestaram-se, conforme falas transcritas abaixo:

Já vou fazer a defesa de uma teórica partindo de todos os conceitos que já foram feitos aqui. Do cuidado holístico, do cuidado com a equipe, entre outros. Para mim é a Wanda (E5).

Defendo a Orem porque ela coloca o seguinte: que quando o paciente não tem condição de fazer seu cuidado a enfermagem presta assistência, mas a partir do momento que ela conseguir observar que o paciente tem condições de fazer seu cuidado ele passa a ser estimulado para isso e deve cuidar de si (E12).

... temos que pensar no perfil do paciente e no perfil da equipe de enfermagem (E10).

... eu tenho a experiência do HU que tem quase exatamente o mesmo perfil de paciente, e que dá muito certo, são os pacientes da grande Florianópolis, eu acho que como a gente tem esse exemplo que funciona e dá certo, isso pesa muito na balança da Wanda Horta (E14).

Na portaria 259 da segurança do paciente traz o envolvimento do paciente em todo o processo de cuidado (E10).

... o paciente e família tem que participar do cuidado e que coisa boa que é preparar o paciente para cuidar de si quando vai para casa, só que a Horta traz também na sua teoria a questão do autocuidado e também a questão do respeito à cultura do paciente. Por isso voto na Wanda (E5).

Acho que a Wanda é uma boa escolha só que bato na tecla do autocuidado, é preciso ser mais explorado nessa teoria. Pois quando falamos em Wanda só é lembrado as NHB (E12).

... é preciso trabalhar o autocuidado até porque nossa maternidade participa da rede cegonha que tem como foco a gestante e família como protagonistas do cuidado (E5).

Após as discussões para a escolha da teoria, optou-se pela Teoria das “Necessidades Humanas Básicas” (NHB), de Wanda de Aguiar Horta.

DISCUSSÃO

Durante a realização dos grupos foi possível identificar que a equipe estava preparada, tinha domínio sobre o assunto e estava disposta a colaborar com a construção da filosofia de enfermagem. Percebeu-se que os enfermeiros estavam em sintonia quando começaram a trabalhar nos pequenos grupos, pois construíram conceitos através de suas crenças, que deram base à filosofia da enfermagem.

O conhecimento é, sem dúvida, um dos valores mais importantes

para orientar as ações do enfermeiro, uma vez que confere segurança nas decisões tomadas acerca das necessidades do paciente e de sua equipe. Reflete nas equipes de enfermagem, pois o enfermeiro é o líder dessa equipe, é quem a conduz. Assim, a iniciativa para assumir condutas está relacionada diretamente ao conhecimento que o enfermeiro possui, pois reflete de forma positiva, trazendo para a assistência a certeza de que se está agindo da maneira mais correta e adequada (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Os sujeitos do estudo destacaram na filosofia a importância da equipe de enfermagem e do trabalho em equipe, pois acreditam que se a enfermagem trabalhar isoladamente não será uma equipe, e que o trabalho em equipe fortalece a assistência de enfermagem, assegurando um cuidado de enfermagem de melhor qualidade para o usuário/família.

Como se pode evidenciar na literatura, as equipes são formas mais aprimoradas de grupos de trabalhos, pois possuem todas as vantagens deles, além de estabelecer metas com um único objetivo para o trabalho coletivo. É importante ter a compreensão do real significado de equipe, para um atendimento adequado em saúde, pois para que haja qualidade e eficiência na assistência prestada é primordial a concepção coletiva do trabalho, assim como sua execução. Para isso, a equipe pode ser instrumento facilitador do cuidado, pois dela espera-se um desempenho e uma eficiência superior à obtida na execução individualizada do trabalho (ABREU et al, 2005).

Pode-se enfatizar que a equipe de enfermagem executa o trabalho em equipe, o que é fundamental para que ocorra uma assistência de enfermagem com qualidade, e a comunicação nessa equipe é imprescindível, já que integra uma profissão composta por categorias profissionais distintas: o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, os quais possuem atribuições específicas, pautadas em normas, rotinas e regras, que dão sustentação à organização do trabalho de enfermagem, como abordado por Pires, Gelbcke e Matos (2004, p. 313):

O trabalho da enfermagem é majoritariamente, um trabalho coletivo desenvolvido sob regras institucionais. É parte do trabalho coletivo em saúde no qual os trabalhadores de enfermagem estabelecem relações com a estrutura institucional, com outros profissionais e com os usuários desses serviços, buscando atender as necessidades dessa clientela.

Para os participantes, o cuidado holístico é a assistência de enfermagem que ocorre de forma profissional, pautada nos princípios da humanização. Para executar o cuidado holístico a enfermagem precisa abranger não somente o biológico, mas a totalidade que o permeia. O profissional de enfermagem não pode limitar sua atenção ao atendimento daquilo que é visível no corpo, mas sim ampliar sua visão para o todo.

Na literatura, o cuidado holístico é visto de maneira filosófica, pois o cuidado é um termo holístico, originário da condição e das suposições filosófico-humanísticas, pertencente à ideia de que as funções do sistema humano são um todo e são mais que a mera soma das partes (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

Os participantes também destacaram a excelência no atendimento, visando uma assistência de qualidade e segura para o usuário e família. Constata-se na literatura trabalhos tratando sobre atendimento de excelência em que é possível observar que o significado empregado está relacionado à qualidade da assistência, humanização, comunicação entre as equipes, padronização de ações e equipamentos, utilização de protocolos e identificação de intercorrências (ALMEIDA et al, 2012; JUNGES et al, 2011, SUCCI et al, 2008).

Valores como liderança, lealdade, compromisso e segurança foram lembrados por todos os grupos. Os participantes fizeram relatos sobre a lealdade que deve existir na profissão e que estão observando que esta vem se perdendo no dia a dia. Também o compromisso foi salientado, sendo destacadas as faltas que interferem no processo de trabalho, nas escalas, bem como na segurança dos pacientes.

O papel do enfermeiro como líder da equipe foi salientado pelos participantes do estudo, inclusive sendo um dos aspectos destacados na filosofia. Carmagnani (2011) enfatiza o papel da liderança no sentido de motivar a equipe, pois a partir da motivação ela atuará de forma mais coesa e produtiva e destaca: “liderança é um processo interacional que pode ser partilhada ou emergente e tem muita relação com o clima, com a organização, o amadurecimento das pessoas envolvidas e a distribuição de poder dentro da equipe” (CARMAGNANI, 2011, p. 10).

A liderança foi identificada a partir de duas perspectivas: uma positiva, pautada no compartilhamento do poder e na busca para que os trabalhadores estejam preparados para tomar decisões e conduzir as equipes de forma leve e homogênea, e outra negativa, quando a equipe se encontra desmotivada, desorganizada, sendo ainda movida por ações antiéticas e inapropriadas, gerando discussões e indisposição no local de trabalho.

A liderança é considerada um dos principais instrumentos do enfermeiro para a gerência do processo de trabalho, pois coordena as atividades que envolvem a produção do cuidado em saúde e enfermagem, bem como dos profissionais que as desempenham (SANTOS; LIMA, 2011).

Sendo assim, a liderança auxilia o enfermeiro no gerenciamento do cuidado, favorecendo o planejamento da assistência, a coordenação da equipe de enfermagem, a delegação e a distribuição de atividades. Ela também é importante para o bom funcionamento da unidade, tendo em vista o papel articulador e integrador exercido pelos enfermeiros.

Já os aspectos negativos, como a falta de lealdade, de comprometimento, juntamente com uma liderança negativa, geram um desgaste emocional na equipe e podem resultar em faltas ao serviço, o que sobrecarrega as equipes, ocasionando ainda falta de segurança no cuidado com o usuário/família e trabalhadores.

O trabalho da Enfermagem não ocorre dissociado do trabalho dos demais integrantes da equipe interdisciplinar, haja vista que a Enfermagem faz parte do coletivo de trabalhadores da saúde, aspecto também destacado na filosofia, ao apontar a importância do trabalho da Enfermagem articular-se ao da Equipe Interdisciplinar. As crenças espelhadas na filosofia construída corroboram com o que traz a literatura ao tratar do trabalho interdisciplinar. De acordo com Pires, Gelbcke e Matos (2004, p. 311):

[...] é exercido por múltiplos profissionais, no mínimo médicos e trabalhadores de enfermagem, fisioterapeutas, além de outros profissionais e trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para o cuidado humano e para o funcionamento institucional, como, por exemplo, trabalhadores de escritório, manutenção entre outros. São atividades diferenciadas, que, estudadas nas suas especificidades, permitem identificar produtos distintos. Esses trabalhos, no conjunto, resultam na assistência a seres humanos que são totalidades complexas.

Tendo a Filosofia de Enfermagem da Instituição definida, ou seja, as crenças e valores que darão sustentação à prática da Enfermagem, buscou-se estabelecer a Teoria de Enfermagem que alicerçará a SAE e a operacionalização do PE, respondendo ao que foi definido pelo Conselho Federal de Enfermagem em sua Resolução Nº. 358/09 (COFEN, 2009).

Há que se salientar que a SAE é um importante instrumento de gestão que permitirá atender a filosofia institucional no que se refere à excelência da assistência, à liderança, ao compromisso.

Observa-se através das falas que os profissionais de enfermagem sabem que é necessário que a teoria escolhida esteja apoiada na filosofia criada para a instituição, pois se não houver essa interação entre filosofia e teoria a implantação do PE ficará fragilizada. Para dar sustentação à definição do suporte teórico, vários foram os aspectos avaliados, como o perfil da instituição, os serviços oferecidos, o tipo de usuário atendido. Também foi evidenciado nas falas que os participantes sabiam o que deveria ser avaliado em cada teoria para que se fizesse a escolha adequada e também tinham um bom conhecimento sobre as teorias de Enfermagem.

Estudar as teorias traz para a prática profissional fundamentos que podem ser apresentados como alternativas para a melhoria do nível de exigência relacionado ao processo de cuidar. Também o confronto das concepções empíricas e científicas favorece a construção de conceitos, em níveis cada vez mais elevados, contribuindo para um cuidar fundamentado nesses conhecimentos, porém, sem descuidar da integralidade do usuário, família e comunidade.

Cabe ressaltar que as teorias de enfermagem auxiliam a compreender os fenômenos da realidade, favorecem a reflexão, criticidade, incluem elementos científicos no entendimento e na análise da realidade. Despontam à produção de mudanças, inovações e transformações, em nível pessoal, profissional e institucional, além de quebrar velhos paradigmas (MELEIS, 2007).

Segundo Cavalcante et al (2011), os referenciais teóricos mais utilizados para orientar as etapas do PE, nas experiências encontradas na literatura brasileira, foram: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; seguida da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem; Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e Teoria da Universalidade e da Diversidade de Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Bem como em menor escala também apareceram as seguintes teóricas: Myra Levine, Ida Jean Orlando, Joyce Travelbee, Imogene King e Betty Neuman.

Foi observado durante os encontros que os participantes do estudo tinham como preferências para a escolha da teoria que dará suporte teórico para a implantação da SAE a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e a Teoria do Autocuidado, representando o que vem sendo publicado sobre as teorias no cenário brasileiro.

Ferreira (2011), estudou a prevalência das teorias de enfermagem usadas para implantação do PE nos anos de 2003 a 2007, quando constatou que as teorias mais utilizadas para dar sustentação ao PE, foram: a abordagem de Horta baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (47,8%); a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (21,7%); a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (8,6%) e a Teoria da Universalidade e da Diversidade de Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (4,3%).

Figueiredo et al (2006) estudaram a caracterização da produção do conhecimento sobre SAE no Brasil, num período de 12 anos (1990 – 2002), identificando a tendência nacional dominante na utilização de três modelos teóricos de enfermagem: Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (40,5%), Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy (16,2%) e Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (10,2%).

A teoria escolhida para dar sustentação à implantação da SAE se deu levando em conta o perfil da instituição, que é um hospital geral, o perfil dos usuários e as crenças da equipe de enfermagem durante a assistência, valorizando sempre o bem-estar da tríade: usuário; família e equipe de enfermagem.

Vale destacar que a Resolução N°. 358/09 sustenta que **o PE deve estar baseado em um suporte teórico** que oriente sua realização, sendo sua execução e avaliação de competência exclusiva do enfermeiro (COFEN, 2009; MALUCELLI et al, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como intenção contribuir para o estabelecimento da filosofia de enfermagem e a definição da teoria de enfermagem para dar sustentação à implantação da SAE, pois entende-se que o tema é relevante para a sociedade e atual para a academia, principalmente, do ponto de vista dos que avaliam a SAE como instrumento para organizar, fundamentar e dar visibilidade à prática do cuidar.

A construção da filosofia de forma coletiva amplia a possibilidade de aquisição e avanço de conhecimentos e, com isso, ocorrem descobertas de novos modos de pensar. Em um grupo de trabalho interessado na questão da pesquisa, surgem atitudes críticas e ampliam-se os horizontes interpretativos, exigindo de todos o cumprimento de certos deveres/obrigações.

Este estudo teve como propósito uma construção de forma coletiva, possibilitando o pensar na prática cotidiana, aprofundando conhecimentos por meio das referências bibliográficas, e de discussões e

reflexões coletivas voltados especificamente para as necessidades do serviço.

O estudo foi construído e desenvolvido pelo grupo de enfermeiros da instituição. Seus conceitos foram avaliados durante os encontros realizados, nos quais as criações em grupo foram sendo correlacionadas com as concepções científicas, estudadas e aprofundadas por meio das referências indicadas, das práticas desenvolvidas, das discussões e das análises do grupo.

Esse processo de criação esteve todo tempo associado à reflexão e ao estudo, teve-se o cuidado de preservar e respeitar a identidade institucional e a dos enfermeiros envolvidos. Consideraram-se os seus fazeres, os seus saberes, as suas dificuldades e necessidades evidenciadas em relação ao objeto de estudo proposto.

Com a construção das crenças que formam a filosofia de enfermagem foi possível observar que a equipe de enfermagem caminha para a efetivação da SAE dando visibilidade à profissão. Durante os encontros foi possível observar que os participantes compareciam preparados para discutir o tema proposto, o que demonstra o quanto estão empenhados para que ocorra a implantação da SAE na instituição.

Quanto à escolha da teoria, optou-se pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, pois durante o estudo de outras teorias esta foi a que apresentou maior identidade com a prática cotidiana dos enfermeiros e pelos conhecimentos advindos da formação inicial, no período da graduação.

Destaca-se que houve participação da Direção de Enfermagem, que esteve articulada e participando da proposta, o que indica forte possibilidade de efetiva adoção da filosofia, contribuindo para implantação da SAE. Além disto, a integração dos participantes permitiu que os enfermeiros se conhecessem, bem como a rotina dos diferentes setores.

Ressalta-se que a partir deste estudo houve a definição da eleição, por parte da Direção de Enfermagem, de uma unidade que irá iniciar a implantação do PE como unidade piloto.

Referências

ABREU, L. O.; et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 203-207, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 set 2014.

ALCÂNTARA, M. R.; et al. **Teorias de Enfermagem**: A importância para a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev. Cie. Fac. Edu. Mei. Amb.*, v. 2, n. 2, p. 115-132, mai-out, 2011. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/issue/view/10/showToc>>. Acesso em: 01 mai 2014.

ALMEIDA, A. C. G.; et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta Paul. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2012 [citado 2014 Mai 16]; v. 25, n. 3. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>>. Acesso em: 16 mai 2014.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enfermagem, USP** [periódico na *Internet*], 2009, Mar [citado 2014 Mai 16]; v. 43, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 14 jun 2013.

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enfermagem**, [periódico na *Internet*], 2006, Dez [citado 2013 Jun 16]; 15(4): 617-628. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400010&lng=pt.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400010>>. Acesso em: 16 jun 2013.

CARMAGNANI, M. I. S. Trabalho em Equipe. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza (org). **Gestão em enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yedis Editora, 2011. 492p.

CAVALCANTE, R. B.; et al. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **R. Enfermagem**, UFSM [periódico na *Internet*], 2011, Set/Dez [citado 2013 Jun 16]; 1 (3): 461-471. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2832/2396>>. Acesso em: 15 jan 2015.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2000.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Nº. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Portal do COFEN. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 jan 2013.

CUNHA, I. C. K. O. Filosofia e política institucional e promoção da gestão do cuidado. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza (org). **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yedis Editora, 2011. 492p.

FERREIRA, I. P. **Estratégia coletiva de enfermeiras para reimplantação do processo de enfermagem**: uma pesquisa convergente-assistencial. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FIGUEIREDO, R. M.; et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP [*online*], 2006, v. 40, n. 2, p.299-303. ISSN 0080-6234.

JUNGES, J. R.; et al. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. **Interface (Botucatu)**, [periódico na *Internet*], 2011, Set [citado 2014 Mai 16]; v. 15, n. 38. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300011>>. Acesso em: 20 jun 2014.

MALUCELLI, A.; et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2010, Ago [citado 2013 Jun 16]; 63(4):629-636. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400020&lng=pt)&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400020>>. Acesso em: 16 jun 2013.

MELEIS, A. I. **Our pioneers: the theorists and the theories.** In: *Theoretical: development and progress.* 4. ed. Philadelphia: Lippincott/Williams/ Wilkins, 2007, p. 275-452.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2010, Abr [citado 2014 Jan 29]; 23(2): 212-217. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200010>>. Acesso em: 29 jan 2014.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver nos trabalhadores de nível médio. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, 2004; 2 (2): 311–25.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. L. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2011, Dez [citado 2014 Mai 16]; v. 32, n. 4. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>>. Acesso em: 16 mai 2013.

SÓRIA, L. M. **Informativo do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes.** Jornal Oi São José. Jun. 2011.

Disponível em:

<http://www.oisaojose.com.br/site/index.php?ed=181&pag=show_editorial&editorial_atual=10&total=2&materia=1873>. Acesso em: 12 jan 2013.

SUCCI, R. C. M.; et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2008 [citado 2014 dez 29] vol.16, n.6, p. 986-992. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600008>>. Acesso em: 29 dez 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde enfermagem.** 2th. ed. Florianópolis: Insular; 2004.

5.2 MANUSCRITO 2: MARCO CONCEITUAL: CONSTRUÇÃO COLETIVA COM ENFERMEIROS

Marco Conceitual: construção coletiva com enfermeiros

The Conceptual Framework: a collective construction with nurses

Marco conceptual: construcción colectiva con enfermeros

Eudinéia Luz Schmitz⁹
Francine Lima Gelbcke¹⁰

RESUMO: O estudo teve como objetivo a construção coletiva do marco conceitual de enfermagem que dará sustentação para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma instituição pública hospitalar do sul do Brasil. Trata-se de estudo qualitativo, com aporte da Pesquisa Convergente Assistencial. Foram realizados dois encontros, no segundo semestre de 2014, utilizando o processo de reflexão coletiva por meio de trabalho em grupo, com 42 enfermeiros. Para análise de dados foram utilizadas as etapas propostas por Morse e Field que se constituem em: processos de apreensão; processo de síntese; processo de teorização; transferência dos resultados. Como resultado foram elaborados os conceitos de: Ser Humano; Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Saúde e Cuidado Seguro. Os encontros incentivaram discussões e reflexões entre os participantes sobre o tema proposto, destacando a importância do estudo para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, salientando-se que a construção coletiva do aporte conceitual foi uma etapa de consolidação da necessidade do Processo de Enfermagem para a instituição.

⁹ Enfermeira da Emergência Geral do Hospital Regional de São José, Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência, Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). *E-mail:* eudineia.luz.schmitz@ufsc.br.

¹⁰ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e coordenadora da Comissão de Residências Multiprofissionais em Saúde da UFSC. Com experiência na área de Enfermagem com ênfase nos temas: enfermagem, processo de trabalho, organização do trabalho, saúde do trabalhador, cuidado e educação. Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* fgelbcke@ccs.ufsc.br.

Descritores: Processos de Enfermagem. Educação em Enfermagem. Teoria de Enfermagem. Formação de Conceito. Modelos Teóricos.

ABSTRACT: The study aimed at the collective construction of the nursing conceptual framework that will support the implementation of the Systemization of Nursing Assistance in a public hospital in Southern Brazil. This is a qualitative study, with input from an Assistential Convergent Research. Two meetings were held during the second semester of 2014, employing the process of collective reflection through teamwork, with 42 nurses. Stages proposed by Morse and Field were used for data analysis, consisting in the following: the apprehension process; the synthesis process; the theorization process; and the transference of results process. As a result, the following concepts were elaborated: Human Being; Nursing; Nursing Assistance; Health and Safe Care. Meetings promoted discussions and reflections amongst participants on the proposed theme, highlighting the importance of the study in the implementation of the Systemization of Nursing Assistance, where the collective construction from the conceptual input represented a stage towards the consolidation of needs of the Nursing Process for the institution.

Key words: Nursing Process. Education, Nursing. Nursing Theory. Concept Formation. Models, Theoretical.

RESUMEN: El objetivo del estudio fue la construcción colectiva del marco conceptual que sostendrá la implantación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en una institución hospitalaria pública en el sur de Brasil. Este es un estudio cualitativo con informaciones de la Investigación Convergente Asistencial. Dos encuentros fueron realizados en el segundo semestre de 2014, utilizando el proceso de reflexión colectiva y trabajando con un grupo de 42 enfermeros. Las etapas propuestas por Morse y Field: proceso de comprensión; proceso de síntesis; proceso de teorización y transferencia de resultados, fueron usadas para analizar los datos cosechados. Los siguientes conceptos fueron elaborados como resultado: Ser Humano; Enfermería; Asistencia de Enfermería; Salud y Cuidado Seguro. Los encuentros incentivaron discusiones y reflexiones entre los participantes sobre la temática propuesta, con énfasis en la importancia del estudio para la implantación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, destacando que la construcción colectiva de la contribución conceptual fue una etapa de consolidación de la necesidad del Proceso de Enfermería para la institución.

Descriptorios: Procesos de Enfermería. Educación en Enfermería. Teoría de Enfermería. Formación de Concepto. Modelos Teóricos.

INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é utilizado como método indispensável para um melhor desempenho das atividades assistenciais do enfermeiro. A sua utilização como um método científico de trabalho possibilita melhorias na qualidade da assistência de enfermagem, através do planejamento individualizado de suas ações, que são elaboradas para conferir continuidade e integralidade do cuidado (ARGENTA, 2011).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é definida pelos enfermeiros brasileiros como sendo a organização assistencial direcionada ao paciente, família ou comunidade (DEL'ANGELO et al, 2010).

Pensando na assistência de enfermagem prestada na instituição onde ocorreu a pesquisa e onde o PE não está implantado, percebeu-se a necessidade de sua implantação para prestar uma assistência de enfermagem individualizada e segura, e também alicerçar o serviço de enfermagem nesta instituição. Porém, antes de iniciar o processo de implantação é necessário haver um suporte teórico que dê sustentação ao PE.

Em processo de construção coletiva prévia com os enfermeiros da instituição foram definidas a filosofia e a teoria de enfermagem que serão utilizadas para dar sustentação à implantação do PE. Após as discussões para a escolha da teoria, optou-se pela teoria das “Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta” que norteou o processo de construção do marco conceitual. Por conseguinte, o processo de construção do marco conceitual emergiu da prática, oportunizou o relacionamento interpessoal e a cientificidade, ancorada pela teoria das NHBs e assim os conceitos foram elaborados pelos participantes do estudo.

Um conceito é uma ideia ou construção mental elaborada acerca de um fenômeno, com significados pertinentes aos acontecimentos que ocorrem na natureza ou no pensamento. São representações cognitivas, abstratas, de uma realidade compreensível formada por experiências diretas ou indiretas. Os conceitos podem ser empíricos, concretos ou abstratos. Sua função primária é permitir que indivíduos possam descrever situações e comunicar-se efetivamente (FERNANDES et al., 2011).

Os conceitos como representação de uma dada realidade possuem atributos de caráter dinâmico, mutáveis na dimensão temporal e

contextual, sendo sua evolução influenciada pelo seu uso e aplicação. Desse modo, para que os conceitos cumpram seu papel na construção do conhecimento científico é oportuno que seus atributos essenciais e, conseqüentemente, suas definições, sejam analisadas periodicamente, visando principalmente seu contínuo aprimoramento (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Já o marco é uma fronteira, limite daquilo que se pretende desenvolver ou realizar no âmbito do conhecimento e da ação. No que tange à enfermagem, é necessário que através do marco se possa identificar os significados favoráveis às buscas da profissão para o presente e o futuro. Os marcos mais frequentemente utilizados são: marco referencial, marco filosófico, marco conceitual e marco estrutural (SAUPE; ALVES, 2000).

Segundo Saupe e Alves (2000), marco conceitual é o conjunto de conceitos que norteiam e inspiram as ações a serem tomadas e realizadas, identificando, definindo e esclarecendo os conceitos e as metodologias do objeto do trabalho, assim como o contexto no qual se originam e inserem-se, respeitando os princípios, crenças e valores. Configura-se ainda por ter o ser humano como protagonista em todas as suas fases, com atuação consciente, responsável e solidária com o outro em defesa do desenvolvimento e ações sustentáveis, aliadas a uma visão sistêmica e pensamento complexo. Severino (2007) corrobora afirmando que marco conceitual é também um referencial para as ações de planejamento onde a revisão tem por finalidade explicitar e reforçar os conceitos e princípios de abordagens anteriores referentes à teoria e à prática. Este deve permitir que a realidade social seja reconstruída enquanto objeto do conhecimento, por meio de um processo de categorização.

A partir da necessidade de se construir coletivamente o marco conceitual foi que se estabeleceu como objetivo deste estudo: Construir coletivamente com os enfermeiros o marco conceitual, tendo como referencial a teoria das Necessidades Humanas Básicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que utilizou como método a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que tem como característica principal manter, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação da prática assistencial, com a intenção de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Geral do Sul do país. A instituição é referência em Ortopedia/Traumatologia, Oftalmologia,

Neonatologia, Cirurgia Bariátrica, Neurocirurgia, Hospital Dia e Internação Domiciliar e é administrado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) (SÓRIA, 2011).

Participaram quarenta e dois enfermeiros, sendo utilizados como critérios de **inclusão**: ser enfermeiro do hospital lotado na Secretaria de Estado da Saúde, bem como ter tempo de serviço na unidade de atuação superior a seis meses. Como critérios de **exclusão** foram estabelecidos: estar de férias ou licença prêmio/saúde/gestação.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 32729314.0.0000.0112), pelo parecer substanciado Nº 716.663 (ANEXO B), além do consentimento formal da instituição participante para a coleta de dados. Previamente à coleta, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, assim como acerca das técnicas de coleta adotadas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para garantir o anonimato das informações levantadas, os enfermeiros que participaram do estudo foram identificados pela letra E, e os grupos pela letra G, acompanhadas pela sua sequência numérica.

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a outubro de 2014 e ocorreu através de dois encontros coordenados pela pesquisadora, ambos em local, dia e hora acordados com os participantes e tiveram em média duração de duas horas. Todos os grupos foram gravados por meio digital.

Após a construção da filosofia e a definição da teoria de enfermagem deu-se início à coleta de dados através da realização dos grupos focais para construção do marco conceitual que sustentará o PE.

No **primeiro** encontro os participantes foram divididos em dois pequenos grupos onde selecionaram os conceitos que formam o metaparadigma da teoria das NHBs, conceitos da própria teoria e incluíram um conceito relativo à segurança. Foi solicitado aos participantes que elaborassem o marco conceitual tendo como base a filosofia construída anteriormente e a teoria das NHBs. Após esta dinâmica, os subgrupos apresentaram para o grande grupo o que construíram.

O **segundo** encontro iniciou-se com a apresentação em *datashow* dos conceitos elaborados pelos dois grupos. Estes conceitos foram organizados e agrupados pela pesquisadora previamente e durante o encontro foi realizada a leitura e discussão de cada conceito com o grupo, fazendo complementações com dados da literatura.

Para análise dos dados foram adotadas as etapas propostas por Morse e Field (1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004):

- a) Processo de apreensão: iniciou com a coleta de informações provenientes dos Trabalhos em Grupos;
- b) Processo de síntese: foi constituído através da organização das informações obtidas nos grupos, analisando as associações, variações de informações e síntese;
- c) Processo de teorização: nesta fase foi realizada a construção do marco conceitual, a partir da literatura;
- d) A transferência dos resultados na PCA ocorre pela socialização, o que se deu no momento de apresentação ao grupo do trabalho desenvolvido.

A apresentação ao grupo de trabalho deu-se por meio de assembleia geral, cuja convocação foi feita pela Gerência de Enfermagem, para aprovação do marco conceitual.

RESULTADOS

Após a discussão prévia para a escolha da teoria, optou-se pela das “Necessidades Humanas Básicas” de Wanda de Aguiar Horta que norteou o processo de construção do marco conceitual, o qual subsidiará a elaboração dos instrumentos para a implantação do PE. As reconfigurações respeitaram as crenças e os valores dos enfermeiros. Crenças são consideradas convicções pessoais, fortemente defendidas, enquanto os valores são traços culturais importantes, passados de pais para filhos; são guias para o agir dos enfermeiros (FERNANDES et al, 2011).

As palavras escolhidas pelos participantes do estudo para fazerem parte do marco conceitual foram: **Ser Humano, Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Cuidado Seguro e Saúde.**

Com estas palavras, os participantes iniciaram o processo de construção do marco conceitual. Desses grupos emergiram os seguintes conceitos:

Os seres humanos são indivíduos que estão inseridos no cuidado, seja ele o que está necessitando, que tenham suas necessidades básicas alteradas ou o responsável por saná-las. Então o ser humano é o usuário, o prestador do serviço.

Enfermagem a gente quis frisar bem a equipe; a gente poderia ter colocado profissionais, mas a gente colocou equipe responsável em prestar o cuidado profissional embasado cientificamente para recuperar e promover as NHBs do ser humano

necessitado e de seu autocuidado. Então é uma equipe que tem o mesmo objetivo, que trabalha em prol de um mesmo objetivo, que segue uma teoria; não é um por si só, para conseguir esse objetivo que é sanar essas NHBs que estão em desequilíbrio, mas inclusive promover o autocuidado dele. Enfermagem para gente é isso.

Assistência de enfermagem é uma prestação de cuidado que a gente acha com certeza que precisa ser padronizado, sistematizado e atualizado e que reflita tudo isso na saúde do usuário de modo benéfico, assim sempre para melhoria dele é claro da melhor maneira possível. Então é isso, é seguir um cuidado que tenha padrões que tenha uma teoria, um marco científico sistematizado e que isso reflita de maneira muito benéfica para o usuário.

Saúde é um estado harmonioso. Aí a Horta gosta muito de falar em equilíbrio do ser humano. Então para a gente o equilíbrio da Horta seria um estado harmonioso no qual o ser humano deve permanecer na sua integralidade. Então isso quer dizer que a pessoa pode estar com câncer, mas ser feliz

Cuidado seguro é oferecer essa assistência livre de qualquer dano, baseado em padrões, aí os POPs¹¹, teoria que a gente está tentando buscar aqui, protocolos com embasamento científico para todos eles – isso para nós é cuidado seguro (G1).

Ser humano é visto como usuário do SUS com direitos e deveres. A gente sabe que tem o idoso, a criança, o adolescente e fora as outras questões; a gente tem a rede cegonha que também tem outras diretrizes, valorizando a cultura desse ser humano, a creche e conhecimento que a gente nunca pode desprezar.

A **Enfermagem** para nós é o conhecimento científico baseado em evidência no cuidado e no processo de trabalho.

Assistência de enfermagem é assistir o usuário, a família, respeitando os valores desses, novamente cultura, crença e conhecimento.

Saúde para nós é o equilíbrio das NHBs. A gente refletiu muito sobre a saúde – esta não é só a

¹¹ POP: Procedimento operacional padrão.

ausência de doença, mais sim todo o equilíbrio que a gente sabe que é transporte, escola, entre outros, e tudo isso faz parte da saúde, do conceito saúde.

Cuidado seguro é o envolvimento de todos no processo de cuidar, observando a segurança, os equipamentos, dispor dos equipamentos, a técnica, a ambiência. Então isso é assim, vários envoltimentos, várias ações que trariam esse cuidado seguro (G2).

Durante a apresentação dos grupos foram surgindo outros conceitos que permeiam os definidos pelo grupo, como integralidade, e também aspectos relacionados ao marco teórico, como o autocuidado, além de questões presentes no dia a dia, conforme relatos abaixo:

Acho que quando fala de autocuidado, é sempre que possível. Às vezes a gente acha que não é possível para o paciente, mas a questão da família, também considero que o autocuidado pode ser para a família (E14).

... a questão da integralidade tem que ter, porque se a gente ler a legislação do SUS tem muito disso, de ver o ser humano como um todo, não só a doença, a patologia (E13).

Dentro da nossa realidade hoje, isso não vai ser prejudicial para nós? Sei que a gente não pode pensar assim, mas às vezes a gente não realiza o “cuidado seguro” por falta de equipamentos, por exemplo, na unidade que eu trabalho as camas não têm grades. Quando interno alguém com risco de queda, tenho que pedir grades nas unidades vizinhas ou manutenção, mas raramente consigo, e quando consigo uma fico feliz e encosto a cama na parede, o que não é recomendado pela CCIH¹². Com agulhas que não conectam nas seringas, com faltas recorrentes de funcionários e também devemos ver que os erros ocorrem em conjunto, não é um único profissional que erra (E14).

¹² CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Para finalizar a produção do marco conceitual foi utilizado o material produzido pelos dois grupos e também o material de áudio.

Os conceitos que emergiram dessa primeira análise foram: **Ser Humano, Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Saúde e Cuidado Seguro**. A partir dos conceitos elaborados foi possível construir o marco conceitual da instituição.

Ser Humano: é um ser único e complexo inserido no cuidado, seja ele o usuário do serviço de saúde que está com suas necessidades humanas básicas em desequilíbrio ou o responsável por assistir esse usuário quando ele necessita de cuidados de saúde. Pode-se dizer também que o ser humano possui direitos e deveres, independentemente de sua faixa etária, raça, cor, sexo, religião e classe social, sendo valorizado por sua cultura, crença e conhecimento, tendo assim seus direitos assegurados.

Enfermagem: é a equipe responsável em prestar o cuidado profissional embasado em conhecimento científico para recuperar e promover a satisfação das necessidades básicas do ser humano, promovendo o seu autocuidado, sempre envolvendo o usuário, família e cuidadores.

Assistência de Enfermagem: é a realização do cuidado científico, visando atender as necessidades de atenção à saúde dos usuários, em conjunto com os demais trabalhadores de saúde da instituição hospitalar, cuidado este que deve ser padronizado, sistematizado e atualizado, refletindo na saúde dos usuários, famílias e trabalhadores, de modo benéfico, respeitando seus valores, cultura, crenças e conhecimento, articulando neste sentido, a subjetividade e os saberes dos sujeitos envolvidos. É valorizada pelo seu desempenho técnico, científico e relacional.

Saúde: é o estado de harmonia e de equilíbrio das necessidades humanas básicas no qual o ser humano deve permanecer na sua totalidade, tendo acesso ao lazer, à educação, à moradia, ao transporte, à cultura e ao mercado de trabalho.

Cuidado Seguro: é oferecer uma assistência livre de danos ou com uma redução do risco de danos, baseado em padrões, conhecimento científico e teorias. É o envolvimento de todos no processo de cuidar. Observando a segurança com a técnica a ser executada, com o material, com os equipamentos e com a ambiência. É importante estimular o envolvimento do usuário e família durante a assistência prestada.

DISCUSSÃO

O processo de construção do marco conceitual emergiu da prática, oportunizou o relacionamento interpessoal e a cientificidade, ancorada

pela teoria das NHBs, através do confronto entre os conceitos da teoria e das concepções dos participantes, o que exigiu reflexão para a sua gradativa evolução, incluiu a compreensão da teoria e pertinência em relação a sua aplicabilidade no hospital. A construção exigiu leituras, reconfiguração de conceitos e redimensionamentos de práticas arraigadas ao modelo biomédico (PEREIRA et al, 2012).

Durante a realização dos grupos foi possível identificar que a equipe estava preparada, que conhecia a teoria das NHBs, colaborando com a construção do marco conceitual. Isto vai ao encontro do que Persegona e Zagonel (2006) apontam em seu estudo quando afirmam que para construir o marco conceitual é necessário conhecer a teoria para buscar as inter-relações entre os conceitos e a prática. As autoras ainda destacam que os conceitos que se encontram nas teorias de enfermagem representam o contexto histórico, o modelo estruturado pela teorista, suas crenças e valores. Diferenciam marco conceitual e conceitos expressos em uma teoria, afirmando que num marco conceitual os conceitos estão interligados e definidos de forma abrangente, enquanto na teoria os conceitos se expressam como “definições precisas e operacionais” (PERSEGONA; ZAGONEL, 2006, p. 167).

É possível observar que os participantes não utilizaram todos os conceitos centrais da teoria das NHBs e ainda incluíram o conceito de cuidado seguro, pois se propuseram a trabalhar no marco conceitual embasados na realidade e na necessidade da instituição. Há que se destacar que para se construir um marco conceitual deve-se considerar a realidade vivida, tanto pelos profissionais enfermeiros como pelo usuário dos serviços de saúde (PERSEGONA; ZAGONEL, 2006).

Isto se reflete na construção dos conceitos, sendo possível observar que o conceito de ser humano, para os dois grupos difere. Enquanto o grupo 1 deu ênfase ao autocuidado, o grupo 2 definiu ser humano como usuário do SUS e enfatizou o respeito a suas crenças e valores.

O conceito construído está alicerçado na literatura, sendo o ser humano definido como um ser natural, singular e complexo que se manifesta na sua forma física, através do corpo biológico e na forma de consciência, através da sua forma psicológica. Na forma psicológica, além dos sentimentos, encontram-se também a sua maior ou menor facilidade de aprender, preferência para exercer determinada atividade e a busca constante de aperfeiçoar-se para a sua evolução, o que lhe dá a característica de ser (LEOPARDI, 1999).

E no contexto desse estudo, ser humano é o usuário do SUS e também o trabalhador que cuida e prepara o usuário e a família para os cuidados, equilíbrio e manutenção das NHBs.

Ao pensar em segurança do paciente, pensa-se em quem é cuidado. O conceito de ser humano também foi apontado no marco conceitual construído, sendo elaborado à luz da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, e como tal sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço. O ser humano está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. O ser humano se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro (HORTA, 1979, p. 28).

Os participantes do estudo, ao construírem o conceito de ser humano não o restringiram apenas ao usuário, mas também ao trabalhador que assiste o usuário que está com suas NHBs em desequilíbrio, enfatizando o respeito à diversidade de crenças, raças, faixa etária, ou seja, ao perfil da demanda atendida pela instituição. Este ser humano que cuida, que faz a Enfermagem, não atua de forma isolada. Os participantes do estudo consideram que a assistência de enfermagem deve ser prestada através de um cuidado atualizado, em conjunto com outros profissionais da equipe interdisciplinar.

Em relação ao conceito de enfermagem, o grupo 1 enfatizou enfermagem como uma “equipe” que presta cuidados profissionais com embasamento científico, enquanto o grupo 2 caracterizou enfermagem como conhecimento baseado em evidências.

Enfermagem, para Bellaguarda (2013, p. 77), é:

[...] profissão de assistência à saúde fundamentada no conhecimento científico, na sua autorregulação e na autonomia do seu fazer por meio de práticas de cuidado, educação e gestão cooperativa a pessoas, em interdependência com seus pares e demais profissionais da área da saúde.

É possível perceber que os dois grupos enfatizaram a questão do conhecimento científico para prestar o cuidado, o que corrobora com a

literatura científica e serve como apoio para o exercício autônomo e desenvolvimento da assistência competente e segura para o usuário.

Para o conceito de assistência de enfermagem, o grupo 1 ressaltou a necessidade de padronização, sistematização e atualização, tendo como base um suporte teórico para a realização dos cuidados. O grupo 2 caracterizou-o como assistir e cuidar respeitando crenças e valores.

Para Vale e Pagliuca (2011), assistência de enfermagem é um fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um “saber-fazer” embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.

Os grupos trabalharam com a questão do conhecimento e do suporte teórico, com as padronizações e buscando uma assistência sistematizada, indo ao encontro do que preconiza a literatura. Destaca-se ainda, a importância de se alicerçar o fazer da enfermagem em uma assistência sistematizada, reforçando a necessidade e o compromisso dos profissionais com o processo de construção coletiva, que dará suporte ao Processo de Enfermagem a ser implantado na instituição.

A importância da teoria de Enfermagem servindo de alicerce ao marco conceitual construído esteve presente quando os grupos discutiram o conceito de saúde, já que nos dois grupos ela está relacionada ao equilíbrio. Horta (1979, p. 29) diz que estar com saúde é “estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”. Porém, há que se ressaltar que Horta definiu tal conceito na década de 1970. Atualmente, há um entendimento mais amplo de saúde, relacionado às condições para alcançar esse bem estar, e que devem estar presentes nas políticas públicas. De acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 118), conceito este que tem sido referendado nas Conferências posteriores.

Quanto ao conceito de Cuidado Seguro, os dois grupos construíram de forma semelhante, relacionando a segurança do cuidado à construção de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), à existência de materiais e equipamentos adequados, além do envolvimento do usuário no cuidado. A Organização Mundial de Saúde, considerando o número elevado de eventos adversos, muitos dos quais evitáveis, criou em 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, definindo o conceito de Segurança

do Paciente como “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado seguro” (BRASIL, 2014, p.7).

No Brasil, entre outras iniciativas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, visando qualificar o cuidado em saúde. Entre os eixos do Programa, define-se que o estímulo a uma prática assistencial segura deve estar alicerçado num conjunto de protocolos básicos a serem elaborados e implantados (BRASIL, 2014). Ou seja, o que os enfermeiros expressam está em consonância com a política pública de saúde nacional.

Além disto, para um cuidado seguro é necessária a criação de comissões de segurança do paciente, identificação do paciente, protocolos, dose unitária de medicação, dupla checagem, padronização de equipamentos e tecnologia e incentivo ao relato de erros e eventos adversos (MELLO; BARBOSA, 2013).

Durante as discussões sobre cuidado seguro foi possível perceber a insegurança da equipe de enfermagem, frente à realidade das unidades de internação, com leitos sem grades, materiais impróprios para o uso, escala de serviço reduzida e falta de notificação de acidentes e eventos adversos. O fato de estabelecer o conceito de cuidado seguro aponta a preocupação dos profissionais com este aspecto, indo ao encontro do que prevê a Política Nacional de Segurança do Paciente.

Outro indicativo importante para a segurança do paciente está relacionado ao quantitativo de pessoal, o que foi salientado no processo de reflexão (KANE et al, 2007; AIKEN et al, 2012). Há que se ressaltar que a segurança aparece como um elemento essencial para a prática da assistência, porém foram apontados problemas acerca de materiais e equipamentos que interferem diretamente na qualidade da assistência.

A construção coletiva do marco conceitual da instituição possibilitou olhar para a prática, refletir acerca da mesma, buscar qualificar a assistência por meio da implantação da SAE, mas acima de tudo, refletir no marco conceitual o vivido, o experienciado, pautado em fundamentação teórica. Os conceitos elaborados inter-relacionam-se, formando um arcabouço para sustentar a prática de enfermagem da instituição.

Mesmo com a validação, há necessidade de retomar o conceito de enfermagem para aperfeiçoá-lo junto ao grupo de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão acerca da prática e da teoria sustentou a construção coletiva do marco conceitual. O ponto central das reflexões foi o estabelecimento da relação entre as concepções do cotidiano e a teoria

definida para dar suporte à implantação da SAE na instituição. O confronto teórico oportunizou a reconstrução de conceitos científicos, contribuindo com um outro olhar para a prática, sempre considerando a diversidade dos seres humanos.

O trabalho de construção coletiva oportunizou o desenvolvimento do pensamento crítico, favorecendo a identificação das dificuldades e das necessidades presentes naquele momento, em relação ao processo de cuidar. Essa foi uma ação que despertou interesse, uma vez que, segundo o grupo, havia carência de aprofundamento teórico e necessidade de trazer cientificidade para o cuidado.

Um elemento importante é o fato da Gerência de Enfermagem apoiar o desenvolvimento deste estudo mediante o estímulo para a participação dos enfermeiros aos encontros, bem como a definição de uma unidade piloto para implantação da PE que será a Unidade de Terapia Intensiva.

A metodologia utilizada para a construção coletiva do marco conceitual revelou-se como essencial no processo de construção de saberes, de concepções científicas e do fortalecimento do grupo em torno de objetivos comuns. A construção do marco conceitual incluiu elementos significativos de outros estudos, os quais foram incorporados pelo grupo, criando um marco conceitual condizente com a realidade da instituição e com a proposta teórica de Horta.

Referências

AIKEN, L.; et al. **Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.** BMJ 2012; 344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717 (*Published* 20 March).

ARGENTA, M. I. **Congruência entre o ensino da sistematização da assistência de enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro.** Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2011.

BELLAGUARDA, M. L. R. **Nexos e circunstâncias na história do conselho regional de enfermagem em Santa Catarina (1975 - 1986).** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 27 jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

DEL'ANGELO, N.; et al. Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. **Rev. Bras. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2010 [citado 2013 Jun 16]; v. 63, n. 5, p. 755-761. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000500010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 jun 2013.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Bras. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2009, Fev [citado 2014 Jan 07]; v. 62, n. 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100009>>. Acesso em: 07 jan 2014.

_____.; et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Rev. Bras. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2011, Dez [citado 2013 Jun 16]; v. 64, n. 6. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600024>>. Acesso em: 16 jun 2013.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

KANE, R. L.; et al. **Nursing Staffing and Quality of Patient Care**. Evidence Report/Technology Assessment, n. 151. AHRQ Publication n. 07-E005, march, 2007.

LEOPARDI, MT. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC; Papa-livros, 1999.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2013, Dez [citado 2014 Jan 07];

v. 22, n. 4. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>>. Acesso em: 07 jan 2014.

PEREIRA, J. S.; et al. Saberes de enfermeiros acerca do processo de enfermagem à luz do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundamental** [periódico na *Internet*], 2012, Abr/Jun. [citado 2014 Jan 07]; 4(2):2437-47. Disponível em: <<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/11717>>. Acesso em: 07 jan 2014.

PERSEGONA, K. R.; ZAGONEL, I. P. S. O cuidado do enfermeiro à criança com dor pós-operatória: construção de um marco conceitual à luz de Paterson e Zderad. **Cogitare Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2006, Mai/Ago [citado 2014 Jan 07]; 11(2):166-70. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/6862/-4874>>. Acesso em: 07 jan 2014.

SAUPE, R.; ALVES, E. D. Contribuição à construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 60-67, abril, 2000.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. Rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

SÓRIA, L. M. **Informativo do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes**. Jornal Oi São José. Jun. 2011.

Disponível em: <http://www.oisaojose.com.br/site/index.php?ed=181&pag=show_editorial&editorial_atual=10&total=2&materia=1873>. Acesso em: 12 jan 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2011, Feb [citado 2014 Jan 07]; v. 64, n. 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>>. Acesso em: 07 jan 2014.

5.3 PRODUTO FINAL

A partir do estudo realizado foi possível elaborar coletivamente a filosofia e o marco conceitual da Enfermagem do Hospital Regional de São José, o qual está apresentando a seguir.

FILOSOFIA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ Dr. HOMERO DE MIRANDA GOMES

O Serviço de Enfermagem do HRSJ, desde a implantação da instituição, tem alicerçado sua prática em princípios, valores e preceitos éticos. Porém, estes não estavam descritos de forma uniforme para toda a equipe de enfermagem, o que representava uma lacuna no que diz respeito a sua filosofia.

Tendo em vista as mudanças no Sistema de Saúde e a necessidade de adequar-se aos novos tempos, foi encaminhada uma proposta à Gerência de Enfermagem para a construção coletiva da filosofia e do marco filosófico de enfermagem do HRSJ, com enfermeiros de diversos setores do hospital. Este grupo trabalhou e respaldou seu trabalho na literatura científica existente, construindo coletivamente a filosofia e o marco conceitual de enfermagem da instituição, bem como definindo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, como o referencial teórico para sustentação à operacionalização do Processo de Enfermagem e posterior implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A filosofia, referencial teórico e marco conceitual foram aprovados em assembleia geral em 01/12/2014, no auditório do Instituto de Cardiologia.

FILOSOFIA

O Serviço de Enfermagem do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes acredita que:

- **A equipe de Enfermagem**, composta pelo enfermeiro, técnico em enfermagem e auxiliar em enfermagem, presta o cuidado profissional pautado no conhecimento científico e fundamentado na participação coletiva, através da liderança e do compromisso com o trabalho, visando o estabelecimento de metas e plano de ação, buscando sempre a lealdade e o respeito entre os membros da equipe, trocando

conhecimentos para prestar uma assistência de qualidade e segura para o usuário e família;

- O trabalho da Enfermagem é um **trabalho em equipe**, o qual é sistematizado e executado com comprometimento profissional de cada membro da equipe de enfermagem, resultante de vários conhecimentos, culturas e vivências, que pode ser baseado na divisão de funções, no qual cada um executa sua função que será norteadada e supervisionada por um líder, resultando em ações desenvolvidas em grupo, visando uma assistência de enfermagem comprometida com a qualidade do cuidado e com o cuidado seguro e responsável para usuários/familiares, gerando benefício a todos os envolvidos;
- O cuidado de Enfermagem é um **cuidado holístico**, entendido como assistência integral e humanizada prestada ao ser humano, em todas as suas dimensões, de forma sistematizada, baseada no respeito e responsabilidade, entendendo o ser humano como um todo, mantendo sua individualidade, bem como respeitando sua cultura, crenças e valores, atendendo os aspectos emocionais, espirituais, sociais, culturais e físicos, mantendo assim a integralidade da atenção ao ser humano;
- O cuidado de Enfermagem está pautado na **excelência no atendimento**, a qual deve proporcionar segurança no atendimento ao usuário/família, sendo os cuidados de enfermagem pautados em ações padronizadas que garantam a qualidade da assistência, baseada na observação e avaliação do usuário, usando os recursos disponíveis;
- O trabalho da Enfermagem deve pautar-se na **liderança/coordenação**, que são elementos que proporcionam ambiente seguro, bom relacionamento interpessoal, mantendo um ambiente de trabalho harmônico para manter o grupo com foco no atendimento de excelência. Este trabalho deve estar também alicerçado na educação permanente para o aprimoramento profissional, bem como na formação de lideranças, dando autonomia aos profissionais;
- O trabalho da Enfermagem está articulado ao trabalho da **equipe interdisciplinar**, constituída pelos diferentes profissionais que interagem, articulam-se e dialogam entre

si para obter melhores condutas com o objetivo de aprimorar a qualidade do cuidado prestado ao usuário/família;

- A atuação da Enfermagem deve alicerçar-se no **comprometimento**, que é a atitude responsável em todo o processo do cuidado, seja com a equipe de trabalho, com o usuário, os familiares e o meio ambiente, devendo ser respeitadas as regras propostas pela instituição, a fim de alcançar os objetivos com a assistência do usuário e família.

MARCO CONCEITUAL

- **Ser Humano:** é um ser único e complexo inserido no cuidado, seja ele o usuário do serviço de saúde que está com suas necessidades humanas básicas em desequilíbrio ou o responsável por assistir esse usuário quando ele necessita de cuidados de saúde. Também se pode dizer que o ser humano possui direitos e deveres, independentemente de sua faixa etária, raça, cor, sexo, religião e classe social, sendo valorizado sua cultura, crença e conhecimento, tendo assim seus direitos assegurados;
- **Enfermagem:** é a equipe responsável em prestar o cuidado profissional embasado em conhecimento científico para recuperar e promover as necessidades básicas do ser humano, promovendo o seu autocuidado e sempre envolvendo o usuário, família e cuidadores;
- **Assistência de Enfermagem:** é a realização do cuidado científico, visando atender as necessidades de atenção à saúde dos usuários, em conjunto com os demais trabalhadores de saúde da instituição hospitalar, que deve ser padronizado, sistematizado e atualizado, refletindo na saúde dos usuários, famílias e trabalhadores de modo benéfico, respeitando seus valores, cultura, crenças e conhecimento, articulando neste sentido, a subjetividade e os saberes dos sujeitos envolvidos. É valorizada pelo seu desempenho técnico, científico e relacional;
- **Saúde:** é o estado de harmonia e de equilíbrio das necessidades humanas básicas no qual o ser humano deve permanecer na sua totalidade, tendo acesso ao lazer, à educação, à moradia, ao transporte, à cultura e ao mercado de trabalho;

- **Cuidado Seguro:** é oferecer uma assistência livre de danos ou com uma redução do risco destes, baseado em padrões, conhecimento científico e teorias. É o envolvimento de todos no processo de cuidar, observando a segurança com a técnica a ser executada, com o material, com os equipamentos e com a ambiência, estimulando o envolvimento do usuário e família durante a assistência prestada.

O Serviço de Enfermagem também definiu que:

- Utilizará o termo **USUÁRIO** para representar os pacientes, pois este já é o termo utilizado pelo Ministério da Saúde;
- Utilizará o termo **TRALHADORES** para representar todos os profissionais que participam de forma direta ou indireta da assistência prestada aos usuários.

Enfermagem do HRSJ, 01.12.2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo propiciou crescimento pessoal e profissional, mas principalmente possibilitou que a equipe de enfermagem refletisse sobre o cuidado realizado, sobre os caminhos a serem traçados para um cuidar melhor, com maior segurança e com comprometimento profissional.

Alcançou-se o objetivo deste estudo, que foi construir com os enfermeiros a Filosofia de Enfermagem e o Marco Conceitual de Enfermagem, bem como elencar a Teoria de Enfermagem para dar suporte à implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na instituição. As crenças expressas na Filosofia refletem aspectos relacionados à equipe de enfermagem, trabalho em equipe, cuidado holístico, excelência no atendimento, liderança/coordenação, equipe interdisciplinar e comprometimento. Já o Marco Conceitual contemplou os seguintes conceitos: ser humano, enfermagem, assistência de enfermagem, saúde e cuidado seguro.

O Marco Conceitual foi construído/estruturado após a definição da teoria de enfermagem que sustentará a implantação da SAE, sendo esta a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. A teoria escolhida tem relação com a experiência e conhecimento dos enfermeiros, e exprime sua forma de explicar, principalmente o cuidado realizado. Neste sentido, a escolha da Teoria de Wanda Horta levou em consideração o perfil do usuário atendido na instituição, o perfil da equipe de enfermagem e o perfil da instituição com suas especificidades em cada área de atendimento.

Ressalta-se que a Filosofia e o Marco Conceitual de Enfermagem, bem como a teoria escolhida levaram em consideração a experiência profissional de cada participante e a literatura atualizada, sendo que após discussão e consenso do grupo, chegou-se à proposta final, que ainda foi validada em assembleia geral. Esta dinâmica de construção coletiva e validação em assembleia permitiu ampliar o processo de reflexão, bem como o compromisso não apenas dos participantes do processo, mas de todos os que direta ou indiretamente participaram da construção coletiva, o que permite inferir em sucesso de sua aplicação, haja vista que estudos já têm apontado a necessidade de que este processo realmente leve em conta o saber e experiência dos envolvidos. Afinal, como expressar a crença e os valores da profissão se o processo não for coletivo?

O processo de construção coletiva propiciou momentos preciosos, através de trocas de experiências, reflexões e discussões entre os

participantes, colaborando efetivamente no processo de ensino-aprendizagem do grupo, o que certamente contribuiu para o crescimento mútuo da equipe de enfermagem. A realização deste estudo permitiu ainda que o vínculo entre os membros da equipe de enfermagem e a essência do cuidado de enfermagem fosse fortalecido, enriquecendo ainda mais o caminho percorrido.

A partir deste estudo, entende-se que a enfermagem tem muito a contribuir para o cuidado dos usuários que procuram assistência na instituição, buscando aprimoramento e o desenvolvimento de novas possibilidades de intervir, com qualidade e segurança, na assistência ao usuário.

A PCA fundamentou todos os passos deste estudo, tendo em vista que o problema emergiu a partir da prática dos profissionais de enfermagem desta instituição, sendo reconhecida por estes. A pesquisadora esteve envolvida durante todo o processo, buscando associar teoria e prática na construção do conhecimento. A busca na literatura destacou a relevância do tema, explicitando a importância de haver um referencial teórico para dar sustentação para a implantação da SAE, com o intuito de alicerçar a prática assistencial.

Os resultados deste estudo revelam a magnitude no cuidado prestado pela equipe de enfermagem que demonstrou conhecimento acerca de suas fragilidades, experiência no cuidado aos usuários, preocupação com o aprimoramento da prática e com a qualidade da assistência e a segurança do paciente e equipe.

O produto final desta dissertação, ou seja, a filosofia, o marco teórico e conceitual da enfermagem foi encaminhado para a Gerência de Enfermagem da instituição, a fim de verificar a possibilidade de ser disponibilizado no *site* institucional. Espera-se que a divulgação virtual possa auxiliar profissionais de outras instituições e servir como base para o desenvolvimento de novos estudos relacionados ao tema.

Esta investigação possui relevância para a profissão e para a sociedade, pois está relacionada à produção de conhecimento científico. Também possibilitará maior autonomia ao enfermeiro na atuação de sua profissão e propiciará melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, minimizando riscos à saúde e conseqüentemente garantindo maior segurança e conforto ao usuário.

Destaca-se que houve colaboração da Gerência de Enfermagem, que esteve articulada e participando da proposta, o que indica forte possibilidade de efetiva adoção da filosofia e do marco conceitual de enfermagem construído, e da teoria de enfermagem escolhida, contribuindo para a implantação da SAE. Ressalta-se que a partir deste

estudo houve a definição, por parte da Gerência de Enfermagem, de uma unidade piloto que irá iniciar a implantação do Processo de Enfermagem (PE), atendendo, desta forma, inclusive às prerrogativas legais colocadas pelo Conselho Federal de Enfermagem que obriga a utilização da SAE e PE em todas as instituições de saúde.

Este trabalho foi construído coletivamente pensando na implantação da SAE, que contempla vários aspectos, como a implantação do método de assistência, a definição de recursos humanos e materiais, entre outros. Neste momento, a Gerência de Enfermagem utilizará o que foi construído para dar sustentação ao método de assistência, ou seja, a implantação do PE, que é uma das etapas da SAE.

Faz-se necessária uma revisão do produto final para que tenha um melhor ajuste em relação a alguns conceitos, já que este produto acaba refletindo o cotidiano dos participantes do estudo. Sendo assim, alguns aspectos importantes ficaram subtendidos, sendo necessário o aprofundamento da discussão sobre o ser humano e seus aspectos biopsicoespirituais, sociais e culturais.

Também se sabe que a filosofia e o marco conceitual da enfermagem não são estanques e que necessitam de revisão periódica para que possam permanentemente refletir o contexto da instituição.

Como sugestão deste trabalho, recomenda-se que o grupo que fez parte desta construção continue se reunindo e discutindo acerca da filosofia e do marco conceitual, e que participem junto com a Gerência de Enfermagem da implantação do PE e da SAE, contribuindo em todas as etapas, principalmente garantindo que a implantação do PE não fique restrito a uma unidade piloto.

Este trabalho não acaba com a finalização da dissertação, pois é um processo que precisa ser mantido em construção para garantir uma assistência de qualidade e segura para usuários, família e trabalhadores desta instituição. Este trabalho também deixa espaço aberto para que outros enfermeiros deem continuidade com novos projetos acadêmicos.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. O.; et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 203-207, abr. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 set 2014.

AIKEN, L.; et al. **Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care**: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012;344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717 (Published 20 March).

ALCÂNTARA, M. R.; et al. **Teorias de enfermagem**: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. Cie. Fac. Edu. Mei. Amb.*, v. 2 n. 2, p. 115-132, mai-out, 2011. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/issue/view/10/showToc>>. Acesso em: 01 mai 2014.

ALMEIDA, A. C. G.; et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta Paul. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2012 [citado 2014 Mai 16]; v. 25, n. 3. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>>. Acesso em: 16 mai 2014.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 25 mai 2013.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: NASTASIOU, L.G.C; ALVES, L.P. (Org.) **Processos de ensinagem na universidade**. Joinville: 2004.

ARGENTA, M. I. **Congruência entre o ensino da sistematização da assistência de enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro**. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2011.

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 864-867, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun 2014.

BELLAGUARDA, M. L. R. **Nexos e circunstâncias na história do conselho regional de enfermagem em Santa Catarina (1975 - 1986)**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L.V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto e Contexto Enfermagem**, 2006, Out-Set; 15 (4): 617-28.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 27 jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/12**: contendo as 134 Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 10 ago 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

CALAZANS, R.; NEVES, T. I. Pesquisa em psicanálise: da qualificação desqualificante à subversão. **Ágora Rio J.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan 2014.

CARMAGNANI, M. I. S. Trabalho em Equipe. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza (org). **Gestão em enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yedis Editora, 2011. 492p.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Compreensão do processo de enfermagem**: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CARRETTA, M. B.; BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, Oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan 2014.

CARRIJO, A. R. **Ensino de História da Enfermagem**: formação inicial e identidade profissional. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

CAVALCANTE, R. B.; et al. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **R. Enfermagem**, UFSM [periódico na *Internet*], 2011. Set/Dez [citado 2013 Jun 16]; 1 (3): 461-471. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2832/2396>>. Acesso em: 16 jun 2013

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2000.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 358/2009. In: **Portal do COFEN**. 2009. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/>. Acesso em: 10 jan 2013.

COREN. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Consolidação da Legislação e Ética Profissional**. Série Cadernos Enfermagem. v. 1. Florianópolis: Quórum Comunicação, 2013.

COSTA, E. **Hospital Colônia Sant’Ana**: O saber poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981). 2010. 220p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CROSSETTI, M. G. O. Sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**, v. 43, p. 35-49, 2008.

CRUZ, D. A. L. M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R. R. et al. **Diagnósticos de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 25-37.

CRUZ, A. M. P.; ALMEIDA, M. A. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun 2013.

CUNHA, I. Filosofia e política institucional e promoção da gestão do cuidado. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza (org). **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yedis Editora, 2011. 492p.

DEL'ANGELO, N.; et al. Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. **Rev. Bras. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2010 [citado 2013 Jun 16]; v. 63, n. 5, p. 755-761. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000500010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 jun 2013.

FAWCETT, J. **Analysis and avaluation of conceptual models of nursing**. 3. ed. Philadelphia: F. A. Davis, 1995.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan 2014.

_____.; et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan 2014.

FERREIRA, I. P. **Estratégia coletiva de enfermeiras para reimplantação do processo de enfermagem: uma pesquisa convergente-assistencial**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de

Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FIGUEIREDO, R. M.; et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP [online], 2006, v. 40, n. 2, p. 299-303. ISSN 0080-6234.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, A. S.; et al. **Enfermagem em Emergência**. São Paulo: Elsevier, 2011.

GARCIA, T. R. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev. Bras. Enfermagem** [online], 2004, v. 57, n. 2, p. 228-232. ISSN 0034-7167.

_____.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009a.

_____.; _____. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 22, n. spe, p. 875-879, 2009b. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jan 2015.

GEORGE, J. B.; et al. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos para à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

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

HRSJ. Hospital Regional de São José. **Site institucional**. Disponível em:
<http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3353&Itemid=522>. Acesso em: 15 mar 2013.

JUNGES, J. R.; et al. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. **Interface (Botucatu)**

[periódico na *Internet*], 2011, Set [citado 2014 Mai 16]; v. 15, n. 38. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300011>>. Acesso em: 16 mai 2014

KANE, R. L.; et al. **Nursing Staffing and Quality of Patient Care**. Evidence Report/Technology Assessment, n. 151. AHRQ Publication n. 07-E005, march, 2007.

KLETEMBERG, D. F.; et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov 2013.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC; Papa-livros, 1999.

_____.; et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

_____. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasof, 2006.

LIMA, A. F.; KURCGANT, P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, v. 40, n. 1, p. 111-6, Mar 2006. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16719136>>. Acesso em: 13 abr 2013.

MAGALHAES, M. G. M.; ALVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400646&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan 2014.

MALUCELLI, A.; et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr 2013.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a Enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELEIS, A. I. **Nursing theory**: an elusive mirage or a mirror of reality. In: _____. Theoretical nursing development & progress. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1985, p. 169-194. (Tradução livre, para uso didático feita por: Dra. Eloita Pereira Neves, UFSC, 1985).

_____. **Our pioneers**: the theorists and the theories. In: Theoretical: development and progress. 4. ed. Philadelphia: Lippincott/ Williams / Wilkins, 2007, p. 275-452.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto - Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2013, Dez [citado 2014 Jan 07]; v. 22, n. 4. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>>. Acesso em: 07 jan 2014.

MPENF. Universidade Federal de Santa Catarina. **Instrução Normativa 03 de 12 de setembro de 2011**. Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, MPENF, 2011.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação – 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NASCIMENTO, K. C.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 42, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun 2013.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-229, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai 2015.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Enfermagem, 2008/2009.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2010, Abr [citado 2014 Jan 29]; 23(2): 212-217. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200010>>. Acesso em: 29 jan 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1**. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en>>. Acesso em: 01 jun 2013.

PAIM, L.; et al. **Conceitos e visões teóricas**. Florianópolis: REPENSUL/ESPENSUL, 1998. (Série curso de especializações em projetos em enfermagem; momento 3).

PEREIRA, J. S.; et al. Saberes de enfermeiros acerca do processo de enfermagem à luz do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundamental** [periódico na *Internet*], 2012, Abr/Jun [citado 2014 Jan 07]; 4(2):2437-47. Disponível em: <<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/11717>>. Acesso em: 07 jan 2014.

PERSEGONA, K. R.; ZAGONEL, I. P. S. O cuidado do enfermeiro à criança com dor pós-operatória: construção de um marco conceitual à luz de Paterson e Zderad. **Cogitare Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2006, Mai/Ago [citado 2014 Jan 07]; 11(2):166-70. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/6862/-4874>>. Acesso em: 07 jan 2014.

PESUT, D. J.; HERMAN, J. A. **Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking**. Albany (NY): Delmar, 1999.

PIRES, S. M. B. **Sistematização do cuidado em enfermagem**: uma análise da implementação. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver nos trabalhadores de nível médio. **Rev. Trab. Educ. Saúde**. 2004; 2 (2): 311–25.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.

RAWNSLEY, M. M. Ontology, epistemology and methodology: a clarificacion. **Nursing Science Quarterly**, v. 11, n. 1, p. 2-4, 1998.

SALSBERRY, P. J. A philosophy of nursing: what is it? What is it not? In: KIKUCM, J. F.; SIMMONS, H. (Ed.). **Developing a philosophy of nursing**. Thousand vaks: Sage Publications, 1994, p. 11-19.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. L. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2011, Dez [citado 2014 Mai 16]; v. 32, n. 4. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>>. Acesso em: 16 mai 2014.

SAUPE, R.; ALVES, E. D. Contribuição à construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 60-67, abril 2000.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. Rev. E atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

SMELTZER, S.C. et al. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Volume 1. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

SÓRIA, L. M. **Informativo do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes**. Jornal Oi São José. Jun. 2011.

Disponível em:

<http://www.oisaojose.com.br/site/index.php?ed=181&pag=show_edito

rial&editorial_atual=10&total=2&materia=1873>. Acesso em: 12 jan 2013.

SOUZA M. F. **Modelos teóricos e teorias de enfermagem:**

contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem no Brasil. In: Garcia TR, Pagliuca LMF. A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos. Fortaleza (CE): RENE; 1998.

SOUZA, C. A.; et al. O ensino da sistematização da assistência de Enfermagem na visão do docente. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 118, n. 10, p. 141-146, mar, 2008.

STAMM, M. A importância de uma filosofia para a enfermagem. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 2, n. 1, p. 45-50, jan./jun. 2003.

SUCCI, R. C. M.; et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2008 [citado 2014 dez 29] vol.16, n.6, p. 986-992. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600008>>. Acesso em: 29 dez 2014.

TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 135-143, ago. 1987.

_____.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2. V. Florianópolis: Insular, 2004.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enfermagem** [periódico na *Internet*], 2011, Feb [citado 2014 Jan 07]; v. 64, n. 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>>. Acesso em: 07 jan 2014.

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

ZAGOMEL, I. P. S. **A escolha da teoria**. Curitiba, 2006. (Slide nº15). Disponível em: <<http://posgraduacao.fpp.edu.br/?q=node/24>>. Acesso em: 10 jan 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a **FILOSOFIA E MARCO CONCEITUAL: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem**. Este documento contém informações sobre o estudo que será realizado. Sua colaboração nesta atividade é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Se você não concordar em participar ou quiser desistir a qualquer momento isso não causará nenhum prejuízo. Ressalto que a pesquisa não trará riscos físicos a você, em sua participação, mas se você não se sentir bem ou constrangido com alguma questão, me coloco a disposição para auxiliá-lo (a) na resolução do problema ocasionado. Se você decidir participar, basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a proposta. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com as responsáveis pela atividade.

Eu, _____
portador (a) da carteira de identidade, RG nº _____,
nascido (a) em ___/___/___, no pleno vigor de minhas faculdades
mentais, concordo de livre e espontânea vontade em participar como
voluntário(a), da atividade mencionada. Declaro que obtive todas as
informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos
quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo tem como objetivo geral: Construir coletivamente com os enfermeiros do Hospital Regional de São José uma proposta de filosofia e marco conceitual para sustentar a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.
2. A pesquisa a ser realizada é importante porque possibilitará aos enfermeiros (as) a oportunidade de participar da padronização dos cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar, contribuindo para uma assistência de enfermagem de qualidade e livre de riscos.
3. Para atuarem como participantes neste estudo serão convidados: todos os (as) enfermeiros (as) lotados no HRSJ.
4. A pesquisa será desenvolvida através de oficinas no HRSJ.
5. Se, no transcorrer do estudo, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a enfermeira pesquisadora mestranda Eudinéia Luz Schmitz responsável pelo estudo no telefone: (48)9958-9192 e *e-mail*: eudineia.luz.schmitz@ufsc.br e a orientadora Prof. Dra. Francine Lima Gelbcke no telefone: 3721-4164 e *e-mail*: fgelbcke@ccs.ufsc.br ou pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos pelo telefone: 3721-9206 e *e-mail*: cep.propesq@contato.ufsc.br.
6. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem-estar físico.
7. As informações obtidas neste estudo serão utilizadas somente para este estudo e serão mantidas em sigilo por cinco anos após serão destruídas. Em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.
8. Concordo e autorizo que sejam utilizados métodos alternativos para os procedimentos propostos, como por exemplo: gravador de voz e fotografias e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos.

Declaro, igualmente, que após o esclarecido e ter entendido, desejo voluntariamente em participar desta atividade e assino este presente documento em 2 vias.

São José, _____, de _____ de 2014.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura Mestranda Eudinéia Luz Schmitz

Assinatura Prof. Dra. Francine Lima Gelbcke

CONVITE

**Assembleia para Aprovação da Construção da Filosofia de Enfermagem
e Marco Conceitual do Serviço de Enfermagem do HRSJ**

Palestrante: Eudinéia Luz Schmitz

Data: 01/12/2014

Horário: 14:00 às 16:00

Público Alvo: Enfermeiros

Local: Auditório do Instituto de Cardiologia



CONVITE

Filosofia em enfermagem: construindo conceitos

Palestrante: Eudinéia Luz Schmitz

Data: 15/09/2014

Horário: 14:00 às 16:00

Público Alvo: Enfermeiros

Local: Auditório do Instituto de Cardiologia



CONVITE

CONSTRUINDO MARCO CONCEITUAL

PALESTRANTE: EUDINÉIA LUZ SCHMITZ

DATA: 30/09/2014

HORÁRIO: 14:00 ÀS 17:00

PÚBLICO ALVO: ENFERMEIROS

LOCAL: AUDITÓRIO DO AMHOR



CONVITE

Discutindo e Construindo Marco Conceitual

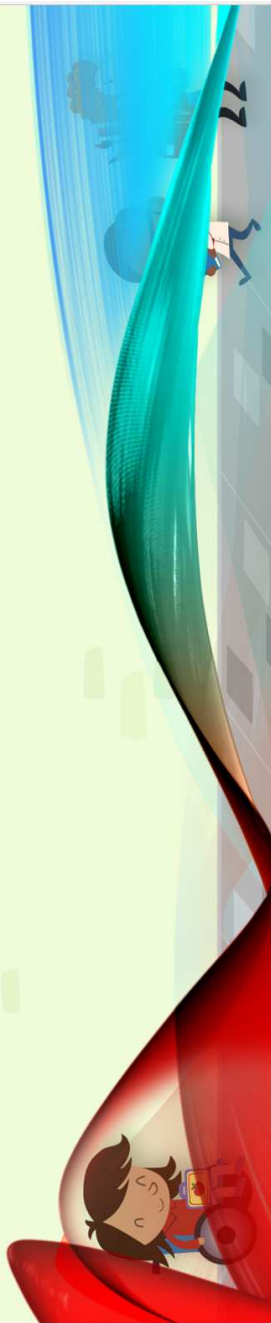
Palestrante: Eudinéia Luz Schmitz

Data: 10/10/2014

Horário: 14:00 às 16:30

Público Alvo: Enfermeiros

Local: Auditório do AMHOR



CONVITE

FILOSOFIA EM ENFERMAGEM: CONSTRUINDO CONCEITOS

PALESTRANTE: FRANCINE LIMA GELBOCKE
EUDINÉIA LUZ SCHMITZ

DATA: 05/08/2014

HORÁRIO: 14:00 ÀS 16:00

PÚBLICO ALVO: ENFERMEIROS

LOCAL: AUDITÓRIO DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA



CONVITE

DISCUTINDO AS TEORIAS DE ENFERMAGEM PARA A CONSTRUÇÃO DO MARCO CONCEITUAL DA ENFERMAGEM

Palestrante: Dulcinéia Ghizoni Schneider
Eudinéia Luz Schmitz

Data: 15/07/2014

Horário: 14:00 às 18:00

Público Alvo: Enfermeiros

Local: Auditório do Instituto de Cardiologia



APÊNDICE C – Certificado de Palestrante


ESTADO DE SANTA CATARINA,
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ HOMERO DE MIRANDA GOMES
SETOR DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICADO

O Setor de Educação Permanente em Saúde certifica que, **EUDINEIA LUZ SCHMITZ**, ministrou na **CONSTRUÇÃO DO MARCO CONCEITUAL E FILOSÓFICO DO HRSJHMG**, realizado no período de 15 de julho de 2014 a 13 de outubro de 2014, com carga horária de 28 horas.


LUCIANA GALVÃO PAES DA ROSA
 Gerência de Enfermagem/HRSJ7/SES


EUDINEIA LUZ SCHMITZ
 Promotora do Evento


DENISE MARIA MARTINS
 Setor de Educação Permanente em Saúde



São José, maio de 2015.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
ADP-01327

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ HOMERO DE MIRANDA GOMES
SETOR DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

DISCUTINDO AS TEORIAS DE ENFERMAGEM PARA A CONSTRUÇÃO DO MARCO FILOSÓFICO E CONCEITUAL DO HRSJHMG
FILOSOFIA E ENFERMAGEM: CONSTRUINDO CONCEITOS
ESTUDO DIRIGIDO SOBRE A CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS FILOSÓFICOS
ABORDANDO OS CONCEITOS NECESSÁRIOS PARA A CONSTRUÇÃO DO MARCO FILOSÓFICO E CONCEITUAL COMO:
SER HUMANO, AMBIENTE, ENFERMAGEM, CUIDADO DE ENFERMAGEM, SAÚDE
ESTUDO DIRIGIDO SOBRE AS TEORIAS DE ENFERMAGEM
ESCOLHA DA TEORIA DE ENFERMAGEM QUE SUSTENTE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) JUNTAMENTE COM O MARCO FILOSÓFICO E CONCEITUAL
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA SUSTENTAÇÃO TEÓRICA E CONSTRUÇÃO DO MARCO FILOSÓFICO E CONCEITUAL

CARGA HORÁRIA TOTAL:

28 HORAS

ANEXOS


ANEXO A – Autorização da Direção

DECLARAÇÃO**Ademar Neinkoetter Carpes**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição: *Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes*, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *Construção Coletiva do Marco Filosófico e Conceitual do Hospital Regional de São José*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

São José, 13/05/2014

ASSINATURA:

NOME: Ademar Neinkoetter Carpes**CARGO: Diretor Geral e Diretor Técnico**

Ademar Neinkoetter Carpes
Diretor Geral/SES
Mat.: 3.6812-02-3

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO
JOSÉ/ DR. HOMERO DE
MIRANDA GOMES - HRSJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção Coletiva do Marco Filosófico e Conceitual do Hospital Regional de São José

Pesquisador: Eudinéia Luz Schmitz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32729314.0.0000.0112

Instituição Proponente: Hospital Regional de São José

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 716.663

Data da Relatoria: 08/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA apresenta cinco fases ou procedimentos, que são: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e interpretação. Essas fases são inter-relacionadas, não acontecem de forma linear. O estudo tem por objetivo principal construir coletivamente com os enfermeiros do Hospital Regional de São José (HRSJ) uma proposta de marco filosófico e conceitual para sustentar a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Os sujeitos da pesquisa são os enfermeiros do HRSJ. Serão incluídos os que não estarão de férias ou licença prêmio/saúde/gestação, e com tempo de serviço na unidade superior a seis meses de atuação. Como metodologia da coleta de dados serão realizadas quatro oficinas onde serão estimuladas discussões e a criação do Marco Conceitual da instituição que servirá de base para implantação da Sistematização da Assistência. Serão adotadas as etapas propostas por Morse e Field: a) processo de apreensão: iniciará com a coleta de informações provenientes dos Grupos Focais; b) processo de síntese: se constituirá da organização das informações obtidas nas oficinas, analisando as associações, variações de informações e síntese; c) processo de teorização: nesta fase será realizada a construção da filosofia e marco conceitual, o que acontecerá nas discussões em grupo/oficinas, aproximando as informações coletadas com o marco conceitual; d)

Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva s/n°

Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901

UF: SC **Município:** SAO JOSE

Telefone: (48)3271-9066 **Fax:** (48)3271-9018 **E-mail:** cep.hrsjmg@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO
 JOSÉ/ DR. HOMERO DE
 MIRANDA GOMES - HRSJ



Continuação do Parecer: 716.863

a transferência dos resultados não é a de generalizações e sim de socialização e se constituirá de um momento de apresentação ao grupo do trabalho desenvolvido. As oficinas serão gravadas e posteriormente transcritas. A coleta de dados será de agosto a dezembro de 2014.

Objetivo da Pesquisa:

Construir coletivamente com os enfermeiros do Hospital Regional de São José uma proposta de marco filosófico e conceitual para sustentar a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Como a coleta de dados será feita em grupo, poderá ocorrer constrangimento dos participantes.

Benefícios: Servirá de subsídio para a operacionalização e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante pois vai estimular os enfermeiros a discutirem o Marco Conceitual para posteriormente ser implantada a Sistematização de Assistência que é uma tecnologia de cuidado exigida por lei, que dá visibilidade para a profissão e melhora a qualidade do cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatórios estão descritos satisfazendo todas as exigências do CEP. No entanto, no Detalhamento do Estudo no item Outras Informações, quando pergunta se há dispensa do TCLE está informado que "SIM".

Recomendações:

Recomendamos que a afirmação feita na introdução seja revista na parte que menciona "Outro fato observado é que raramente o enfermeiro do HRSJ realiza registro nos prontuários, sendo mais comum o registro feito pelos servidores de nível médio". Acreditamos que o pesquisador não conhece o trabalho de todos os enfermeiros de todas as unidades do hospital.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nas considerações éticas menciona que o "projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)" e que "a coleta de dados somente terá início após a aprovação do projeto no Comitê de Ética da UFSC". Não há menção que

Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva s/n°
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9068 **Fax:** (48)3271-9018 **E-mail:** cep.hrsjhmg@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO
JOSÉ/ DR. HOMERO DE
MIRANDA GOMES - HRSJ



Continuação do Parecer: 716.653

o projeto seria colocado para submissão no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional, sugerimos que seja feita correção.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO JOSE, 14 de Julho de 2014

Assinado por:

**Renata Helena Ribeiro Fernandes
(Coordenador)**

Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva s/n°

Bairro: Praia Comprida

CEP: 88.103-901

UF: SC

Município: SAO JOSE

Telefone: (48)3271-9066

Fax: (48)3271-9018

E-mail: cep.hrsjhm@gmail.com