

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

SILVANA ALVES BENEDET OFUGI RODRIGUES

**PROCESSO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE
SÃO THIAGO: UM MARCO NO DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM
(1979-2004)**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

SILVANA ALVES BENEDET OFUGI RODRIGUES

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO:
UM MARCO NO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DA
ENFERMAGEM
(1979-2004)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: História da Educação e do trabalho em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Dra.

**FLORIANÓPOLIS
2016**

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

Rodrigues, Silvana

Processo de Enfermagem do Hospital Universitário
Professor Polydoro Ernani de São Thiago : um marco no
desenvolvimento profissional da Enfermagem (1979-2004) /
Silvana Rodrigues ; orientadora, Maria Itayra Padilha -
Florianópolis, SC, 2016.
292 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, . Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. História da Enfermagem.
4. Prática Profissional. 5. Sociologia. I. Padilha, Maria
Itayra . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Silvana Alves Benedet Ofugi Rodrigues

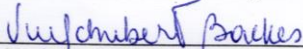
**PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO
THIAGO: UM MARCO NO DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM (1979-2004)**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 30/06/2016, atendendo às normas da legislação vigente
da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação
em Enfermagem, Área de Concentração: **História da Educação e**

Trabalho em Saúde e Enfermagem

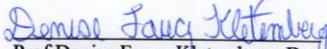


Prof. Vânia Marli Schubert Backes, Dra.
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:



Prof. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Dra.
Presidente



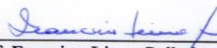
Prof. Denise Faucz Kletemberg, Dra.
Membro



Prof. Eliane Matos, Dra.
Membro



Prof. Marite Inez Argenta, Dra.
Membro



Prof. Francine Lima Gelbeke, Dra.
Membro



Dra. Maria Ligia dos Reis Bellaguarda
Membro

DEDICATÓRIA

Aos profissionais de enfermagem os quais tive oportunidade de conviver ao longo de minha vida profissional, pois foram a minha principal fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este estudo quero agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a compô-lo. Cada palavra, cada frase representa o que sou hoje e que certamente está determinado pelas relações interpessoais que estabeleci durante toda a minha existência.

Aos enfermeiros e enfermeiras que concordaram em dispor de seu tempo para ceder as entrevistas que compuseram o *corpus* deste estudo.

À minha orientadora Maria Itayra de Souza Padilha por acreditar em meu potencial, pela compreensão e respeito às minhas dúvidas e minhas conclusões precipitadas.

À Banca examinadora deste estudo pela contribuição com sua expertise.

Aos colegas do Curso de Doutorado, pela convivência que me possibilitou reflexões e discussões importantes, além de momentos de muito prazer e descontração.

Aos amigos do GEHCES pelo estímulo e incentivo.

Aos colegas do ambulatório de Tocoginecologia e do Hospital Universitário, pela oportunidade de aprendizado e crescimento profissional. Especialmente aos profissionais de enfermagem, pela compreensão e paciência.

Às enfermeiras Ilza S. de Brito e Licia Shiroma gestoras do ambulatório, pelo apoio.

À Ana Lúcia Silva de Souza (Aninha) e Silvana Pereira pela incansável compreensão e disponibilidade para ouvir minhas reflexões e inquietações, obrigada pelo apoio incondicional.

À Nadia Salum pela colaboração na testagem do instrumento de coleta de dados, além da escuta mais do que qualificada de minhas inquietações.

À Adnairdes Cabral de Sena por ter possibilitado a gravação das entrevistas.

A todos os meus amigos e amigas pelos momentos de descontração, que me possibilitaram o necessário *ócio criativo*.

Aos meus pais exemplo de tenacidade, pelo apoio incondicional.

A toda a minha família, os Benedet e os Ofugi Rodrigues, pelo incentivo e disponibilidade incondicionais. Em especial minha cunhada/irmã Letícia Leite Benedet por estar sempre disponível e

pelos *cupcakes* que certamente fizeram história junto aos colegas do doutorado.

À Carlos Daniel Ofugi Rodrigues, meu companheiro de jornada, por estar sempre ao meu lado, mesmo longe fisicamente, pela tranquilidade e escuta atenta.

À Beatriz e Isabella, amores da minha vida, presentes que ganhei para trilhar esta jornada com mais alegria e leveza.

Aos meus mentores espirituais, por acreditarem em mim, por estarem sempre presentes, por me guiarem e se fazerem ouvir através da intuição.

À Deus, força criadora do universo, por tudo!

RODRIGUES, Silvana Alves Benedet Ofugi. **Processo de enfermagem do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago**: um marco no desenvolvimento profissional da enfermagem (1979-2004). Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 292p.

Orientadora: Professora Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

RESUMO

Esta tese teve como objetivo compreender como a implantação e implementação do Processo de Enfermagem contribuíram para o desenvolvimento profissional da enfermagem do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 1979 a 2004. Pesquisa qualitativa, de natureza sócio-histórica, que utilizou como método a História Oral Temática e a Pesquisa Documental. Foram entrevistados 14 enfermeiros entre docentes e enfermeiros assistenciais que vivenciaram a construção, implantação e/ou implementação do Processo de Enfermagem do Hospital. As informações foram analisadas mediante a técnica de Análise do Conteúdo, utilizando como referencial teórico a sociologia das profissões sob o enfoque de Eliot Freidson. O estudo seguiu os preceitos éticos em todas as etapas. Os resultados estão apresentados em forma de três manuscritos. Manuscrito 1: Vencendo os desafios na implementação do Processo de Enfermagem: uma lição a ser aprendida (1979-2004), que teve como objetivo analisar o desenvolvimento do Processo de Enfermagem de um hospital de ensino do Sul do País, no período de 1979 a 2004. Os resultados indicam que a implementação do Processo de Enfermagem foi marcada por adaptações em resposta às mudanças na complexidade da assistência, pelo treinamento intensivo e acompanhamento na sua execução, pelas auditorias e pelo vanguardismo na implantação da consulta de enfermagem. Manuscrito 2: O profissionalismo exemplar na implementação do Processo de Enfermagem (1979 - 2004) com o objetivo de analisar a contribuição da implantação e implementação do Processo de Enfermagem para o desenvolvimento da profissão, no período 1979 a 2004. Os resultados apontaram que na implantação e implementação do Processo de Enfermagem os enfermeiros enfrentaram desafios, mas que a participação política dos docentes do

Departamento de Enfermagem foi fundamental para o seu êxito. Manuscrito 3: Características essenciais de uma profissão: uma análise a partir do Processo de Enfermagem de um hospital de Ensino do Sul do País teve o objetivo de analisar o conhecimento e expertise, a autonomia e o *status* profissional nos modos de exercer a enfermagem a partir da implementação do Processo de Enfermagem, no período 1979 a 2004. O conhecimento e expertise foram apontados como as principais contribuições da implementação do Processo de Enfermagem. O *status* profissional emergiu como reconhecimento da competência técnica e científica do enfermeiro pela equipe de saúde e usuários. A autonomia expressou-se como poder decidir sobre sua conduta e atrelada ao conhecimento, compromisso e identidade profissional. Conclui-se que a implantação e a implementação do Processo de Enfermagem contribuíram para o avanço da enfermagem catarinense em termos de reconhecimento e profissionalização, na medida em que se configurou como um modo de exercer a profissão pautado no conhecimento e expertise com autonomia, possibilitando o alcance do *status* profissional. Assim, confirma-se e sustenta-se a tese de que a implantação e a implementação do Processo de Enfermagem no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina contribuiu para o desenvolvimento profissional da categoria em termos de autonomia, *status* profissional, conhecimento e expertise na área.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem. Enfermagem. História da Enfermagem. Sociologia. Prática profissional.

RODRIGUES, Silvana Alves Benedet Ofugi. **Nursing process of University Hospital, Professor Polydoro Ernani de São Thiago: a milestone in nursing professional development (1979-2004)**. Thesis (doctorate in nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 292p.

Advisor: Professor Dr. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

ABSTRACT

This thesis aimed to understand how deploying and implementing the nursing process contributed to nursing professional development in the University Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago of the Federal University of Santa Catarina, in the period from 1979 to 2004. Qualitative study, with socio-historical nature, that used as a method the Thematic Oral History and Documentary Research. Fourteen nurses and among assistance teacher nurses that have experienced the Nursing Process construction, deployment, and/or implementation in the Hospital were interviewed. The data were analyzed through the Content Analysis technique, using as theoretical referential the sociology of the professions under Eliot Freidson approach. The study followed the ethical precepts at every step. The results are submitted in the form of three manuscripts. Manuscript 1: Overcoming the challenges implementing the Nursing Process: a lesson to be learned (1979-2004), that aimed to analyze the Nursing Process development in a teaching hospital in Southern Brazil, in the period from 1979 to 2004. Results indicate that implementing the Nursing Process was marked by adjustments in response to changes in care complexity, by intensive training and follow-up in their implementation, by audits and vanguardism in deploying nursing consultation. Manuscript 2: The exemplary professionalism implementing the Nursing Process (1979 - 2004) in order to analyze the contribution of deploying and implementing the Nursing Process for developing the profession, in the period from 1979-2004. The results showed that deploying and implementing the Nursing Process, the nurses faced challenges, but that the Nursing Department teaching staff political participation was instrumental to its success. Manuscript 3: Essential characteristics of a profession: an analysis on a Nursing Process of a Teaching Hospital in Southern Brazil aimed to analyze the knowledge and expertise, autonomy and professional status in the ways of practicing nursing from the Nursing Process implementation, in the period from 1979 to 2004. Knowledge and expertise were

appointed as the main contributions for implementing the Nursing Process. Professional status emerged as recognition by the healthcare team and users relative to the nurse's technical and scientific competence. Autonomy has been expressed as being able to decide on their conduct and tied to knowledge, commitment, and professional identity. It is concluded that deploying and implementing the Nursing Process contributed to advancing the nursing in Santa Catarina in terms of recognition and professionalization, in so far as it is configured as a way of exercising the profession based on knowledge and expertise with autonomy, allowing for achieving the professional status. Thus, the thesis that deploying and implementing the Nursing Process, Polydoro in the University Hospital Polydoro Ernani de São Thiago of the Federal University of Santa Catarina contributed to the category's professional development in terms of autonomy, professional status, knowledge, and expertise in the area.

Keywords: Nursing Processes. Nursing. Nursing History. Sociology. Professional Practice.

RODRIGUES, Silvana Alves Benedet Ofugi. **Proceso de enfermería en el Hospital Universitario - Profesor Polydoro Ernani de São Thiago**: un hito en el desarrollo profesional de enfermería (1979-2004). Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgraduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 292p.

Orientadora: Profesora Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

RESUMEN

Esta tesis tuvo como objetivo comprender cómo la implementación y puesta en marcha del Proceso de Enfermería contribuyeron para el desarrollo profesional de enfermería del Hospital Universitario Profesor Polydoro Ernani de São Thiago, de la Universidad Federal de Santa Catarina, en el período de 1979 a 2004. Se trata de una investigación cualitativa, de naturaleza socio-histórica, que utilizó como método la Historia Oral Temática y la investigación documental. Se entrevistaron a 14 enfermeros, entre docentes y enfermeros asistentes, que vivenciaron la construcción, implementación y/o puesta en marcha del Proceso de Enfermería del hospital. Se analizaron las informaciones mediante la técnica de Análisis de Contenido, utilizando como referencial teórico la sociología de las profesiones, bajo el enfoque de Eliot Freidson. El estudio se realizó conforme los preceptos éticos en todas las etapas. Los resultados son presentados en forma de tres manuscritos. Manuscrito 1: Superando desafíos en la implementación del Proceso de Enfermería: un vínculo que puede aprenderse (1979-2004), que tuvo como objetivo analizar el desarrollo del Proceso de Enfermería de un hospital de enseñanza del sur del país, en el período de 1979 a 2004. Los resultados indicaron que la implementación del Proceso de Enfermería se caracterizó por adaptaciones en respuesta a los cambios en la complejidad de la atención; por la capacitación intensiva y el seguimiento en su ejecución; por las auditorías y por el vanguardismo en la puesta en marcha de la consulta de enfermería. Manuscrito 2: El profesionalismo ejemplar en la implementación del Proceso de Enfermería (1979 - 2004), con el objetivo de analizar la contribución de la implantación e implementación del Proceso de Enfermería para el desarrollo de la profesión, en el período de 1979 a 2004. Los resultados señalaron que en la implantación e implementación del Proceso de Enfermería los enfermeros enfrentaron desafíos, pero que

la participación política de los docentes del Departamento de Enfermería fue fundamental para su éxito. Manuscrito 3: Características esenciales de una profesión: análisis a partir del Proceso de Enfermería de un hospital de enseñanza en el sur del país, tuvo el objetivo de analizar el conocimiento y la capacidad, la autonomía y el *status* profesional en los modos de ejercer la enfermería, a partir de la implementación del Proceso de Enfermería, en el período de 1979 a 2004. Se indicaron el conocimiento y la capacidad como las principales contribuciones de la implementación del Proceso de Enfermería. El *status* profesional emergió como reconocimiento de la competencia técnica y científica del enfermero por el equipo de salud y usuarios. La autonomía fue enunciada como parámetro, para poder decidir sobre su conducta, y vinculada al conocimiento, compromiso y a la identidad profesional. Se concluyó que la implantación e implementación del Proceso de Enfermería contribuyeron para el avance de la enfermería catarinense en términos de reconocimiento y profesionalización, en la medida en que se configuró como un modo de ejercer la profesión, guiado por el conocimiento y la capacidad con autonomía, posibilitando el alcance del *status* profesional. De esta forma, se confirma y se sostiene la tesis de que la implantación e implementación del Proceso de Enfermería en el Hospital Universitario Polydoro Ernani de São Thiago, de la Universidad Federal de Santa Catarina, contribuyó para el desarrollo profesional de la categoría, en términos de autonomía, *status* profesional, conocimiento y capacidad en el área.

Palabras-clave: procesos de enfermería; enfermería; historia de la enfermería; sociología; práctica profesional.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Seleção de textos utilizando os descritores Processos de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem.....	43
Quadro 2 Teses e dissertações da área da saúde com referencial teórico de Eliot Freidson	94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxo da seleção metodológica.....	42
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABEN- Associação Brasileira de Enfermagem
ABEN-SC - Associação Brasileira de Enfermagem Seção Santa Catarina
ACENDIO- Associação Europeia para os Diagnósticos, Intervenções e Resultados comuns de Enfermagem
AECID - Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CCC *Clinical Care Classification*
CIHUSC - Comissão de Implantação do Hospital Universitário de Santa Catarina
CNR - Conselho Nacional de Representantes
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
GCR - Guia do Raciocínio Clínico
GEHCES - Grupo de Estudos da História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde
HHCC - *Home Health Care Classification*
HU - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
ICF- *International Classification of Functioning*
ICN - *International Council of Nurses*
ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ISO - *International Organization for Standardization*
NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*
NIC - *Nursing Interventions Classification*
NMCN - Enfermagem em Obstetrícia do Conselho da Nigéria
NOC - *Nursing Outcomes Classification*
OMS - Organização Mundial de Saúde
PDCA - Plan Do Check and Act
PE - Processo de Enfermagem
PEN - Programa de Pós Graduação em Enfermagem
RCPR - *Recognizing Connecting Partnering and Reflecting*
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
VIDA - Visão Implementação Discernimento e Ajuste
VIPS - *Välbefinnande Integritetet Prevention Säkerhet*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVO GERAL	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
3 REVISÃO DA LITERATURA	37
3.1 O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CENÁRIO INTERNACIONAL	37
3.2 A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL.....	64
3.2.1 <i>OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA REALIDADE BRASILEIRA</i>	71
3.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM E O DESENVOLVIMENTO DA PROFISSÃO.....	76
4 REFERENCIAL TEORICO.....	85
4.1 ELIOT FREIDSON: UMA BREVE BIOGRAFIA	85
4.2 A SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES DE ELIOT FREIDSON	87
4.3 PROFISSÕES DA SAÚDE E ELIOT FREIDSON NO BRASIL: OS ESTUDOS E SUAS PERSPECTIVAS	93
5 METODOLOGIA	97
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	97
5.2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	98
5.3 AS FONTES DO ESTUDO	100
5.3.1 <i>FONTES ORAIS</i>	100
5.3.2 <i>FONTES DOCUMENTAIS</i>	113
5.4 CRÍTICA INTERNA E CRÍTICA EXTERNA	114
5.5 A COLETA DE DADOS	114
5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	118
5.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	120
6 RESULTADOS.....	123
6.1 VENCENDO OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA LIÇÃO A SER APRENDIDA (1979-2004)	123

6.2 O PROFISSIONALISMO EXEMPLAR NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (1979- 2004)	169
6.3 CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DE UMA PROFISSÃO: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO SUL DO PAÍS	213
7 CONCLUSÕES	253
REFERÊNCIAS	259
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIRAS DOCENTES	285
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS.....	287
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	289
APÊNDICE D - TERMO DE CESSÃO DO DEPOIMENTO ORAL	292

1 INTRODUÇÃO

Meu interesse pela pesquisa histórica teve início em 2002 quando então docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), fui convidada a lecionar a disciplina “Fundamentos Históricos da Enfermagem”. A partir deste desafio, já que meus conhecimentos sobre o assunto se limitavam ao que havia aprendido na graduação, comecei a estudar e me aprofundar sobre a história da enfermagem.

Minha preocupação, enquanto docente era a de despertar nos alunos o interesse por conhecer as bases da profissão, levando-os a compreender a relação entre a história da enfermagem do passado e o presente, visto que o conhecimento desta história desvela o contexto vivido e fornece os significados para a cultura da profissão (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Nesta mesma época, defendi minha dissertação de mestrado¹ que teve como tema o Processo de Enfermagem, mais especificamente o Diagnóstico de Enfermagem (BENEDET, 2002). Tema, aliás, estudado por mim desde 1996 quando realizei o trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva, o qual forneceu subsídios para a construção de um manual sobre Diagnóstico de Enfermagem (BENEDET; BUB, 1998) publicado em 1998² a primeira edição e, em 2001³ a segunda edição, juntamente com minha orientadora na época, professora Dra. Maria Bettina Camargo Bub (BENEDET; BUB, 2001).

No primeiro semestre de 2012 cursei como aluna especial a disciplina História em Educação, Saúde e Enfermagem, o que suscitou novamente o interesse em voltar a estudar este tema. Neste sentido, comecei a participar do Grupo de Estudos da História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GEHCES), entrando em

¹BENEDET, S.A. Cliente cirúrgico; ampliando sua compreensão. 2002. 147p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

²BENEDET, S. A; BUB, M. B. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 1 ed. Florianópolis: Bernúncia. 1998.

³_____. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2 ed. Florianópolis: Bernúncia. 2001.

contato com estudos e, principalmente, com pessoas estudiosas sobre a História da Enfermagem.

Agora, pretendo aliar essas duas áreas de interesse através do desenvolvimento desta tese, refletindo como a implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mais especificamente do Processo de Enfermagem (PE), contribuiu para o desenvolvimento profissional da enfermagem do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), mediante a narrativa histórica da sua implantação e implementação.

A nomenclatura tal como é conhecida e divulgada hoje, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) passou por várias denominações ao longo do tempo. De acordo com Silva et al.(2011), dependendo do contexto inserido, finalidade e área a que se destina, a SAE é designada por outras terminologias, como: Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir, Consulta de Enfermagem. A relevância está em compreender que todas assinalam a aplicação de um método científico para o planejamento das ações de enfermagem (HORTA, 1979; CROSSETI, 1997; SANTOS; RAMOS, 1998; MANZINI; SIMONETTI, 2009; DURAN; TOLEDO, 2011; FAVERO; WALL; LACERDA, 2013).

Originalmente regida pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 272/2002 e atualmente pela Resolução Cofen nº 358/2009, a SAE “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem” (BRASIL, 2009, s/p). Por sua vez Processo de Enfermagem é definido pela Resolução Cofen nº 358/2009 como “um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação da prática profissional” (BRASIL, 2009, s/p).

Seguindo esta definição, o objeto deste estudo é a implantação e implementação do Processo de Enfermagem utilizado pelos enfermeiros do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago começou a ser construído na década de 1960 e foi inaugurado em dois de maio de 1980. Iniciou seu atendimento com a abertura de leitos de pediatria e clínica médica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica

I e a Unidade de Terapia Intensiva e, em 1995 a Maternidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2016).

Desde o início de seu funcionamento, os professores do Departamento de Enfermagem da UFSC juntamente com o Grupo de Enfermeiras do HU-UFSC, na sua maioria tituladas pela própria UFSC teve a preocupação de elaborar uma metodologia para guiar as ações de enfermagem.

Estávamos no início da década de 1980, momento em que a Enfermagem Brasileira e conseqüentemente o Departamento de Enfermagem vivenciavam uma verdadeira avalanche de estudos sobre Processo de Enfermagem. Acabava de ser publicado o livro de Wanda de Aguiar Horta, no qual ela divulgava sua teoria de enfermagem com seu respectivo processo (HORTA, 1979).

Foi nesta atmosfera favorável à implantação do Processo de Enfermagem que teve início o trabalho da enfermagem em um HU recém-inaugurado, com profissionais empolgadas e sedentas por novidades, incitadas em fazer uma enfermagem cujas ações estivessem pautadas em princípios científicos advindos principalmente, de uma Teoria de Enfermagem.

Meleis (2012) ao definir teoria de enfermagem a caracteriza como uma ação sistematizada, coerente e organizada de afirmações relativas a perguntas significativas de uma disciplina, tendo como objetivo descrever os fenômenos, explicar as relações entre eles e prescrever os cuidados de enfermagem.

Neste sentido, as teorias de enfermagem respaldam a prática profissional e apontam a ação do cuidado realizada em resposta a uma necessidade do ser humano enquanto indivíduo e também da coletividade. Essa prática profissional pode ser vista como prática social, na medida em que revela o objeto do seu fazer, possibilitando a aplicação do seu saber e modificando a realidade (PORTO et al., 2013).

Assim, a enfermagem do HU começou suas atividades, guiada por uma Teoria de Enfermagem e seu modelo de processo: a Teoria de Wanda Horta. O modelo de Horta, de acordo com Silva et al. (2011), ainda hoje é o mais conhecido e seguido para a implantação do Processo de Enfermagem no Brasil, embora sua aplicação, desde então, venha sofrendo modificações que frequentemente descaracterizam a sua utilização.

Este fato contribuiu não somente para a construção de princípios de um cuidado de enfermagem científico, integral, com mais qualidade, mas também para conferir aos enfermeiros do HU

autonomia, reconhecimento e respeito por parte dos usuários e dos demais profissionais. O uso do Processo de Enfermagem é um modo de exercer a profissão com autonomia, baseada nos conhecimentos técnico-científicos no qual a categoria vem se desenvolvendo nas últimas décadas (SILVA et al.,2011).

Torres et al.(2011) compreendem o Processo de Enfermagem como instrumento metodológico tanto para favorecer o cuidado quanto para organizar as condições para que este ocorra. Ela se constitui na forma como o enfermeiro⁴ vem buscando agregar cientificidade para organizar as ações de prestação do cuidado.

A utilização do Processo de Enfermagem possibilita também que o enfermeiro realize ações de supervisão, de avaliação e de gerenciamento dos cuidados prestados, bem como acompanhe os resultados das ações implementadas. Nesta perspectiva, o Processo de Enfermagem se configura como um dos principais instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro, que contribui para assegurar a qualidade do cuidado.

No entanto, não deve ser entendido como a totalidade da assistência de enfermagem, pois esta contempla uma ampla gama de instrumentos que inclui a comunicação, a interação e a articulação das dimensões assistencial e gerencial, dentre outros, pois isso se configura um discurso ideológico e reducionista, que restringe o processo gerencial somente a esse instrumento, o que não é verdade (TORRES et al., 2011).

O Processo de Enfermagem, constituinte da SAE, atualmente é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (BRASIL, 2009).

Estas etapas integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem, sendo caracterizado como intencional, sistematizado, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias. A utilização deste método de trabalho traz implicações para a profissão, para o cliente e para o profissional enfermeiro, definindo o alcance da prática e identificando padrões de cuidados de enfermagem. Além disso, garante o atendimento ao cliente com qualidade, ao mesmo tempo em que o estimula a

⁴ Neste estudo optamos por utilizar enfermeiro (s) quando se referir ao(s) profissional(is), sem definição de gênero e, enfermeira (s) quando se referir a profissionais enfermeiros do gênero feminino.

participar dos cuidados. Por fim, promove o aumento da satisfação e a intensificação do crescimento profissional (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Concordamos com Medeiros, Santos e Cabral (2012), cujo estudo realizado em um hospital de ensino brasileiro, revelou que os enfermeiros percebem o Processo de Enfermagem como uma ferramenta para aprofundar os conhecimentos, tanto formais quanto informais, trazendo mais autonomia a sua prática profissional. Ressaltam que a autonomia pressupõe conhecimentos técnico-científicos, de atividades legais e, primordialmente, do desenvolvimento de uma prática humanizada.

Backes et al.(2005) consideram que o Processo de Enfermagem emergiu para assegurar e garantir a autonomia profissional através da sistematização das ações de enfermagem, sendo um fenômeno amplo e complexo. Este aspecto, segundo os autores, pressupõe, além da interatividade e complementaridade dos profissionais da saúde, a circularidade entre a academia, as práticas de cuidado e os órgãos legisladores com base em referenciais mais flexíveis, criativos e dinâmicos.

Trabalho como enfermeira do HU/UFSC desde 1995, atuando em nível assistencial e de gestão. Ao longo destes anos, participei da organização de capacitações, movimentos de revisão e tentativas de reformulação do seu modelo de Processo de Enfermagem. Mais recentemente, participei de uma pesquisa organizada pela professora Francine Gelbcke⁵, que teve como um dos objetivos a reflexão sobre a sistematização realizada pela enfermagem do HU.

Ao longo desta trajetória percebo que apesar da importância atribuída à Sistematização da Assistência de Enfermagem, mais especificamente do Processo de Enfermagem pelos enfermeiros do Hospital, sua operacionalização e significado têm sido modificados ao longo do tempo, e isto tem produzido mudanças, principalmente na autonomia e *status* profissional conquistados pela enfermagem ao longo deste período.

Esta situação tem gerado preocupação em relação à continuidade da sua implementação, principalmente pelo corpo gerencial de enfermagem e também pelas enfermeiras que

⁵ GELBCKE, Francine et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma proposta participativa de reorganização. Projeto de Pesquisa: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2008.

participaram de sua construção na década de 1980 e que ainda atuam no HU/UFSC.

Constata-se pouca valorização do Processo de Enfermagem por parte das gerações mais novas de enfermeiros atuantes no HU/UFSC e acreditamos que isto pode estar sendo influenciado pelo pouco conhecimento sobre a história de sua implantação, tendo em vista que não existem trabalhos relatando esta história. Segundo Pava e Neves (2011), o conhecimento da história da enfermagem viabiliza e contribui para a formação de futuros enfermeiros, e desta forma, serve para a preservação da memória da Enfermagem Brasileira.

Carvalho (2007) afirma que o conhecimento da história lança um olhar atento de avaliação do que foi vivenciado, entendendo o presente e, mais que tudo, desenhando as possibilidades para o futuro.

Ademais o estudo da história da enfermagem pode ser um instrumento para a busca do reconhecimento e construção da autonomia, uma vez que possibilita o entendimento da atual conjuntura da profissão como resultado de uma realidade socialmente e culturalmente construída, portanto passível de mudanças no que se refere a aspectos negativos que se possa identificar (JESUS et al., 2010).

Neste sentido, ao relatar a história da implantação do Processo de Enfermagem do HU/UFSC pretendemos possibilitar a compreensão do seu presente, formando assim, novas percepções do presente e do futuro. Este aspecto poderá contribuir para o fortalecimento profissional da enfermagem do HU/UFSC, resgatando sua visibilidade social, além de tornar claras suas especificidades e tendências.

Para fundamentar a análise deste estudo utilizamos a sociologia das profissões, sob as lentes do referencial de Eliot Freidson. Este autor configura-se como um expoente da sociologia das profissões, tanto nos Estados Unidos da América quanto na Europa, dedicando sua vida acadêmica a análise sistemática das profissões.

Para Freidson (2009) profissão é um grupo de pessoas que desempenha um conjunto de atividades de onde obtém a maior parte de seu sustento. A distinção mais importante entre profissão e ocupação é a autonomia legitimada e organizada, o que consiste, entre outras coisas, no direito de controlar seu próprio trabalho, de determinar quem pode exercer e de que maneira as atividades podem ser realizadas.

Sob a ótica de Freidson (2001) o tipo ideal de profissionalização é composto pelos seguintes elementos: trabalho

especializado com base em um corpo de conhecimento específico; ética no uso de conhecimento e das competências; jurisdição própria e controle pela profissão, como, divisão do trabalho; criação de credenciais qualificadas; ensino; ideologia que garanta reconhecimento social de seu trabalho.

Diante desta perspectiva, consideramos que os pressupostos de Eliot Freidson sobre a profissão e o profissionalismo, contemplarão o interesse deste estudo, ou seja, a análise histórica da contribuição da implantação e implementação do Processo de Enfermagem do HU-UFSC para o desenvolvimento profissional da enfermagem catarinense e brasileira.

Neste sentido, a partir do que ele considera como ideal de profissão elegemos, para consubstanciar nossa análise, as seguintes características: autonomia, *status* profissional, conhecimento e expertise na área.

Ademais este estudo justifica-se também, pela inexistência de registros sobre a história da implantação e desenvolvimento do Processo de Enfermagem do HU/UFSC, uma das instituições de maior tradição na assistência, ensino e pesquisa da saúde no Sul do Brasil.

Nesta concepção, através deste estudo, pretendemos responder à seguinte questão norteadora:

Qual a contribuição da implantação e implementação do Processo de Enfermagem para o desenvolvimento profissional da enfermagem do HU/UFSC no período de 1979 a 2004?

O recorte histórico escolhido, de 1979 a 2004, justifica-se pela criação da Comissão de Implantação do Hospital Universitário de Santa Catarina - CIHUSC- designada pela Portaria n. 358/79 expedida pelo Reitor Caspar Erich Stemmer com representação institucional do Departamento de Enfermagem. Esta comissão marcou a inserção e a participação da enfermagem no planejamento e construção do HU-UFSC, inclusive a organização do serviço de enfermagem, o que incluiu a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem.

O marco histórico final refere-se ao ano do início da implantação da informatização do Processo de Enfermagem, impulsionado pela publicação da primeira Resolução do Cofen sobre SAE, a nº 272/2002, a qual determinou a implantação do diagnóstico de enfermagem nas instituições brasileiras, dando início à mobilização no HU-UFSC para a sua implantação na Instituição.

Apresentamos como tese:

A implantação e a implementação do Processo de Enfermagem no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 1979 a 2004 contribuiu para o desenvolvimento profissional da enfermagem em termos de conhecimento, expertise, autonomia e *status* profissional.

A importância deste estudo justifica-se ainda, pelo caráter de vanguardismo que a implantação do Processo de Enfermagem no HU-UFSC carrega em sua história, visto que poucos hospitais no Brasil haviam tido o mesmo feito, no período histórico estudado.

No periódico mais importante de divulgação científica da enfermagem da época, a Revista Brasileira de Enfermagem, no espaço compreendido entre a primeira publicação de Wanda Horta sobre anotações de enfermagem em 1967, até o ano de inauguração do HU/UFSC em 1980, foram publicados sete relatos de experiência sobre a sistematização dos registros de enfermagem em hospitais no Brasil, sendo que destes, somente um, em 1978, traz o relato de aplicação de etapas do Processo de Enfermagem.

Estes registros, dada sua importância histórica sobre a implantação do Processo de Enfermagem nos hospitais brasileiros, consideramos relevante aqui destacá-los: as experiências do Hospital Edgard Santos em Salvador na Bahia, sobre a implantação do Plano de Enfermagem em 1968 e, em 1971 as Anotações de Enfermagem; o Hospital de Clínicas do Paraná que implantou um formulário de História Clínica de Enfermagem e Planejamento de Cuidados de Enfermagem em 1971; o Hospital São Paulo que neste mesmo ano implantou um guia para elaboração de Diagnóstico de Enfermagem; a implantação da Consulta de Enfermagem ambulatorial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 1972; a aplicação da Prescrição de Enfermagem no Hospital Moderno na cidade de São Paulo, em 1974; em 1977 a implantação do uso do Kardex para registro de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese, em São Paulo e finalmente, o relato sobre a aplicação das etapas do Processo de Enfermagem que acontecia desde 1975, no Hospital Ana Nery em Salvador na Bahia (OLIVEIRA; RIGAUD, 1968; VIEIRA et al., 1971; RAMOS; BALIELO, 1971; BHERING et al., 1971; CIANCIARULLO; KOIZUME; FERNANDES, 1974; HELDT, 2012; MARIA et al.; 1977; LUCKES et al., 1978).

Diante disso, a implantação do Processo de Enfermagem do HU/UFSC configura-se como um dos acontecimentos mais importantes e inovadores para a Enfermagem Brasileira na época estudada. Esta implantação foi realizada sobre fundamentos científicos sólidos, os quais repercutem até a atualidade, contribuindo para o desenvolvimento da profissão.

Neste sentido, esta história, bem como suas personagens precisa ser visibilizada e revisitada, para que, assim compreendida, possa servir como referência para a (re) organização profissional da Enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como a implantação e a implementação do Processo de Enfermagem contribuíram para o desenvolvimento profissional da enfermagem do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 1979 a 2004.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Analisar o desenvolvimento do Processo de Enfermagem de um hospital de ensino do Sul do País, no período de 1979 a 2004.

2.2.2 Analisar a contribuição da implantação e implementação do Processo de Enfermagem do HU/UFSC para o desenvolvimento da profissão, no período 1979 a 2004.

2.2.3 Analisar o conhecimento, a expertise, a autonomia e o *status* profissional nos modos de exercer a enfermagem a partir da implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC no período 1979 a 2004.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A sustentação teórica é fundamental para a construção de um estudo significativo, proporcionando os conhecimentos prévios para a compreensão do conhecimento atual e também esclarecendo a importância do estudo proposto (BECK; HUNGLER; POLIT; 2010).

Neste sentido, mediante esta revisão de literatura, parte da sustentação teórica deste estudo, forneceremos os fundamentos básicos para a compreensão e aquisição de conhecimentos que serão indispensáveis no seu decorrer.

Abordamos os temas: O desenvolvimento do Processo de Enfermagem no cenário internacional, A implementação do Processo de Enfermagem no Brasil e O Processo de Enfermagem e o desenvolvimento da profissão.

A revisão de literatura aqui apresentada incluiu publicações em bases de dados como Scielo, LILACS, PubMed, dissertações e teses sobre o assunto, publicadas nos últimos 10 anos, salvo aquelas publicações históricas imprescindíveis.

3.1 O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CENÁRIO INTERNACIONAL

O desenvolvimento do Processo de Enfermagem nos diversos países vem acompanhado de peculiaridades próprias da cultura e história de cada local. Embora distinta, esta prática carrega semelhanças relacionadas principalmente às características que definem a profissão, determinadas cultural e historicamente.

Com o objetivo de refletir sobre como ocorreu o desenvolvimento do Processo de Enfermagem no cenário internacional, realizamos esta pesquisa documental, aqui apresentada em forma de manuscrito, o qual foi encaminhado ao periódico *Nursing Inquiry* e encontra-se em fase de avaliação.

Está exibido a seguir, na língua portuguesa e de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), atendendo as diretrizes do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

**O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM NO CENÁRIO INTERNACIONAL
THE DEVELOPMENT OF THE NURSING PROCESS IN
THE INTERNATIONAL CONTEXT**

Silvana Alves Benedet
Maria Itayra Padilha
Francine Lima Gelbcke
Maria Ligia Bellaguarda
Ana Rosete Maia

RESUMO

Este estudo teve como objetivo refletir sobre a implementação do Processo de Enfermagem no cenário internacional. Pesquisa documental, realizada mediante uma busca nas bases de dados LILACS, SciELO, PubMed e CINAHL. Encontradas as seguintes categorias: A evolução do processo de enfermagem enquanto conceito; A situação atual da implementação do Processo de Enfermagem no cenário mundial e; Desafios mundiais na implementação do Processo de Enfermagem. Considera que a caracterização de uma profissão passa por aspectos como o conhecimento, a tecnologia utilizada e as crenças e valores em que se baseia. O Processo de Enfermagem fornece subsídios para a aquisição destas características, uma vez que possibilita o método, organiza e utiliza o conhecimento, não apenas como uma técnica, mas como o gerador da reflexão sobre a prática. Nas diversas regiões e países, o Processo de Enfermagem foi sendo desenvolvido adaptando-se a cultura local bem como às condições sociais e políticas da profissão. Concluímos que os desafios mundiais para a implementação do Processo de Enfermagem são: o desenvolvimento de linguagem padronizada e uso de classificações da prática; formação profissional; aspectos políticos e econômicos; falta de conhecimento e condições de trabalho.

Descritores: Processos de Enfermagem, Avaliação de Enfermagem, Enfermagem.

ABSTRACT

The objective in this study was to reflect on the implementation of the

Nursing Process in the international context. Documentary research, developed through a search in the databases LILACS, SciELO, PubMed and CINAHL. The following categories were found: The evolution of the nursing process as a concept; The current situation of the implementation of the Nursing Process in the global context and; Global challenges in the implementation of the Nursing Process. Characterizing a profession involves aspects like knowledge, the technology used and the beliefs and values it is based on. The Nursing Process provides support for acquiring these characteristics, as it makes the method possible, organizes and uses the knowledge, not only as a technique, but also as the producer of reflections on the practice. In the different regions and countries, the Nursing Process was developed through adaptation to the local culture and social and political conditions of the profession. In conclusion, the global challenges for the implementation of the Nursing Process are: the development of standardized language and use of classifications of practice; professional education; political and economic aspects; lack of knowledge and work conditions.

Descriptors: Nursing Processes, Nursing Assessment, Nursing.

INTRODUÇÃO

A preocupação em orientar as atividades de enfermagem com respaldo no método científico surgiu com os estudos de Florence Nightingale, no final do século XIX. A precursora da enfermagem moderna, como é conhecida, deixou um legado para a enfermagem a partir do resultado do trabalho que desenvolveu no cuidado aos soldados feridos na Guerra da Criméia. Naquela época, Florence com seu olhar perscrutador, identificou os problemas relacionados à assistência prestada no Hospital de campanha, planejou e implementou uma assistência tão eficiente, que reduziu a mortalidade e melhorou a qualidade de vida dos pacientes (DONAHUE, 1996; COSTA, 2009). Passados os anos, a enfermagem se fortaleceu enquanto profissão e, em meados do século XX teve como marco o desenvolvimento e divulgação do Processo de Enfermagem, que foi inicialmente expresso na literatura norte americana, nas décadas de 1950 e 1960 (FIGUEIREDO et al., 2006).

Sua introdução formal na linguagem profissional aconteceu nos anos de 1950, sob a influência do método de resolução de problemas, cujas raízes eram o método científico de observação, mensuração e análise dos dados. O primeiro trabalho publicado sobre Processo de Enfermagem foi o artigo de Lydia Hall em 1955 na Public Health

New, intitulado *Quality of nursing care*. Em seu artigo Lydia Hall dizia que “a enfermeira profissional tem a capacidade e a responsabilidade para olhar e analisar a sua prática, o processo do qual ela participa e usar sua avaliação para a melhoria do futuro da enfermagem” (BULSON; BULSON, 2011 p.477).

O Processo de Enfermagem apresentado por Hall era composto por três etapas: observação, prestação de cuidados e validação. Este modelo se constituiu no primeiro Processo de Enfermagem e estava voltado para as pessoas portadoras de doença crônica.

A importância do trabalho de Hall tem relação com o desafio que impôs a seus pares: pensar em enfermagem como um processo e avaliar sua prática. Ainda hoje, 60 anos após a publicação do artigo de Lydia Hall, a enfermagem discute a importância de uma prática embasada em princípios científicos e que consiga atender às necessidades apresentadas pelas pessoas que precisam dos serviços de saúde.

Outra publicação utilizando o termo Processo de Enfermagem foi de Ida Orlando, em 1961 sobre a dimensão interpessoal na relação enfermeiro e paciente. Esta desenvolveu a Teoria e a publicou no livro *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process, and Principles*, em 1961. Nessa mesma época, em 1963 o termo Processo de Enfermagem foi utilizado por Virgínia Bonney e June Rothberg, da Universidade Católica dos Estados Unidos, com cinco etapas: levantamento, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (DONEY; ROTHBERG, 1963). Desde então, o termo Processo de Enfermagem é utilizado na literatura mundial para designar o método de trabalho do enfermeiro, considerado um conceito central na estrutura no conhecimento para a prática e o ensino de enfermagem.

Alguns desafios fazem parte da trajetória da implementação do Processo de Enfermagem nas instituições no âmbito internacional, como: o conhecimento científico, o número de enfermeiros nos serviços, o envolvimento deles com o processo, a valorização por parte da administração da instituição, bem como os indicadores de resultado da assistência.

No princípio, o Processo de Enfermagem foi implantado e desenvolvido especialmente nas escolas de enfermagem, devido à vocação de pesquisa exercida por estas Instituições. Na década de 1970, seu uso foi estendido à prática clínica e entre os anos de 1973 e 1975, passou para as atuais cinco etapas assim determinadas: histórico ou avaliação inicial, diagnóstico, planejamento, implementação e

evolução de enfermagem (HUITZI-EGILEGOR et al., 2013; HARRIS et al., 2014).

Para Ofi e Sowunmi (2012), a partir de seu desenvolvimento nos Estados Unidos, o Processo de Enfermagem tornou-se central para a definição da prática da enfermagem em muitas partes do mundo. Desde os anos de 1980, grandes organizações de saúde como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), a Comissão Mista Americana de Enfermagem sobre Padrões de Acreditação Hospitalar e o Conselho Central do Reino Unido reconhecem o uso do Processo de Enfermagem como uma ferramenta padrão para a documentação da prática.

Seu conteúdo, segundo De La Cuesta (1983), foi moldado pelo contexto americano e ao ser transferido posteriormente para o Reino Unido, foi modificado para ser adaptado a um contexto diferente. Para a autora, portanto, não é apenas um conceito teórico, mas uma ideologia no sentido técnico também.

Na Espanha, o Processo de Enfermagem começou a ser aplicado apenas na década de 1990. O atraso de 20 anos em relação à América do Norte pode estar relacionado ao atraso observado no ensino do Processo de Enfermagem nas escolas de enfermagem que, na Espanha, aconteceu na década de 1970. Neste país, foi apenas em 1977 que a formação de enfermeiros atingiu o nível universitário e os currículos espanhóis começaram a incluir o ensino do Processo de Enfermagem. Pensava-se que seria necessário que o Processo de Enfermagem fosse incorporado, anteriormente, ao ensino, de forma a possibilitar sua implementação na prática (HUITZI-EGILEGOR et al., 2013).

Kennedy, Pallikkathayil e Warren (2009), assim como Kraemer, Duarte e Kaiser (2011) consideram que o Processo de Enfermagem é um caminho de autonomia para a profissão por representar uma metodologia de assistência reconhecida pelos enfermeiros, por permitir uma aproximação do enfermeiro junto ao paciente, tanto no momento da sua elaboração quanto na prestação do cuidado. Exige conhecimento científico, responsabilidade e compromisso com o exercício profissional, aspectos que para Garcia e Nóbrega (2009), possibilitam uma concreta avaliação da prática profissional.

Diante deste contexto, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre a implementação do Processo de Enfermagem no cenário internacional.

MÉTODO

Pesquisa documental realizada durante os meses de março e abril de 2014 mediante uma busca bibliográfica nas bases de dados LILACS, SciELO, PubMed e CINAHL sem imposição de limites à data de publicação, observando-se os textos completos disponíveis (Figura 1).

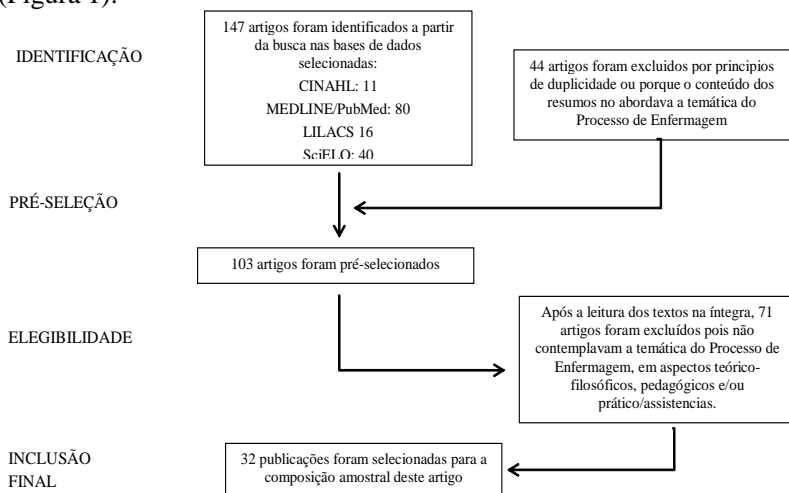


Figura 1. Fluxo da seleção metodológica

Utilizamos os seguintes descritores, baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Processos de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem, bem com suas respectivas traduções em inglês e espanhol. O recurso utilizado na pesquisa inicialmente se relacionou com a busca separada utilizando cada descritor individualmente e posteriormente estes foram associados por meio do uso das expressões booleanas “and/or”. As informações coletadas obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês ou espanhol, sem imposição de limites à data de publicação, além disso, foram incluídos aqueles estudos que contemplassem a temática do processo de enfermagem, em aspectos teórico-filosóficos, pedagógicos e/ou prático/assistenciais e que fossem artigos completos, disponíveis *on-line* de forma gratuitos. Considerando assim, as seguintes categorias de artigos: pesquisa, reflexão, revisão de literatura e revisão sistemática.

Para a seleção dos textos foi observada a superposição de muitas referências e, após a leitura e análise criteriosa dos resumos,

foram lidos os textos na íntegra e selecionados por fim 32 publicações para a composição deste manuscrito (Quadro 1).

Quadro 1: Seleção de textos utilizando os descritores Processos de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem. Florianópolis, 2015.

ANO	AUTORIA	TÍTULO	PERIÓDICO
1983	De La Cuesta, Carmen	The Nursing Process: from development to implementation.	Journal of Advanced Nursing
1996	International Council of Nurses	The international classification for nursing practice: a unifying framework the Alpha version.	ICN
2000	Duanys Neyra, Norvelis; Llorente, Yasell	Proceso de atención de enfermería en el nivel primario de salud.	Revista Cubana de Enfermería
2003	Björvell, Catrin; Wredling, Regina; Thorell-Ekstrand, Ingrid	Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses.	Journal of Clinical Nursing
2003	Garrido Garcia, Rolando José; Sigarreta, Migdalia Rafaela Raez; Rivera, Vladimir Cordero; Miranda, Esvaldo Rodríguez	El ingreso en el hogar: dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud.	Revista Cubana de Medicina General Integral.
2003	Ting-Ting, Lee	Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans.	Journal of Clinical Nursing.
2004	Garcia, Telma.; Nóbrega, Maria Miriam; Carvalho, Emilia Campos	Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional.	Online Brazil Journal Nursing
2004	Florin, Jan; Ehrenberg, Anna.; Ehnfors, Margareta	Patients' and nurses' perceptions of nursing problems.	Journal of Advanced Nursing
2005	Nóbrega, Maria Miriam; Garcia,	Perspectivas de incorporação da	Revista Brasileira de

	Telma	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil.	Enfermagem
2006	Bros I Serra, Monserrat	Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en la asignatura de Enfermería Geriátrica.	Gerokomos
2006	Darmer, Mette Rosendal; Ankersen, Lena; Nielsen, Bettina Geissler; Landberger, Gitte; Lippert, Elisabeth; Egerod, Ingrid	Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark.	Journal of Clinical Nursing
2009	Gjevjon, Edith R.; Helles, Ragnhild	The quality of home care documentation in new electronic patient records.	Journal of Clinical Nursing
2009	Gutierrez Lesmes, Óscar	Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia.	Revista Avances en Enfermería
2009	Greenberg, Mary Elizabeth	A comprehensive model of the process of telephone nursing.	Journal Advanced Nursing
2009	Ledesma-Delgado, Maria Elena.; Mendes, Maria Manuela Rino.	O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistenciais.	Revista Latino-Americana de Enfermagem.
2009	Pokorski, Simoni; Moraes, Maria Antonieta; Chiarelli, Régis; Constanzin, Angelita Paganin; Rabelo, Eneida R.	Processo de enfermagem: da literatura à prática.	Revista Latino-Americana de Enfermagem
2009	Thoroddsen, Asta.; Ehnfors, Margareta	Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing	Journal of Clinical Nursing

		documentation.	
2009	Yeh, Shu-Hui; Bingchiang Jeng, Li-Wei Lin; Tien- Hui, Ho; Chiu- Yueh, Hsiao; Li- Na, Lee; Shu-Li, Chen	Implementation and evaluation of a nursing process support system for long-term care: a Taiwanese study.	Journal of Clinical Nursing
2010	Lukes, Eileen	The Nursing Process and Program Planning.	American Association of Occupational Health Nurses Journal
2010	Rojas, Juan Guillermo; Pastor Durango, Pilar	Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos.	Investigación Educación en Enfermería
2010	Cubas, Marcia Regina; Denipote, Adelita Gonzalez Martinez; Malucelli, Andreia; Nóbrega, Maria Miriam Lima da	A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem.	Revista Latino- Americana de Enfermagem
2011	Tirado Pedregosa, G.; Hueso Montoro, C.; Cuevas Fernández- Gallego, M.; Montoya Juárez, R.; Bonill de las Nieves, C.; Schmidt Río del Valle, J.	Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC.	Index Enfermería
2011	Gonzalez, S.S.H.; Moreno Perez, N.E.	Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando NANDA-NIC-NOC.	Enfermería Global
2011	Bulson, Juli An; Bulson, Tim	Nursing process and critical thinking Linked to disaster preparedness.	Journal of Emergency Nursing

2011	Fernández-Sola, Cayetano; Granero-Molina, José; Aguilera-Manrique, G.; Peredo-de González; Castro-Sánchez; Perez-Galdeano, A.	Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia.	International Nursing Review
2012	Granero-Molina, José; Fernández-Sola, Cayetano; Peredo de Gonzales, Maria Hilda; Aguilera-Manrique, Gabriel; Mollinedo-Mallea, Judith; Castro-Sánchez, Adelaida María	Nursing process: what does it mean to nurses from Santa Cruz (Bolivia)?	Revista da Escola de Enfermagem da USP
2012	Ofi, Bola.; Sowunmi, Olanrewaju	Nursing documentation: Experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria.	International Journal of Nursing Practice
2012	Turkel, Marian C.; Ray, Marilyn A.; Kornblatt, Lynne	Instead of Reconceptualizing the Nursing Process Let's Re-Name It.	Nursing Science Quarterly
2012	Thoroddsen, Asta; Ehrenberg, A; Sermeus, W; Saranto, K.	A Survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries.	Nursing Informatics
2013	Garcia, Telma; Nobrega, Maria Miriam da	A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação.	Revista Brasileira de Enfermagem
2013	Bruylands, Michelle; Paans, Wolter; Hediger, Hanelle; Müller-Staub, Maria	Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation.	International Journal of Nursing Knowledge

2013	Huitzi-Egilegor, Joseba Xabier; Elorza-Puyadena Maria Isabel; Urkia-Etxabe, Jose Maria; Zubero- Linaza, Jaime; Zupiria-Gorostidi, Xabier	Use of nursing process at public and private centers in the health area	Revista Latino- Americana de Enfermagem
------	--	---	--

Fonte: Bases de dados LILACS, SciELO, PubMed e CINAHL, Março/abril de 2014.

Após a análise dos textos selecionados, foi feita a codificação e categorização dos dados encontrados. Assim foram determinadas as seguintes categorias: A evolução do Processo de Enfermagem enquanto conceito; A situação atual da implementação do Processo de Enfermagem no cenário mundial e; Desafios mundiais na implementação do Processo de Enfermagem.

A evolução do Processo de Enfermagem enquanto conceito

Nóbrega e Garcia (2005) afirmam que a enfermagem vem ampliando a discussão acerca dos conceitos que estão no âmbito de seu domínio profissional, sobre os significados desses conceitos e, principalmente, sua utilização na prática. Para atingir estes objetivos, as autoras citam iniciativas como: o início da produção dos modelos conceituais de enfermagem, a partir da década de 1950; o desenvolvimento de pesquisas em enfermagem, a partir da década de 1960, principalmente as relacionadas com o desenvolvimento de conceitos; a introdução do Processo de Enfermagem com os seus elementos, que de acordo com o ICN, se constituem nas ações e intervenções de enfermagem, tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem), para alcançar os resultados esperados (resultados de enfermagem) (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 1996).

O desenvolvimento de sistemas de classificação dos conceitos da linguagem profissional é considerado o marco de transição no modo de pensar, de falar e de atuar na profissão. Este processo teve início na década de 1970, com o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem e, posteriormente, com as intervenções e com os resultados de enfermagem (GARCIA; NOBREGA; CARVALHO, 2004).

A primeira edição da Nursing Interventions Classification - NIC foi publicada em 1992, em seguida, em 1998, a primeira edição da Nursing Outcomes Classification – NOC sendo que ambas as terminologias aprimoraram o Processo de Enfermagem (HUITZIEGILEGOR et al., 2013).

Outro sistema de classificação da prática de enfermagem bastante utilizado no mundo, especialmente na Europa é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a ICNP®, cujo marco inicial foi em 1989, ano em que o Conselho Nacional de Representantes (CNR) do ICN aprovou uma Resolução para o desenvolvimento de uma classificação dos elementos da prática profissional (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem), que tivesse alcance internacional (LEDESMA- DELGADO; MENDES 2009).

A aprovação dessa Resolução mostrava a preocupação de um grupo de enfermeiros sobre a dificuldade para se nomear os problemas de enfermagem, por falta de um sistema de linguagem padronizada e sobre as dificuldades para se descrever o conhecimento específico da enfermagem para os problemas e para a promoção da saúde (LEDESMA- DELGADO; MENDES 2009).

A metodologia do Processo de Enfermagem é utilizada em serviços de saúde ao redor do mundo e seu uso está associado a melhorias na qualidade da informação, da comunicação entre profissionais e na avaliação do trabalho da enfermagem. Nessa perspectiva, é importante dar visibilidade aos aspectos históricos da sua implantação e implementação nos principais serviços de cuidados de saúde, ampliando a compreensão de sua importância e magnitude para o desenvolvimento profissional da enfermagem.

O processo de enfermagem no mundo: situação atual

Pretendemos, ao descrever a situação atual da implementação do Processo de Enfermagem, fornecer subsídios para o conhecimento de como e quais caminhos a enfermagem vem trilhando na busca de seu corpo de conhecimento específico, principal atributo do Processo de Enfermagem. Ao descrever a prática do Processo de Enfermagem, entendemos que este se constitui em um instrumento de informação que provê dados que identificam a contribuição desta profissão no cuidado de saúde e, ao mesmo tempo, promove mudanças na sua prática através da educação, administração e pesquisa.

Para Nóbrega e Garcia (2005), a enfermagem conta com certo número de sistemas de classificação cujo desenvolvimento está

relacionado com alguma das fases do Processo de Enfermagem. Dentre estes, os mais utilizados e conhecidos são a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA Internacional; a NIC; a NOC; o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha; o Clinical Care Classification (CCC), anteriormente denominado de Home Health Care Classification (HHCC); e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICNP)[®]

Neste sentido, diante destas múltiplas terminologias, tornou-se necessário o desenvolvimento de um modelo de referência para dar suporte, tanto à representação dos conceitos de enfermagem, quanto à integração desse modelo com outros da área da saúde.

A proposta de um modelo de terminologia de referência para a enfermagem foi uma iniciativa empreendida por um grupo de peritos que fazem parte do grupo de funcionamento técnico do Comitê de Informática em Saúde, sob a liderança colaborativa da Associação Internacional de Informática Médica - Grupo de Interesse Especial da Informática em Enfermagem e do ICN. Este modelo foi aprovado pela International Organization for Standardization (ISO) - organização internacional de normalização - em 2003, como ISO 18104.

No Brasil, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) é o membro representante oficial e possui mais de 400 contribuições para a ISO. Acredita-se que a ISO 18104 facilita a comparação sistemática entre conceitos e termos de distintas classificações mediante a análise de suas características e/ou atributos específicos (NÓBREGA; GARCIA 2005; CUBAS et al. 2010).

Para Cubas et al. (2010) a norma ISO 18104 é visualizada na perspectiva de modelo integrador, na medida em que estabelece padrões para terminologias de enfermagem para uso em sistemas computacionais e, embora esteja disponível desde 2003, poucas pesquisas têm sido desenvolvidas sobre o tema, o que remete ao incipiente desenvolvimento do conhecimento na área. Algumas hipóteses têm sido levantadas para que esta situação se estabeleça, como a linguagem e anotações desconhecidas pelos profissionais da área de enfermagem e a pouca correspondência do modelo às classificações utilizadas nos serviços e na prática profissional, o que impede tanto sua aplicabilidade quanto sua evolução, devido a ausência de exemplos práticos a serem analisados e discutidos.

Entretanto, embora o Processo de Enfermagem seja difundido globalmente, o ICN recomenda que para o reforço da implementação e da padronização das classificações internacionais, seja realizado a

união de saberes entre enfermeiros da prática clínica, do ensino e da pesquisa (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 1996).

Os enfermeiros de diferentes países têm se unido em projetos internacionais de saúde, os quais incluem ferramentas de treinamento voltados para a comunicação e desenvolvimento profissional, por meio de linguagem padronizada, utilizando diagnósticos, intervenções e resultados, ou seja, as etapas do Processo de Enfermagem. Um destes projetos foi desenvolvido por professores da Universidade de Almería, Espanha, para a formação de professores e enfermeiros da prática sobre a aplicação do Processo de Enfermagem. Este projeto foi desenvolvido entre 2007-2009, com a ajuda e financiamento da Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID), dentro de sua linha de prioridade na América Latina, qual seja, a formação de recursos humanos em saúde (GRANERO-MOLINA, 2012).

Thoroddsen et al. (2012) relatam que a utilização de estruturas para a documentação de enfermagem varia muito nos diferentes países europeus. No entanto, o modelo de Processo de Enfermagem apresentado pela OMS é a forma mais comum de estruturar a documentação de enfermagem. De acordo com este modelo, o Processo de Enfermagem pode ser estruturado de quatro até seis fases. As etapas mais utilizadas são o planejamento, a intervenção e a avaliação. Em alguns destes países o diagnóstico de enfermagem e os resultados esperados foram adicionados como fases independentes.

Muitos países da Europa têm seguido o modelo do ICN, a ICNP[®]. A classificação da NANDA foi traduzida em dez línguas europeias: holandês, inglês (britânico), francês, alemão, islandês, italiano, norueguês, português, espanhol e sueco, sendo então, a NANDA-I a terminologia mais amplamente utilizada, seguida da NIC, NOC e International Classification of Functioning (ICF) (TIRADO PEDREGOSA et al. 2011; THORODDSEN et al. 2012).

Desde 1995, a Associação Europeia para os Diagnósticos, Intervenções e Resultados comuns de Enfermagem (ACENDIO) oferece uma plataforma para a discussão sobre as atividades de terminologia e a padronização da linguagem de enfermagem tem sido o tema principal entre seus membros (THORODDSEN et al. 2012).

Ao discutir a situação da implementação e do desenvolvimento do Processo de Enfermagem no cenário internacional é de fundamental importância a análise sob a perspectiva das escolas de enfermagem, visto que estas se constituem nos principais celeiros da construção do conhecimento desta profissão.

Neste sentido Bros I Serra (2006) relata que a Escola de Enfermagem da Universidade de Andorra na Espanha, começou em 2001-2002 a reforma curricular acadêmica. Para tal o curso de enfermagem foi submetido a várias auditorias internas e externas através de metodologia desenvolvida pela OMS, a qual incluiu a análise abrangente de documentos relativos ao conteúdo recomendado pela Associação das Universidades Europeias. As mudanças relacionadas ao Processo de Enfermagem, com a inclusão das classificações da prática, definidos pela NANDA Internacional, NOC e NIC, estão entre as principais mudanças curriculares, o que, de acordo com a autora, atualizou a metodologia do processo ensino-aprendizagem e facilitou a aquisição de ferramentas úteis para estimular o pensamento crítico e reflexivo dos estudantes.

Em alguns países da América Latina as escolas de enfermagem estão começando a investir no ensino do Processo de Enfermagem. Na Costa Rica, por exemplo, a utilização do processo de Enfermagem é relativamente recente e surgiu como resultado das práticas de ensino da Escola de Enfermagem da Universidade da Costa Rica na última década do século passado. Um dos registros que exemplifica esta operacionalização é narrada por Villalobos (1999) quem adaptou o modelo do processo de Enfermagem “PDCA” (Plan, Do, Check and Act) para a versão em espanhol “VIDA” (Visão, Implementação, Discernimento e Ajuste).

Para a autora, o processo de enfermagem na Costa Rica é implementado de forma tardia, mas representa um avanço no questionamento crítico, sistemático e político do cuidado, que possibilitou posteriormente a implementação de intervenções práticas para o melhoramento da qualidade da atenção em cada gestão assistencial.

No caso da Colômbia, Rojas e Pastor Durango (2010) discutem que a maioria dos profissionais só tem formação de graduação, sendo poucos os que fizeram especializações. No entanto, percebe-se um aumento no interesse pela qualificação profissional, situação que pode estar relacionada com os regulamentos recentes sobre o sistema de garantia de qualidade na saúde, incluindo o processo de atendimento ao cliente e as condições institucionais, as quais acabam por exigir melhoria nos serviços e na competência técnica de seus profissionais.

Fernández-Sola et al. (2011) ao retratar a situação do Processo de Enfermagem na Bolívia, afirmam que os enfermeiros ainda são considerados como assistentes dos médicos e apesar de, na prática,

realizarem as etapas do Processo de Enfermagem, não as registram sistematicamente.

Outro aspecto que merece discussão são as inovações tecnológicas e o processo de enfermagem. Turkel, Ray e Kornblatt (2012), renomearam o Processo de Enfermagem em RCPR: Recognizing, Connecting, Partnering and Reflecting (Reconhecendo, Interligando, Criando alianças e Refletindo), propondo uma base teórico-filosófica baseada no cuidado a partir do que a sociedade espera e precisa e de acordo com as normas éticas, envolvendo crenças, valores e ações.

A informatização do Processo de Enfermagem é apresentada por Ofi e Sowunmi (2012) como uma inovação tecnológica que traz inúmeras vantagens para os profissionais, como a redução da carga de trabalho e a melhora da qualidade da informação, especialmente onde os enfermeiros têm experiência no uso do computador. O modelo apresentado pelos autores foi adaptado do modelo de Processo de Enfermagem desenvolvido na Suécia, denominado processo VIPS, um acrônimo para as palavras suecas Vålbefinnande, Integritet, Prevention e Säkerhet, as quais significam Bem-estar, Integridade, Prevenção e Segurança, respectivamente. Este modelo de Processo de Enfermagem foi adaptado para a Enfermagem em Obstetrícia do Conselho da Nigéria (NMCN) como uma ferramenta para melhorar a qualidade do cuidado. O processo VIPS foi publicado pela primeira vez em 1992 e tem sido aplicado extensivamente como base para documentação de enfermagem em toda a Suécia e em partes da Noruega.

O modelo VIPS também foi implantado na Dinamarca, no Hospital Universitário de Copenhague e, Darmer et al. (2006) descrevem uma ferramenta conhecida como Catch –Ing, desenvolvida para avaliar sua implementação. Este instrumento analisa a avaliação de enfermagem (uma das etapas do Processo de Enfermagem), em termos qualitativos e quantitativos. Como resultado deste estudo, surgiu uma versão modificada do VIPS, com uma aplicação mais pragmática do diagnóstico de enfermagem, facilitando a documentação.

Outra forma de inovação do Processo de Enfermagem é apresentada por Greenberg (2009), o Tele Nursing (TN), traduzido como a prática de enfermagem por telefone, o qual inclui atividades como triagem, aconselhamento e cuidados de gestão. São fornecidos em *call centers*, agências de saúde domiciliar, centros de emergência, hospitais, cuidados primários e clínicas especializadas. Sua principal

indicação é para os casos de necessidades de orientação em saúde, como pessoas com doença crônica, idosos, crianças, populações rurais, orientações no período pré-operatório, pós-operatório e pacientes com alta hospitalar recente.

Greenberg (2009) afirma que o TN têm crescido significativamente nas últimas duas décadas e é provável que continue a crescer em nível internacional. Este autor ressalta que é necessária uma avaliação desta modalidade de prática profissional da enfermagem, tanto em termos da qualidade da assistência prestada como também em relação ao treinamento dos profissionais, que na maior parte dos casos é inconsistente e informal.

Na Suécia, a regulamentação do Processo de Enfermagem existe desde 1986, pelo Conselho de Saúde e Bem-Estar, desde então os enfermeiros suecos têm a obrigação de documentar sua prática. De acordo com esta legislação, o Processo de Enfermagem deve descrever as necessidades individuais do paciente, as intervenções planejadas e executadas, a avaliação e uma nota de saída (BJÖRVELL; WREDLING; THORELL-EKSTRAND, 2003).

Desafios mundiais na implementação do processo de enfermagem

Apesar da implementação do Processo de Enfermagem já ter ocorrido há mais de cinco décadas, sua aceitação como uma ferramenta do cuidado ainda é precária em muitos países. Esta situação é atribuída à má preparação educacional dos enfermeiros sobre o conceito, falta de tempo, falta de pessoal, falta de conhecimento sobre conteúdos fundamentais para a prática clínica, falta de organização e incerteza do que incluir nos registros dos pacientes, além da resistência de alguns enfermeiros para mudanças (OFI; SOWUNMI, 2012).

Após a análise dos artigos selecionados para este estudo, as categorias identificadas sobre os desafios mundiais para a implementação do Processo de Enfermagem foram: o desenvolvimento de linguagem padronizada e uso de classificações da prática; formação profissional; aspectos políticos e econômicos; falta de conhecimento e condições de trabalho.

Um dos desafios apontados é o desenvolvimento de um sistema de linguagem padronizada, amplo e complexo que represente o domínio da prática da Enfermagem no âmbito mundial. Este sistema é considerado também uma tecnologia de informação, na medida em que favorece a coleta, armazenamento e análise de dados em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas distintas,

contribuindo para que a prática dos profissionais da enfermagem seja eficaz e, sobretudo, se torne reconhecida pela sociedade e visível no conjunto de dados sobre saúde (GARCIA; NOBREGA, 2013).

Sobre este aspecto o estudo de Ting-Ting (2003) revelou certa dificuldade sobre o uso de diagnósticos de enfermagem pelos enfermeiros devido à falta de apoio dos pares e falta de confiança sobre o seu uso, o que pode denotar falhas na formação do enfermeiro. Apesar de admitirem que o uso de uma linguagem padronizada diminui o excesso de burocracia, permitindo que os enfermeiros passem mais tempo na prestação de cuidados diretos. Por fim, sinaliza a necessidade de obter os recursos para a implementação de programas que visem reforçar o interesse dos enfermeiros na utilização da linguagem padronizada, o que inclui a formação aprofundada na utilização do Processo de Enfermagem e do raciocínio clínico, bem como, no aprendizado de habilidades especiais para o desenvolvimento dos registros de enfermagem.

Thoroddsen e Ehnfors (2007) ao descreverem a implantação de uma nova política para a documentação de enfermagem em 2002, no Hospital Universitário de Landspítali na Islândia, ressaltam que o uso de linguagem padronizada dos sistemas de classificações da prática de enfermagem se constitui em uma ferramenta para representar o conhecimento em enfermagem e, como tal, é uma fonte de poder. Ademais fornecem definições comuns de conceitos de enfermagem e promovem a compreensão e a continuidade dos cuidados compartilhados. No estudo citado, as classificações da prática utilizadas foram avaliação, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Os resultados mostraram que a documentação melhorou a integralidade da documentação de enfermagem e proporcionou uma melhor continuidade dos cuidados, tanto na documentação em papel como nos registros eletrônicos de pacientes.

Gonzalez e Moreno (2011) discutem que a concepção e implementação do Processo de Enfermagem não é fácil e esse fato tem determinado a aceitá-lo ou rejeitá-lo. Portanto, o desenvolvimento de ferramentas para facilitar a sua aplicação é de grande importância, especialmente na educação de enfermagem. A utilização do Processo de Enfermagem permite aos estudantes a aplicação da metodologia científica e a abordagem das teorias de enfermagem, resultando no exercício do raciocínio clínico e na tomada de decisão.

Rojas e Pastor Durango (2010) apontam divergências conceituais no ensino do Processo de Enfermagem, existindo um distanciamento entre a teoria e a prática profissional. Ainda, colocam

a necessidade de haver integração e diálogo entre as instituições de formação e as instituições de saúde, no sentido de aproximarem os conceitos e abordagens filosóficas do cuidado, além de discutirem as estratégias para a sua implementação.

Nesta perspectiva, estudos como os de Huitzi-Egilegor et al.(2013) e Rojas e Pastor Durango (2010) apontam que nos serviços de saúde governamentais a aplicação do Processo de Enfermagem e a incorporação de novidades ocorreram com mais facilidade, diferente dos serviços de saúde privados, que tiveram mais dificuldades e demandaram um tempo maior. Isso pode ser explicado pelo fato de que a direção de cada serviço público estava unificada. Já as direções dos serviços privados eram independentes, sem ligações entre eles. Outro fator discutido pelos autores é que o sistema público de saúde na realidade estudada dispõe de mais recursos humanos e materiais que o sistema privado, e quanto mais recursos existem, mais fácil é a implementação de novas metodologias de trabalho.

Uma estratégia que tem se mostrado eficiente na preparação de enfermeiros para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem especialmente nos países latino americanos, são os cursos ministrados por comissões institucionais, que além de possibilitar a aquisição do conhecimento, promove a discussão sobre as questões práticas da implementação (DUANYS NEYRA; LLORENTE, 2000; GARRIDO et al., 2003).

Um grande desafio que a aplicação do Processo de Enfermagem enfrenta no cenário internacional está diretamente relacionado com a falta de reconhecimento, motivação e empenho das instituições para promover a sua implementação e, conseqüentemente, o desenvolvimento profissional, a exploração do trabalho e a falta de recursos materiais. Juntamente com esta falta institucional está subjacente uma questão de identidade coletiva, que de acordo com Rojas e Pastor Durango (2010), é a causa da impotência política e ineficiência profissional, que afetam tanto os enfermeiros como os pacientes em matéria de gestão e de cuidado.

No contexto colombiano dentre a série de dificuldades que limitam a prática e a aplicação do Processo de Enfermagem, tais como excesso de trabalho, falta de registros e atribuição de funções administrativas, o ponto crucial do problema é a falta de regulamentação do Processo de Enfermagem (ROJAS; PASTOR DURANGO, 2010).

A falta de legislação que regulamente o Processo de Enfermagem é consequência também da falta de organização política

da profissão, pois é por meio da organização política que uma profissão alcança sua representatividade social, o que pode levá-la à consolidação de seu conhecimento e conseqüentemente ao reconhecimento social.

Neste sentido, Kletemberg e Padilha (2012) consideram que a enfermagem como uma profissão prática deve buscar estabelecer uma relação estreita com a sociedade, bem como com os órgãos de poder político, pois as jurisdições são delimitadas por processos de luta política e de negociações entre os representantes das profissões, que visam a manter e melhorar suas posições no mercado de trabalho.

A implementação do Processo de Enfermagem requer conhecimento, habilidade e atitudes, sugerindo um nível adequado de competência clínica para resolver problemas e tomar decisões. Nossa prática profissional tem revelado dificuldades no estabelecimento e na utilização do Processo de Enfermagem nas instituições relacionadas à falta de conhecimento, especialmente a aplicação do método científico e de teorias de enfermagem.

Entre as dificuldades, a mais apontada está relacionada a fase de avaliação, em particular na identificação dos problemas apresentados pelos pacientes, sendo que o exame físico é pouco descrito, particularmente quanto ao sistema cardiovascular e respiratório. Conseqüentemente, o diagnóstico e as intervenções não são estabelecidos adequadamente (POKORSKI et al., 2009).

Sobre este aspecto Ofi e Sowunmi (2012) relatam que os enfermeiros têm dificuldade na realização do exame físico dos pacientes, considerando-o como responsabilidade do médico. Além disso, os currículos de enfermagem colocam menos ênfase no ensino do exame físico. Conseqüentemente, os enfermeiros apresentam dificuldades na elaboração de diagnóstico, na declaração dos objetivos, no planejamento de intervenções, bem como na documentação da avaliação dos cuidados de enfermagem.

O estudo de Yeh et al. (2009) sobre a avaliação do uso do Processo de Enfermagem informatizado em uma residência para idosos na China, identificou que entre as dificuldades apresentadas estava a falta de confiança de alguns enfermeiros na documentação eletrônica e a falta de experiência no uso de computadores. Alguns enfermeiros tiveram dificuldades em fazer diagnósticos de enfermagem.

Para Granero-Molina et al. (2012) a falta de autonomia da enfermagem na gestão dos seus próprios recursos e conhecimento, além de deficiências documentais e de suportes bibliográficos são

vistas como um impedimento não só para a implementação do Processo de Enfermagem, mas, para o seu desenvolvimento. Rojas e Pastor Durango (2012) ressaltam que a prática de enfermagem em alguns países atualmente está focada na realização de ações resultantes da prescrição médica e regras institucionais. Seu estudo sobre a utilização do Processo de Enfermagem em terapia intensiva demonstrou que apesar dos enfermeiros o aplicarem no cotidiano profissional, não estabelecem conexões lógicas entre suas etapas, o que reforça a abordagem da prática irrefletida.

Bruylands et al. (2013) avaliaram os efeitos de um programa educacional denominado Guia do Raciocínio Clínico (GCR), que trata de um sistema de documentação inteligente sobre a qualidade do Processo de Enfermagem. Este programa auxilia o enfermeiro na elaboração de diagnósticos, intervenções e resultados esperados de alta qualidade. Concluíram que este tipo de programa eletrônico ajuda, mas o raciocínio clínico realizado pelo enfermeiro é essencial na elaboração do Processo de Enfermagem.

Falamos até aqui dos desafios relacionados a falta de conhecimento científico, porém é importante destacarmos as dificuldades que os enfermeiros têm na avaliação das necessidades mais subjetivas, como a comunicação (GJEVJON; HELLES, 2009) e o envolvimento dos pacientes nas tomadas de decisões e estabelecimento de prioridades. Neste sentido, Florin, Ehrenberg e Ehnfors (2004) propõem o uso de um instrumento de avaliação padronizado, que inclui as preferências do paciente em relação aos cuidados de enfermagem. Argumentam que o conhecimento das preferências dos pacientes facilita a compreensão mútua dos objetivos do cuidado, aumentando assim, a possibilidade de alcançar os resultados esperados.

O excesso de atividades realizadas pelos enfermeiros e a falta de condições de trabalho nas instituições de cuidados de saúde, também fazem parte do rol de desafios enfrentados para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem no cenário internacional. É importante ressaltar que existem diferenças nestes quesitos entre as instituições governamentais e as privadas. Lesmes (2009) aponta que os enfermeiros que trabalham em hospitais privados, dedicam seu tempo para rever e atualizar os procedimentos médicos e administrar medicamentos, deixando de aplicar o Processo de Enfermagem alegando falta de tempo.

O estudo de Fernández-Sola et al. (2011) encontrou que a falta de tempo por causa de altas cargas de trabalho, a escassez de recursos

(falta de computadores nas enfermarias, bibliografias não acessíveis), a falta de profissionais de enfermagem, de recursos financeiros, a não existência de um orçamento para a formação continuada e um salário baixo também foram identificados como ameaças para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem nos países em desenvolvimento.

Yeh et al. (2009) identificaram dificuldade de acesso ao computador como uma das principais preocupações na implementação do Processo de Enfermagem. Outras questões relacionadas com o computador incluem a qualidade de impressão e conexão à Internet.

Uma tendência e grande oportunidade e, conseqüentemente um desafio para o Processo de Enfermagem no âmbito internacional, é o seu uso na saúde ocupacional, por meio da realização de programação de promoção da saúde e prevenção de agravos. Além de um planejamento cuidadoso, é necessária a avaliação precisa e contínua dos programas (LUKES, 2010).

DISCUSSÃO

Historicamente, a trajetória do Processo de Enfermagem no cenário internacional vem sendo marcada pela busca por um cuidado cientificamente elaborado, que venha a compor o corpo de conhecimentos próprios da profissão. O que, em certa medida, significa a construção de sua identidade profissional, diferenciando-a das demais profissões da área da saúde.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento do Processo de Enfermagem se configurou como uma das alternativas mais eficazes na implementação de um modelo assistencial que contribuiu para que a enfermagem emergisse como profissão, prioritariamente voltada para a compreensão da integralidade do ser humano, apoiada na reflexão sobre a sua prática.

Nesta breve história da implementação do Processo de Enfermagem, constatamos que a busca pela construção e utilização deste elemento de sua prática aconteceu nos diversos cenários no âmbito internacional, embora em períodos históricos diferentes.

Nas diversas regiões e países do mundo, o Processo de Enfermagem foi sendo desenvolvido adaptando-se a cultura local bem como às condições sociais e políticas da profissão. Apesar da diversificação na temporalidade da implantação nos países pesquisados, a base teórica utilizada foi a mesma iniciada nos Estados Unidos da América, o que nos remete à importância deste modelo para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem.

Verificamos que existem diferenças nos diversos países. Entretanto, estas diferenças determinadas pelas condições culturais, sociais, econômicas e políticas diversas, ao invés de separar as realidades, torna visível que o caminho a ser percorrido pela enfermagem mundial em relação ao desenvolvimento do Processo de Enfermagem é a união de força política e de saberes.

A educação profissional de enfermagem mediatizada pelo diálogo construtivo e participativo deve promover a análise e a reflexão sobre as experiências de aprendizagem e desempenho todos os dias, para que a informação seja contrastada com conhecimentos e experiências anteriores, ou seja, fazendo com que a aprendizagem seja significativa durante o processo de formação, considerando os diferentes contextos dos serviços de saúde. Os aspectos econômicos, políticos, bem como organizacionais ligados à enfermagem também se constituem em desafios para a implementação e o desenvolvimento do Processo de Enfermagem. Visto que a organização profissional acontece a partir do quanto os profissionais de enfermagem se envolvem nas discussões pertinentes ao seu desenvolvimento.

CONCLUSÃO

O reconhecimento da história do Processo de Enfermagem no mundo deixa vir à tona a preocupação de alguns estudiosos na década de 1950 -1960, que já alertavam para a falta de atenção dada ao desenvolvimento de uma linguagem unificada para a enfermagem, na medida em que começava a ser vista como uma desvantagem para a profissão, pois não poderia ser descrita, ter-se controle sobre sua prática, obter financiamentos, ensiná-la, pesquisá-la ou inseri-la em políticas públicas.

Atualmente, esta busca por uma linguagem unificada continua a fazer parte dos desafios da implementação do Processo de Enfermagem no âmbito mundial. A utilização de sistemas de classificação na prática de enfermagem tem mobilizado os enfermeiros de todo o mundo, atendendo ao desafio de universalizar sua linguagem e evidenciar os elementos de sua prática. Essa universalização ainda não foi alcançada, tendo em vista que os vários sistemas de classificação existentes foram desenvolvidos com estruturas diferentes. O uso de terminologias padronizadas de enfermagem ainda é insipiente, principalmente nos países em desenvolvimento, o que dificulta o acesso às informações da enfermagem.

Um dos maiores desafios que a implementação do Processo de Enfermagem enfrenta atualmente diz respeito à falta de sua aplicação em muitos países da Europa e América Latina, situação que tem relação estreita com as diferenças na formação profissional, visto que em muitos países a profissão não tem nível universitário, o que em certa medida, dificulta a formação de profissionais críticos e aptos a desenvolverem novas tecnologias de cuidado.

A caracterização de uma profissão passa por aspectos como o conhecimento, a tecnologia utilizada e as crenças e valores em que se baseia. Neste sentido o Processo de Enfermagem fornece subsídios para a aquisição destas características, uma vez que, possibilita o método que organiza e utiliza o conhecimento, não apenas como uma técnica, mas como o gerador da reflexão sobre a prática.

REFERÊNCIAS

- 1 BJÖRVELL, C; WREDLING, R; THORELL-EKSTRAND, I. Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 12, p. 206–214, 2003.
- 2 BROS I SERRA, M. Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en la asignatura de Enfermería Geriátrica. **Gerokomos.** , v.17, n.3, p. 140-143, 2006.
- 3 BRUYLANDS, M. et al. Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 24, n. 3, p. 163-170, 2013.
- 4 BULSON, J. A.; BULSON, T. Nursing process and critical thinking Linked to disaster preparedness. **Journal of Emergency Nursing**, v 37, n. 5, p.477-83, 2011.
- 5 COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.4, p.661-669, out./dez. 2009.
- 6 CUBAS, M.R. et al. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v18, n. 4, p. 1-6, jul-ago 2010.

- 7 GRANERO-MOLINA, José et al. Nursing process: what does it mean to nurses from Santa Cruz (Bolivia)? **Rev. esc. enferm. USP.**, v.46, n.4, p. 973-979, 2012.
- 8 DARMER, M.R. et al. Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, p. 525–534, 2006.
- 9 DE LA CUESTA, C. The Nursing Process: from development to implementation. **J Adv Nurs.**, v. 3, p. 365-71, 1983.
- 10 DONAHUE, M. P. **Nursing the finest art: an illustrated history.** 2 ed. St. Louis: Mosby, 1996.
- 11 DUANY NEYRA, N.; LLORENTE, Y.B. Proceso de atención de enfermería en el nivel primario de salud. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 16, n. 3, p. 180-184, 2000 .
- 12 FERNÁNDEZ-SOLA, C. et al. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia. **International Nursing Review**, v. 58, p. 392–399, 2011.
- 13 FIGUEIREDO, R. M. de et al.. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 40, n.2, p. 299-303, 2006.
- 14 FLORIN, J.; EHRENBERG, A.; EHNFORSS. Patients' and nurses' perceptions of nursing problems. **Journal of Advanced Nursing**, v. 51, n.2, p. 140–149, 2004.15
- 15 GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 816-818, 2009.
- 16 GARCIA, T.R.; NOBREGA, M..M..L.da. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE®brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev. bras. enferm** v.66, n.spe, p. 142-150, 2013.

17 GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E.C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Braz J Nurs**, v. 3, n. 2, p. 29-40, 2004.

18 GARRIDO, R.J. G. et al . El ingreso en el hogar: dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana, v. 19, n. 1, feb. 2003.

19 GJEVJON, E.R.; HELLES, R. The quality of home care documentation in new electronic patient records. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 100-108, 2009.

20 GONZALEZ, S.S.H.; MORENO, N.E.P. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando NANDA-NIC-NOC. **Enferm. glob.**, v. 10, n. 23, p. 89-95, 2011.

21 GREENBERG, M.E. A comprehensive model of the process of telephone nursing. **J Adv Nurs**, v. 65, n.12, p. 2621–2629, 2009.

22 HUITZI-EGILEGOR, J. X. et al. Use of nursing process at public and private centers in the health area. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.21, n.5, p. 1049-1053, 2013.

23 INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **The international classification for nursing practice**: a unifying framework the Alpha version. Geneva (SWT): ICN, 1996.

24 KLETEMBERG, D.F.; PADILHA, M.I. Política e poder na enfermagem gerontológica no Brasil. **Rev. esc. de enferm. da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1192-1199, 2012.

25 KRAEMER, F. Z. ; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 487-494, 2011.

26 LEDESMA-DELGADO, M.E.; MENDES, M.M.R. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu

significado na perspectiva das enfermeiras assistenciais. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n. 3, p. 328-334, 2009.

27 LESMES, Ó. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia, **Av.enferm.**, Bogotá, v.27, n.1, July,p. 60-68, 2009.

28 LUKES, E. The Nursing Process and Program Planning. **AAO HN Journal**, v. 58, n. 1, p. 5-7, 2010.

29 MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L.L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev.esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011.

30 NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n.2, p. 227-30, 2005.

31 NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K. de L. **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

32 OFI, B.; SOWUNMI, O. Nursing documentation: Experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. **International Journal of Nursing Practice**, v. 18, p. 354–362, 2012.

33 POKORSKI, S. et al.. Processo de enfermagem: da literatura à prática. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.17, n. 3, p. 302-307, 2009.

34 ROJAS, J. G.; PASTOR DURANGO, P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. **Invest. educ. enferm.** v.28, n.3, p. 323-335, 2010.

35 THORODDSEN, A. et al. A Survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries. **Nurs Inform.**, v. 23, p. 206, p. 1-8, 2012.

36 THORODDSEN, A.; EHNFORSS, M. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing

documentation. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, p. 1826 – 1838, 2007.

37 TING-TING, L. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. **Journal of Clinical Nursing**, v. 14, p. 640–647, 2003.

38 TIRADO PEDREGOSA, G. et al . Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. **Index Enferm**, Granada, v. 20, n. 1-2,p. 111-115, 2011.

39 TURKEL, M. C.; RAY, M. A.; KORNBLATT, L. Instead of Reconceptualizing the Nursing Process Let's Re-Name It. **Nurs Sci Q**, v. 25, p. 194-198, 2012.

40 YEH, S. H. et al. Implementation and evaluation of a nursing process support system for long-term care: a Taiwanese study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, p. 3089-3097, 2009.

3.2 A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

A preocupação em estabelecer uma normatização e individualização de cuidados vem fazendo parte das aspirações da enfermagem desde sua profissionalização. No Brasil, Andrade e Vieira (2005) afirmam que em 1934 os estudos de caso, foram utilizados para discussões do ensino e das práticas nos hospitais. Estes estudos eram compostos, basicamente, de história e evolução da doença, tratamento médico e cuidados de enfermagem.

Portanto, desde esta época já se percebe o esforço e a tendência de tornar a assistência de enfermagem mais qualificada, o que pressupõe o embasamento científico com a produção de um corpo de conhecimentos próprios. Assim podemos considerar estas experiências de cuidado da década de 1930, os estudos de caso, como os embriões do Processo de Enfermagem.

O desenvolvimento do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde brasileiros coincidiu com o processo de profissionalização da categoria, que por sua vez, foi influenciado pelas políticas

governamentais, pelo mercado de trabalho e pelo ensino de enfermagem (KLETEMBERG et al., 2010).

Na década de 1950 ocorreu o desenvolvimento da previdência social e dos programas de assistência à saúde no país. Nesta época impulsionada pelas políticas públicas, teve início a fase da ênfase na prática hospitalar. De acordo com Bock et al. (2011) houve um incremento nos investimentos para a construção de hospitais e compra de equipamentos hospitalares, colocando em segundo plano a saúde pública, cujos custos eram bem menores.

Seguindo esta tendência, em 1953 o Ministério da Educação e Saúde foi desmembrado em Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação e Cultura (MEC). Assim, a partir desta data, o MS passou a assumir as atribuições do Departamento Nacional de Saúde (DNS) e mais tarde em, 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, ficando a seu encargo o combate às doenças endêmicas existentes no país, como febre amarela, malária, leishmaniose, doença de Chagas (SANTOS, 1985).

Esta reestruturação marca o início da diminuição das ações de redução das doenças de massa e o incentivo ao aumento da rede hospitalar, o que, segundo Bock et al. (2011) determinou a política de redução dos gastos em saúde pública.

Neste cenário o trabalho da enfermagem no início dos anos de 1950 era exercido predominantemente pelas religiosas, não obstante as iniciativas da Associação Brasileira de Enfermagem e do Sindicato dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde, para a regulamentação da profissão, o que aconteceu em 1955, com a aprovação da Lei nº 2.604/55 (BOCK et al., 2011).

Um acontecimento marcante para o desenvolvimento da profissão neste período foi a aprovação da Lei nº 3.780 de 12 de julho de 1960, que dispôs sobre a classificação de cargos e serviços civis do Poder Executivo, enquadrando a enfermeira como profissão técnico-científica de nível superior no Serviço Público Federal (BOCK et al., 2011). De acordo com estas autoras, esta Lei abriu a perspectiva jurídica e legal da enfermagem ser reconhecida como categoria de nível universitário.

Assim, fica evidente que os anos de 1950 e início de 1960 se constituem no marco inicial do desenvolvimento científico da enfermagem, definido por acontecimentos como o reconhecimento legal da profissão, com a delimitação das atribuições dos enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem, bem como o crescimento das escolas de graduação em enfermagem, sendo este fato, um grande

incentivador das discussões sobre a formação do enfermeiro, principalmente no que se refere ao seu processo de trabalho.

Os avanços da tecnologia na saúde, que foram iniciados na década de 1950, continuaram e tomaram impulso na década seguinte, a década de 1960. Este período foi marcado pelas políticas de saúde com ênfase na prática curativa, individual e especializada, em detrimento das ações preventivas, conseqüentemente repercutindo na prática profissional da enfermagem (KLETEMBERG et al., 2011).

Em relação ao cenário político a década de 1960 ficou marcada por mudanças profundas, desde a ditadura militar, a censura, as lutas sociais e principalmente a guerra fria entre Estados Unidos e União Soviética, cuja aproximação com esta última promovida pelo então presidente Janio Quadros, culminou com o golpe militar de 1964. Não podemos deixar de lembrar também do exílio político de Jucelino Kubitschek, João Goulart, Janio Quadros, artistas e intelectuais como Chico Buarque e Paulo Freire (PEREIRA, 2002).

A década de 1960 é conhecida também como o período do milagre econômico brasileiro, com o desenvolvimento das indústrias, especialmente a automobilística. No entanto, o desenvolvimento das condições de vida da população não acompanhou o crescimento econômico do país, o que segundo Nicz (1982) aconteceu motivado pela diminuição nos investimentos sociais.

Seguindo esta tendência, observamos que neste período ocorreu uma mudança no padrão epidemiológico no Brasil, diminuindo a incidência das doenças transmissíveis, da mortalidade infantil e materna, surgindo novas doenças como as cardiovasculares, câncer, acidentes de trabalho, mortes por violência, relacionadas à precariedade das condições de vida do povo (MINAYO, 1999).

Neste contexto, especialmente no início desta década de 1960, os profissionais de enfermagem impulsionados pelo positivismo, pela lógica do sistema capitalista e pelo avanço da ciência buscaram a valorização da profissão, dando início à construção de um corpo de conhecimento próprio, por meio de elaborações teóricas e pela utilização do método científico, com o objetivo de organização da sua prática (KLETEMBERG et al., 2010).

Koerich et al. (2007) enfatizam que desde este período, se observa uma tendência na profissão pela busca de métodos de organização e planejamento de serviços de enfermagem mais eficientes e que se traduzam numa assistência mais qualificada. Esse movimento foi desencadeado a partir da formulação das teorias de

enfermagem, desenvolvidas primeiramente por teóricas americanas e, no Brasil, por Wanda de Aguiar Horta.

Este movimento pela utilização de um método científico permitiu a valorização profissional no mercado capitalista, o que de acordo com Kletemberg (2004), diferenciou o enfermeiro dos demais integrantes da equipe de enfermagem na realização dos cuidados.

É importante destacarmos que o incremento do Processo de Enfermagem tem uma estreita relação com a implantação do ensino da enfermagem no Brasil, pois certamente a partir do surgimento das escolas de enfermagem, ocorreu um impulso para o desenvolvimento da uma enfermagem mais científica, em consonância com a evolução das profissões.

Assim, o marco histórico da implantação do ensino de Enfermagem no Brasil é considerado o Decreto Federal 791, de 27 de setembro de 1890, que possibilitou a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002). Estes autores enfatizam que seu enfoque era prioritariamente biologicista, priorizando a assistência hospitalar exclusivamente, com aulas ministradas por professores médicos do hospital.

O grande marco na profissionalização da Enfermagem no país, (pois com ela a formação passa a ser realizada e controlada por enfermeiros), acontece quando foi assinado o Decreto nº15.799, de 10 de novembro de 1922, aprovando o regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). O DNSP criou a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1923, anexo àquele hospital, que em 1926, passaria a chamar-se Escola de Enfermeiras Dona Ana Neri⁶ (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011). Neste decreto estavam descritas as atribuições das enfermeiras diplomadas, que estavam centradas na organização dos serviços como, cozinha e rouparia do hospital, além dos cuidados aos doentes. No entanto este decreto enfatiza que os cuidados aos doentes seriam orientados pelos médicos, cujas prescrições deveriam ser rigorosamente cumpridas. As enfermeiras diplomadas, segundo estas autoras, eram chamadas de enfermeiras chefe, denominação que perdurou na sociedade até fins do século XX (KLETEMBERG et al., 2010).

Portanto, podemos afirmar que foi a partir da criação da Escola

⁶ Esta escola é atualmente denominada Escola de Enfermagem Anna Nery.

Anna Nery e do estabelecimento das atribuições das primeiras enfermeiras diplomadas, que teve início o processo de sistematização dos fazeres da enfermagem, mesmo que ainda muito atrelada ao poder e ao conhecimento da profissão médica.

Entretanto, foi na década de 1970 que o ensino do Processo de Enfermagem, nas escolas de graduação e também em cursos de pós-graduação no Brasil, teve seu mais importante desenvolvimento. Neste período, ficou registrada a influência da teórica Wanda de Aguiar Horta em vários acontecimentos, destacando-se a sua participação em 1972, na Escola de Enfermagem Anna Nery, que instituiu o primeiro curso de Mestrado em Enfermagem no Brasil para qualificar profissionais a lecionar nos cursos superiores de enfermagem (CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013).

Outro momento histórico importante na implementação do Processo de Enfermagem no País, foram os anos de 1990, através da publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9394/96), que possibilitou a inclusão do ensino do Processo de Enfermagem de forma mais efetiva nos currículos. Para Figueiredo et al.(2006) a substituição do antigo currículo mínimo pelas diretrizes curriculares, trouxe maior flexibilização à organização e à operacionalização do currículo pleno de graduação, o que contribuiu para a formação de uma massa crítica no assunto.

Falando ainda sobre as mudanças ocorridas nas atribuições do enfermeiro desde o início do século XX e sua relação com o Processo de Enfermagem, destacamos a Lei nº 2.604/55, que foi a primeira lei que regulamentou o exercício profissional da enfermagem, a qual definia como atribuições dos enfermeiros, além do exercício da enfermagem, a direção dos serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares e de saúde pública, a participação no ensino e direção das escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem e a participação nas bancas examinadoras de práticos de enfermagem. Essa lei regulamentou o exercício profissional até 1986, quando a legislação do exercício profissional foi atualizada (KLETEMBERG et al., 2010). Estas autoras afirmam que a implementação do Processo de Enfermagem foi regulamentada pela primeira vez com a publicação da Lei nº 2.604/55, na medida em que definiu as atribuições do enfermeiro, voltadas para a administração e liderança da equipe de enfermagem, suscitando a preocupação na organização da assistência praticada pelos profissionais da equipe de enfermagem, porém de modo vago.

Entretanto a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 constitui-se

no grande marco na história do Processo de Enfermagem no Brasil, visto que regulamentou a prescrição e a consulta de enfermagem, elementos constitutivos e essenciais do Processo de Enfermagem, além de se constituírem em atividades privativas do enfermeiro. A execução da prescrição e da consulta de enfermagem, até os dias atuais, reflete a visibilidade e a credibilidade, demonstrando a necessidade do embasamento científico no processo de trabalho do enfermeiro (CRUZ, 2009; PIMPÃO et al., 2010).

A aprovação desta Lei, de acordo com Kletemberg et al. (2010), retratou o reconhecimento da sociedade sobre a necessidade de implantação do método científico no processo de trabalho do enfermeiro. Desta forma representou um grande avanço para a profissão, delimitando o campo de ação dos profissionais de enfermagem.

Apesar do desenvolvimento profissional da enfermagem rumo à construção de seu corpo de conhecimentos ocorrido ao longo dos anos de 1970, Simões (2007) afirma que a sua prática profissional sofreu certa descaracterização atribuída ao crescimento da indústria hospitalar, contribuindo para o distanciamento entre ensino e prática. Discute ainda que na década de 1980, permaneceu em pauta a revisão do papel do enfermeiro e de suas funções na assistência de saúde às pessoas, aos grupos e à comunidade.

Os anos 1980 inauguram nova proposta de trabalho para o Sistema de Serviços de Saúde, baseada na Conferência de Alma-Ata, com os Cuidados Primários de Saúde. O foco do cuidado que outrora fora predominantemente curativo foi questionado, iniciando-se o movimento de prevenção e extensão da cobertura de cuidados de saúde à população (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006), embora, como afirmam Coelho, Westrupp e Verdi (1995) existisse a dicotomia do modelo sanitarista e do curativista, modelos adotados nas décadas anteriores.

Neste contexto, foi criado em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o qual após da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi inserido na constituição de 1988, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social (KLETEMBERG et al., 2011).

A enfermagem, inserida neste contexto, procurava caminhos para a sua prática, ora voltada para o cuidado curativista ou envolvida com as práticas de prevenção. Neste sentido a implementação do Processo de Enfermagem, nessa década, prosseguiu com adequações,

algumas com a aplicação em formato mais sucinto, outras com a supressão de algumas etapas, como plano de cuidados e prognóstico de enfermagem, com base principalmente na viabilidade prática do processo (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006).

Outra característica deste período destacada pelas autoras acima, foi a diversificação das Teorias de Enfermagem que fornecem o embasamento teórico para a prática assistencial do Processo de Enfermagem na saúde comunitária, em consonância com as mudanças das políticas de saúde da época. Ressaltou-se ainda a necessidade de adaptação multidisciplinar, com o surgimento de novas profissões na área da saúde.

As mudanças epidemiológicas ocorridas neste período, as quais Barata (2008) destaca a diminuição dos índices de sarampo, coqueluche, difteria e tétano, além da erradicação da febre amarela urbana, da varíola e da poliomielite e, sobretudo o surgimento da Aids, os quais influenciaram na prática da enfermagem, direcionando seu interesse para o aprimoramento técnico e científico.

Assim, as décadas de 1980 e 1990 caracterizaram-se por impulso no Processo de Enfermagem, com a elaboração da taxonomia da *North American Nurses Diagnosis Association* (NANDA) e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®), dentre outras. Ressaltamos também, os esforços da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional) para o desenvolvimento e a validação da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®), por tratar-se de uma taxonomia com contribuição brasileira e, portanto, adequada à realidade do país (KLETEMBERG, et al., 2010).

O CIPESC® foi um projeto desenvolvido pela ABEn Nacional entre os anos de 1996 e 2000, como contribuição brasileira à Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®), que resultou em um inventário vocabular no campo da Saúde Coletiva. Para Nichiata (2012) o CIPESC® é uma ferramenta potente para a padronização da linguagem, diante da grande diversidade de termos utilizados pelos componentes da enfermagem, contribuindo para a sistematização da assistência.

Torna-se importante ressaltar o papel do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) na implementação do Processo de Enfermagem no Brasil, a partir da promulgação da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, como já discurremos neste estudo, assim como da Resolução Cofen nº 358/2009, que dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras. Esta resolução é específica à SAE na utilização de método

e estratégia de trabalho científico para identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013).

É importante destacar também a iniciativa da ABEn Nacional, por meio da Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem (Portaria nº 002/2008-ABEn Nacional - Gestão 2007/2010). Através desta subcomissão a ABEn participou do esforço para a implantação da SAE nas instituições de saúde brasileiras. Partiu-se do princípio de que a SAE auxilia na organização do cuidado, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem e, dessa forma, dando visibilidade à contribuição da enfermagem no âmbito da atenção à saúde, em qualquer ambiente onde a prática profissional ocorra, seja em instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, ou em serviços ambulatoriais, escolas, associações comunitárias, fábricas, domicílios, entre outros (MALUCELLI et al.,2010).

A trajetória da implementação do Processo de Enfermagem no Brasil é repleta de desafios, como discorreremos até agora. Através desta forma de organização do trabalho a enfermagem obteve muitas conquistas, que foram fundamentais para a sua constituição profissional.

3.2.1 OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA REALIDADE BRASILEIRA

No entanto, mais do que conquistas constituem-se em desafios, caracterizados por dificuldades na sua implantação e implementação.

Ao longo destas décadas de implementação do Processo de Enfermagem em nosso país, Kletemberg et al.(2010) destacam que a não delimitação de funções correspondentes a cada nível de formação na equipe de enfermagem deve ter contribuído para as dificuldades encontradas pelo enfermeiro na sua aplicação, pois se existia a clareza de que competia a este profissional a supervisão, administração e o ensino, isso não acontecia na delegação das ações de enfermagem a serem executadas.

Já Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009) afirmam que o Processo de Enfermagem tem demonstrado potencialidades e dificuldades nos serviços de saúde, uma vez que faz parte da reorganização e

sistematização das práticas em saúde, cenário que vem sofrendo uma mudança paradigmática no modo de produzir saúde, que foi iniciada com o movimento da Reforma Sanitária na década de 1970 e que culminou com a criação do SUS.

De acordo com estes autores ao longo dos anos ocorreram mudanças nas ações do enfermeiro em função das necessidades dos serviços de saúde, determinadas por suas políticas, com o afastamento gradativo desse profissional do cuidado direto ao paciente e sua inserção gradativa nas atividades de gerenciamento do cuidado e da unidade no cotidiano da prática profissional.

Neste contexto, o cuidado direto passou a ser desempenhado mais frequentemente pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que impactou na caracterização científica deste cuidado. Outro aspecto a ser observado, analisando a realidade dos serviços de saúde, diz respeito à dificuldade da realização de uma prática integral na realização dos cuidados em enfermagem, sendo que Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009) apontam o Processo de Enfermagem como uma forma de reorganizar estas práticas.

Para Kletemberg; Siqueira e Mantovani (2006), as dificuldades e resistências experimentadas na implementação do Processo de Enfermagem no Brasil não podem ser contabilizadas apenas à vontade dos profissionais, mas, sim, pelos interesses antagônicos da sociedade brasileira.

As autoras discutem que durante as décadas de 1970 e 1980 o enfermeiro teve que atuar eficazmente, diante de exigências do mercado que exigia maior complexidade de conhecimentos e especificidades do cuidado para acompanhar o avanço tecnológico na área médica. Ademais outras dificuldades permearam o fazer do enfermeiro, influenciando de maneira negativa na implementação do Processo de Enfermagem, como: a falta de interesse das instituições de saúde pelo cuidado direto e o planejamento da assistência, valorizando apenas o bom andamento do serviço de enfermagem; a academia, por sua vez, conclamando para o cuidado direto ao paciente e o planejamento das ações da equipe de enfermagem; a escassez de profissionais de enfermagem nas instituições prestadoras de cuidado, acarretando em excesso de atividades; as atividades administrativas cobradas pelas instituições empregadoras; a falta de destreza na execução de algumas técnicas, que o colocavam sob avaliação da equipe quanto a sua competência e a dificuldade no cumprimento das ações prescritas pelo enfermeiro, devido ao despreparo dos atendentes de enfermagem, representantes majoritários da força de trabalho no

período (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006).

Outro fato que Kletemberg; Siqueira e Mantovani (2006) apontam como desfavorável na implementação do Processo de Enfermagem no Brasil é a pluralidade de termos utilizados com o mesmo significado, como: planejamento de cuidados, plano assistencial e plano de cuidados; anotações e registros; sistematização da assistência e metodologia da assistência. Afirmam que essa diversidade pode ter contribuído para dificultar a socialização do conhecimento, contribuindo para que profissionais não se apropriassem desse método científico no processo de trabalho.

Mesmo com o empenho dos órgãos representativos e de toda a classe profissional, trata-se de um saber que, apesar de ter sido introduzido no Brasil na década de 1960, ainda apresenta uma enorme lacuna entre a produção do conhecimento e sua aplicabilidade na prática diária do enfermeiro (FIGUEIREDO et al., 2006). De acordo com estes autores na literatura brasileira da década de 1980 já se encontravam vários relatos sobre experiências de implementação do Processo de Enfermagem em instituições de saúde brasileiras, o que reforça a existência de um interesse antigo, por parte dos enfermeiros em operacionalizá-lo.

Entretanto, observa-se que a operacionalização do Processo de Enfermagem ainda continua sendo o principal foco da produção de conhecimento sobre o assunto, visto que o processo de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil continua em fase de construção, procurando-se caminhos e estratégias que sejam aplicáveis nas diferentes áreas de atuação profissional (FIGUEIREDO et al., 2006).

Souza et al. (2012) apontam algumas dificuldades operacionais na implementação do Processo de Enfermagem no Brasil, como a falta de conhecimento acerca das suas fases ou etapas, o número excessivo de tarefas para a equipe de enfermagem e para o enfermeiro e a deficiência na qualidade da educação profissional. Destacam ainda o grande número de atividades técnicas e burocráticas sob a responsabilidade do enfermeiro, em detrimento da realização do Processo de Enfermagem. Neste sentido o Processo de Enfermagem é compreendido em algumas realidades, como uma atividade inviável na prática, sendo executada apenas pelos acadêmicos de enfermagem, que acabam por não interagir com os profissionais.

Entretanto Carvalho e Kusumota (2009) afirmam que algumas estratégias potencializaram o uso do Processo de Enfermagem no Brasil, como por exemplo, a ampliação do uso da informática nos

cenários da prática; melhores condições de trabalho da equipe de enfermagem; melhor remuneração; adoção de processo de educação permanente pelas instituições prestadoras de assistência; existência de legislação que retrata a obrigatoriedade da SAE; o movimento de controle de qualidade da assistência com o desenvolvimento de indicadores de resultados da SAE. Destacam ainda os resultados das inúmeras pesquisas sobre a dinâmica e os processos cognitivos envolvidos no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, os modelos de assistência disponíveis na literatura e o movimento para o emprego das Taxonomias ou Classificações dos Fenômenos de Enfermagem, como a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®) dentre outros, com divulgação de seu uso nos diferentes cenários de prática.

3.2.2 WANDA DE AGUIAR HORTA E O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Durante vinte anos, Wanda de Aguiar Horta foi professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), introduzindo em 1963, o plano de cuidados de enfermagem, na disciplina Fundamentos de Enfermagem. Nesta mesma época, criou a revista “Enfermagem em Novas Dimensões”, constituindo-se em um importante veículo para a divulgação das publicações científicas da enfermagem brasileira (GONÇALVES, 1988).

Iniciou seu trabalho pelo estudo do Processo de Enfermagem, desenvolvendo em 1968, um método de observação sistematizada dos aspectos físicos do cuidado (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006).

Entretanto o emprego da sistematização das ações de enfermagem no Brasil ocorreu com maior ênfase, a partir da publicação do livro "Processo de Enfermagem", em 1979.

Baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham Maslow, sob a classificação de João Mohana, Wanda Horta propôs uma metodologia, a qual denominou Processo de Enfermagem. Essa metodologia é permeada pelo método científico e compõe seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

De acordo com Luz e Miranda (2010), antes da publicação de Horta, a maioria das teorias era desenvolvida por enfermeiras americanas e a partir da publicação do livro de Wanda Horta a metodologia do Processo de Enfermagem sofisticou-se e passou a ser implantada em algumas instituições hospitalares, apesar de algumas resistências iniciais quanto à sua efetivação.

Outrossim, a publicação de Horta coincidiu com o processo de qualificação docente imposto pela reforma universitária, o que provocou na academia o desenvolvimento de metodologias de ensino e validação em hospitais-escola do Processo de Enfermagem proposto por ela (KLETEMBERG et al., 2010). É inquestionável que o trabalho de Wanda de Aguiar Horta foi um dos maiores responsáveis pelo desenvolvimento do Processo de Enfermagem no Brasil.

Anteriormente a este período, em 1967, Wanda Horta, foi a autora do primeiro artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem sobre Processo de Enfermagem intitulado “Considerações sobre o diagnóstico de Enfermagem”, confirmando-se como precursora da aplicação da metodologia científica no Brasil e a forte influência dela durante as décadas seguintes (LUCENA; BARREIRA, 2011). Wanda Horta com suas ideias pretendia como relatam estas autoras, sistematizar o pensamento e o raciocínio de enfermagem, com o objetivo de identificar os problemas do paciente, elaboração que as enfermeiras já realizavam, porém, de forma intuitiva e sem registros.

Ainda em 1967, Wanda Horta, Nara Sena de Paula e Yoriko Hara publicaram o artigo “Ensino do planejamento de cuidados em Fundamentos de Enfermagem”, na Revista Brasileira de Enfermagem, o qual trazia os resultados de suas experiências na disciplina Fundamentos de Enfermagem em 1963, como tarefa facultativa na escola da Universidade de São Paulo (USP), tornando-se ano seguinte, requisito básico do estágio prático do curso de graduação de enfermagem (PAULA; HARA; HORTA, 1967).

Nos anos de 1970, Horta continuou propagando a necessidade do planejamento da assistência em quatro artigos publicados entre 1970 e 1971, todos na revista Brasileira de Enfermagem. O primeiro foi publicado em 1970, intitulado “Contribuição para uma teoria de enfermagem”. Neste artigo, expôs suas observações de fatos relacionando-os a conceituações de enfermagem, do qual derivavam conceitos, proposições e princípios do assistir em enfermagem, marcando assim, o início de sua teoria (HORTA, 1970).

O segundo artigo, publicado em 1971, “O ensino dos

instrumentos básicos de enfermagem”, de autoria de Wanda Horta, Yoriko Hara e Nara Sena de Paula, no qual relatam a experiência do ensino dos instrumentos básicos da enfermagem na disciplina Fundamentos de Enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Neste texto as autoras consideram como instrumentos básicos da enfermagem a comunicação, o planejamento, a avaliação, o método científico, a observação, o trabalho em equipe, a destreza manual e a criatividade (HORTA; HARA; PAULA, 1971).

O terceiro artigo, publicado em 1971, “A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem”, Wanda Horta descreve e conceitua o histórico de enfermagem como o primeiro passo do método científico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem (HORTA, 1971a).

O quarto artigo, também publicado em 1971, “A metodologia do Processo de Enfermagem” é um marco na história da sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. Ele coroa e agrupa a produção anterior da autora, quando conceitua e estrutura as etapas do Processo de Enfermagem. Nele, ela discorre sobre o referencial americano que embasou seus estudos, como os conceitos de prognóstico de enfermagem, histórico de enfermagem, plano de cuidados (HORTA, 1971b).

Até os dias de hoje, Wanda Horta é reconhecida por sua incontestável contribuição para a construção da ciência da enfermagem. Sua capacidade teórica e espírito visionário impulsionaram os avanços científicos da enfermagem brasileira.

Devido ao seu estado de saúde, de acordo com Gonçalves (1988), Wanda Horta teve de diminuir seu ritmo de trabalho, o que a impediu de continuar aperfeiçoando sua obra. Sua morte, ocorrida em 1982, deixou uma grande lacuna. No entanto havia lançado sementes, que até hoje continuam dando frutos, sendo sua obra considerada um marco na enfermagem brasileira.

Os conceitos, pressupostos, princípios e principalmente sistematização da sua teoria, contém elementos importantes para se resgatar uma assistência de enfermagem mais individualizada e integral ao ser humano.

3.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM E O DESENVOLVIMENTO DA PROFISSÃO

Nesta etapa da revisão da literatura vamos discorrer sobre as contribuições do Processo de Enfermagem para o desenvolvimento da profissão, tomando como ponto de partida as características de uma profissão defendidas pelo sociólogo Eliot Freidson, teoria que alicerçará a análise deste estudo.

Segundo Freidson uma ocupação pode ser considerada uma profissão quando possui um corpo de conhecimento (expertise); um serviço voltado para a coletividade; autonomia sobre seus próprios padrões de formação e treinamento; credencialismo; *status* profissional. Enfatiza que, entre as características das profissões, cinco são específicas da autonomia, quais sejam, padrões de educação e treinamento determinados pela profissão; reconhecimento profissional por credenciamento legal; os membros da profissão são membros de conselhos licenciadores e de admissão; majoritariamente a legislação que rege uma profissão é elaborada por ela mesma e, a última, trata da avaliação e do controle do profissional relativamente realizada por leigos (FREIDSON, 2009).

Iniciaremos a discussão sobre a influência do Processo de Enfermagem no desenvolvimento da profissão, a partir da necessidade da formação de um corpo de conhecimento próprio, determinando a expertise da mesma. Este *corpus* inclui tanto o conhecimento prático, ou seja, o conhecimento empírico, como aquele adquirido através de estudos e pesquisas científicas. Estes conhecimentos formarão os fundamentos sólidos da profissão, assegurando qualidade e segurança nos serviços prestados à população.

O Processo de Enfermagem possibilita a formação do corpo de conhecimento próprio, na medida em que utiliza o método científico para o levantamento e a identificação da situação de saúde do indivíduo, família e comunidade.

Sob esta perspectiva, Padilha e Borenstein (2006) afirmam que o uso do Processo de Enfermagem permite a aplicação dos fundamentos teóricos da enfermagem na prática, direcionando o cuidado de forma individualizada, personalizada e humanizada.

É indiscutível a importância de uma prática de enfermagem pautada em princípios científicos. Desde a aprovação da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o seu exercício profissional, a enfermagem tem o respaldo legal e a obrigação ética de utilizar a Sistematização da Assistência e desta o Processo de Enfermagem, para guiar sua prática com cientificidade, conferindo mais segurança aos usuários (BRASIL, 1986).

Assim, a partir do momento em que é considerado um instrumento útil para a avaliação do cuidado, o Processo de Enfermagem, através do gerenciamento das informações de enfermagem, pode qualificar a assistência, desde que, segundo Duran e Toledo (2011) sua aplicação esteja pautada em uma apreensão ampliada das necessidades de cuidado dos usuários e orientada na perspectiva do cuidado integral.

Sobre esse aspecto Barros e Chiesa (2007) afirmam que o Processo de Enfermagem se faz necessário para a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades e intervenções específicas da profissão, na assistência e no cuidado dos indivíduos, famílias e grupos sociais.

Silva et al. (2011) conceituam Processo de Enfermagem como um método de prestação de cuidados cujo objetivo é implementar uma assistência segura, com o mínimo de complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e a recuperação do paciente. Afirmam ainda que o uso do Processo de Enfermagem requer o pensamento crítico do profissional, que deve estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, de forma a atender as necessidades do paciente e de sua família, o que pressupõe constante atualização, habilidades e experiência, além de orientação do ponto de vista da conduta ética e moral.

Neste contexto o Processo de Enfermagem promove a melhoria da assistência prestada à população, fazendo-a perceber a importância do serviço de enfermagem para a efetivação desta assistência, na medida em que possibilita uma avaliação contínua e sistematizada de seus serviços. Percebe-se neste aspecto o alcance da visibilidade da profissão perante a população, razão de ser desta assistência.

Entretanto a qualidade da assistência de enfermagem, de acordo com D’Innocenzo; Adami; Cunha (2006) envolve aspectos primordiais como os conhecimentos e as habilidades, as crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais. Ademais estes autores defendem que os conhecimentos que fundamentam as ações da enfermagem constituem um conjunto teórico, denominado de “a ciência da enfermagem”, sendo expressos na prática pelo Processo de Enfermagem, que busca por meio da sistematização das ações, um nível de qualidade compatível com as necessidades do cliente, de sua família e da comunidade, utilizando os recursos disponíveis. A habilidade envolve a capacidade de cuidar, constituindo um dos alicerces da qualidade da assistência. As crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais, influenciam o padrão

estabelecido para a assistência de enfermagem que se fundamenta na qualidade dos resultados desejados, da interação do enfermeiro com o cliente e reflete-se no compromisso do ser enfermeiro e do estar exercendo a profissão.

Gonçalves et al. (2007) concordam que a implementação do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde fornece visibilidade ao trabalho dos profissionais de enfermagem, além de favorecer seu reconhecimento, tanto pelos demais membros da equipe de saúde, como pela população assistida. Isto acontece na medida em que este se constitui em instrumento metodológico que favorece o cuidado e organiza as condições necessárias ao desenvolvimento da prática de enfermagem, condições estas que possibilitam o desenvolvimento da profissão.

Nesta perspectiva, o Processo de Enfermagem cumpre seu papel no desenvolvimento da profissão, na medida em que possibilita a avaliação e o seu controle social.

Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013) em pesquisa realizada com enfermeiros identificaram que o Processo de Enfermagem é concebido como um instrumento ideal para o gerenciamento da assistência e para o reconhecimento social da profissão, na medida em que facilita o dimensionamento de recursos humanos e promove a educação permanente. Por outro lado, além de proporcionar maior qualidade à assistência, propicia também, maior eficiência, autonomia e cientificidade à profissão, o que pode garantir, dessa forma, maior valorização e reconhecimento.

Neste contexto, Carvalho e Kusumota (2009) afirmam que o emprego do Processo de Enfermagem está associado às mudanças que ocorrem na prática de enfermagem, influenciadas pelos pressupostos metodológicos, filosóficos e aos aspectos éticos e legais que regem a profissão, assim como ao conhecimento científico disponível.

O advento de novas profissões para atuarem na área da saúde, modificou o papel do enfermeiro no contexto da equipe de saúde. No âmbito do trabalho interdisciplinar suas atividades ficaram mais delimitadas, destacando-se como coordenador, permitindo com isto, que se concentre no campo do conhecimento próprio da enfermagem, sendo que para D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006) o Processo de Enfermagem, se constitui no método pelo qual isto pode ser realizado.

O Processo de Enfermagem é considerado por Ledesma-Delgado e Mendes (2009) como uma metodologia própria que permite explicitar a essência da enfermagem, suas bases científicas, tecnologias e pressupostos humanistas, que estimulam o pensamento

crítico e a criatividade, permitindo a solução de problemas da prática profissional. Esta metodologia representa a tentativa para evidenciar e compreender o trabalho da enfermagem, na medida em que direciona o cuidado como prática reflexiva. Além disso, estes mesmos autores enfatizam que através do Processo de Enfermagem os enfermeiros executam ações de cuidado individualizadas, sendo este aspecto uma demonstração de trabalho autônomo, fundamentado em conhecimentos e saberes, raciocínio crítico e tomada de decisões.

O Processo de Enfermagem proporciona autonomia perante os demais profissionais da saúde, pois os enfermeiros cumprem as metas do cuidado estabelecidas, utilizando conhecimentos e habilidades da profissão, avaliando as necessidades dos usuários, comunicando preocupações e prioridades, coordenando os recursos da equipe multidisciplinar (LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009).

Neves e Shimizu (2010) definem o Processo de Enfermagem como a organização do trabalho, implicando na definição da natureza e do tipo de trabalho a ser realizado, desde a base teórico-filosófica, o tipo de profissional requerido, técnicas, procedimentos, métodos, objetivos e recursos materiais para a produção do cuidado. Afirmam ainda que é um instrumento do processo de trabalho que deve ser incorporado ao ensino e à prática da enfermagem através do planejamento, da organização e execução do cuidado e do próprio gerenciamento da assistência de enfermagem.

Repetto e Souza (2005) também ressaltam a importância de uma prática de enfermagem baseada e instrumentalizada por um referencial próprio, criado e construído pelos próprios profissionais de enfermagem, o qual possibilita a união da teoria à prática, tendo em vista que a assistência de enfermagem vai além do modelo médico.

Este contexto favorece que diversos modelos teóricos, segundo Alves et al. (2007), sejam desenvolvidos e aplicados na prática de cuidado da enfermagem da área hospitalar, no intuito de encontrar respostas a problemas de saúde e de doença, em que o modelo clínico essencialmente biomédico não consegue resolver.

Sobre os aspectos positivos da utilização do Processo de Enfermagem nas instituições de saúde, Neves e Shimizu (2010) relatam que confere segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, na individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro. Azeredo, Silva e Lima (2010) acrescentam ainda definição e valorização do papel do enfermeiro, como benefícios da utilização do Processo de Enfermagem.

No entanto, alguns desafios fazem parte da trajetória de construção do Processo de Enfermagem nas instituições como: o conhecimento científico, o número de enfermeiros nos serviços, o envolvimento deles com o processo, a valorização por parte da administração da instituição, bem como os indicadores de resultado da assistência. Ao mesmo tempo, realizar o Processo de Enfermagem requer do profissional base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do outro (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Apesar dos desafios que os enfermeiros têm enfrentado para atuar mediante a sistematização de suas ações, é indiscutível que a prática do Processo de Enfermagem possibilita a construção e utilização de um corpo de conhecimentos próprio da enfermagem, ou seja, a expertise, aspecto que contribui para um fazer profissional autônomo, condição essencial para a construção da identidade profissional.

Sobre este aspecto Menezes, Priel e Pereira (2011) enfatizam que quanto melhor implementada a autonomia profissional e os processos de trabalho da enfermagem, mais oportunidades o enfermeiro terá em atuar com base no conhecimento técnico e científico e em seu julgamento e poder decisório, essenciais para a preservação da sua autonomia profissional.

Autonomia, para Freidson (2009) é o domínio de uma profissão em controlar o seu trabalho, mas que seja garantido pela sociedade. Para este autor, autonomia é ainda uma qualidade que confere poder à profissão, a qual alcança o seu *status* quando realiza sua prática resguardada pela sociedade e pelo controle do estado.

Kraemer, Duarte e Kaiser (2011) consideram que o Processo de Enfermagem é um caminho de autonomia para a profissão por representar uma metodologia de assistência reconhecida pelos enfermeiros, por permitir uma aproximação destes junto ao usuário, tanto no momento da sua elaboração quanto na prestação do cuidado, sua maior competência; por exigir conhecimento científico, responsabilidade profissional e compromisso com o exercício profissional, aspecto que para Garcia e Nóbrega (2009), possibilita uma concreta avaliação da prática profissional.

Bueno e Queiroz (2006) afirmam que a autonomia profissional do enfermeiro se concretiza a partir do “ser enfermeiro” constituído primordialmente pelo seu conhecimento próprio que advém do processo de cuidar, representado na prática pelo Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem confere autonomia profissional para o enfermeiro, sendo essencial que toda a equipe de enfermagem utilize essa metodologia de trabalho. Esta autonomia é alcançada na medida em que fornece o suporte teórico e a segurança na tomada de decisões frente ao usuário, trazendo como consequência maior visibilidade à profissão (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012).

Hermida (2004) também defende que o uso do conhecimento científico específico proporcionado pelo Processo de Enfermagem, confere valorização da enfermagem enquanto profissão, possibilitando a autonomia necessária para desenvolver um trabalho consciente, eficiente e gratificante do ponto de vista de resultados positivos na assistência prestada.

Portanto, o Processo de Enfermagem constitui-se em um modo de exercer a profissão com autonomia, baseada na expertise a qual a categoria vem desenvolvendo nas últimas décadas, condições que possibilitam o alcance do *status* do qual tanto necessita para reforçar sua identidade profissional.

A iniciativa para assumir condutas e atitudes está intimamente relacionada ao conhecimento que o profissional possui, pois este confirma aos enfermeiros a certeza de estarem agindo da maneira mais correta e adequada (SILVA et al., 2011). Os autores ainda afirmam que as questões relacionadas ao mercado de trabalho, como a relação com outros profissionais de saúde, estrutura e organização política da saúde e educação, bem como as relações sociais e econômicas envolvidas no processo interferem nesta autonomia. Enfatizam que praticar enfermagem com uma proposta metodológica requer conhecimento, habilidade, apoio institucional e acima de tudo, vontade e ousadia.

O Processo de Enfermagem como parte da SAE, está estruturado em etapas. Estas etapas diferem em número e nomenclatura dependendo do referencial teórico ou teoria que o sustenta. Mas encontramos na literatura que geralmente o Processo de Enfermagem acontece em cinco etapas, sendo elas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem. Já Horta (1979) organizou seu Processo em seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem.

O Cofen através da Resolução nº 358/2009 (BRASIL, 2009, s/p) define o Processo de Enfermagem com cinco etapas inter-relacionadas, quais sejam:

- a) 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-doença.

b) 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-doença e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

c) 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-doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

d) Implementação: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

e) 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 (BRASIL, 2009, s/p).

Souza et al. (2012) enfatizam que na execução da primeira etapa do Processo de Enfermagem, é necessário sensibilizar os enfermeiros para a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem, demonstrando que ela oferece a base de dados necessária ao enfermeiro para a tomada de decisões, elaboração, implementação e avaliação de um plano de cuidados humanizado e diferenciado para cada paciente. Oferece também visibilidade e

reconhecimento profissional, bem como revela a documentação da prática da enfermagem, particularmente do enfermeiro, garantindo respaldo legal para eventuais questões jurídicas.

Outro aspecto importante a ser citado quando se discorre sobre a SAE e o Processo de Enfermagem é a adoção de sistemas de classificação. Este movimento teve início nos Estados Unidos na década de 1950 e atualmente considera-se que permite o uso de uma linguagem única e padronizada, a qual favorece o processo de comunicação, a compilação de dados para o planejamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas, o processo de ensino aprendizagem profissional e, fundamentalmente, confere cientificidade ao cuidado.

Neste contexto Truppel et al. (2009) consideram que é impreterível a normatização da terminologia para possibilitar a uniformidade do significado dos termos e o seu uso científico. Assim os termos empregados pelos profissionais, podem transmitir informações uniformes, tornando a comunicação mais eficaz. Apontam também que o uso de uma linguagem padronizada é uma das prioridades da profissão, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência, uma vez que torna visível e reconhecido o saber e o fazer da enfermagem pelas demais áreas do conhecimento. Estas autoras apontam que com o intuito de satisfazer a necessidade de padronizar a linguagem na enfermagem, os sistemas de classificação da prática foram desenvolvidos, tais como a *Nursing Interventions Classification* (NIC), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Isto resulta na consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico. Estes sustentam e caracterizam a enfermagem enquanto disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos (TRUPPEL et al., 2009).

4 REFERENCIAL TEORICO

Continuaremos a discorrer sobre a sustentação teórica deste estudo, focalizando neste momento o referencial teórico escolhido. Polit e Beck (2011) argumentam que o referencial teórico ajuda a tornar os resultados das pesquisas significativos e interpretáveis, permitindo que o pesquisador faça ligações entre observações dentro de um sistema ordenado.

Além disso, orienta a compreensão do pesquisador “não apenas sobre o ‘o que’ do fenômeno, mas também sobre ‘o porquê’ da sua ocorrência” (POLIT; BECK, 2011, p. 223).

Assim sendo, o referencial teórico deste estudo está alicerçado pela sociologia das profissões de Eliot Freidson. Este autor nos apresenta os principais elementos teóricos que, segundo ele, são necessários para a análise das profissões. Neste sentido, julgamos que este referencial forneceu o embasamento para que pudéssemos discutir e compreender de que forma a implantação e a implementação do Processo de Enfermagem realizado há mais de três décadas no HU-UFSC, contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem como profissão.

4.1 ELIOT FREIDSON: UMA BREVE BIOGRAFIA

Eliot Lazarus Freidson foi professor emérito de sociologia da Universidade de Nova York, onde trabalhou durante trinta anos.

Nasceu em vinte de fevereiro de 1923 em Boston, nos Estados Unidos e faleceu em 2005. Era o único filho homem de uma família de imigrantes judeus russos, com outras três filhas. Seu pai, Joseph Freidson, refugiou-se em Boston, juntamente com outros judeus, do regime Czarista da Rússia (BONELLI, 1998).

Desde criança tinha uma personalidade muito questionadora, estava sempre atento às coisas que o rodeavam (PEREIRA NETO, 2009).

Quando completou dez anos de idade, sua família mudou-se para Brookline, pequena cidade do subúrbio da Grande Boston ocupado por uma população de classe média alta, de origem anglo-saxã, cujo comportamento beirava o antissemitismo. Este fato o colocou como minoria na vizinhança, fazendo-o isolar-se e ter sentimentos de não pertencimento àquele mundo (BONELLI, 1998).

Não era muito dedicado à educação formal e desejava ser poeta. Desde a adolescência dedicou-se a leituras que satirizavam e atacavam a burguesia pouco intelectualizada da época. Este seu comportamento fez com que não acompanhasse os estudos no tempo normal, o que dificultou seu ingresso em uma universidade. Assim, ingressou no College University of Chicago, que fornecia um diploma mais geral, concluindo o curso de *liberal arts* (BONELLI, 1998).

Entrou no serviço militar durante a segunda guerra mundial, entre 1943 e 1946, tendo servido na Itália. Naquele país atuou como decodificador e receptor de informações dos alemães. Depois que a guerra acabou, permaneceu na Europa trabalhando na infantaria e conhecendo cidades como Milão, Roma e Zurique (BONELLI, 1998).

Quando voltou para os Estados Unidos dedicou-se ao seu mestrado e doutorado, entre os anos de 1946 e 1952 na Universidade de Chicago, vindo-se depois, desempregado e com mulher e filho para sustentar. Assim aceitou uma bolsa de estudos de pós-doutorado no Departamento de Psicologia da Universidade de Illinois. Este aspecto marca seu início de carreira - a necessidade de aceitar empregos que garantissem a subsistência para si e sua família. Neste contexto, ele aceitou o convite para trabalhar no Hospital Montefiori, em Nova York sendo considerado então o ponto de virada de sua carreira (PEREIRA NETO, 2009).

Trabalhou neste hospital até o ano de 1956, quando então, iniciou sua carreira de professor de sociologia na Universidade de Nova York, onde continuou a pesquisar no campo da sociologia da medicina e das profissões. Como reconhecimento pelos seus estudos, em 1963 foi eleito presidente da Seção de Medicina da Associação Americana de Sociologia (PEREIRA NETO, 2009).

Em 1970 publicou o livro *Profession of Medicine*, sendo considerado um dos maiores expoentes da sociologia das profissões na Europa e nos estados Unidos da América (BONELLI, 1998; PEREIRA NETO, 2009).

Foi nomeado professor associado de sociologia na Universidade de Nova York em 1961 e professor titular em 1964, sendo presidente do Departamento de Sociologia de 1975-1978. Aposentando-se em 1993 embora tenha continuado como professor visitante na Universidade da Califórnia, em São Francisco. No dia 14 de dezembro de 2005, aos 82 anos, morreu na cidade de São Francisco vítima de Linfoma Não Hodgkin (PEARCE, 2005).

4.2 A SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES DE ELIOT FREIDSON

A opção em fundamentar a análise deste estudo no referencial de Freidson deve-se à contribuição deste autor para a compreensão dos elementos constituintes de uma profissão, principalmente no que tange ao desenvolvimento de um corpo de conhecimento, autonomia e *status* profissional. Estes elementos trazidos por Freidson são considerados neste estudo, como as principais contribuições do Processo de Enfermagem para o desenvolvimento desta profissão, precisando então serem discutidos e compreendidos à luz deste referencial.

Nesta perspectiva Boneli (1998) elenca as principais contribuições de Freidson aos estudos profissionais, quais sejam: a conceituação das profissões; a análise dos poderes e privilégios profissionais e de suas esferas de controle, que resultam no monopólio do conhecimento e das atividades de proteção às profissões; a defesa das profissões, com argumentos sobre as visões que as consideravam negativas ou desnecessárias.

A análise histórica da implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC e do seu papel no desenvolvimento profissional proporcionou a possibilidade de rever a enfermagem enquanto profissão, a partir de sua própria tradição histórica, bem como a articulando com outras áreas científicas, em um exercício de interdisciplinaridade.

Quando afirmamos que a implantação e implementação do Processo de Enfermagem no HU-UFSC impulsionou o desenvolvimento profissional da enfermagem, torna-se imprescindível a descrição dos elementos constituintes da profissão realizada por Freidson.

Atendendo a este quesito passamos agora a discorrer sobre estes elementos, começando pela definição de profissão.

Para Freidson (2009) uma **profissão** distingue-se em relação a outras ocupações menores no que se refere à autonomia organizada e legitimada em seu poder. Declara que a autonomia confere à profissão um monopólio ocupacional que assegura uma posição de dominância no interior de um processo de divisão de trabalho. Esta autonomia é, para ele, baseada em dois princípios fundamentais: o conhecimento teórico reconhecido e protegido pelo Estado e o apoio das elites.

Profissão na perspectiva de Freidson (2009) é um grupo de pessoas que desempenha um conjunto de atividades de onde tira a

maior parte de seu sustento. A profissão é considerada útil ou produtiva, por isso, quem a exerce recebe remuneração. Para ele a profissão tem uma perícia tão própria ou complexa, que impossibilita que os leigos possam exercer as mesmas atividades de maneira segura, com a mesma qualidade e tampouco, possam avaliar o trabalho de maneira adequada.

A distinção mais importante entre profissão e ocupação é a autonomia legitimada e organizada, o que consiste, entre outras coisas, no direito de controlar seu próprio trabalho, de determinar quem pode exercer e de que maneira podem ser realizadas as atividades (FREIDSON, 1988; FREIDSON, 2009).

Freidson (2009) nos traz uma perspectiva diferente em relação aos tipos de profissão. Ele distingue dois tipos de profissão: profissão de consulta e profissão acadêmica.

A primeira define como aquela que vende seus serviços a uma clientela; mantém relacionamento direto e contínuo com a população leiga, cujas necessidades têm consequências sobre a organização da profissão, pois têm que ser satisfeitas.

Já a profissão acadêmica, segundo Freidson (2009), não têm a mesma preocupação e compromisso em relação à sociedade, pois o profissional deve satisfação sobre suas atividades para a comunidade acadêmica, ou seja, seus colegas, ou outros profissionais desta mesma comunidade. Cria e elabora o conhecimento oficial e o aplica à vida cotidiana.

Nesta perspectiva, Bellaguarda et al.(2013) classificam a enfermagem como uma profissão de consulta, pois seu fazer acontece a partir do conhecimento construído como ciência aplicada, em que seus membros profissionais resolvem problemas que emergem dos usuários dos serviços de saúde, mantendo vínculo direto com estes.

Concordando com estes autores afirmamos que estes fazeres se referem primordialmente à SAE, mais especificamente ao Processo de Enfermagem, no qual o enfermeiro aplica o método científico na resolução dos problemas dos usuários, os quais são identificados a partir de uma relação dialógica.

Goode (1960) *apud* Freidson (2009) distingue duas características centrais das profissões: o treinamento prolongado e especializado de um corpo de conhecimento e o serviço voltado para a coletividade. Das que derivam destas duas características, cinco referem-se à autonomia: a profissão determina os próprios padrões de educação e treinamento; a prática é reconhecida por um credenciamento legal; conselhos de licenciamento e admissão

compostos por membros da profissão; legislação majoritariamente elaborada por ela própria; o profissional é livre relativamente do controle dos leigos.

Freidson (2009) enfatiza que o controle sobre o seu treinamento e educação é decisivo na distinção entre uma profissão e uma ocupação.

Outro elemento que Freidson (1988) destaca é a **organização social**, pois é o elemento que melhor define uma profissão, mais do que as normas, atitudes ou ética, pois a organização social tem uma relação mais próxima dos pacientes do que as normas, atitudes ou ética, na verdade as primeiras têm mais relação com o comportamento do que as últimas.

Para Freidson (2009) a característica mais estratégica e preciosa de uma profissão é a **autonomia**, que por sua vez, advém de sua relação com o Estado, sem o qual ela não é autônoma. Mas esta autonomia não é absoluta, pois o Estado tem soberania sobre todos e estabelece autonomia condicional para alguns. A autonomia é vulnerável ao controle profissional leigo ou não profissional.

No entanto o Estado deixa nas mãos da profissão o controle dos aspectos técnicos do seu trabalho, pois este não pode ser avaliado nem controlado por outras ocupações em sua divisão do trabalho. Ressalta que a ausência de uma liberdade completa em relação ao Estado e do controle socioeconômico do trabalho não altera significativamente seu caráter de profissão. Para ser livre, uma profissão não precisa ser empreendedora (FREIDSON, 2009).

No entanto esta autonomia se realiza dentro de um ambiente protegido pelo Estado e, a profissão tem que ter poder suficiente para controlar todas as dimensões de seu trabalho, sem a interferência de um grupo leigo. Neste sentido esta autonomia tem um alcance amplo, incluindo as condições econômicas do trabalho, a localização, a organização social e o conteúdo técnico do trabalho (FREIDSON, 2009).

Enfatiza ainda que a autonomia técnica está na essência daquilo que é único às profissões, e quando esta é conquistada, outros segmentos de sua prática, como a deferência a sua expertise, o poder de reivindicar condições de trabalho adequadas e melhor remuneração, são conquistados.

Freidson (2009) afirma que o médico com base em sua perícia para o diagnóstico e tratamento, pode não controlar, ou ao menos influenciar outras áreas de seu trabalho, pois diagnosticar e prescrever são prerrogativas para a autonomia. Neste sentido o Processo de

Enfermagem, na medida em que possibilita que o enfermeiro faça o diagnóstico de enfermagem e prescreva as intervenções, também influencia na autonomia profissional da enfermagem.

Outro aspecto da autonomia profissional apontado por Freidson (2009) é a limitação em algum nível pelo poder político necessário para sua criação e proteção. Esses limites variam no tempo e no lugar. Estruturalmente a autonomia das profissões de consulta se transforma em uma autonomia organizada.

Acreditamos que em relação à profissão a ênfase não deve ser dada somente na autonomia, mas sim na parceria e no trabalho interdependente, ou seja, o que se enfatiza como prática ideal de trabalho exige a cooperação de vários saberes e conhecimentos como sendo mais eficiente no atendimento das necessidades dos usuários.

Uma das falhas apontada por Freidson (2009) em relação à autonomia é o isolamento que confere à profissão, na medida em que encoraja o desenvolvimento de instituições autossuficientes, mantendo na profissão a ideia equivocada de objetividade e confiança no seu conhecimento e na virtude de seus membros, e mais que isso, se vê como a única possuidora de conhecimento e virtude. Torna-se a única responsável por sua conduta, não considera outras perspectivas, tampouco se justifica a estranhos. Assim não assume a perspectiva de sua clientela, não podendo, portanto, servi-la. Neste sentido perde uma característica da autonomia que é justamente servir à clientela.

Sobre os limites da autonomia, Freidson (2009) afirma que esta não deve ser tão ampla a ponto de permitir que sejam colocados sob o controle profissional domínios sobre os quais a profissão não é competente, pois a autonomia é limitada pelo interesse público.

Outra condição que distingue uma profissão de uma ocupação é a **orientação para o serviço**, o que significa dizer que as profissões dedicam-se à sociedade. O papel das profissões está orientado para a coletividade (FREIDSON, 2009).

Na organização formal das profissões elas se expressam sob a forma de códigos de ética, de declarações públicas de porta-vozes das profissões que são abstratas. A atitude mais importante de um profissional é o sentimento de responsabilidade em relação à integridade da técnica especializada que é alcançada por um treinamento prolongado. A mais importante atividade vinculada à responsabilidade manifesta-se pela obediência aos padrões de conduta, que está relacionada com a integridade da prática e suas consequências para o paciente (FREIDSON, 2009).

Outra característica de uma profissão defendida por Freidson

(2009) é o *status* profissional, que é conseguido mediante a proteção de uma elite da sociedade, devido ao valor desta profissão. Isto é assegurado por influência social e econômica desta elite.

O trabalho exercido por profissionais é um tipo complexo e indica alto prestígio. Parte do profissional e da ideologia que o envolve são concretizações históricas do *status* de uma profissão e das origens sociais dos que a exercem. A profissão enfatiza sua independência, seu individualismo social e econômico, sua dignidade de classe e seu *status*. No entanto, é importante que fique claro que a visibilidade de uma profissão, pressupõe uma suscetibilidade à crítica, o que aumenta sua responsabilidade diante dos usuários.

O controle final sobre o próprio trabalho é decisivo para o *status* de uma profissão. Este controle não precisa ser total, o essencial é que ele exista sobre a determinação e a avaliação do conhecimento técnico utilizado no trabalho. Por sua vez, o controle econômico e social é secundário, embora seja importante (FREIDSON, 2009).

Um aspecto importante sobre o *status* profissional levantado por Freidson (2009) é que um profissional pode ser subordinado socialmente a alguém que não pertença a sua profissão, contanto que esta subordinação não seja técnica.

A **expertise** ou a detenção de conhecimentos e técnica especializada é descrita por Freidson (2009) como uma das características imprescindíveis para a existência de uma profissão.

No entanto a expertise não garante a autoridade para interferir no trabalho dos outros, tampouco a imunidade para sofrer a supervisão de autoridades oficiais. O enfermeiro implementa e supervisiona o cuidado e o tratamento determinado pelo médico. Está envolvido tanto em atividades de cuidado direto aos pacientes como em atividades administrativas. Neste sentido exerce uma autoridade adjunta, assistencial e administrativa, parecendo estar no centro dos conflitos, exercendo sua expertise (FREIDSON, 2009).

Neste sentido tem a identidade profissional que se aproxima de um negociador, devido em parte por estar em atividade no trabalho nas vinte e quatro horas do dia. Faz o papel de mediador entre o paciente e os demais profissionais da equipe de saúde.

Outro aspecto apontado por Freidson é que especialmente nos hospitais universitários, os profissionais atuam em associação, numa legítima troca de conhecimentos, de expertises.

Neste estudo, embora insipiente diante da existência de poucas profissões no início do período histórico estudado, identificamos essa atuação em associação, com a troca de expertises principalmente no

espaço assistencial do ambulatório, onde tiveram início as primeiras experiências de trabalho multiprofissional realizado com as pessoas que viviam com doenças crônicas.

Conhecimento e expertise, segundo Freidson (2009) referem-se a um corpo de fatos, que aparentam serem verdadeiros, ordenados por algumas ideias ou teorias abstratas. Podemos encontrá-las incluídas em tratados e em livros texto, os quais fornecem a essência formal da qual os expertos aprendem em escolas profissionais e que eles, presumidamente, conhecem depois disso. Todavia este conhecimento ou expertise é extremamente limitado, ou seja, está presente nos livros e não está ligado à prática. Um *expert*, por sua vez, pratica este conhecimento.

Neste contexto “os leigos são excluídos da participação em decisões em que a expertise é considerada necessária, mesmo quando essas decisões visam a melhoria e o bem estar dos próprios leigos” (FREIDSON, 2009, p.363).

É importante registrar que o corpo de conhecimento consiste também, naquilo que a profissão sabe detalhadamente em uma determinada época da história. Assim não pode guiar adequadamente a política social se ela for uma criação da própria profissão, expressando os compromissos e as percepções de uma determinada classe ocupacional e não do público como um todo (FREIDSON, 2009).

Para Freidson (1988) o que os profissionais fazem representa seu efetivo conhecimento e expertise. A maneira como eles regulam o que fazem em prol do interesse público representa sua efetiva orientação para o serviço e a ética. Se a profissão se organiza de uma forma que assegure um bom trabalho voltado para o interesse público, independente do interesse profissional ou pessoal, podemos concluir que ela justificou sua reivindicação sobre as condições de seu trabalho.

Como discorremos anteriormente, a autonomia é considerada por Freidson (2009) como a prova da condição de profissão. Os membros de uma profissão não são controlados por ninguém de fora dela. Isto acontece devido ao nível de perícia e conhecimento excepcionais relacionados ao trabalho; à confiança no trabalho que realizam; e à **auto regulação**, ou seja, a própria profissão julga se um comportamento é ético. A autonomia é testada e justificada pela **auto regulação**.

O profissionalismo, como uma expressão da perícia requer apenas o controle sobre o conteúdo do trabalho e, como uma expressão de prestígio exige o controle da organização do trabalho

(FREIDSON, 2009).

No entanto a forma de observar o desempenho é um pré-requisito fundamental para toda a regulamentação. As associações profissionais têm um sentido de responsabilidade coletiva na medida em que impõem os padrões mínimos de treinamento e prática aos que a exercem (FREIDSON, 2009).

4.3 PROFISSÕES DA SAÚDE E ELIOT FREIDSON NO BRASIL: OS ESTUDOS E SUAS PERSPECTIVAS

As profissões passaram a ser objeto de estudo da Sociologia na década de 1930, tendo suas bases epistemológicas associadas à busca de compreensão sobre o conceito de profissão, transformação das ocupações em profissões, função social das profissões e implicações de seu desenvolvimento (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

Sob o olhar de Freidson, principal expoente da sociologia das profissões, estudos realizados no contexto brasileiro analisaram criticamente as concepções prevalentes sobre algumas das profissões da área da saúde e seu papel na sociedade, bem como a participação do Estado na criação de modelos para o perfil profissional. Assim, para ampliar a compreensão da influência dos escritos de Freidson nas profissões da saúde apresentamos a seguir alguns destes estudos e suas perspectivas.

Os estudos foram elencados mediante pesquisa ao Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando as palavras chave: Sociologia e Profissões. Foram lidos os resumos e encontradas um total de 98 publicações. Destas, 81 não faziam parte da área da saúde, 04 não tinham como referencial teórico Eliot Freidson, três estavam retidos pelos autores não estando disponíveis para consulta e dois estavam repetidos. Portanto, fez parte desta amostra um total de oito teses e dissertações (Quadro 2).

Quadro 2 – Teses e dissertações da área da saúde com referencial teórico de Eliot Freidson, Florianópolis, 2014.

Autor e Título	Ano da defesa	Tipo	Objetivos
KERNBICHLER, Maria Alice Borin Sanchez. O processo de profissionalização de uma ocupação feminina: a fonoaudiologia em São Paulo.	2006	Mestrado	Analisar a fonoaudiologia sob o enfoque da sociologia das profissões, campo particular da sociologia do conhecimento.
OLIVEIRA, Ana Luiza. Da prática fisioterapeuta à fisioterapia como profissão	2011	Mestrado	Estudar como se organizavam as práticas fisioterapeutas como uma prática profissional singular anterior à institucionalização da fisioterapia como profissão.
SANTOS, Elaine Franco. As instituições formadoras e a identidade profissional da enfermagem: mimetismo ou metamorfose?	2011	Mestrado	Reescrever o processo de construção da identidade profissional da enfermagem a partir das discussões travadas pelos profissionais nas instituições formadoras.
ALMEIDA, Fábio de Oliveira. Reforma sanitária e política paulista: as relações entre o processo de profissionalização dos médicos de São Paulo e políticas de saúde do governo estadual de Adhemar de Barros (1947-1951)	2010	Mestrado	Avaliar as conexões entre profissionalismo e política em termos das formas como a medicina relacionou-se com o estado e quanto as suas injunções diante da política Adhemarista.
ESPINDOLA, Daniela Simoni. A inserção da fisioterapia em Florianópolis (1979-1992).	2010	Mestrado	Historicizar a inserção da fisioterapia em Florianópolis no período compreendido entre 1979 a 1992.

SASSI, André Petrágia. Formação identitária dos estudantes de medicina: novo currículo, novas identidades?	2012	Mestrado	Conhecer as concepções dos estudantes de medicina sobre o ser médico e sobre o exercício da profissão médica; identificar as percepções dos estudantes sobre a identidade profissional; compreender os processos de mudança nos currículos das escolas médicas; conhecer as concepções de medicina e da profissão médica de estudantes em diferentes fases do curso.
BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis. Nexos e circunstâncias na história do Conselho Regional de Enfermagem em Santa Catarina (1975 - 1986).	2013	Doutorado	Compreender os nexos de influência do conselho profissional no desenvolvimento da enfermagem em Santa Catarina no período de 1975 a 1986.
KLETEMBERG, Denise Faucz. A construção da enfermagem gerontológica no Brasil: 1970-1996.	2010	Doutorado	Compreender o processo histórico de construção da especialidade em enfermagem gerontológica no Brasil no período de 1970 a 1996

Fonte: Banco de Teses e Dissertações da CAPES (2014).

A partir da análise realizada, pudemos constatar que seis são dissertações de mestrado e duas teses de doutorado; em relação às profissões encontramos um estudo da fonoaudiologia, dois da medicina, dois da fisioterapia e três da enfermagem.

Sobre as perspectivas abordadas nos estudos analisados, observamos que de uma maneira geral, os estudos enfocaram as características de uma profissão discutidas por Freidson, sendo que o aspecto mais trabalhado pelos estudos encontrados foi a análise das profissões a partir das características abordadas por Freidson, destacando dentre estas a análise dos conceitos expertise, credencialismo e autonomia como aqueles que caracterizam uma ocupação em profissão.

No entanto, encontramos também estudos que trabalharam com a identidade profissional a partir de seu processo de profissionalização e os papéis exercidos pelas instituições formadoras.

Outra perspectiva analisada nos estudos encontrados nesta amostra refere-se às relações entre os profissionais, sobre o poder que algumas profissões exercem sobre outras, a partir dos constituintes do poder profissional, neste caso, tendo como foco a autonomia, uma das características de profissão discutidas por Freidson.

Percebemos que no Brasil o número de estudos na área da saúde que utilizam Freidson como base para a discussão de seus aspectos, ainda é insipiente. Dentre as profissões, podemos constatar neste levantamento que a enfermagem tem utilizado com frequência a sociologia das profissões de Eliot Freidson, para ajudar a compreender seu processo de profissionalização.

Neste sentido, esta breve análise nos mostra a importância de estudos que possibilitem a análise das profissões da área da saúde sob o olhar de Eliot Freidson, considerando toda a sua expertise no assunto. Sua contribuição para a compreensão e construção das identidades de cada uma destas profissões, possibilita o respeito a cada uma nas suas competências e habilidades teóricas e práticas, considerando o papel do estado e os interesses da sociedade, diante da intensa divisão de trabalho ocorrida na área da saúde.

5 METODOLOGIA

Metodologia pode ser entendida como um processo sistemático, lógico e coerente sobre as técnicas empregadas no desenvolvimento de uma pesquisa. Em outras palavras podemos dizer que método refere-se ao caminho a ser seguido para se fazer ciência e, no caso da pesquisa histórica, a coleta, organização e análise dos dados, tem relação com ocorrências do passado (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Sobre a metodologia na pesquisa histórica, Pinski et al. (2010) relatam que na segunda metade do século XIX, quando a história se afirma como disciplina acadêmica, foram estabelecidos parâmetros metodológicos científicos rígidos, orientadores da crítica interna e externa das fontes escritas, arqueológicas e artísticas, priorizando investigações sobre a importância da autenticidade documental.

Com a Nova História, movimento que aconteceu na segunda metade do século XX e que ampliou os horizontes da ciência histórica, abraçando todos os aspectos da vida social, o método deixou de ser considerado neutro diante do objeto, bem como impossível o abandono de teorias prévias à pesquisa. Ao contrário, formar expectativas em relação ao que será encontrado não só é inevitável como desejável, pois serão as conjecturas que orientarão a pesquisa empírica (CARDOSO, 1994).

Grespan (2010) afirma que é através do método que o pesquisador organiza ativamente sua experiência intelectual, num constante intercâmbio entre o que está sendo pesquisado e o que foi ou está sendo teorizado. Neste sentido, este autor enfatiza que o método na pesquisa histórica deve expressar seu conteúdo específico, ou seja, não há método geral, válido para vários campos ou objetos, se constitui na relação entre sujeito e objeto, inseparável de ambos, específico ao conteúdo de ambos.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo desenvolvemos uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica, fundamentada na Nova História que parte da ideia de que a realidade é socialmente ou culturalmente constituída. Utilizamos ainda o método da História Oral temática associado à Pesquisa Documental.

A Nova História se interessa por toda atividade humana, isto é, tudo tem uma história, tudo tem um passado que pode ser reconstruído. De acordo com Lucena e Barreira (2011) a nova história ampliou o campo de observação do historiador, propondo novos objetos de estudo (imagens, mitos, rituais, mentalidade), novas fontes (memórias, biografias, fotos, manifestações artísticas) e novos métodos (entrevistas gravadas, estatísticas).

Neste sentido Padilha e Borenstein (2005) afirmam que nesta nova abordagem da história, não se reconstrói o passado tal qual aconteceu, faz-se sim uma releitura em termos de referências recentes, que abrange o presente com perspectivas sociais, teóricas ou filosóficas. Consideram que na produção de um trabalho histórico é essencial realizar o levantamento de dados, a avaliação crítica destes dados e finalmente, a apresentação dos fatos, interpretação e conclusões. Ressaltam ainda que um dos objetivos da investigação histórica é lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras.

Diante do exposto acreditamos que a opção pela pesquisa sócio histórica auxiliou na compreensão de como a implantação e a implementação do Processo de Enfermagem contribuiu para o desenvolvimento profissional da enfermagem do HU-UFSC.

5.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O presente estudo aconteceu no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), situado no campus universitário no bairro da Trindade, na cidade de Florianópolis. É um órgão suplementar da UFSC, diretamente subordinado ao Reitor, sendo um Hospital Geral e tem por finalidade promover assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2016).

As obras de construção do HU tiveram início no ano de 1964 e sua inauguração ocorreu em dois de maio de 1980. Inicialmente foram instalados os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente, foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I (CC I) e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e Neonatologia foram implantados em outubro de 1995 e, finalmente em 1996 foi concretizada a implantação da Maternidade. Atualmente

o HU-UFSC possui 210 leitos ativados (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2016).

O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes de sua inauguração, permitindo que fosse completada sua estruturação em quatro áreas básicas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia. O HU, também conta com um atendimento de Emergência para adultos e crianças, em áreas distintas, com média de 400 atendimentos/dia (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2016).

Por atuar nos três níveis de assistência, ou seja, primário, média e alta complexidade, o HU é referência estadual em patologias complexas clínicas e cirúrgicas, com uma grande demanda na área da oncologia e cirurgias de grande porte nas diversas especialidades (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2016).

Vale ressaltar que o HU é um hospital totalmente público e gratuito, prestando atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Sob o ponto de vista da gestão, o HU é dirigido pela Administração Superior e Setorial, sendo a primeira constituída pelo Conselho Diretor, Diretoria Geral e Vice-Diretoria e, a administração setorial constituída pelas Diretorias de Medicina, Enfermagem, de Administração e Apoio Assistencial. O Conselho Diretor é composto pelo Diretor Geral, que é seu presidente, pelo Vice-Diretor, pelo Diretor de Medicina, pelo Diretor de Enfermagem, pelo Diretor de Administração, pelo Diretor de Apoio Assistencial, pelo Diretor do Centro de Ciências da Saúde, pelos Chefes de Departamento de Ensino e pelos Coordenadores dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde que possuem atuação efetiva no HU, por quatro servidores do quadro permanentes da UFSC lotados no HU, sendo um de cada diretoria, por um representante do corpo discente dos cursos da área da saúde, por um representante dos residentes e por um representante da comunidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2016).

O Diretor e Vice-Diretor, embora sejam nomeados pelo Reitor da UFSC, são eleitos pelos próprios servidores do HU através de eleição direta, com mandato de quatro anos. A Diretoria de Enfermagem, conta em seu corpo funcional, com 625 profissionais, destes 164 enfermeiros, 312 técnicos de enfermagem, 131 auxiliares de enfermagem e 18 auxiliares de saúde. A Diretoria de Enfermagem tem como destaque o compromisso com a educação permanente,

estimulando a formação profissional em nível de especialização, mestrado e doutorado. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2016).

Ainda realiza por meio do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (Cepen), atividades de educação em serviço e pesquisa. Conta também, com a assessoria da Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA), na gestão de recursos materiais. A Diretoria de Enfermagem destaca-se ainda, por ter uma assessoria relacionada às questões éticas, a Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

A enfermagem do HU-UFSC conquistou ao longo de sua história uma organização administrativa e assistencial para a gestão do trabalho que se diferencia de outros Hospitais de Ensino no âmbito do Ministério da Educação ou de outras instituições públicas e privadas, o que se caracteriza pela qualidade da assistência prestada. Sob este aspecto, a implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, especialmente do Processo de Enfermagem, configura-se como um dos pilares desta qualificação, característica que este estudo pretende dar visibilidade.

5.3 AS FONTES DO ESTUDO

Para a coleta de dados deste estudo foram utilizadas fontes orais e fontes documentais que, neste caso, são consideradas fontes primárias.

A palavra fonte é uma metáfora que significa bica d'água, a origem de tudo. Assim como das fontes de água, das fontes históricas jorram informações a serem usadas pelo historiador. São reconhecidas como fontes esculturas, edifícios, papéis tudo o que possa trazer informação, capaz de trazer novos dados (PINSKI et al., 2010).

No levantamento das informações o pesquisador precisa distinguir as fontes primárias e as secundárias. As primárias são aquelas informações originais, de contato mais direto com os acontecimentos, como atas, documentos originais, relato de pessoas que testemunharam os fatos. Já as fontes secundárias são aquelas informações adquiridas mediante relatos em textos, livros, periódicos, teses que contenham uma interpretação de quem as escreveu (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

5.3.1 FONTES ORAIS

Os participantes deste estudo foram os enfermeiros assistenciais e os enfermeiros professores do Departamento de Enfermagem da UFSC, os quais foram diretores de enfermagem e/ou participaram da construção, implantação e implementação do Processo de Enfermagem do HU-UFSC no período histórico a que se refere o estudo. Além destes, foram incluídos outros enfermeiros que participaram ou fizeram parte do contexto histórico da implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC entre 1979 e 2004.

Realizamos uma seleção inicial dos participantes tomando como ponto de partida a representação institucional do Departamento de Enfermagem na Comissão de Implantação do Hospital Universitário de Santa Catarina - CIHUSC designada pela Portaria n. 358/79 expedida pelo Reitor Caspar Erich Stemmer; o Documento de Implantação da Consulta de Enfermagem do Ambulatório do HU-UFSC e; também a partir do estudo realizado por Carvalho (2013), o qual historicizou sobre a implantação do Serviço de Enfermagem do HU-UFSC.

Alguns participantes foram pré-selecionados devido aos cargos que ocuparam no período histórico estudado, como as enfermeiras docentes Diretoras de Enfermagem do HU-UFSC.

Os demais foram identificados a partir de uma entrevista de cunho exploratório, denominada de ponto zero, cujo objetivo foi mapear o campo e colher ideias e informações (ALBERTI, 2005). Realizamos esta entrevista com a enfermeira docente Lidvina Horr que foi a primeira professora a ocupar o cargo de chefe da Divisão de Pacientes Internos (DPI) do HU-UFSC e membro da CIHUSC, devido ao seu papel de liderança no processo de implantação do Processo de Enfermagem, pois de acordo com Alberti (2005) a escolha dos participantes na pesquisa histórica deve ser estabelecida a partir da posição do entrevistado no grupo e do significado de sua experiência.

Ressaltamos que no decorrer das entrevistas outros nomes de pessoas que exerceram papel significativo na implantação e implementação do Processo de Enfermagem do HU-UFSC foram citados. Neste caso foram avaliados e quando julgado pertinente, incluídos dentre os participantes deste estudo. É importante destacar também que, mediante avaliação realizada na fase das entrevistas, alguns dos sujeitos previamente selecionados foram excluídos do rol de entrevistados.

Os participantes deste estudo preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial ou enfermeiro

docente do Departamento de Enfermagem e ter trabalhado no HU-UFSC no período histórico estudado, possuir boa memória, referir disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo.

Com base nestes critérios, a seleção realizada inicialmente foi composta por 20 participantes sendo nove enfermeiros docentes e 11 enfermeiros assistenciais, condicionada ao aceite em participar do estudo (Apêndice C). Foram contatados 17 participantes, dos quais três não aceitaram participar do estudo na época da coleta de dados por razões pessoais e familiares. Não conseguimos contato com outros três possíveis participantes, embora tenhamos tentado através de telefone e correio eletrônico, sem haver retorno.

Ademais, durante o trabalho de produção das entrevistas pudemos definir com maior clareza o número de entrevistados necessários, pois na medida em que fomos conhecendo e produzindo as fontes orais do estudo, fomos adquirindo experiência e capacidade para avaliar o grau de adequação do material obtido aos objetivos do estudo.

De acordo com Alberti (2010) é o pesquisador mediante o conhecimento do objeto de estudo, que pode avaliar quando o resultado de seu trabalho com as fontes fornece material suficiente para a construção de uma análise bem fundamentada. Este cita o conceito de ponto de saturação formulado por Daniel Bertaux, de acordo com o qual há um momento em que as entrevistas se repetem, seja no conteúdo, seja na construção da narrativa e, quando isso acontece o autor tem a impressão de que não haverá nada de novo a aprender sobre o objeto do estudo.

Neste estudo, percebemos que o ponto de saturação aconteceu na 12ª entrevista, o que nos impeliu a realizar mais duas entrevistas para confirmar nossa impressão, de acordo com o método da história oral (ALBERTI, 2010).

Assim sendo, os participantes deste estudo totalizaram 14, destes, seis Enfermeiros Docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC e oito Enfermeiros Assistenciais.

As fontes orais em relação às entrevistas transcritas foram as seguintes, por ordem de realização:

- Entrevista de Jorge Lorenzetti, enfermeiro docente do Departamento de enfermagem. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 50 minutos. Transcrição: oito páginas. Florianópolis, 17 de novembro de 2014.

- Entrevista de Lidvina Horr, enfermeiro docente do Departamento de Enfermagem. Acervo documental do GEHCES.

Gravação digital com duração de 2 horas e 50 minutos. Transcrição: 13 páginas. Florianópolis, 18 de novembro de 2014.

- Entrevista de Marcia Cruz Gerges, enfermeiro docente do Departamento de Enfermagem. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora e 30 minutos. Transcrição: 13 páginas. Florianópolis, 20 de novembro de 2014.

- Entrevista de Silvana Maria Pereira, enfermeiro assistencial. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora. Transcrição: 13 páginas. Florianópolis, 26 de novembro de 2014.

- Entrevista de Salete Virgínia de Souza Sakae, enfermeiro assistencial. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora e 50 minutos. Transcrição: 12 páginas. Florianópolis, 26 de novembro de 2014.

- Entrevista de Tania Soares Rebelo, enfermeiro assistencial. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora. Transcrição: 10 páginas. Florianópolis, 27 de novembro de 2014.

- Entrevista de Maria Anice da Silva, enfermeiro docente do Departamento de Enfermagem. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora e 20 minutos. Transcrição: 10 páginas. Florianópolis, primeiro de dezembro de 2014.

- Entrevista de Rita Bruno Sandoval, enfermeiro assistencial. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora e 50 minutos. Transcrição: 10 páginas. Florianópolis, dois de dezembro de 2014.

- Entrevista de Alda Isabel da Silveira Melo, enfermeiro assistencial. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora e 30 minutos. Transcrição: 16 páginas. Florianópolis, oito de dezembro de 2014.

- Entrevista de Elizabeth Flor de Lemos, enfermeiro assistencial. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora. Transcrição: 10 páginas. Florianópolis, nove de dezembro de 2014.

- Entrevista de Maria Celecina Antonio, enfermeiro docente do Departamento de Enfermagem. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 2 horas e 30 minutos. Transcrição: 12 páginas. Florianópolis, 12 de dezembro de 2014.

- Entrevista de Margareth Rose Gramkow, enfermeiro assistencial. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 2 horas e 20 minutos. Transcrição: 12 páginas. Florianópolis, quatro de março de 2015.

- Entrevista de Beatriz Beduschi Capella, enfermeiro docente

do Departamento de Enfermagem. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora e 30 minutos. Transcrição: 10 páginas. Florianópolis, oito de março de 2015.

- Entrevista de Maria José da Silveira, enfermeiro assistencial. Acervo documental do GEHCES. Gravação digital com duração de 1 hora e 40 minutos. Transcrição: 12 páginas. Florianópolis, 25 de março de 2015.

Os participantes do estudo estão apresentados a seguir mediante uma breve biografia.

JORGE LORENZETTI

Enfermeiro, membro da CIHUSC. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC de 1975 até 2014. Nasceu em Urubici, Santa Catarina no dia 27 /05/1952, filho de Duzulina Lorenzetti e Antonio Lorenzetti. Mora em Florianópolis desde 1970.

Graduou-se em Enfermagem pela UFSC em 1974. Recém-formado, começou a trabalhar como enfermeiro no Hospital Governador Celso Ramos em 1974, como chefia de uma unidade de internação cirúrgica no 4º andar. Depois, em 1975 assumiu a chefia do Serviço de Enfermagem do mesmo hospital. Começou a trabalhar como professor auxiliar de ensino no Departamento de Enfermagem da UFSC em 1975, naquela época com carga horária de 12h. Em 1978 passou para professor com dedicação exclusiva no Departamento de Enfermagem da UFSC.

Ainda acadêmico de enfermagem, atuou na Presidência do Diretório Acadêmico dos Estudantes de todos os cursos da área da saúde, realizando uma campanha na sociedade de Florianópolis para a conclusão do Hospital Universitário. Mais tarde, como docente da UFSC, participou ativamente como membro da CIHUSC, sendo uma de suas principais atuações, a defesa da enfermagem enquanto diretoria, na primeira versão da estrutura organizacional do hospital.

Foi chefe do Departamento de Enfermagem de 1983 a 1986. Defendeu sua dissertação de mestrado em 1982 e de doutorado em 2013, ambas na área de gestão. Terminou sua carreira na UFSC como professor Associado, aposentando-se em 2014.

LIDVINA HERR

Enfermeira, Chefe da Divisão de Pacientes Internos (1980-1985). Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Participou ativamente das comissões de implantação do HU-UFSC e em março de 1979 foi designada como membro da CIHUSC com objetivo de implantar o Serviço de Enfermagem. No HU participou da seleção dos primeiros profissionais de enfermagem, da elaboração dos documentos iniciais para o funcionamento do serviço de enfermagem, padrões de assistência e registros de enfermagem, Processo de Enfermagem, seleção do material de consumo e assistência, auditorias, entre outros.

Nasceu em Forquilha, Santa Catarina em 14/11/1935. Filha de Theodoro Horr e Angelina Preis Horr. Fez o curso de Graduação em Enfermagem na cidade de Porto Alegre, entre 1963-1968, na Faculdade de Enfermagem Madre Ana Moeller, contígua à Santa Casa de Misericórdia.

Antes de se tornar enfermeira, trabalhou durante doze anos como professora primária, nas localidades de Forquilha e Rio Fortuna, ambas em Santa Catarina e, em Porto Alegre no Rio Grande do Sul. Adorava trabalhar com crianças. Em Rio Fortuna, durante um tempo, tinha concomitantemente duas séries (3ª e 4ª). Em razão de excesso do uso da voz, apresentou problemas de rouquidão, tendo que mudar de profissão. Então escolheu uma profissão que “não precisasse falar muito”, enfermagem.

No ano seguinte de sua formatura como enfermeira em 1969 começou a atuar no Hospital São José de Criciúma. Em 1970 começou a trabalhar no Hospital Governador Celso Ramos em Florianópolis. Em agosto de 1973 iniciou suas atividades como docente do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Aposentou-se em 1990 e no mesmo ano foi trabalhar no Coren/SC como coordenadora técnica. Em 1996 solicitou licença sem vencimentos do Coren para dedicar-se ao Projeto de Auxiliar e Técnico de Enfermagem da UFSC, ficando nesta atividade até o início de abril de 2003, quando retornou ao Coren/SC permanecendo até o final de outubro de 2008.

SILVANA MARIA PEREIRA

Enfermeira assistencial de 1985 até os dias atuais, trabalhando atualmente no ambulatório de Tocoginecologia do HU-UFSC. Fez parte da Comissão que elaborou o Documento de Implantação da Consulta de Enfermagem do Ambulatório do HU-UFSC.

Nascida em 16/02/1963 em Ponta Grossa no Paraná, filha de Cecília Stelle Pereira e Oscar Pereira. Fez a graduação em

Enfermagem na Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, de 1980 a 1983. A formatura aconteceu em 16/02/1984, quando completara 21 anos. Em 1984 teve a oportunidade de fazer uma Especialização em Saúde Pública na UFSC em convênio com a Fiocruz, quando teve uma grande greve nas universidades federais. Então fez a seleção para a especialização, mas demorou a começar. Enquanto esperava começar o curso, fez o concurso para o HU-UFSC e começou a atuar em março de 1985, no mesmo ano em que concluiu o curso de especialização em saúde pública.

Desde a época da graduação se envolvia em atividades políticas ligadas à profissão, como o centro acadêmico. Como enfermeira participou da ABEn, do Movimento Participação e do Coren/SC como conselheira na gestão de 2010 a 2012.

O HU foi seu primeiro emprego, começando a atuar na Clínica Médica Feminina, em março de 1985. Entre 1986 e 1987 trabalhou no plantão noturno e em 1988, fez a seleção para o ambulatório de tocoginecologia, se encantando com a área da saúde da mulher, o que a motivou a fazer especialização em 1998 em Enfermagem Obstétrica, obtendo o título de especialista em Enfermagem Obstétrica expedido pela Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras – ABENFO.

Fez mestrado em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina, em 1997 e doutorado pelo Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC, em 2014.

TANIA SOARES REBELLO

Enfermeira assistencial ingressou no HU em outubro de 1982, atuando até 2010, quando se aposentou. Ingressou por um concurso interno, e depois de dois anos fez o concurso público.

Nasceu em 30/08/1954 em Florianópolis, Santa Catarina, filha de Ned Carlos Rebello e Dilma Soares Rebello. Fez a graduação em Enfermagem na UFSC, formando-se em 1981.

Trabalhou desde os 14 anos em um consultório médico como secretária e recepcionista, até graduar-se como enfermeira, aos 27 anos.

Começou trabalhando na Unidade de Internação Pediátrica durante um ano, quando abriu a Unidade Cirúrgica 1 indo trabalhar nesta unidade no plantão noturno durante dois anos. Em 1985 assumiu a chefia da unidade, permanecendo neste cargo por cerca de um ano. Depois, em 1986 assumiu a chefia de Serviço, que incluía a duas

Unidades Cirúrgicas, Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização.

Durante o período em que trabalhou no HU, participou de auditorias, produção e revisão do Processo de Enfermagem, dentre outros documentos que fizeram parte da sistematização da assistência de enfermagem do Hospital. Foi a primeira coordenadora da Comissão de Ética de Enfermagem do HU, criada em 1994. Sua vida profissional conflui sempre para atividades ligadas à gestão, o que a fez em 2002, defender sua dissertação de Mestrado na Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, tendo como tema a supervisão da assistência de enfermagem.

Atuou no Coren/SC como coordenadora do setor de Fiscalização e Ética e coordenadora da Comissão de Ética de 2011 a 2015. Atualmente trabalha como coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Santa Catarina (Fasc), em São José, Santa Catarina.

MARIA CELECINA ANTÔNIO

Enfermeira, Diretora de Enfermagem do HU-UFSC (1985-1987), docente do Departamento de Enfermagem da UFSC, integrou a Comissão de Implantação do Hospital Universitário da UFSC. Foi a primeira Diretora de Enfermagem no HU-UFSC que passou pelo processo eleitoral. Desempenhou também no HU-UFSC, o cargo de Diretora de Apoio Assistencial.

É natural de Paulo Lopes, Santa Catarina, nascida em 04/07/1950, filha de João Juvêncio Antônio e Celecina de Souza Antônio. Graduiu-se em enfermagem pela UFSC em 1977. Enquanto realizava a graduação, trabalhou na Divisão de Contabilidade da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), durante cinco anos. Quando se formou foi promovida a enfermeira, iniciando as atividades na recém-criada Coordenação de Enfermagem da FHSC.

Em 1978 foi transferida para o Hospital Nereu Ramos, o qual fazia parte da FHSC. Neste mesmo ano, foi aprovada no concurso para o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), iniciando seu trabalho como enfermeira na implantação do Serviço de Enfermagem do Hospital Florianópolis.

Em 1979, fez o concurso para professora do Departamento de Enfermagem da UFSC e enquanto aguardava ser chamada, foi convidada pela professora Lydia Rossi, chefe do Departamento de Enfermagem da UFSC, para integrar a CIHUSC. Em primeiro de

março de 1981, iniciou sua carreira de docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Aposentou-se em 1997.

MÁRCIA CRUZ GERGES

Enfermeira, Diretora de Enfermagem do HU-UFSC (1983-1985), Chefe da Divisão de Pacientes Internos de 1987 a 1990, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nasceu em Florianópolis, Santa Catarina em 27/12/1953, filha de Walter de Oliveira Cruz e Célia de Oliveira Cruz. Fez a graduação de enfermagem na UFSC, formando-se em 1977.

Logo depois de formada foi para Tubarão trabalhar como professora no curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Sul de Santa Catarina (FESSC), atual Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), permanecendo até 1979. Atendeu ao convite da Irmã Lúcia Rochemback, que tinha assumido a coordenação do curso de Enfermagem.

Em 1978 fez o concurso para a UFSC e para o Hospital Florianópolis, foi aprovada nos dois. Foi chamada em março para o Hospital Florianópolis, em junho para a UFSC, optando por assumir como professora na UFSC em 02/07/1979.

Já como professora do Departamento de Enfermagem ajudou na implantação de um curso de auxiliar de enfermagem. Em maio de 1980 foi convidada pela Direção de Enfermagem do HU para ajudar na implantação da enfermagem do ambulatório.

Então assumiu como Chefe de Serviço de Enfermagem Ambulatorial, auxiliando na gestão de pessoal, de material, organização geral do Serviço.

Defendeu sua dissertação de mestrado em 1994, tendo como tema a decisão gerencial dos enfermeiros e a partir deste estudo foi convidada a colaborar com algumas consultorias no Hospital.

Aposentou-se como docente da UFSC em 1996 e atualmente trabalha como empresária em uma empresa que presta serviços de treinamento e desenvolvimento profissional e gerencial, análise de mercado, testes e análises técnicos.

SALETE VIRGÍNIA DE SOUZA SAKAE

Enfermeira assistencial ingressou no HU em 1980 e aposentou-se em 2009, foi chefe de Setor Ambulatório – Pediatria. Participou

ativamente da Comissão de Implantação do HU-UFSC e em 1980 foi contratada para trabalhar no HU-UFSC.

Nasceu em 1956, na cidade de Jaguaruna, Santa Catarina, filha de Manoel Lucas de Souza e Miriam Albertina Schmitz de Souza. Graduou-se em Enfermagem pela UFSC em 1979. Começou a trabalhar no HU em 22 de novembro de 1979 a convite da professora Lidvina Horr para integrar CIHUSC. No início era a única enfermeira assistencial na Comissão. Em maio de 1980, logo após a inauguração do HU, iniciou suas atividades como enfermeira no ambulatório, atuando com consulta de enfermagem em pediatria durante quase o tempo todo em que trabalhou no HU, que foram 33 anos e onze meses.

De 1994 a 1995 atuou como chefe da Diretoria de Apoio Assistencial. Fez especialização em Estimulação Precoce na UDESC e mestrado no Departamento de Enfermagem da UFSC.

MARIA ANICE DA SILVA

Enfermeira, Diretora de Enfermagem do HU-UFSC (2000-2004), em sua gestão foram revistos vários dos documentos e elaborados outros referentes à estrutura diretiva da Diretoria de Enfermagem. Entretanto, a informatização do Processo de Enfermagem do HU talvez tenha sido a maior contribuição desta gestão. Natural de Florianópolis, Santa Catarina, nasceu no 05/11/1954, filha de Manoel Luis da Silva e Francisca da Silva.

Fez a graduação em enfermagem na UFSC, formando-se em 1978. Começou a trabalhar aos 14 anos de idade como balconista no comércio durante um ano, depois trabalhou na Ordem dos Músicos do Brasil durante cerca de quatro anos até começar a graduação.

Depois de formada trabalhou no Hospital Governador Celso Ramos durante 10 anos. Foi professora substituta no Departamento de Enfermagem da UFSC durante três anos, começou em 1983, dando algumas aulas práticas. Passou no concurso em 1986 para o mesmo Departamento, pediu demissão do Hospital, tendo início sua carreira como professora, ministrando aulas na disciplina de Enfermagem Médico Cirúrgica durante um ano. A partir de 1987 entrou para as disciplinas de Administração em Enfermagem e Ética Profissional. Foi Presidente do Conselho Regional de Enfermagem seção Santa Catarina de 1993-1996.

Fez especialização em Gestão de Serviços de Saúde, Mestrado em 1999 e, em 2006 defendeu sua tese de doutorado no Departamento de Engenharia de Produção na UFSC.

Está aposentada desde 2008. Atualmente trabalha como secretária executiva em uma organização cristã.

RITA DE CÁSSIA BRUNO SANDOVAL

Enfermeira assistencial de 1982-2013 trabalhou no ambulatório, uma das pioneiras na realização de consulta de enfermagem no HU-UFSC, fez parte da Comissão que elaborou o Documento de Implantação da Consulta de Enfermagem do Ambulatório do HU-UFSC. Nasceu em Florianópolis, Santa Catarina em 02/09/1958, tendo como pais Alci Dutra Bruno e Manoel Antônio Bruno.

Graduou-se em Enfermagem pela UFSC em 1982 e em agosto do mesmo ano, começou a trabalhar em uma escola de ensino médio. Iniciou seu trabalho no HU em 04/02/1983, na Unidade de Internação Pediátrica, permanecendo nesta unidade até 1987. Com o falecimento de seu filho, em 1987 não quis trabalhar mais com criança, indo trabalhar na Sala de Recuperação Pós Anestésica. Em fevereiro de 1990 foi selecionada para atuar no ambulatório, na área B realizando um trabalho com os pacientes com Diabetes Mellitus até a sua aposentadoria, em 2013.

Fez Mestrado na Enfermagem defendendo sua dissertação em 2002.

ALDA ISABEL DA SILVA MELLO

Enfermeira assistencial de 1980 até 2015, Chefe de Setor Internação Clínica Médica Feminina. Em outubro de 2011, deixou o setor de Clínica Médica, trabalhou na Comissão Permanente de Material de Assistência, depois no Centro Endoscópico do HU-UFSC, até sua aposentadoria em 2015.

Nasceu em 1955, em Sapucaia do Sul, no Rio Grande do Sul, filha de Ailton Mello e Vanice Carmen da Silveira Mello. Mudou-se para Florianópolis aos 15 anos de idade e desde então, reside nesta cidade.

Fez o curso de Graduação em Enfermagem na UFSC, formando-se em 1979. Recém-formada foi a convite de uma prima, trabalhar um tempo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no

Hospital Espírita, um hospital psiquiátrico em Porto Alegre. Logo em seguida, em 1980 fez o concurso do HU, retornando para a cidade. Neste mesmo ano começou a trabalhar no HU no turno noturno, supervisionando a clínica médica feminina e a masculina.

Atuou como chefe e enfermeira assistencial, sempre na Clínica Médica Feminina. Participou em várias comissões organizativas da Diretoria de Enfermagem quando da organização inicial do serviço. Foi professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC em três ocasiões.

Fez especialização Didático Pedagógica para Profissionais da Área da Saúde e, em 2013 defendeu sua dissertação no Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem.

ELIZABETH FLOR DE LEMOS

Enfermeira assistencial fez parte da primeira turma de enfermeiros a ingressar no HU, ajudou a implantar o ambulatório de Tocoginecologia, sendo uma das pioneiras na realização da consulta de enfermagem no HU.

Natural de Laguna, Santa Catarina, nasceu em 31/01/1956. Graduou-se em Enfermagem pela UFSC em 1979. Antes de se formar, foi professora de inglês para o ensino fundamental, ajudou sua minha mãe em costura. Logo após se sua formatura em 1979 realizou o curso de preparação para os enfermeiros que quisessem trabalhar no HU, organizado e ministrado por professores do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Iniciou seu trabalho no HU em janeiro de 1980, ajudando na organização do Hospital. Quando o Hospital foi inaugurado, começou atuando no ambulatório de Tocoginecologia até a sua aposentadoria em 1997.

Fez especialização em Enfermagem Obstétrica e Mestrado em Psicologia. Atualmente trabalha como docente em cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica em várias escolas no Brasil e na Graduação em Enfermagem da UNISUL, no município de Palhoça.

MARGARETH ROSE GRAMKOW

Enfermeira assistencial fez parte da primeira turma de enfermeiros contratados do HU. Atuou como Chefe de Setor da Clínica Cirúrgica 1 e Chefe de Serviço de Enfermagem Cirúrgica.

Natural de Timbó, Santa Catarina, nasceu em 28/08/1952, filha de Erdwig Gramkow e Elza Adelaide Gertrudes Gramkow.

Fez a Graduação em Enfermagem na Faculdade Católica de Enfermagem, em Curitiba, Paraná, atualmente PUC, formando-se em 1979. Quando estava na graduação, atuou como voluntária no hospital do Câncer Erasto Gaertner, em Curitiba. Neste mesmo período, lecionava em um curso de auxiliar de enfermagem.

Logo depois de formada foi para o Rio de Janeiro, onde atuou como professora no curso de auxiliar de enfermagem do SENAC, no bairro de Botafogo, permanecendo de julho a setembro de 1979. Em 21 de janeiro de 1980, chegou à Florianópolis a convite de um primo, com a intenção de fazer o concurso do HU. Fez o curso preparatório de 21/01/1980 até o mês de março do mesmo ano, quando foi contratada para atuar no Hospital.

Começou no HU atuando na Clínica Médica Masculina, e quando abriu a Clínica Cirúrgica em 1983, passou este setor. Fez a Especialização em Saúde do Adulto de 1982-1983, na UFSC. Atualmente trabalha como enfermeira assistencial na Clínica Cirúrgica 1 fazendo plantões noturnos.

BEATRIZ BEDUSCHI CAPELLA

Enfermeira, docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Foi chefe da Divisão de Pacientes Internos de 1985 até 1987 e Diretora de Enfermagem de 1996-2000.

Nasceu no dia 25/04/1954, na cidade de Blumenau, Santa Catarina. Fez sua graduação em Enfermagem na Universidade Católica do Paraná em Curitiba, formando-se em 1976. Neste mesmo ano, começou a trabalhar no Hospital de Caridade, em Florianópolis. Em 1977 começou a lecionar no Curso de Graduação em Enfermagem da UNISUL, em Tubarão. Em seguida, em 1978 fez o concurso do Departamento de Enfermagem da UFSC, iniciando sua carreira acadêmica até se aposentar em 2002.

Após processo eleitoral, iniciou atuação como Diretora de Enfermagem no HU, em maio de 1996 e, em dezembro defendeu sua tese de Doutorado, cuja construção foi realizada mediante trabalho com um grupo de enfermeiros do HU. Foi este grupo de enfermeiros que auxiliou na construção dos conceitos que embasaram o referencial teórico da Diretoria de Enfermagem. Esta experiência a fez conhecer melhor o processo de trabalho da época, o que a ajudou no planejamento de sua gestão.

Um dos pontos fortes de sua gestão foi o Programa Vivendo e Trabalhando Melhor, mediante o qual a enfermagem pode refletir e repensar o seu processo de trabalho, incluindo as relações de trabalho estabelecidas.

Outro projeto que marcou sua gestão foi o Cuidando de quem cuida, em conjunto com o Curso de Especialização em Naturologia Aplicada, da UNISUL. Era uma proposta pioneira de oferecer aos trabalhadores de enfermagem, terapias alternativas, atualmente denominadas terapias complementares, dentro de seu horário de trabalho. Teve o objetivo de tornar o trabalho mais prazeroso e ajudar as pessoas a não adoecerem tanto.

Está aposentada, desde 2002. Foi proprietária de uma agência de turismo, durante quatro anos, até 2011.

MARIA JOSÉ SILVEIRA

Enfermeira assistencial de 1980 até os dias atuais foi Chefe de Setor Ambulatório – Pacientes Agudos. Fez parte da Comissão que elaborou o Documento de Implantação da Consulta de Enfermagem do Ambulatório do HU-UFSC.

Natural de Florianópolis, nascida em 13/03/1954, filha de Aldo Silveira e Inésia Rosa Silveira. Graduou-se em Enfermagem pela UFSC em 1978. Assim que se formou foi convidada para atuar no Campus Avançado, em Santarém permanecendo por 40 dias.

Quando retornou à terra natal, trabalhou no Serviço de Saúde no BRDE, onde ficou por cerca de seis meses. No final de 1979, começaram o recrutamento para trabalhar no HU, participando então, do curso oferecido pelo Departamento de Enfermagem para este fim.

Começou a trabalhar no HU no dia 01/03/1980, como chefe do Ambulatório. Sua principal atividade era realizar Consulta de Enfermagem, participando da formação de grupos de diabéticos, hipertensos, cardíacos, pneumopatas, ostomizados.

É mestre em Enfermagem em Saúde do Adulto e trabalha no ambulatório do HU-UFSC há 32 anos.

5.3.2 FONTES DOCUMENTAIS

Ainda como fontes primárias, foram utilizados os documentos referentes à época da implantação do Processo de Enfermagem do HU/UFSC e o Documento Básico da Enfermagem onde constam os

objetivos, a filosofia e toda a Metodologia da Assistência de Enfermagem. Foram analisadas também as atas das reuniões realizadas na época da implantação do Processo de Enfermagem, bem como o Referencial da Assistência de Enfermagem do Ambulatório do HU/UFSC e outros documentos pertinentes indicados pelos entrevistados e que fizeram parte do período histórico deste estudo. Neste caso, foram disponibilizados por um dos participantes do estudo, seis textos escritos entre 1982 e 1995, os quais relatavam o início da implantação do HU e do Serviço de Enfermagem do HU-UFSC. Estes documentos encontraram-se em arquivos localizados na Diretoria de Enfermagem, na Divisão de Pacientes Internos, na Divisão de Pacientes Externos e em arquivo pessoal de Lidvina Horr.

5.4 CRÍTICA INTERNA E CRÍTICA EXTERNA

Os documentos foram selecionados dentro do recorte temporal, organizados em ordem cronológica e classificados conforme os objetivos do estudo. Neste sentido seguimos as etapas essenciais preconizadas pelo método histórico. Ou seja, após a seleção das fontes primárias, procedeu-se a crítica externa, mediante o exame de sua autenticidade, com base na autoria, procedência e natureza dos documentos; e a crítica interna que teve como finalidade a apreensão do conteúdo, significado e veracidade dos documentos (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

A crítica externa indaga sobre a natureza do documento, sua procedência e sua trajetória, bem como a viabilidade da presença do sujeito em se tratando de história oral. Enquanto a crítica interna preocupa-se com a avaliação do peso e do valor das provas, orientando-se por seu conteúdo, buscando apreender o significado da declaração dentro do documento, determinando sua autenticidade e fidedignidade (CARDOSO; BRIGNOLI, 2002).

Este processo permitiu a validação em termos de credibilidade e representatividade das fontes históricas deste estudo.

5.5 A COLETA DE DADOS

A História Oral temática possibilita investigar o que ocorreu em um tempo relativamente recente, sendo possível identificar as pessoas que vivenciaram e participaram do processo histórico, a fim de integrarem a pesquisa. A história oral é um método de pesquisa

(histórica, antropológica, sociológica) que privilegia a realização de entrevistas, e gera como resultado fonte de consulta (entrevistas) para outros estudos (GONÇALVES; LISBOA, 2007).

A utilização da História Oral temática neste estudo permitiu a compreensão do processo de construção, bem como os desafios enfrentados na implantação do Processo de Enfermagem do HU-UFSC, pois se configura como um terreno propício para o estudo da subjetividade e das representações do passado tomados como dados objetivos, capazes de incidir sobre a realidade e sobre nosso entendimento do passado (ALBERTI, 2004).

Para Meihy e Holanda (2007, p. 45) a história oral é uma história do tempo presente, bem como, uma história viva. Consiste em "um recurso moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos". É um termo abrangente, que traduz uma "quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação". Coletada por meio de entrevista pode captar a experiência de vida dos narradores, bem como, tradições, mitos e crenças. Assim, segundo os autores, história oral é um processo de obtenção de entrevistas registradas no tempo presente para responder à utilidade prática, social e imediata, mas que não se esgota no ato da sua aquisição, da obtenção de um texto ou ainda no momento da sua análise.

A entrevista na História Oral se divide em três momentos distintos: pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista. Na pré-entrevista acontece a preparação do encontro, o que inclui o contato prévio com o entrevistado e exposição dos objetivos do estudo, culminando com o agendamento do local, data e horário de escolha do entrevistado. A entrevista diz respeito ao ato em si, podendo ser única ou múltipla, estimulada ou não (por documentos, fotografias), diretiva ou não (utilização de questionários estruturados ou livres), longa ou breve. E finalmente, na pós-entrevista faz-se os agradecimentos pela participação e agendamento da validação após a transcrição das falas (PINSKI et al, 2010). Os autores sugerem ainda que as entrevistas devem ser planejadas: quantas e quais pessoas devem ser entrevistadas, o que e como perguntar, bem como o destino do material produzido.

Neste sentido, as entrevistas neste estudo foram semiestruturadas, realizadas junto aos participantes do estudo: enfermeiros assistenciais (Apêndice A) e enfermeiros docentes (Apêndice B) visando a compreensão da implantação e

implementação do Processo de Enfermagem e qual a sua contribuição para o desenvolvimento profissional da enfermagem do HU-UFSC.

Antes da aplicação das entrevistas, realizamos uma entrevista pré-teste com a enfermeira coordenadora da Comissão de Educação e Pesquisa em Enfermagem (Cepen) do HU e docente do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, a qual trabalha no HU-UFSC desde 1982, com o objetivo de validar o instrumento de entrevista.

O agendamento aconteceu por contato telefônico ou correio eletrônico em local, data e horário escolhidos pelo entrevistado e de comum acordo com o pesquisador. Foram espaços em que eles se sentiram à vontade para participar do estudo, como residências, as dependências do Departamento de Enfermagem da UFSC, Hospital Universitário, espaço de trabalho do próprio entrevistado, cafeteria. As entrevistas aconteceram entre novembro de 2014 e março de 2015.

No momento do convite foram explicados os objetivos do estudo e o método de realização da entrevista.

Imediatamente antes da entrevista foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e solicitado autorização para gravação. Foi oferecido o Termo de Cessão (Apêndice D), informando que seria solicitado sua assinatura após a validação da entrevista transcrita. Foi esclarecido acerca do uso da entrevista pelo entrevistador, bem como por outros pesquisadores, ficando guardada em arquivo do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES). Informamos também sobre a possibilidade da divulgação de seu nome quando da publicação do estudo, o que foi aceito por todos os entrevistados.

Após a entrevista, combinamos a forma como as falas, depois de transcritas, pudessem ser validadas pelo entrevistado. Dentre os participantes, nove preferiram que a entrevista transcrita fosse encaminhada através de correio eletrônico, que depois de lida e validada, foi entregue pessoalmente ao pesquisador. Cinco dos participantes fizeram a opção de que a entrevista transcrita fosse entregue pessoalmente, e depois de validada foi devolvida ao pesquisador.

As transcrições das falas foram realizadas imediatamente às entrevistas e pelo próprio pesquisador e levaram em média, 15 horas por entrevista.

O processamento das entrevistas, ou seja, os procedimentos da passagem do depoimento oral para a escrita foi realizado seguindo o que recomenda Alberti (2004):

1- Transcrição: primeira versão escrita da entrevista, que precisa ser fiel ao que foi gravado.

2- Transcritor: pessoa treinada para realizar o processo de transcrição e utilização de equipamentos para este fim.

3- Apresentação do material transcrito: é importante sistematizar e uniformizar a apresentação das transcrições:

a- Cabeçalho: nome do entrevistado, local da entrevista, nome do entrevistador, nome do projeto e data da transcrição.

b- Iniciar as entrevistas com o número da entrevista e data.

c- Marcações: Alberti (2004) recomenda que na transcrição das entrevistas sejam realizadas marcações, que têm como objetivo informar o leitor sobre os elementos que ultrapassaram o conteúdo escrito das palavras proferidas:

- Interrupção de gravação: é comum durante uma entrevista haver interrupções, seja para atender um telefone, tomar um café, as quais devem ser marcadas no trecho da entrevista em que ocorreu. Neste caso, anotamos entre colchetes no local em que ocorreram [interrupção da gravação];

- Ênfases: é importante indicar as ênfases indicadas pelo entrevistado e entrevistador, evidenciando o destaque que quiseram imprimir em determinadas palavras. Indicamos as ênfases escrevendo a(s) palavra(s) em *itálico*. Por exemplo: Entrevistador: Você falou que inicialmente os médicos não aceitaram o PE e depois foi havendo aceitação. Em sua opinião, por que ocorreu essa aceitação?

Entrevistado: Acho que tem haver com o *conhecimento* que os enfermeiros foram demonstrando. A gente viu um esforço muito grande dos enfermeiros naquela época em *estudar muito porque os médicos sempre estavam questionando*.

- Silêncio: as pausas mais prolongadas que aconteceram durante a entrevista foram sinalizadas com reticências. Por exemplo: Entrevistador: E a equipe de enfermagem, como recebeu o PE? Entrevistado: No começo não foi fácil não...

- Riso: marcar quando o entrevistado ri de um determinado assunto, pode ser relevante na interpretação do documento. Neste caso anotamos riso entre colchetes [riso]. Por exemplo: Entrevistado: A gente escrevia tudo. Nunca me esqueço de um registro do plantão que era assim: “cor do xixi, abacaxi”. Nunca esqueço [riso]

- Emoção: as emoções também transmitem significados às falas e devem ser marcadas. Anotar entre chaves: {choro}, {raiva}.

As entrevistas, após sofrerem o processo de transcrição descrito acima, passaram por um copidesque, que teve como objetivo corrigir erros de português (concordância, regência verbal, ortografia, acentuação) e adequar o discurso oral à linguagem escrita (ALBERTI, 2010).

5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Esta etapa do estudo, segundo Padilha e Borenstein (2005), se constitui num momento de reflexão no qual o pesquisador conta a história a partir da interpretação dos dados baseado na documentação e/ou relato obtido, devendo se mostrar sensível e engajado no material utilizado, equilibrando o seu interesse, o interesse social e o interesse histórico.

Para a análise e a interpretação do material produzido a partir das fontes orais e documentais lançamos mão das ferramentas fornecidas pela técnica de Análise do Conteúdo, por acreditarmos que este método possibilita a interpretação do conteúdo manifesto e do conteúdo latente, presentes nas falas dos sujeitos (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004).

A utilização da Análise de Conteúdo na pesquisa remonta ao século XVIII, na Escandinávia. Nos Estados Unidos da América a análise de conteúdo foi usada primeiramente como uma técnica analítica no início do século XX. Inicialmente, os pesquisadores utilizavam a Análise de Conteúdo tanto como método qualitativo, tanto como método quantitativo em seus estudos (HSIEH; SHANNON, 2005).

Bardin (2010) caracteriza a Análise de Conteúdo como uma proposta concebida com foco quantitativo (descrição objetiva, sistemática e quantitativa do manifesto da comunicação), e que independentemente das concepções de métodos qualitativo ou quantitativo, possibilita a análise de conteúdos de mensagens por meio de inferências e com percepções que vão além da mensagem.

Mais recentemente, de acordo com Hsieh e Shannon (2005), foi reconhecido o potencial da Análise de Conteúdo como um método de análise qualitativa para pesquisadores de saúde, levando a sua maior aplicação e popularidade.

Para Bardin (2010, p.42) a Análise de Conteúdo:

é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010, p.42).

Hsieh e Shannon (2005) definem Análise de Conteúdo como um método de pesquisa para a interpretação subjetiva do conteúdo do texto, mediante o processo de classificação sistemática de codificação e identificação de temas ou padrões.

A Análise de Conteúdo descreve uma família de abordagens analíticas que vão desde análise impressionista, intuitiva e interpretativa, à sistemática, rigorosa e textual. O tipo específico de abordagem de Análise de Conteúdo escolhido pelo pesquisador varia de acordo com os interesses teóricos do pesquisador e o problema a ser estudado (HSIEH; SHANNON, 2005).

A pesquisa que utiliza a Análise de Conteúdo qualitativa centra-se sobre as características da linguagem como comunicação, com atenção para o significado contextual ou do conteúdo do texto. Os dados de texto podem ter sido obtidos de narrativas, perguntas abertas, entrevistas, grupos focais, observações ou documentos. A Análise de Conteúdo vai além do meramente contar palavras para analisar a linguagem, com a finalidade de classificar as grandes quantidades de texto em um número eficiente de categorias que representam significados semelhantes. O objetivo da Análise de Conteúdo é proporcionar o conhecimento e a compreensão do fenômeno estudado (HSIEH; SHANNON, 2005).

Graneheim e Lundman (2004) sinalizam que uma das características da Análise de Conteúdo é o foco no sujeito e no contexto, enfatizando as diferenças e semelhanças, dentro de códigos e categorias. Enfatiza ainda que a Análise de Conteúdo lida com o conteúdo manifesto, e também como com o conteúdo latente de um texto. O conteúdo manifesto é o que diz o texto, sendo muitas vezes apresentado em categorias, enquanto que o conteúdo latente diz respeito aos significados subjacentes de que trata o texto.

Para a operacionalização da análise de conteúdo neste estudo, percorremos as etapas propostas por Minayo; Assis e Souza (2006):

1ª Etapa: pré-análise caracterizada pela leitura exaustiva das entrevistas transcritas e dos documentos. Nesta etapa procedemos com a identificação por cores de cada uma das fontes orais transcritas.

2ª Etapa: codificação onde se fez a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto (agrupamentos de um grupo de elementos sob um título genérico). É o tratamento do conteúdo manifesto. Procedemos aos recortes temáticos, que incluíram a identificação de unidades de significação e de afirmações referentes aos assuntos.

3ª Etapa: categorização - inferência que significou deduzir de maneira lógica algo do conteúdo que estava sendo analisado. Trabalhamos com vestígios que se manifestaram na superfície da mensagem (conteúdo latente). Nesta fase, classificamos e ordenamos as ideias e os acontecimentos. O agrupamento das codificações se fez por significação, resultando em três categorias de análise as quais serão apresentadas no capítulo a seguir:

- **Vencendo os desafios na implementação do Processo de Enfermagem: uma lição a ser aprendida (1979-2004).**

- **O profissionalismo presente na implementação do Processo de Enfermagem (1975-2004).**

- **Características essenciais de uma profissão.**

4ª Etapa: interpretação: com esse procedimento procuramos ir além do material. E, com base nas inferências, discutimos os resultados da pesquisa numa perspectiva mais ampla. É necessária uma sólida fundamentação teórica acerca do assunto.

5ª Etapa: síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos com a análise, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A pesquisa com seres humanos precisa estar fundamentada em princípios éticos, que formam o alicerce para as atividades propostas.

No entanto foi somente na primeira metade do século XX que as tensões nas pesquisas científicas envolvendo seres humanos expuseram a necessidade de regulamentações éticas para condução

dessas investigações e de reflexões sobre as questões morais emergentes do avanço tecnocientífico. Até então, os parâmetros éticos ainda não estavam estabelecidos para a realização de pesquisas com seres humanos, sendo usual a utilização dos próprios pacientes como sujeitos das pesquisas sem seu conhecimento, apesar da existência, desde 1900, de um primeiro regramento das pesquisas em humanos na Prússia, de acordo com o qual se considerava como obrigatório o consentimento dos participantes (MOTTA;VIDAL;SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

No Brasil, a revisão ética das pesquisas com seres humanos é realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado em 1988. Este sistema foi revisado pela Resolução 196/96, que definiu a criação e a consolidação do sistema brasileiro de revisão ética das pesquisas, o sistema Comitê de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP). Mais recentemente o CNS reeditou a Resolução 196/96, criando a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

O CNS incorpora os quatro referenciais básicos da Bioética, ou seja: autonomia que se refere ao respeito e a autodeterminação do indivíduo, considerando-o como ser racional e livre, não limitando suas escolhas ou interferindo em suas decisões; não maleficência que diz respeito ao dever de evitar qualquer mal ou qualquer situação de risco desnecessário ao paciente ou indivíduo; beneficência que pode ser compreendido como a obrigação de ajudar, em favor dos interesses do paciente ou indivíduo; justiça que implica em conceder a todos o direito de receber assistência á saúde quando precisar (BRASIL, 2012).

Neste sentido historicizar o processo de implantação e implementação do Processo de Enfermagem do HU-UFSC e compreender qual sua contribuição para o desenvolvimento profissional da enfermagem, exigiram uma fundamentação ética e respeito às normas da Bioética referentes à pesquisa com seres humanos. Para tanto, este estudo foi protocolado sob CAAE: 37146314.8.0000.0114, foi aprovado sob o Parecer n. 864.317 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, antes de ser aplicado. Da mesma forma, o projeto deste estudo foi apresentado à direção do HU-UFSC para análise e parecer sobre a autorização do local do estudo e utilização das fontes documentais.

Seguindo o rigor e os preceitos éticos, todos os documentos referentes às fontes de coleta e organização dos dados foram apresentados aos participantes do estudo, foi solicitada a assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Depois de transcritas, as entrevistas foram validadas pelos entrevistados, que puderam ler na íntegra o conteúdo transcrito e fazer as devidas correções. Além disso, após a validação foi solicitada a assinatura do Termo de Cessão (Apêndice D) do conteúdo do depoimento oral. Este documento consiste em uma carta que contém os dados do entrevistado, dos entrevistadores e da própria entrevista (data de realização, local, dentre outros) e tem por finalidade garantir os direitos de sua publicação (ALBERTI, 2004).

Este estudo evidenciou as personagens que participaram da construção do Processo de Enfermagem do HU-UFSC, sendo que todos os participantes, fontes orais deste estudo, autorizaram sua identificação, abdicando do anonimato. As personagens citadas durante as entrevistas foram identificadas com as letras &&&, preservando seu anonimato.

6 RESULTADOS

Neste capítulo os resultados deste estudo estão apresentados em forma de manuscritos, conforme a Instrução Normativa nº10, de 15 de junho de 2011, do PEN/UFSC.

Os manuscritos aqui apresentados resultam do processo de interpretação e síntese das categorias temáticas emergidas da análise das fontes orais e documentais do estudo. Neste sentido, possibilita a compreensão da implantação e implementação do Processo de Enfermagem do HU-UFSC e sua contribuição na profissionalização da enfermagem brasileira.

Manuscrito 1: Vencendo os desafios na implementação do Processo de Enfermagem: uma lição a ser aprendida (1979-2004).

Manuscrito 2: O profissionalismo exemplar na implementação do Processo de Enfermagem (1979 - 2004).

Manuscrito 3: Características essenciais de uma profissão: uma análise a partir do Processo de Enfermagem de um hospital de Ensino do Sul do País.

6.1 VENCENDO OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA LIÇÃO A SER APRENDIDA (1979-2004)

6.1 OVERCOMING THE CHALLENGES IMPLEMENTING THE NURSING PROCESS: A LESSON TO BE LEARNED (1979-2004)

6.1 SUPERANDO DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: UN VÍNCULO QUE PUEDE APRENDERSE (1979-2004)

⁷BENEDET, Silvana Alves

⁷ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Membro do Laboratório de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde- GEHCES/UFSC. Rua Conde Afonso Celso, 200, CEP 88070-560 - Florianópolis-SC- Brasil. silvanabenedet@gmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento do Processo de Enfermagem de um hospital de ensino do Sul do País, no período de 1979 a 2004. Estudo qualitativo, de natureza sócio-histórica, que utilizou como método a História Oral Temática e a Pesquisa Documental. Foram entrevistados 14 enfermeiros que vivenciaram a construção, implantação e/ou implementação do Processo de Enfermagem do Hospital. Os dados foram analisados mediante a técnica de Análise do Conteúdo. Os resultados apontam que o Processo de Enfermagem a partir de sua implantação sofreu mudanças na forma de ser implementado que foram impulsionadas principalmente pela necessidade de torná-lo mais exequível na rotina hospitalar, com o intuito de preservar a qualidade da assistência de enfermagem. A informatização do Processo de Enfermagem constituiu-se em uma importante mudança. Juntamente aos treinamentos, fizeram parte da implementação do Processo de Enfermagem, as auditorias. A implantação da Consulta de Enfermagem representou inovação no modo de fazer uma enfermagem pautada em princípios científicos e pioneirismo. Conclui-se que a implementação do Processo de Enfermagem, evidencia que as adaptações realizadas em resposta às mudanças na complexidade da assistência, o treinamento intensivo, o acompanhamento na sua execução, as auditorias e o vanguardismo na implantação da consulta de enfermagem fizeram parte dos quesitos essenciais na construção de uma profissão com um conhecimento estabelecido e reconhecido pela população atendida, bem como pela equipe multiprofissional. Estas características possibilitaram a conquista do *status* e autonomia profissional, contribuindo para o desenvolvimento da profissão em todo o país.

Descritores: Processos de Enfermagem. Sociologia. Enfermagem. História da Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the Nursing Process development in a teaching hospital in Southern Brazil, in the period from 1979 to

⁸ Enfermeira. Professora do Departamento e do Programa de PEN/UFSC. Líder do GEHCES. Pesquisadora do CNPQ. Rodovia Amaro Antônio Vieira, 2371/818/bl.A. 88034-102 - Florianópolis - SC - Brasil. padilha@nfr.ufsc.br

2004. Qualitative study, with socio-historical nature, that used as a method the Thematic Oral History and Documentary Research. Fourteen nurses who have experienced the Nursing Process construction, deployment, and/or implementation in the Hospital were interviewed. Data were analyzed using the Content Analysis technique. Results show that the Nursing Process, from its deployment, suffered changes in the way of being implemented that were driven primarily by the need to make it more feasible in the hospital routine, in order to preserve the nursing care quality. Nursing process computerization was an important change. In addition to training, audits were part of implementing the nursing process. Deploying the Nursing Consultation represented innovation in the way of doing a nursing based on scientific principles and pioneering. It is concluded that implementing the nursing process, evidences that the adjustments made in response to changes in care complexity, intensive training, follow-up on their implementation, audits and the vanguardism deploying the Nursing Consultation were part of the essential issues in constructing a profession with an established knowledge and recognized by the assisted population, as well as by the multidisciplinary team. These features have enabled the achievement of professional autonomy and status, contributing to developing the profession across the country.

Key-words: Nursing Processes. Sociology. Nursing. Nursing History.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar el desarrollo del Proceso de Enfermería en un hospital de enseñanza del sur del país, en el período de 1979 a 2004. Se trata de un estudio cualitativo, de naturaleza socio-histórica, que utilizó como método la historia oral temática y la investigación documental. Se entrevistaron a 14 enfermeros que vivenciaron la construcción, implantación y/o implementación del proceso de enfermería en el hospital. Se analizaron los datos mediante la técnica de análisis del contenido. Los resultados señalan que el proceso de enfermería, a partir de su implementación, generó modificaciones en la forma en que se impulsaron para implementarse, principalmente, por la necesidad de convertirlo en más practicable en la rutina del hospital, con la intención de preservar la calidad de la atención en enfermería. La informatización del Proceso de Enfermería se constituyó en un importante cambio. Las auditorías, junto con las capacitaciones, hicieron parte de la implementación del Proceso de Enfermería. La implantación de la consulta de enfermería incorporó

una innovación en el modo de hacer enfermería, pautada por los principios científicos y el pionerismo. Se concluyó que la implementación del Proceso de Enfermería - que saca a la luz las adaptaciones realizadas en respuesta a los cambios en la complejidad de la atención, la capacitación intensiva, el acompañamiento en su ejecución, las auditorías y el vanguardismo en la realización de consultas de enfermería - es parte de los requisitos esenciales en la construcción de una profesión, con un conocimiento establecido y reconocido por la población atendida, así como por el equipo multi-profesional. Estas características posibilitaron la conquista del *status* y la autonomía del profesional, contribuyendo al desarrollo de la profesión en todo el país.

Descriptor: procesos de enfermería; sociología; enfermería; historia de la enfermería.

1 INTRODUÇÃO

No cenário internacional o Processo de Enfermagem foi instituído entre as décadas de 1950 e 1960, nos Estados Unidos e Canadá. Foi aplicado inicialmente para o ensino e na década de 1970 se estendeu para a prática profissional (HUITZI-EGILEGOR et al., 2014).

No Brasil, a década de 1970 se configurou como um dos principais momentos históricos do Processo de Enfermagem. Nesta época, observou-se um importante movimento dos profissionais enfermeiros na direção de organizar e planejar a assistência de enfermagem baseada na cientificidade.

Cavalcante et al. (2011) afirmam que a partir dos estudos de Wanda de Aguiar Horta, uma das pioneiras brasileiras a refletir sobre o Processo de Enfermagem, iniciou-se, nessa mesma época, uma preparação para a necessidade da inclusão do Processo de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras.

No cenário político e econômico, o Brasil vivia uma época de crescimento e, em consequência do processo de aceleração da economia ocorrido nos anos 1960 e 1970, houve uma expansão acelerada no número de hospitais de ensino para atender às necessidades das escolas médicas em crescimento no país (KLETEMBERG et al., 2011).

Neste contexto, o hospital a qual se refere este estudo, inaugurado em 1980, iniciou as atividades assistenciais de Enfermagem fundamentadas em uma metodologia de assistência pautada no Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta. Foi

o primeiro Hospital a instituir o Processo de Enfermagem no estado de Santa Catarina (HARR; GONÇALVES; SAUPE, 1987).

Nesta época, a produção científica da enfermagem brasileira era fortemente influenciada pelos estudos de Horta e, em Santa Catarina o panorama não era diferente do restante do país. Sua influência na enfermagem catarinense foi percebida desde o início do funcionamento do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1969. Suas ideias permeavam o ensino, a assistência e as pesquisas mediante cursos ministrados para professores e estudantes, assessoria e contato pessoal, mantidos naquela época (HARR; GONÇALVES; SAUPE, 1987).

Os primeiros enfermeiros contratados no referido hospital, foram treinados de maneira intensiva para prestar uma assistência de enfermagem utilizando o método científico e, fundamentada na teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Para estes enfermeiros a importância das teorias, residia no estabelecimento dos processos de cuidar em enfermagem que norteariam os caminhos a serem seguidos para a efetivação dos pressupostos teóricos na prática do cuidar do enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem (FAVERO; WALL; LACERDA, 2013).

Do ponto de vista legal, o Processo de Enfermagem foi reconhecido como instrumento de trabalho e atribuição do enfermeiro a partir da aprovação da Lei do Exercício Profissional de 1986 (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87), posteriormente através da Resolução COFEN nº 272/2002, que determinou a obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem em todo território nacional, sendo substituída pela Resolução nº 358/2009. Este aspecto reforça ainda mais a característica de vanguardismo das enfermeiras que implantaram o Processo de Enfermagem na instituição em estudo.

Atualmente o Processo de Enfermagem se constitui em uma fortaleza na profissão, na medida em que possibilita o planejamento e o desenvolvimento de cuidados qualificados ao indivíduo, família e comunidade, assim como o registro da prática profissional. Sendo também, um modelo metodológico ele auxilia a identificar, compreender, descrever, explicar ou prever as necessidades humanas de saúde daqueles a quem a enfermagem presta seus cuidados, pois favorece tomadas de decisão seguras, nas mais variadas situações clínicas, diminui a fragmentação dos cuidados e garante a sua continuidade, podendo, inclusive, servir de fundamentação

permanente para a educação, a pesquisa e o gerenciamento em enfermagem (FIGUEIREDO et al., 2014).

Diante disso, afirma-se que a finalidade de implantar o Processo de Enfermagem nas instituições hospitalares do Brasil é a de organizar o cuidado a partir da adoção de um método sistemático, proporcionando ao enfermeiro a definição do seu espaço de atuação, do seu desempenho no campo da gestão em saúde e da assistência em enfermagem (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

A implantação do Processo de Enfermagem no hospital deste estudo, de acordo com Horr et al. (1995) foi a atividade que envolveu o maior número de docentes, enfermeiros e horas de trabalho. Desde o momento em que começou a ser implementado, ele foi sendo adaptado às mudanças da complexidade e aumento do número de atendimentos do hospital. Portanto, foram muitas horas de estudo e discussão para integrar, ampliar a compreensão e operacionalizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, seu Processo de Enfermagem e o Método Weed⁹.

Nesta perspectiva, este estudo propõe dar visibilidade aos aspectos que envolveram a implantação e implementação deste Processo de Enfermagem, discutindo sua contribuição para o desenvolvimento da profissionalização da enfermagem no país. Esta discussão está amparada pela Sociologia das Profissões através das ideias sobre profissionalização e profissionalismo de Eliot Freidson.

Na implementação do Processo de Enfermagem ao qual este estudo se refere, o treinamento e o compromisso com a qualidade da assistência à população foram atributos fortemente identificados. E para Freidson (2009) o profissionalismo requer comprometimento com o trabalho e com a carreira de maneira que seja integrado a uma identidade, com ênfase no serviço voltado para o público e não em proveito próprio. Considera ainda como características centrais das profissões o treinamento prolongado e especializado de um corpo de conhecimento e um serviço voltado para a coletividade.

Portanto, tem como objetivo analisar o desenvolvimento do Processo de Enfermagem de um hospital de ensino do Sul do País, no período de 1979 a 2004.

⁹ Método Weed: método de trabalho idealizado pelo médico norte americano Lawrence Weed, o qual propõe um prontuário centrado no paciente, o Prontuário Orientado para o Problema (POP). Neste método, os profissionais da equipe multidisciplinar fazem seus registros em impressos únicos, evitando repetição de informações.

O período histórico escolhido relaciona-se à criação da Portaria nº 358/79 do Reitor Caspar Erich Stemmer, que designou a comissão com representação institucional do Departamento de Enfermagem, responsável pela implantação do Hospital e organização do serviço de enfermagem, o que incluiu a implementação do Processo de Enfermagem. O marco final diz respeito ao início da informatização do Processo de Enfermagem no referido hospital, impulsionado pela publicação da Resolução Cofen nº 272/2002, a qual determinou a implantação do diagnóstico de enfermagem nas instituições brasileiras, incentivando a informatização do Processo de Enfermagem.

2 MÉTODO

Estudo qualitativo de natureza histórico-social, que utilizou como método a História Oral Temática e a Pesquisa Documental. O estudo foi realizado em um Hospital geral de Ensino localizado na cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina, denominado Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC). Foi inaugurado em dois de maio de 1980, fazendo parte da UFSC. Atende exclusivamente pelo Sistema único de Saúde (SUS) e atualmente conta com 210 leitos.

Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes fontes primárias: o Documento Básico da Enfermagem do HU-UFSC contendo os objetivos, a filosofia e toda a Metodologia da Assistência de Enfermagem, o Referencial da Assistência de Enfermagem do Ambulatório do HU-UFSC e os depoimentos orais dos enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais que fizeram parte da implantação do Processo de Enfermagem do HU-UFSC. Foram entrevistados seis enfermeiros docentes e oito enfermeiros assistenciais que vivenciaram a construção, implantação e/ou implementação do Processo de Enfermagem do Hospital no período de 1979-2004. Foram excluídos aqueles que não atuaram no HU-UFSC no período estudado.

A coleta de dados aconteceu entre novembro de 2014 e março de 2015. Para as entrevistas foram elaborados dois instrumentos semiestruturados, cujas perguntas possibilitaram a compreensão da história do desenvolvimento do Processo de Enfermagem, a partir da narrativa das personagens envolvidas. As entrevistas foram agendadas e realizadas em local e hora de escolha dos participantes, em comum acordo com o pesquisador. Foram gravadas em meio digital, posteriormente transcritas e passadas pelo procedimento denominado por Alberti (2010) de copidesque, o que possibilitou a mudança das

palavras de uso coloquial, preparando o texto para o formato científico.

Depois de transcritas as entrevistas foram validadas pelos participantes do estudo. O texto foi encaminhado aos entrevistados para conferência e validação, respeitada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Todos os entrevistados permitiram a divulgação do seu nome na pesquisa e procederam a doação mediante a assinatura do Termo de Cessão de Depoimento Oral, para o acervo do Grupo de Estudo da História do Conhecimento Enfermagem e Saúde (GEHCES), do Departamento de Enfermagem da UFSC, permitindo a criação de fontes documentais. As personagens citadas durante as entrevistas foram identificadas com as letras &&&, preservando seu anonimato. O projeto que deu origem e este estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, através do parecer nº 864.317 e CAAE nº 37146314.8.0000.0114 em conformidade às exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

As informações foram analisadas mediante a técnica de Análise do Conteúdo, conforme preconizado por Minayo; Assis e Souza (2006), com base no referencial de Eliot Freidson, sobre sociologia das profissões. A análise revelou três categorias: Processo de Enfermagem e as adaptações necessárias ao longo do tempo; Treinamento e auditorias: acompanhamento no fazer do Processo de Enfermagem e; A implantação do Processo de Enfermagem no ambulatório: da pós consulta a consulta de enfermagem.

3 RESULTADOS

3.1 Processo de Enfermagem e as adaptações necessárias ao longo do tempo

Esta categoria, revela que o Processo de Enfermagem a partir de sua implantação em 1980 até 2004, período final a que este estudo se refere, sofreu mudanças na forma de ser implementado. Essas mudanças foram impulsionadas principalmente pela necessidade de torná-lo mais exequível na rotina hospitalar, com o intuito de preservar a qualidade da assistência de enfermagem.

Em setembro de 1981, a primeira versão escrita do Processo de Enfermagem denominada de “Metodologia de Assistência de Enfermagem” foi concretizada, sob autoria das enfermeiras docentes

do Departamento de Enfermagem da UFSC, Lidvina Horr e Rosita Saupe.

O Processo de Enfermagem estava fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham H. Maslow, adaptada para a enfermagem por Wanda Horta e no sistema de Prontuário Orientado para o Problema (POP), preconizado por Lawrence Weed. Constituíam-se de quatro etapas: Histórico de Enfermagem, Plano Inicial, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

Antes de ser publicizada, esta versão já sofreu as primeiras adaptações. Uma delas foi a adição de um roteiro de coleta de dados iniciais, o qual seria utilizado com a finalidade de facilitar a coleta de informações para a realização do histórico de enfermagem, bem como a visita diária aos pacientes. A fala abaixo demonstra esta necessidade:

Nós vimos, depois, que era muito detalhado e dificultava a sua utilização para elaborar o histórico na admissão do cliente. Então, em 10/07/1981 elaboramos um Roteiro de Coleta de Dados para a Admissão do Cliente e para a Visita Diária. Finalmente entendemos que na admissão não era possível levantar todas as necessidades dos clientes. Não havia como! A enfermeira não teria disponibilidade para ficar duas ou três horas com um doente que acaba de chegar ao hospital. E o cliente não tem condições de ouvir e responder todas as perguntas na situação de chegada. Então se decidiu levantar na admissão somente o principal. Depois, no dia a dia, ir atualizando o levantamento das necessidades durante a visita diária com base no mesmo roteiro (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Observa-se que as mudanças ocorridas visavam sempre a preservação da qualidade deste instrumento de trabalho, otimizando o tempo que o enfermeiro dispensava para a execução do Processo de Enfermagem.

Na prescrição havia muitos cuidados repetitivos. Elaboramos então, em julho de 1981, os Cuidados de Enfermagem de Rotina, que não precisavam ser prescritos. Na prescrição constava apenas “Prestar Cuidados de Rotina” e o pessoal podia consultar a listagem e executá-los. Nesta mesma época,

elaboramos um roteiro que orientava o preenchimento do impresso das Observações Complementares de Enfermagem. Quem deu a sugestão do nome do impresso foi a &&& (Chefe do SAME/HU). Ela tinha visto isto em Porto Alegre, onde estagiou. Em 1983, reformulamos os Cuidados de Rotina (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Eu fiz parte dos processos de mudança, de reestruturação da metodologia para que ela ficasse mais fácil de ser executada no dia a dia. Ela era muito longa e realmente, apesar da importância, ocupava muito tempo do enfermeiro. Como o hospital foi crescendo, os pacientes foram ficando mais complexos, era difícil fazer de todos os pacientes seguindo aquele plano de cuidados e tudo aquilo que diz a Teoria de Wanda Horta (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

A primeira revisão do Processo de Enfermagem aconteceu em 1984, quando mediante a designação de uma comissão formada por enfermeiros assistenciais e docentes (Portaria nº 015/SDE/84), tendo como presidente a professora Lidvina Horr, resultou na redução de suas etapas de quatro para três. Originalmente, era composto por Histórico de Enfermagem, Plano Inicial, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

A partir deste período o Processo de Enfermagem passou a ter as etapas: Histórico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

Inicialmente o número de etapas era maior, com o tempo elas foram reduzidas sem prejuízo à qualidade. E foi divino! Em dezembro de 1984, atualizamos o Método de Assistência. Por quê? Eu escutava os enfermeiros reclamando acerca do prontuário pelos corredores, mas nunca de maneira oficial. Então estimei a revisão com a ampla participação de todos. Assim, em dezembro de 1984 a revisão foi concluída com a participação de todos os enfermeiros da DPI (Divisão de Pacientes Internos). Tentamos, assim, simplificar o método e adequar os Padrões de Enfermagem à prática e vice-versa. Com base nas observações e conversas

extraoficiais dos enfermeiros, em 1984 nós diminuimos os passos do processo. Independente do número de passos, o enfermeiro precisa acreditar, estudar, pensar e repensar, esforçar-se para melhorar cada vez mais o seu desempenho. Deve, ao mesmo tempo, avaliar os seus escritos e avaliar os resultados obtidos (Enfermeira docente Lidvina Horr).

O histórico, a evolução e a prescrição eram bem mais amplos. A gente tinha que fazer um histórico bem amplo, seguindo o Referencial da Wanda Horta, depois fazíamos todo um plano de cuidados e depois a prescrição. Mais tarde foi simplificando, por conta do aumento do hospital e da complexidade dos pacientes (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

No decorrer de sua implementação o Processo de Enfermagem continuou a ser alvo de críticas, discussões e tentativas de mudanças pelos enfermeiros que o executavam. Na década de 1990, com o aumento das demandas das clínicas cirúrgicas e Unidade de Terapia Intensiva adulto, novamente surgiu a necessidade de simplificar a execução de suas etapas, desta vez, com a proposta de utilização de instrumentos tipo *chek list*, abreviando e tornando mais célere seu registro. As falas abaixo são exemplos destas alterações:

Muitos enfermeiros nos setores tiveram várias ideias para tentar facilitar o Processo de Enfermagem. Não tinha como ser tão rigoroso, tão profundo diariamente. Foram feitas muitas reuniões para refletir, discutir e propor mudanças no processo que se estava executando. Será que tem que ser feito todos os dias? Será que não pode ser realizado uma vez por semana? Será que o estado do paciente muda tanto em 24 horas? Lembro-me que teve uma reunião em que veio uma enfermeira da UTI dizendo que a UTI já não queria mais fazer o Processo! A UTI queria elaborar um impresso onde se anotava somente um X nas alternativas. Porque na UTI os enfermeiros tinham que montar toda a unidade. Eles tinham que fazer tudo! Desde comprar comadre até treinar o pessoal, aprender a lidar com aquela

aparelhagem. Para eles era um grande desafio, não pela complexidade do tema, mas pelo tempo, que ficava cada vez mais escasso. Nessa ocasião as pessoas começaram a flexibilizar as observações e fazer as evoluções registrando somente o essencial. Por exemplo, se nas observações complementares já estavam registrados os sinais vitais, nós não precisávamos registrar nas evoluções, porque desde o início não era para repetir dados no prontuário (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Fomos lapidando o Processo de Enfermagem, a gente foi vendo que tinha coisas demais, era longo demais! Que tinha coisas que eram só de UTI, outras só de cuidados paliativos, aí fomos aprimorando. Depois, tinha a cirúrgica, como fazer histórico em centro cirúrgico? Aí nós dizíamos: “ah professora Lidvina, vamos reescrever, vamos melhorar aqui”. Fomos lapidando, melhorando (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

No final desta mesma década, apesar das alterações sofridas até então, o Processo de Enfermagem, continuava a ser questionado em relação à forma como estava sendo implementado:

Lembro que as pessoas já estavam discutindo há algum tempo, na gestão anterior, sobre o descontentamento acerca do Processo de Enfermagem. Lembro ainda de algumas queixas, tais como: que ele era muito burocrático; que as pastas (documentos) que continham os padrões (de cuidados e de assistência) não eram consultadas na elaboração das prescrições; que as pessoas faziam o Processo de Enfermagem de forma muito repetitiva, sempre os mesmos cuidados para pacientes diferentes; que escreviam muito e acabavam fazendo de forma muito superficial afastando-se dos padrões (Enfermeira docente Maria Anice da Silva).

No decorrer dos anos de sua implementação, outro tipo de mudança foi sugerida, a mudança do Referencial Teórico. A teoria de

enfermagem escolhida e adotada inicialmente, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, foi sendo questionada a partir do conhecimento de outras teorias. Percebe-se pelas narrativas, que uma parcela dos enfermeiros docentes do Departamento de Enfermagem defendia a adoção de outra teoria, embora não tenham se envolvido de maneira ostensiva na organização da metodologia.

No início, o Departamento não se manifestou; mas lembro da fala do &&& (Diretor do HU) em um evento no Centro de Ciências da Saúde; ele participava de uma mesa redonda e uma professora do Departamento de Enfermagem, que queria uma teoria de Enfermagem norte americana, começou a fazer críticas ao uso da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. O &&& disse que em tão pouco tempo em que se estava fazendo a experiência, trocar uma coisa fundamental era muito cedo. Que não tinha dado tempo para fazer uma avaliação adequada para substituir qualquer coisa (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Independente da influência desses docentes, os enfermeiros assistenciais foram tomando contato com outras teorias, foram elaborando novos conceitos e pressupostos, incorporando novas ideias ao Referencial Teórico original, mais adequadas à realidade da população atendida.

Pois é, no começo a gente começou com a teoria das Necessidades Humanas Básicas, estudando a teoria, tentando aplicar. Depois, a gente começou a conhecer outras teorias, até a gente foi incentivada a experimentar outras teorias (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

Essa busca por outra teoria que sustentasse a prática de enfermagem e tentativa de modificar o Referencial Teórico perdurou até o início dos anos 2000. Nesse período, identificam-se dois momentos importantes. O primeiro diz respeito à tentativa de mudança da teoria, mediante o trabalho de doutorado¹⁰ da enfermeira

¹⁰ CAPELLA, Beatriz Beduschi. Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem (Tese). Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 1996.

docente Beatriz Beduschi Capella, no qual propunha uma nova forma de realizar o trabalho da enfermagem. A construção deste referencial foi realizada em conjunto com alguns enfermeiros assistenciais do hospital. As falas a seguir denotam este momento:

Lembro que eu participei no trabalho da Bea (Beatriz Capella), eu acompanhei a construção de uma proposta, de uma teoria muito interessante. Acho que tinha como a gente pensar em implantá-la no HU, inclusive no ambulatório. Na época eu lamentei muito, porque acho que a enfermagem perdeu a oportunidade de dar uma reviravolta com outro conhecimento, mas se fez a proposta pela Wanda Horta. Hoje eu até consigo olhar a Teoria de Wanda Horta, contextualizar o momento, mas não resta dúvida de que há necessidade de atualizar (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

Este Referencial Teórico propunha um instrumento, uma tentativa de utilizar um instrumento de coleta de dados para o sujeito hospitalizado e outro para a família também. Era uma coisa que a gente sonhava muito! Que os familiares pudessem estar compartilhando de uma forma verdadeira, em condições ideais de trabalho, todo um preparo, toda uma visão do conhecimento (Enfermeira docente Beatriz Beduschi Capella).

O segundo momento importante na tentativa de mudança de teoria de enfermagem, aconteceu de 2000 a 2004, quando, percebendo a insatisfação da enfermagem com a teoria atual, a então Diretora de Enfermagem Maria Anice da Silva, propôs como uma das estratégias da Política Assistencial de sua gestão, a avaliação da teoria e do Processo de Enfermagem adotado. Sua fala explicita este momento:

Ao mesmo tempo começamos a rever o debate acerca da filosofia do processo de enfermagem, se atendia ou não às crenças e valores da enfermagem. Um grupo de professores do Departamento de Enfermagem da UFSC, Chefias e enfermeiros do HU já vinham estudando um novo referencial como proposta. Eu participei de várias reuniões. Era a construção de um novo referencial moderno e

rico em ideais. Parece que a proposta tinha como referência (base) a tese de doutorado da Professora Beatriz Capella. A autora e a orientadora da tese parece que tinham clareza de sua operacionalização, inclusive algumas pessoas que conheciam a teoria também demonstravam bastante simpatia com o novo referencial. Havia outro grupo que questionava o referencial teórico-filosófico utilizado que achavam estar obsoleto, que não era bem o que a enfermagem do momento estava pensando sobre o cuidado de enfermagem. Este descontentamento, já era um discurso que eu peguei em andamento. Desta forma incluímos a revisão do Processo de Enfermagem no plano de trabalho para os quatro anos de gestão (2000 – 2004) (Enfermeira docente Maria Anice da Silva).

Não lembro exatamente o sistema que usamos para averiguar as opiniões, mas foi conversado em várias unidades, com reuniões pontuais e a maioria dizia que o problema não estava no referencial teórico. Os enfermeiros alegavam que o referencial não precisava ser mudado: “é esse que gostamos e já estamos acostumados, não é esse o problema”. Afirmavam que o problema estava na funcionalidade, ele estava travando o fluxo, porque tinham que escrever muito e perdiam muito tempo. Referiam que os enfermeiros novos que eram contratados (mais de 60) ainda não estavam comprometidos com os padrões, não tinham tempo de consultar e prescreviam de forma repetitiva (Enfermeira docente Maria Anice da Silva).

No ano de 2003 teve início uma importante mudança no modo de implementar o Processo de Enfermagem, ou seja, a sua informatização. Esta mudança aconteceu paralelamente à necessidade de informatizar outras atividades do hospital, especialmente o controle financeiro. Atenta às mudanças que aconteciam no mundo em relação ao prontuário eletrônico do paciente, a enfermagem vislumbrou uma oportunidade de tornar seu Processo de Enfermagem mais ágil e prático, atendendo àquela antiga necessidade dos enfermeiros, facilitar sua aplicação.

Neste sentido, pleiteou-se junto à Direção Geral a contratação de profissionais da área de informática que pudessem, além de incluir o Processo de Enfermagem numa linguagem digital, treinar os enfermeiros no manuseio dos computadores.

Ao mesmo tempo em que planejávamos as atividades para gestão, a informatização estava chegando ao Hospital, então foi pensado na possibilidade de ter um programador exclusivamente para o HU e após defender a proposta junto à Direção e Reitoria, conseguimos a transferência do programador do Departamento de Informática da UFSC para o HU, o Sr. &&&. Ele não era funcionário do HU, ele veio para atender a necessidade da informatização nas diversas áreas. Foi aí que pensamos, “se vamos fazer alguma coisa em relação ao Processo de Enfermagem, vamos fazer de maneira informatizada”. Uma vez que a queixa principal era “escrever muito, que “não dava tempo de ficar consultando o grande volume de padrões escritos”, então vamos fazer de forma organizada e informatizada dando agilidade ao trabalho de prescrever os cuidados de Enfermagem. Com a colaboração do Sr. &&&, iniciei a informatização do Processo de Enfermagem. Ele ia construindo, e eu testava, consultava a enfermagem e aprimorava. Paralelo a informatização do PE, no início de 2003, a Direção Geral do HU criou, através da Portaria nº 001/DG-HU/2003, a Comissão de Apoio a Informatização do Prontuário (CAIP), com a finalidade de estimular e organizar a implantação dos sistemas para a informatização do prontuário e garantir o acompanhamento e a manutenção destes sistemas. (Enfermeira docente Maria Anice da Silva)

Para a implantação desta nova fase do Processo de Enfermagem, foram organizados grupos de trabalho constituídos por enfermeiros assistenciais que representavam cada área assistencial.

Para sistematizar o trabalho de atualização dos padrões do Processo de Enfermagem, foi constituída uma comissão de trabalho. Um grupo trabalhou a Estrutura organizacional e outro a política assistencial. Eu não consigo

lembrar exatamente as pessoas que estavam no grupo da assistência, mas lembro que a &&& da Clínica Cirúrgica 2, a &&& da Clínica Médica 2, a &&& também fez parte, a maternidade tinha representantes também, a &&& do Centro Obstétrico. Tinham várias enfermeiras que realmente já possuíam uma trajetória histórica dentro do HU. Essas pessoas ajudaram muito, revisaram e atualizaram todos os padrões de assistência e de cuidados. Como o volume de documentos era grande, precisei de uma pessoa para me ajudar a alimentar o sistema. Assim, durante alguns meses, foi deslocada a enfermeira &&& do seu setor de origem, a UTI (parece que ela estava com problemas de saúde que não podia ficar na UTI), para fazer este trabalho. Destaco a agilidade e a presteza com que esta enfermeira fez todo esse trabalho. Ela fez alimentação de todo o Sistema da Enfermagem, inclusive os da política Estrutural e Diretiva. Foi um volume de informações bastante grande. E por ser enfermeira, já fazia as correções e ajustes quando necessário (Enfermeira docente Maria Anice da Silva).

Para iniciar a implantação do Processo de Enfermagem Informatizado, foi treinado inicialmente todas as Chefias das Unidades de Internação e na sequência um grupo de enfermeiros de uma unidade para que fosse utilizado como unidade piloto. Isso durou mais ou menos um ano e meio, foram os dois últimos anos da gestão (2003 e 2004), no início de 2004 fizemos os últimos ajustes. Além do sistema de enfermagem também foi informatizada a Política Estrutural e Diretiva da Diretoria de Enfermagem, que também passou a fazer parte do sistema (Enfermeira docente Maria Anice da Silva).

Inicialmente, a informatização do Processo de Enfermagem foi recebida com alguma desconfiança e resistência pelos enfermeiros, mas que não se constituíram em barreira para o seu desenvolvimento.

Alguns resistiram, mas depois, entre os colegas mesmo, diziam, “vem cá, é fácil, eu te ensino”.

Passando alguns meses, me encontravam e já iam falando, “ah, Fulana me ensinou, que legal, gostei Nice”. Desde sua fundação, a enfermagem já tinha instituída a cultura do cuidado de enfermagem planejado, por isso não tive problemas. Era só criar a cultura informatizada que até então não existia e esta foi a única barreira efetivamente enfrentada. Porque a enfermagem planejada já existia (Enfermeira docente Maria Anice da Silva).

Evidenciou-se que depois de passado o período de adaptação, houve a aceitação do que era novo. Em algumas narrativas percebe-se que seria impossível atualmente, executar o Processo de Enfermagem sem estar informatizado.

Está muito mais fácil de fazer porque está informatizado, nem se compara! Mas os enfermeiros continuam tendo a mesma preocupação de avaliar, de descrever, de decidir. Tem alguns enfermeiros que se preocupam e fazem uma evolução e uma prescrição muito mais completas para os pacientes, até porque a própria prescrição foi informatizada. No início eu não gostei, mas te confesso que duas semanas depois era um alívio! Ela tirou em peso enorme de cima da gente, porque era muito mais rápido, muito mais prático. Eu confesso que foi um alívio enorme, porque as evoluções ficavam completas e a gente só trocava o que precisava ser mudado, não cansava o punho. Fazer 14 evoluções no noturno, 12, 10 evoluções no final de semana, no final a tua mão doía muito! Eu não tenho tendinite, mas eu sei de pessoas que tiveram (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Assim, a informatização contribuiu para tornar mais prática a execução do Processo de Enfermagem, economizando tempo, o que atendeu às reivindicações dos enfermeiros. Como resultado do trabalho de verificação junto aos enfermeiros, a decisão tomada foi pela permanência da mesma teoria de enfermagem, visto que a queixa principal era em relação a sua operacionalização, ao Processo de Enfermagem prolixo, demandando um tempo demasiado longo para ser executado.

3.2 Treinamento e auditorias: acompanhamento no fazer do Processo de Enfermagem

A implantação e implementação do Processo de Enfermagem exigiu participação e acompanhamento intensivos dos enfermeiros que compunham a Comissão de Implantação do Hospital Universitário de Santa Catarina (CIHUSC), especialmente dos docentes. Anteriormente à abertura do hospital em maio de 1980, a primeira turma de enfermeiros contratados participou de um treinamento intenso sobre todos os aspectos que envolviam o Processo de Enfermagem: definição, etapas, execução, teorias de enfermagem, teoria de Wanda Horta, Método Weed.

A turma de enfermeiros que montou o HU se encontrou durante uns dois meses e meio, por aí, para ter todo o embasamento teórico, qual o modelo que a gente ia seguir, então isso demandava que todos estivessem juntos e ficassem discutindo o que se queria para o HU (Enfermeira assistencial Maria José da Silveira).

Durante os meses de janeiro e fevereiro de 1980 treinamos o pessoal para a enfermagem. Todos foram treinados! Não queríamos pessoal sem ideia do que era um Hospital Universitário. A primeira contratação de enfermeiros ocorreu em 1/3/1980 (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Além de capacitar os enfermeiros sobre o Processo de Enfermagem que iria ser aplicado no hospital, essas reuniões tinham o propósito de fazê-los compreender a importância deste instrumento de trabalho para a qualidade da assistência de enfermagem.

Então quando eles entraram, não sei se eram quinze ou vinte enfermeiros, eu não me lembro, eles já entraram sabendo que iam utilizar aquele método de assistência. Eles passaram por um processo de treinamento, antes de entrarem no campo propriamente dito. O hospital inaugurou em maio, então até maio, nesse período foram treinados enfermeiros dentro do método de assistência, quando eles começaram a atuar o Processo de Enfermagem já estava incorporado (Enfermeira docente Maria Celecina Antonio).

Durante o curso que aconteceu de 12 de janeiro até abril, todos os dias, nós fomos doutrinados

para usar o termo certo, que nesse hospital ia ter a metodologia de assistência, o quanto isso é importante pra gente prestar uma assistência adequada. O quanto isso ajuda, simplifica a tomada de decisão (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

Eu lembro que teve treinamento antes de ingressar no HU. Fomos treinados principalmente sobre a sistematização (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

As reuniões de capacitação tiveram como objetivo também o planejamento do funcionamento do Serviço de Enfermagem do hospital. Ao mesmo tempo em que eram treinados, os enfermeiros discutiam e sistematizavam as rotinas assistenciais da enfermagem.

No começo de dezembro de 1979 começou a Salete Sakae e no final de dezembro ou início de janeiro, nós começamos a trabalhar no sentido de planejar o que a enfermagem ia fazer, como ia fazer. Então quando o hospital abriu eu vim direto para o ambulatório. Eu lembro que eu escrevi as atividades que ia fazer na consulta em ginecologia e obstetrícia: as normas, as rotinas, os passos de cada atividade, tudo sistematizado (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

Então, nós nos reuníamos todos os dias a partir do dia 21/01/1980 no Departamento de Enfermagem, numa sala. A gente começava às sete da noite. Começamos a montar tudo, como que o HU ia funcionar. A filosofia, a metodologia, como íamos treinar os técnicos, todo o fundamento teórico do HU. Então todos os dias tinha uma tarefa. Aí distribuía por pequenos grupos, discutíamos, ficávamos até 10h, 11h da noite, de segunda à sexta. E formamos todo esse arcabouço. A professora Lidvina nos apresentou a metodologia de assistência, falou da Wanda Horta (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

Embora esse período de treinamento seja considerado pelos participantes como bastante rigoroso, foram unânimes as opiniões

sobre a sua importância para o sucesso da implementação do Processo de Enfermagem.

Mas eu vejo que foi um período muito importante, porque as enfermeiras que tinham sido contratadas para trabalhar na DPI passaram por um treinamento muito intensivo com a professora Lidvina Horr, com a &&& que era Diretora de Enfermagem. Para aprender o que era metodologia, qual era a filosofia, como fazer o registro da assistência de enfermagem, como era toda a assistência de enfermagem. Tudo era muito rigoroso (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerges).

Foi um tempo de bastante estudo, eu lembro que muitas vezes a gente saía daqui 10, 11 horas da noite porque ficava fazendo reunião para ver como é que poderia adequar, na tentativa de achar os acertos (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

O treinamento era bem rigoroso. Quando a gente entrou, mesmo sendo concurso interno, a gente tinha um período de capacitação, se não passasse nesse período também não ficava. E a gente era acompanhada de perto por uma enfermeira. Quando eu entrei fiquei com a enfermeira &&& na emergência me acompanhando (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Juntamente aos treinamentos, fizeram parte da implementação do Processo de Enfermagem, as auditorias. Estas tiveram como objetivo avaliar a assistência de enfermagem que estava sendo realizada. E dentre os aspectos da assistência avaliados, estava o Processo de Enfermagem.

A avaliação da execução do Processo de Enfermagem teve início em 1982 através de auditorias retrospectivas, as quais forneceram fundamentos para a criação dos padrões da assistência e que mais tarde, em 1984, subsidiaram as auditorias operacionais.

Em 1982, nós fizemos auditorias retrospectivas, ou seja, analisamos prontuários de clientes que já haviam tido alta. As professoras &&&, &&& e eu temos um trabalho publicado sobre isso. Também em 1982, foram criadas duas

comissões para elaborar os padrões de cuidado e os padrões de registros. Uma, na área de pediatria e outra, na área de clínica médica. Observamos que as comissões não estavam “com força” para concluir os trabalhos, então unimos as duas, que concluíram o trabalho em 1984. Os padrões de registro e de cuidados foram divulgados e testados. Eram duas coisas diferentes. Isso tem muito haver com o Método de Assistência porque quando se está analisando um histórico, por exemplo, compara-se o que o Enfermeiro escreveu com o que ele deveria ter escrito. Se não foi feito adequadamente tem-se parâmetros para reorientá-lo. Depois da criação dos padrões, iniciamos a Auditoria Operacional, ou seja, o cliente ainda estava internado e ele era entrevistado. Concluída a auditoria, deixávamos escrito no livro de ocorrência da unidade os aspectos positivos e negativos encontrados no prontuário e na assistência. Foram muitas comissões (de enfermeiros) que participaram da atividade. Um trabalho lindo (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Depois da primeira fase do processo de auditoria, as equipes começaram a se ampliar, os próprios enfermeiros assistenciais, além dos professores, começaram a fazer auditoria.

Era cobrado e tinha as auditorias, eu me lembro das famosas auditorias! E que era bem importante porque as auditorias eram feitas por nós mesmos. E vinha esse retorno das auditorias sobre tal dia não tinha evolução, o histórico não foi feito no tempo adequado, porque o histórico era pra ser feito nas primeiras doze horas de internação, as evoluções, as prescrições (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

A professora Lidvina estava sempre acompanhando nosso trabalho. Houve uma época em que a professora &&& fez parte de uma equipe de auditoria, de avaliação, eu também participei. Então eram pegos três prontuários, era analisado desde o histórico, todas as evoluções, todas as prescrições, todas as folhas de observações complementares, o que os funcionários escreveram, em função do que

nós prescrevemos, qual foi a resposta que teve o paciente, então tudo era auditado. Vinham umas professoras do departamento que ajudavam e a gente dissecava aqueles prontuários para ver o que nós estávamos fazendo de errado (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

As auditorias realizadas são consideradas pelos participantes deste estudo como instrumentos de avaliação da qualidade dos registros de enfermagem. É a comparação entre a assistência prestada e os padrões de assistência considerados como aceitáveis pelo grupo de enfermeiros. Ao avaliar, estimulava a realização dos registros com o máximo de qualidade, o mais próximo possível dos padrões estipulados.

Eles faziam a evolução, eles registravam muito mais profundamente do que nos outros hospitais. Porque eles foram treinados e faziam parte dessa proposta. Tiveram muitas reuniões onde a gente discutia e também tinha estudos de casos. Para que um setor soubesse como o outro estava evoluindo, para os enfermeiros entenderem como os outros estavam fazendo a metodologia. A qualidade das anotações que nós temos arquivadas, várias anotações de prontuários de tempos diferentes, ela não mudou. Isso é uma coisa que acontece até hoje: os funcionários novos são treinados, os enfermeiros são bem exigentes, porque a gente ensina a olhar, a interpretar e a saber o porque o enfermeiro fez aquela prescrição (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

As enfermeiras foram aprendendo, foram aperfeiçoando, foram melhorando. A auditoria ajudou muito para fazer a retroalimentação do aprendizado (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Apesar de reconhecerem a importância da auditoria como instrumento de avaliação, muitas vezes era vista como um instrumento de cobrança e controle social dos enfermeiros assistenciais. Sendo assim, houve momentos de resistência deste tipo de processo de avaliação da qualidade dos registros e da assistência de enfermagem.

Houve problemas de não compreensão da auditoria por parte de algumas enfermeiras,

principalmente. Eu considero uma demonstração de imaturidade. A maioria dos enfermeiros, no entanto, fez parte de comissões de auditoria; estes compreendiam bem a finalidade da auditoria. Depois de eu já ter saído do HU, a chefia de Enfermagem (na gestão da Professora Maria Celecina Antônio) pediu para que nós voltássemos a fazer a auditoria. Eu fui até lá e propus o envolvimento dos Atendentes, Auxiliares e Técnicos, para que eles se sentissem mais corresponsáveis. Não somente ouvir a avaliação de seu trabalho, mas também sentir a importância da auditoria. Mas eu não lembro porque não deu certo (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Quando surgiu essa auditoria os amigos ficaram inimigos, aí pegou mesmo! Porque, claro que algumas pessoas em seus setores acabavam fazendo do seu jeito, hoje em dia eu acho que isso é muito natural, mas é outro parâmetro, é diferente. Naquele tempo o hospital era pequenininho, dava para saber como é que estava aqui, como é que estava ali. E essa auditoria era bem engessada assim. Era sim e não, se você não atingia alguma coisa eles voltavam, vinham conversar com a gente e tudo o mais...daí a gente chorava, esperneava, aceitava ou não aceitava, enfim... Mas todo o mundo fazia. Não se ia para casa sem escrever o que estava pensando e o como estava cuidando do paciente (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Às vezes o que eu questionava era que essas auditorias não levavam em conta o contexto do plantão. Essa era uma crítica que na época eu tinha. Eu me lembro que quando vinha a avaliação, que o histórico não foi feito no tempo adequado, mas como é que estava o plantão? Teve intercorrência, foi um plantão corrido, faltou funcionário, o que levou a não se cumprir o que era o padrão da enfermagem? Teve um dia em que eu fiquei sozinha no plantão à noite, porque nós trabalhávamos em três pessoas, o

enfermeiro, o auxiliar e o atendente. Nesse dia o atendente não veio, o auxiliar passou mal e foi pra casa às 10h da noite e eu fiquei sozinha. Tive auxílio do pessoal de outra clínica que veio me ajudar. Mas óbvio que eu naquela noite não fiz nenhuma evolução e prescrição! No outro dia eu passei no plantão que, ou eu prestava a assistência mais imediata (medicação, soros,...) ou eu ia me sentar no posto e fazer as evoluções (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

Outro aspecto relacionado ao acompanhamento do fazer do Processo de Enfermagem presente nas narrativas dos participantes do estudo foi a supervisão direta das chefias de enfermagem, naquela época ocupada pelos enfermeiros docentes.

Não podia ficar paciente sem histórico, evolução e prescrição. Se ficasse alguma coisa sem fazer a gente era chamado na Direção e explicava o porquê que não fez! Tinha que ter um bom motivo, sabe? Por exemplo, se eu passasse no plantão que internou tal paciente e não foi feito o histórico, tinha que justificar pois a enfermeira que estava recebendo o plantão também não aceitava (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Graças às reuniões com a profa Lidvina que nós aprendemos a metodologia. A gente começou a descobrir o que tinha de errado no histórico e fomos aperfeiçoando. Ela se reunia com a gente e anotava tudo o que nós falávamos. Ela coordenava todas as reuniões sobre a metodologia, ela ia anotando tudo e debatendo (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

Durante as minhas visitas diárias às Unidades de Internação, eu lia, com frequência, os escritos da enfermagem. Isto me dava elementos para as orientações e os treinamentos (Enfermeira docente Lidvina Horr).

O treinamento, a supervisão e as auditorias certamente foram os elementos chave na construção do Processo de Enfermagem do hospital do estudo. Juntos, possibilitaram que houvesse o aprendizado, a retroalimentação deste aprendizado e a avaliação do que estava

sendo implementado, intencionando a qualidade da assistência de enfermagem.

3.3 A implantação do Processo de Enfermagem no ambulatório: da pós consulta a consulta de enfermagem

A implantação da Consulta de Enfermagem no ambulatório do hospital do estudo teve um impacto importante na implementação do Processo de Enfermagem do Hospital, merecendo destaque na narração da sua história.

A primeira consulta de enfermagem no ambulatório foi realizada no dia sete de abril de 1980, pela enfermeira Salete Virgínia de Souza Sakae, então, ainda denominada de “Pós – Consulta de Enfermagem”.

A consulta de enfermagem começou com os pacientes crônicos diabéticos e também com a pediatria e a tocoginecologia. A pediatria que era a enfermeira Salete Sakae e a Beth Flor na tocoginecologia. A gente começou por essas áreas porque foram as que tivemos abertura por parte dos profissionais médicos na época e depois a gente foi conquistando outras especialidades. Veio em função do estudo que os enfermeiros tinham a respeito de como orientar o paciente, que informações poderiam ser dadas, pra não entrar em conflito com o profissional médico (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerges).

Entretanto, antes de realizar a primeira pós-consulta, os enfermeiros tiveram que demonstrar para as autoridades máximas do hospital e da universidade, quais as atividades que faziam parte da consulta. Para isso, duas enfermeiras do ambulatório, uma delas a enfermeira Maria José Silveira simularam uma consulta de enfermagem e, somente depois desta demonstração, obtiveram a autorização para começar a realizar esta atividade.

Eu fui atriz de uma pós consulta de enfermagem, onde eu era a enfermeira de fato. Uma colega minha transformou-se em paciente, e aí o reitor, o pró-reitor e o diretor ficaram assistindo. Eu fiz esse papel porque a gente tinha colocado o nome na porta de “Pós consulta de Enfermagem”. Aí quando reitor viu aquilo, disse: “eu quero que você demonstre o que você vai fazer com esses doentes. Você vai

ensinar eles a tomarem remédio?” Eu falei: “inclusive, mas tem mais coisas!” Aí eu lembro que a gente fez de conta que a amiga era hipertensa, aí eu verifiquei a Pressão Arterial dela. Eu fiz toda a abordagem e registrei. Aí o reitor perguntou: “mas enfermeira, vai registrar aonde?” Eu respondi: “no espaço que tem pra isso no prontuário.” Eu sei que passei no teste (Enfermeira assistencial Maria José da Silveira).

Um aspecto que se destaca na implantação do Processo de Enfermagem no ambulatório foi, por um lado, a inovação no modo de fazer uma enfermagem pautada em princípios científicos, e por outro lado, o pioneirismo, visto que a consulta de enfermagem era um instrumento pouco utilizado pelos enfermeiros em nível nacional.

Neste cenário, para ser aceita, foi utilizado como uma das estratégias uma denominação que, de certo modo, fazia alusão a uma atividade paramédica, ou seja, que auxiliaria a consulta médica.

Na verdade quando abriu o ambulatório eles (os médicos) não aceitavam o nome consulta de enfermagem, então ainda me lembro da placa em acrílico branquinho, só podia usar o termo Pós Consulta, então era depois da consulta médica (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

Com a aprovação da Lei 7.498/86 sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem, os enfermeiros do ambulatório puderam, finalmente, denominar a Consulta de Enfermagem. Este momento histórico para a enfermagem brasileira foi relatado com destaque nas entrevistas deste estudo.

Quando a Lei do Exercício Profissional foi regulamentada em 1986 a professora &&& criou um formulário de encaminhamento de consulta, então ela me convidou e fomos até a direção comunicar ao Dr. &&&, eu lembro muito bem dessa reunião. Ela disse: “olha, eu estou comunicando que de hoje em diante, nós vamos retirar as plaquinhas de pós consulta de enfermagem e vamos colocar Consulta de Enfermagem. A lei está aqui e eu fiz esse formulário de encaminhamento.” Ele disse que tudo bem, foi supergentil e aceitou (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

Como era uma atividade nova para a enfermagem, a consulta precisava ser discutida, sistematizada, elaborados instrumentos, identificadas as etapas do Processo de Enfermagem que iria ser implementada. Sendo assim, todo o trabalho realizado até então para implantar o Processo de Enfermagem nas unidades de internação, teve que ser adaptado para o ambulatório.

A consulta de enfermagem, na realidade era com base no SOAP. A gente fazia todo o histórico no SOAP, tinha algumas orientações específicas, por exemplo, tinha algumas gestantes que os médicos atendiam e encaminhavam para orientação. O primeiro trabalho que se diferenciou foi o planejamento familiar. O &&& era professor da universidade e tinha um ambulatório de extensão de planejamento familiar, a ligadura era proibida por lei e aqui era um dos únicos locais que fazia inserção de DIU no município, então muitas mulheres que tinham contra indicação de outro método contraceptivo eram atendidas nesse ambulatório. Havia também um trabalho em conjunto com relação à orientação de contracepção (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

Então “lá serão esses os passos do processo de enfermagem, no ambulatório vocês vão fazer apenas o registro em forma de SOAP”. Então a gente acabava fazendo o S que equivale ao histórico usado nas unidades de internação. O exame físico, os exames complementares, fazia uma análise e no P registrava as intervenções (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

O grupo do ambulatório que escolheu trabalhar com pediatria e ginecologia, na perspectiva de atender o pré-natal, tinha tarefas, tinha assessoramento teórico, prático, porque os estágios da graduação de enfermagem estavam sendo implantados. No meu caso, escolhi trabalhar na área A, que em princípio era uma área que iria ter consultório de cardiologia, de reumatologia, de alergia, de gastroenterologia,

de hepatologia, e quem ficou dando um assessoramento pra gente foi uma professora que dizia assim “você vão estudar as doenças de especialidades”. Mas como que vai ter que estudar as doenças, assim eu vou ter que fazer um curso de medicina! “Ah, mas as doenças que mais incidem”. Mas não era assim, como é que eu vou ter uma bola de cristal para saber a incidência das doenças em um lugar que era novo pra todo mundo! O processo de enfermagem que estava instituído não se adaptava à gente, como que a gente ia fazer histórico? Mas a gente não poderia fazer a evolução diária, ele ia para casa dele, podíamos, no máximo, vê-lo dali a 40 dias, 60 dias. Como se vai trabalhar essa lacuna, que é a questão do acompanhamento? Tinha toda uma discussão interna e dos professores. Aí disseram: “você vão se dividir em grupos e vão para Porto Alegre. Vão passar uma semana no Hospital de Clínicas acompanhando as enfermeiras que trabalham com grupos.” Naquela época já tinha grupos para deixar de fumar, grupo para deixar de beber, consulta de enfermagem que era chamada de pós consulta, não tinha a lei ainda (Enfermeira assistencial Maria José da Silveira).

Neste período construiu-se um conhecimento novo, que serviria de embasamento para a implantação da consulta de enfermagem em espaços assistenciais externos ao próprio hospital. E cumprindo uma de suas finalidades enquanto hospital de ensino, o conhecimento científico foi gerado e experimentado nos diversos espaços do ambulatório.

Porque historicamente a gente não vinha nem dos estágios que tinha feito na graduação, com nada que lembrasse o ambulatório (Enfermeira assistencial Maria José Silveira).

Sim, a gente fazia e depois tentava adaptar à nossa realidade de ambulatório. É que na verdade, 10 anos mais tarde a gente lendo o processo a gente vê que poderia ter feito diferente, mas naquela época era uma novidade pra gente também. Então íamos experienciando cada dia de consulta, indo buscar ajuda. A gente

estudava o processo juntos, mas tinham questões específicas, por exemplo, no ambulatório a evolução se dava fora do ambiente hospitalar, então tinha que ter alguma coisa que desse conta pra gente poder fazer a assistência dessa forma. E na internação não, a evolução acontecia em nível hospitalar, era diferente. Então precisava de requisitos que contemplassem essas demandas (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

Diante da necessidade de construção de conhecimento, foram organizados grupos de estudo com a participação de enfermeiros docentes e assistenciais, bem como acompanhamento intensivo pelos professores do Departamento de Enfermagem. E assim, com estudo e dedicação, construiu-se um modelo de consulta de enfermagem.

O paciente chegava, era verificado os sinais vitais, conversava-se com ele, orientava-se, perguntava-se o que ele estava sentindo, se ele já sabia o que ele iria conversar com o médico, porque muitas vezes as pessoas chegam lá e dizem “eu tô com dor”. Mas não sabe nem relatar muito a história dessa dor. Então a enfermeira nessas horas já fazia um histórico resumido da história do paciente. O paciente contava e ela ia relatando, isso ia dando subsídio para a consulta médica. Depois tinha a pós-consulta, então o que era? O paciente foi lá teve a consulta com o médico e o médico dizia, “então o senhor vai agora conversar com a enfermeira, porque ela vai orientar o seu tratamento.” O papel da enfermeira, era a medicação, como ele ia tomar, as doses, quantas vezes ao dia, o horário ela já dizia. Por exemplo, eu me lembro muito bem que a gente conseguiu trabalhar com o pessoal da endócrino, principalmente com os pacientes diabéticos. Cuidados que ele deveria ter com a alimentação, porque não tinha nutricionista, então a enfermeira muitas vezes fazia o papel da nutricionista, “olha qual é a sua dieta, o que o senhor pode ingerir, o que deve evitar”. Que cuidados, por exemplo, com o pé, com o corte de unha, cuidado com feridas, por causa da cicatrização. Era um trabalho muito importante

naquela época. Então nós começamos indo por um caminho, que não era exatamente a consulta como deveria ser feita, mas foi o acesso que a gente teve, a estratégia adotada para poder chegar depois. Com isso a gente foi fazendo adaptações da metodologia, do registro. Porque a gente não conseguia seguir tudo o que estava dentro, já estabelecido, qual era o método, como fazer, como fazer uma prescrição, fazer o histórico. A gente não conseguia fazer o SOAP no começo. Então a gente fez uma adaptação para o ambulatório até que depois de alguns anos passou-se então a fazer a consulta de enfermagem mesmo (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerges).

Nós tínhamos que estudar! Toda quinta feira de manhã tinha a visita médica na unidade de internação, com os pacientes diabéticos, a gente discutia. Dali eles iam para o ambulatório, a gente tinha o grupo dos insulino dependentes na segunda feira, uma semana era para com os jovens e em outra semana os diabéticos de mais longa data (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

Nós antes conversávamos com as gestantes, com as mulheres que iam na consulta com os ginecologistas, a gente verificava os sinais vitais, os dados antropométricos e já conversávamos com elas para elas depois de consultarem com o médico viessem conversar com a gente, para que pudessem esclarecer as dúvidas, as possíveis medicações, enfim, as intervenções de enfermagem que seriam feitas. E aí algumas passavam e outras não podiam, já tinham esperado muito (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

A partir das necessidades levantadas nas consultas de enfermagem, surgiram as atividades de educação em saúde em grupos. Dentre estes, destacam-se o Curso de Gestantes criado em 15 de outubro de 1980 e o Grupo de Pneumopatas em 15 de dezembro de 1983.

A gente começou a fazer cursos para pacientes crônicos. Por exemplo, para pacientes hipertensos, tivemos momentos que ficaram eternizados porque foram bem sucedidos. A gente os reunia, eles trocavam experiências, a gente fazia cartazes, a gente chegou a trazer até cesta de verduras e frutas, porque muitos não conheciam. Chamamos a nutrição para falar. A gente dava as palestras. Toda semana eles vinham e a gente fazia um lanche com os alimentos que eles podiam comer. Era muito legal. Mas nesse caminhar das especialidades a área B ficou mais para a endocrinologia, você fazia um trabalho educativo para os diabéticos que enriquecia a quem ensinava. Chegaram até a fazer colônia de férias. Foi uma época de ouro! (Enfermeira assistencial Maria José da Silveira).

No início da década de 1990, o grupo de enfermeiros do ambulatório, considerou necessário modificar o Referencial Teórico. A teoria das Necessidades Humanas Básicas não contemplava a complexidade das demandas dos pacientes atendidos naquele espaço assistencial. Neste contexto, foi formado um grupo de discussão e estudo de teorias de enfermagem com a participação de professores do Departamento de Enfermagem.

A gente fazia o próprio histórico no SOAP e pensamos em criar um grupo para discutir um referencial próprio para o ambulatório. Resolvemos nos reunir e fazer o nosso referencial. E era muito rico, porque foi um momento em que a gente parou para estudar. Imagina! Primeiro: qual a Teoria de enfermagem que vamos usar? Se a Wanda Horta não serve, fomos estudar todas as teorias (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

O grupo do ambulatório começou a estudar as teorias que se adequavam mais ao ambulatório, que respondiam mais às nossas necessidades e a gente estudou Leninger, Orem, estudou várias teorias, e eu gostei bastante da teoria do Cuidado Transcultural. Daí o ambulatório construiu um marco assistencial, que eles devem ter ainda os registros e foi também um

momento muito rico do ambulatório, a Silvana Pereira colaborou muito, a Zeca tinha feito o mestrado e colaborou muito nesse processo da gente pensar a nossa assistência e atender as necessidades. Com a professora &&&, a &&& também que estava fazendo mestrado ou doutorado e também nos ajudou muito nessa busca. Quando eu me aposentei a gente estava usando esse marco e pra mim a enfermagem e o marco era cuidar com, o cuidado compartilhado que no meu mestrado ficou bastante forte. Eu estudei o interacionismo simbólico que me ajudou nesse processo (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

A gente descobriu que existia outras teorias de enfermagem, então chamamos as professoras que entendiam mais da nossa angústia para nos ajudar. Fazíamos debates sobre teorias e dizíamos: “a gente vai fazer um outro processo, vai ser uma coisa só do ambulatório, do doente externo, vamos tentar adaptar”. Uma época a gente combinou de cada enfermeira, em sua área, usar uma determinada teoria (Enfermeira assistencial Maria José da Silveira).

Assim, como resultado das discussões possibilitadas neste grupo, foram elaborados conceitos e pressupostos que subsidiaram a construção do Referencial da Assistência de Enfermagem do Ambulatório do HU/UFSC. Embora a teoria de enfermagem permanecesse a mesma utilizada no hospital, este modelo continha a filosofia do grupo de enfermeiros do ambulatório e estava voltada à população atendida naquele espaço assistencial, tornando a assistência de enfermagem mais efetiva e individualizada.

4 DISCUSSÃO

Schub e Pravikoff (2015) afirmam que a característica essencial da enfermagem é a aplicação do conhecimento científico aos processos de cuidado através do uso do julgamento e do pensamento crítico. Desta forma o Processo de Enfermagem orienta de maneira sistemática este cuidado, sendo, por este motivo considerado uma forma de exercitar o pensamento crítico.

Nesta perspectiva, o Processo de Enfermagem configura-se como um dos elementos que caracteriza a profissão de enfermeiro,

visto que sua aplicação possibilita dentre outros aspectos, a formação de um corpo de conhecimento científico, uma das características primordiais de uma profissão, segundo Freidson (2009).

Para os enfermeiros que iniciaram a execução do Processo de Enfermagem no hospital deste estudo em 1980, este era uma dos principais atributos deste instrumento de trabalho. Por tal importância, desde o início de sua implementação, o Processo de Enfermagem foi sendo executado sob olhares críticos, tanto por parte dos enfermeiros assistenciais que o vivenciavam no cotidiano de sua prática, como por parte dos enfermeiros docentes que compunham o corpo gestor.

Deste modo, como todo o trabalho exercido por profissionais, o Processo de Enfermagem é complexo e indica alto prestígio. O *status* que ele conferiu aos enfermeiros deste estudo foi construído histórica e socialmente a partir da sua implementação, trazendo-lhes também visibilidade profissional, o que para Freidson (2009), pressupõe uma suscetibilidade à crítica, aumentando sua responsabilidade diante dos usuários.

Neste sentido, ao longo da história da sua implementação, foi sofrendo adaptações, cujo principal objetivo era torná-lo mais prático para ser executado no dia a dia, de modo que possibilitasse a organização do cuidado, a partir da adoção de um método sistemático, proporcionando ao enfermeiro a definição de suas ações (RIBEIRO et al., 2013).

Sobre a necessidade de avaliação constante do Processo de Enfermagem implementado identificada neste estudo, Soares; Biagolini; Bertolozzi (2013) afirmam que as instituições hospitalares apresentam características específicas no que diz respeito às facilidades e desafios para a operacionalização do Processo de Enfermagem, as quais devem ser analisadas pelos enfermeiros, a fim de que este instrumento assistencial seja implementado com conhecimento da situação real e com metas possíveis de serem alcançadas.

O tempo gasto na execução do Processo de Enfermagem foi uma preocupação evidenciada nas falas dos enfermeiros devido à necessidade de cumprimento de diversas atividades, dificuldade comumente vivenciada pelos enfermeiros em instituições de saúde nacionais e internacionais (FERNÁNDEZ-SOLA et al., 2011; LESMES, 2009; GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Neste estudo, a necessidade de tornar o Processo de Enfermagem mais prático, estava fortemente relacionada à gestão do tempo destinado às atividades de enfermagem, que na medida em que

o hospital foi crescendo, foi ficando também mais escasso. O fator tempo também se constitui como um dos recursos fundamentais de uma organização e, sua gestão contribui para a melhoria nos desempenhos individuais e coletivos na produtividade. Nesse sentido, é importante questionar como a equipe de enfermagem percebe seus registros para a efetivação do Processo de Enfermagem, que somente será uma prática efetiva se for discutida e defendida pela própria categoria profissional (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI 2013).

Sendo assim, a operacionalização do Processo de Enfermagem em questão, se deu por meio de um desenvolvimento mútuo, em que os enfermeiros que o aplicavam diariamente, percebiam-se valorizados pela organização na medida em que contribuíram efetivamente para o seu desenvolvimento. Portanto os enfermeiros que participaram deste estudo, naquele período histórico analisado, compreenderam o Processo de Enfermagem não como uma receita pronta, mas como um método flexível e que não só pode contribuir, mas que é fundamento para o cuidado.

No entanto, para que isso aconteça torna-se necessária sua adaptação à realidade institucional, mediante um programa de educação permanente bem estruturado, estratégias provindas de um planejamento elaborado que permita a participação da equipe, construção de instrumentos e aplicação das etapas embasadas nas Teorias de Enfermagem (PENEDO; SPIRI, 2014).

Importante destacar que, para que uma inovação seja aceita, precisa contemplar aspectos importantes para as pessoas envolvidas, como: ser um aperfeiçoamento daquilo que já existia; não eliminar ou interferir em outras coisas valorizadas; aumentar o prestígio das pessoas que a adotam; ter apoio de pessoas de elevado prestígio na instituição; envolver aqueles que a utilizarão na implementação e ser modificada para atender a práticas tradicionais valorizadas. Toda transformação em uma organização representa alguma modificação nas atitudes cotidianas, nas relações de trabalho, nas responsabilidades, nos hábitos e comportamentos das pessoas que a compõe. Assim, para que qualquer mudança organizacional ocorra, cada indivíduo deve pensar, sentir e fazer algo diferente (LIMA; MELO, 2012).

Nesta perspectiva, as mudanças no Processo de Enfermagem que ocorreram durante o período estudado, foram diretamente influenciadas pela cultura organizacional que, neste caso, representou a moldura pela qual os fatos, os objetos e as pessoas foram interpretados e avaliados naquele contexto determinado. Assim, as

alterações realizadas, foram no sentido de melhorar o que já existia, contextualizando com o momento histórico pelo qual passava a instituição e a enfermagem.

Com o passar do tempo e com o incremento do número e da complexidade de atendimentos, aumentou a necessidade de os enfermeiros terem acesso à informação exata e em tempo real para poderem desempenhar a grande variedade de intervenções assistenciais e gerenciais de enfermagem. Somado a isso, as demandas administrativas, legais e do cuidado, o aumento do conhecimento em saúde, o avanço tecnológico e as novas modalidades terapêuticas favoreceram o aparecimento de situações e problemas complexos, exigindo maior competência técnica do enfermeiro e aumentando, sistematicamente, a documentação de todo o processo de cuidado (LIMA; MELO, 2012).

Diante dessa realidade, a informatização do Processo de Enfermagem no hospital em questão, tornou-se uma necessidade premente. Bruylands et al. (2013) afirmam que a informatização pode ajudar a otimizar o Processo de Enfermagem, mas não pode substituir a aplicação avançada e contínua do pensamento crítico, bem como a reflexão clínica guiada. Enfatizam a necessidade de apoio constante dos enfermeiros durante o processo de implementação, a conscientização sobre as barreiras encontradas e o uso de ferramentas de apoio às decisões tomadas.

Apesar de reconhecerem a importância da informatização do Processo de Enfermagem, este estudo identificou resistências e dificuldades na implementação, dentre elas a falta de conhecimento e familiaridade com computadores por parte dos enfermeiros, devido ao período estudado quando o uso de ferramentas computadorizadas e até mesmo de computadores ainda era incipiente na realidade brasileira.

Alguns obstáculos estruturais e ambientais, como quantidade insuficiente de computadores, localização, velocidade, acessibilidade e confiabilidade nos computadores e no programa instalado, poderiam levar a relutância dos enfermeiros para utilizar o Processo de Enfermagem informatizado (BRUYLANDS et al., 2013).

Apesar dos entraves iniciais, houve unanimidade ao relatarem que com o uso de computadores, os enfermeiros tiveram mais tempo para direcionar o atendimento ao paciente, além de maior eficiência e precisão na sua documentação, resultado semelhante ao estudo de Lopes et al.(2010).

Em outro estudo, Lee e Noh (2015) concluíram que a utilização do Processo de Enfermagem informatizado reduziu o estresse e a

ansiedade entre os estudantes de enfermagem. Isto porque a informatização atua como uma ferramenta de apoio à decisão por sugerir intervenções de enfermagem adequadas para certos problemas de enfermagem, bem como indicadores de resultados para avaliar mudanças no estado do paciente ou condição após as intervenções.

Concomitantemente às revisões do Processo de Enfermagem, o Referencial Teórico utilizado era questionado o que deflagrou um importante momento de reflexão sobre os caminhos que a enfermagem queria percorrer para os próximos anos. Novos paradigmas sobre a profissão, saúde, assistência de enfermagem estavam sendo construídos, influenciados, em parte, por uma nova geração de enfermeiros, cuja formação estivera permeada de novos significados sobre o cuidado e a enfermagem.

É importante destacar a contribuição dos cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFSC, criados em 1976 e 1993 respectivamente, nesta reflexão sobre referenciais teóricos na prática de Enfermagem.

Entretanto, após profícuos momentos de discussões, o grupo de enfermeiros decidiu por continuar utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, embora tenha incorporado novas concepções filosóficas aos conceitos e pressupostos. Esta decisão foi embasada principalmente pelo Processo de Enfermagem desta teoria, considerado de fácil aplicação.

A dificuldade de trilhar um caminho desconhecido também pode ter influenciado esta decisão, visto que em qualquer tipo de atividade humana, as pessoas tendem a fazer aquilo que sabem e não o que seria preciso que elas fizessem, por medo de mudar e correr riscos (LIMA; MELO, 2012).

No entanto, antes de ser implementado, este Processo de Enfermagem teve que ser aprendido. Assim sendo, o seu desenvolvimento ocorreu mediante um acompanhamento intensivo por parte do corpo gestor de enfermagem, o qual incluiu curso preparatório para a implantação, reuniões de discussão do tipo estudos de caso e avaliação da implementação através das auditorias.

De acordo com o sentido que Freidson (2009) confere à profissão, o treinamento faz parte das condições para que uma ocupação conquiste prestígio, independência e responsabilidade inerentes ao trabalho. Portanto, este aspecto da implementação do Processo de Enfermagem identificado no estudo, é considerado como um dos baluartes da sua profissionalização no País.

Schub e Pravikoff (2015) afirmam que para se obter sucesso na implementação do Processo de Enfermagem é necessário criar oportunidades para desenvolver o pensamento crítico mediante a promoção contínua da reflexão e da habilidade para resolver problemas. As estratégias utilizadas podem ser o incentivo a discussão de casos clínicos entre enfermeiros, o registro de suas experiências em um diário de enfermagem para reflexão posterior, realização de exercícios de resolução de problemas de enfermagem, institucionalização de programas de formação para o pensamento crítico e cursos específicos sobre as especialidades de enfermagem.

Para Franco; Akemi e D'inocento (2012) o processo de implantação, a escolha de um referencial teórico, a elaboração de impressos práticos e inteligentes bem como a criação de metodologias adequadas de capacitação e treinamento são necessárias e devem ocorrer de maneira contínua e repetitiva.

Neste sentido as auditorias realizadas nos anos posteriores à implantação do Processo de Enfermagem tiveram como objetivo a avaliação da qualidade dos registros, visando a melhoria da qualidade do cuidado, além de obter indicadores de avaliação, evidenciando os erros e os acertos. Ademais, possibilitou a identificação de medidas de prevenção e controle, além da criação de indicadores da assistência denominados de Padrões de Assistência de Enfermagem, que atualmente ainda são utilizados como fonte de pesquisa e auxílio na realização do Processo de Enfermagem.

Os processos de auditoria tiveram início na área contábil como técnica de controle econômico. Na área da saúde, a primeira auditoria foi realizada em 1918, pelo médico George Gray Ward nos Estados Unidos com o objetivo de verificar a qualidade da assistência prestada através dos registros nos prontuários. No Brasil, a auditoria em saúde surgiu na década de 1970, de modo incipiente, voltada para a avaliação dos aspectos qualitativos da assistência. Desde então, as auditorias em saúde tem-se ampliado, tanto no setor público quanto na área privada, como um instrumento de controle de custos da assistência prestada (CLAUDINO et al., 2013).

No contexto deste estudo, a primeira auditoria aconteceu em 1982 onde foram analisados os registros de enfermagem nos prontuários de pacientes que já haviam tido alta, chamada de auditoria retrospectiva (PADILHA; HADAD; MATSUDA, 2014). A partir desta auditoria foram estabelecidos os padrões de assistência e então de 1983 a 1987, foram realizadas auditorias operacionais, ou seja, os registros do Processo de Enfermagem foram analisados enquanto os

pacientes ainda estavam sob a assistência de enfermagem (PADILHA; HADAD; MATSUDA, 2014). Embora fosse sempre enfatizado o caráter educativo da auditoria, muitas vezes ela era vista e compreendida como um método de fiscalização e punição.

Este aspecto é relatado por Valença et al.(2013), que observaram em seu estudo que a auditoria de enfermagem atualmente está voltada para uma visão financeira das instituições, detectando erros nos orçamentos. Todavia, ressalta que a auditoria é uma ferramenta de avaliação da qualidade da assistência e que somente será possível com o registro fidedigno da mesma, o que evidencia como fundamental a qualidade nos registros de enfermagem. Para Grossi, Pisa e Marin (2015) a auditoria em enfermagem avalia continuamente a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente, desde a internação até a alta, com a análise da documentação registrada no prontuário e a verificação das condições do atendimento prestado ao paciente durante o período de internação por meio de visitas *in loco*.

A auditoria de enfermagem manifesta-se como importante ferramenta de gestão da qualidade da assistência prestada e deve ser amplamente usada para a avaliação do processo do cuidar (BLANCK; SANCHES; LEOPARDI, 2013). Ademais, a determinação e o controle dos próprios padrões de educação e treinamento, além da avaliação da sua prática são aspectos decisivos da autonomia de uma profissão (FREIDSON, 2009).

Com a abertura do ambulatório do hospital a que se refere este estudo, os enfermeiros logo perceberam que a implementação do Processo de Enfermagem seria diferente daquela para o qual se tinham preparado, dado as características específicas da população que seria atendida neste espaço assistencial.

Denominada de Pós Consulta de Enfermagem, esta maneira de realizar o Processo de Enfermagem à pessoa que não estaria internada, gerou dúvidas e estranheza tanto aos enfermeiros que a realizariam, quanto aos gestores da universidade.

Assim como na realidade estudada, no Brasil, a partir da década de 1920, a entrevista realizada pelo enfermeiro foi considerada como uma atividade precursora da consulta de enfermagem. A denominação consulta de enfermagem surgiu apenas em 1968, entendida como atividade dirigida prioritariamente ao grupo materno-infantil. Posteriormente, foi abrangendo outros grupos inscritos nos programas de saúde que visavam ao controle da tuberculose, da própria hanseníase e de outras doenças crônico-degenerativas, como a

diabetes e a hipertensão arterial (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008).

Sua regulamentação em nível nacional deu-se pela Lei nº 7498/86 e pelo Decreto nº 94406/87 que, em seu artigo 11º a legitima e a determina como modalidade de prestação de assistência direta ao cliente e atividade privativa do enfermeiro. A Resolução COFEN-159/93, artigo 1º torna a consulta de enfermagem obrigatória no desenvolvimento da assistência de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde, seja em instituição pública ou privada (BRASIL, 1986; BRASIL, 1993).

Neste sentido, Freidson (2009) afirma que a distinção mais importante entre profissão e ocupação é a autonomia legitimada e organizada, o que consiste, entre outras coisas, o direito de controlar seu próprio trabalho, de determinar quem pode exercer e de que maneira pode ser feito as atividades. A partir então da sua regulamentação, embora já a exercessem de fato, a consulta de enfermagem pode ser executada sob amparo legal, dando mais segurança e legitimidade na execução do Processo de Enfermagem.

Apesar deste amparo legal, os enfermeiros continuaram com dúvidas relacionadas à maneira como a consulta de enfermagem era realizada, visto que conforme a metodologia assistencial adotada pelo hospital consideravam o modelo de consulta ainda muito atrelado ao modelo médico e ao paradigma positivista. As discussões em torno de um referencial teórico que contemplasse o ser humano mais amplamente, considerando especialmente sua dimensão social, tiveram como resultado a elaboração do Referencial Teórico da Enfermagem do Ambulatório.

Para aquele momento histórico, a construção de conceitos e pressupostos que atendessem de maneira mais ampla as necessidades das pessoas atendidas no ambulatório foi um avanço.

Atualmente a flexibilidade e a criatividade na aplicação da consulta são os diferenciais que podem contribuir para a prática profissional do enfermeiro, uma vez que tornam possível a utilização de intervenções, como a escuta, o acolhimento e o vínculo, de forma a fortalecer o relacionamento terapêutico entre profissional e paciente (MACEDO; SENA; MIRANDA, 2013).

Neste sentido, a consulta de enfermagem é compreendida como um instrumento assistencial, que possibilita promover o apoio, o acolhimento, a interação, a escuta e o diálogo com o paciente, configurando-se em um momento educativo oportuno para a troca de saberes.

Ademais, Bellaguarda et al.(2013) partindo da classificação de profissão de Freidson (2009), identificam a enfermagem como uma profissão de consulta, pois seu fazer acontece a partir do conhecimento construído como ciência aplicada, em que seus membros profissionais resolvem problemas que emergem dos usuários dos serviços de saúde, mantendo vínculo direto com estes.

Em vista disso afirma-se neste estudo que estes fazeres referem-se majoritariamente ao Processo de Enfermagem, especialmente à consulta de enfermagem, na qual a enfermeira aplica o método científico na resolução dos problemas dos usuários, os quais são identificados a partir de uma relação dialógica.

Consequentemente, quando Freidson (2009) afirma que são prerrogativas para a autonomia do médico o diagnóstico e a prescrição com base em sua perícia, a consulta de enfermagem, na medida em que possibilita que o enfermeiro faça diagnósticos de enfermagem e prescreva as intervenções, também influencia na sua autonomia profissional.

5 CONCLUSÕES

Ao longo das quase três décadas de implementação do Processo de Enfermagem analisados neste estudo, os resultados apresentados evidenciam que as adaptações realizadas em resposta às mudanças na complexidade da assistência prestada, o treinamento intensivo, o acompanhamento na sua execução, as auditorias realizadas e o vanguardismo na implantação da consulta de enfermagem fizeram parte dos quesitos essenciais na construção de uma profissão com um conhecimento estabelecido e reconhecido pela população atendida, bem como pela equipe multiprofissional.

Por conseguinte, estas características possibilitaram a conquista do *status* e autonomia profissional, contribuindo para o desenvolvimento da profissão em todo o país.

Durante a evolução histórica deste método de trabalho, os enfermeiros vivenciaram experiências participativas que permitiram a avaliação e a reflexão sobre suas ações assistenciais, o que possibilitou a construção do Processo de Enfermagem de maneira coletiva, viabilizando as mudanças e adaptações gradativas até a sua informatização e documentação clínica de enfermagem.

Os investimentos em termos de treinamentos e auditorias propiciaram o aprimoramento do conhecimento teórico-prático possibilitando a formação de profissionais com uma postura mais crítica e reflexiva. Esta atitude crítica em relação à assistência de

enfermagem prestada evidenciou-se no processo de questionamento da Teoria de Enfermagem utilizada, no qual culminou com a construção de pressupostos e conceitos adaptados ao momento histórico do hospital assim como das características sócio culturais da população atendida.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. Histórias dentro da história. In: PINSKY, C.B. et al. **Fontes históricas**. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

BELLAGUARDA, M.L.R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 269-374, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367023>. Acesso em 30 de junho de 2015.

BLANK, C.Y.; SANCHES, E.N.; LEOPARDI, M.T.A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do Vale do Itajaí. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 1, 2013 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000100027&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 31 ago. 2015.

BRASIL. **Lei nº 7498/86 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: 1986.

_____. **Resolução 159 de 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília: 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/12**: contendo as 134 Diretrizes de 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 20 fevereiro 2014.

BRUYLANDS, M.et al. Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation. **International Journal of Nursing**

Knowledge, v. 24, n. 3, p. 163-170, 2013. Disponível em :<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2013.01248.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=> Acesso em 10 Agosto 2015

CASTILHO, N.C.; RIBEIRO, P.C.; CHIRELLI, M.Q. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, v.2, p. 280-289, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200011>. Acesso em 12 agosto 2015.

CAVALCANTE, R.B. et al. Experiências de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v.1, n.3, p.461-471, 2011. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewArticle/2832>. Acesso em 10 agosto 2015.

CLAUDINO, H.G. et al. Gouveia. Auditoria em registros de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 3, p. 397-402, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=747412&indexSearch=ID>. Acesso em 10 agosto 2015.

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J.A.; SIMONETTI, J.P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. spe, p. 767-773, Nov. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 agosto 2015.

FAVERO, L.; WALL, M.L.; LACERDA, M.R. Conceptual differences in terms used in the scientific production of brazilian nursing. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 534-542, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072013000200032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Julho 2015.

FERNÁNDEZ-SOLA, C. et al. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia.

International Nursing Review, v. 58, p. 392-99. 2011.

Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00884.x/citedby>. Acesso em 17 de julho de 2015.

FIGUEIREDO, P.P. et al . The non-implementation of the nursing process: reflection based on Deleuze's and Guattari's concepts. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 4, p. 1136-1144, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de julho de 2015.

FRANCO, M.T.G.; AKEMI, E.N.; D'INOCENTO, M. Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n.2, p.163-170, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002 Acesso 10 Agosto 2015.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: UNESP, 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery.**, v. 13, n.1, p. 816-18. 2009. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715321025>. Acesso em 10 agosto 2015.

GROSSI, L.M.; PISA, I.T.; MARIN, H.F. Tecnologia da Informação e Comunicação na Auditoria em Enfermagem. **J. health inform.** V.7, n1., p. 30-4. 2015. Disponível em <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/314/227>. Acesso em 31 agosto 2015.

HORR, L. et al. Vivenciando e consolidando uma crença... **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.4, n.especial, p.220-29, 1995.

HORR, L.; GONÇALVES, L.H.T.; SAUPE, R. O ensino da metodologia assistencial de enfermagem Departamento de Enfermagem – UFSC. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.21, n.especial, p. 40-51, 1987.

HUITZI-EGILEGOR, J.X. et al. Implementation of nursing process in a health area: models and assessment structures used. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.5, p. 772-77, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500772&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 julho 2015.

KLETEMBERG, D.F. et al. O fascínio da ciência na área da saúde (1960-1990). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. dos. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

LEE, E.; NOH, H.K. The Effects of a Web-Based Nursing Process Documentation Program on Stress and Anxiety of Nursing Students in South Korea. **International Journal of Nursing Knowledge**.v.26, n.1, p.35-42. 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/2047-3095.12038/epdf>. Acesso em 11 Set. 2015.

LESMESS Ó. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio. **Av.enferm.**, v. 27, n.1, p. 60-8. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a07>. Acesso em 22 set. 2015.

LIMA, A.F.C.; MELO, T.O. Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 175-183, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Agosto 2015.

LOPES, M.H.B. et al. Evaluation of the Nursing Process Used at a Brazilian Teaching Hospital. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**. v. 21, n. 3, p. 116-123, 2010. disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2010.01157.x/pdf>. Acesso em 11 Set. 2015.

MACEDO, S.M. de; SENA, M.C.S.; MIRANDA, K.C.L.Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, v.66, n.2, p.196-201, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 01 set. 2015.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PADILHA, E.F.; HADDAD, M.C.F.L.; MATSUDA, L.M. Quality of nursing records in intensive care: evaluation through a retrospective audit. **Cogitare enferm.**, v.19, n.2, jun. 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i2.32103>. Acesso em 31 agosto 2015.

PADILHA, M.I de S.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2005pdf/2005-575.pdf>. Acesso 30 agosto 2015.

PENEDO, R. M.; SPIRI, W.C.. Meaning of the Systematization of Nursing Care for nurse managers. **Acta paul. enferm.**, v. 27, n. 1, p. 86-92, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000100086&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Agosto 2015.

RIBEIRO, D. K.M.N. et al . A identidade do cuidado de enfermagem na primeira década do século XXI. **Cogitare enferm.**, v. 18, n. 3, 2013 . Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/33573>. Acesso em 07 jul. 2015.

SCHUB, E.; PRAVIKOFF, D. Critical Thinking: the Nursing Process and Competent Patient Care. **CINAHL Nursing Guide**, 2015.

Disponível em:

<https://www.ebscohost.com/documents/flyer/nursing/cinahl-plus-with-full-text>. Acesso em 9 julho 2015.

SOARES, C.E.S.; BIAGOLINI, R.E.M.; BERTOLOZZI, M.R.

Nursing duties in the basic health unit: perceptions and expectations of nursing assistants. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 915-921, 2013 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400915&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de julho 2015.

VALENÇA, C.N. et al. The scientific literature on nursing audit and quality of records. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online). v.5, n.especial, p. 69-76. 2013. Disponível em

:http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1617/pdf_996. Acesso em 31 Agosto 2015.

6.2 O PROFISSIONALISMO EXEMPLAR NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (1979-2004)

6.2 EXEMPLARY PROFESSIONALISM IMPLEMENTING THE NURSING PROCESS (1979-2004)

6.2 EL PROFESIONALISMO EJEMPLAR EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA (1979-2004)

¹¹BENEDET, Silvana Alves

¹²PADILHA, Maria Itayra

¹¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Membro do Laboratório de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde- GEHCES/UFSC. Rua Conde Afonso Celso, 200, CEP 88070-560 - Florianópolis-SC- Brasil. silvanabenedet@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar a contribuição da implantação e implementação do Processo de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina para o desenvolvimento da profissão, no período 1979 a 2004. Método: estudo histórico-social, com abordagem qualitativa cuja coleta de dados ocorreu com 14 enfermeiros docentes e assistenciais. A análise e interpretação, bem como a categorização dos dados foram realizadas utilizando a técnica de análise de conteúdo. Resultados: apontaram que na implantação e na implementação do Processo de Enfermagem os enfermeiros enfrentaram desafios como falta de conhecimento, excesso de atividades, precariedade em relação ao espaço físico, materiais e não aceitação do Processo de Enfermagem pela equipe multiprofissional. A participação política dos docentes do Departamento de Enfermagem foi fundamental para o êxito da implantação do Processo de Enfermagem. Destaca-se o compromisso profissional dos enfermeiros para o enfrentamento dos desafios que fizeram parte deste processo. Conclusão: a implantação e a implementação do Processo de Enfermagem contribuiu para o avanço da enfermagem catarinense em termos de reconhecimento e profissionalização.

Descritores: Processos de Enfermagem. Prática profissional. Sociologia. História da Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: analyzing the contribution of Nursing Process deployment and implementation in the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina for developing the profession, in the period from 1979 to 2004. Method: socio-historical study, with a qualitative approach, whose data collection occurred with 14 teaching and assisting nurses. Analysis and interpretation, as well as categorization were carried out using the content analysis technique. Results: They pointed out that in deploying and implementing the Nursing Process, the nurses faced challenges such as lack of knowledge, excessive activities, and precariousness in relation to physical space, materials, and non-acceptance of Nursing Process by the multidisciplinary team. The political participation relative to the

¹² Enfermeira. Professora do Departamento e do Programa de PEN/UFSC. Líder do GEHCES. Pesquisadora do CNPQ. Rodovia Amaro Antônio Vieira, 2371/818/bl.A. 88034-102 - Florianópolis - SC - Brasil. padilha@nfr.ufsc.br

teaching staff of the Nursing Department was instrumental to the Nursing Process' successful implementation. The professional commitment of nurses to confront the challenges that were part of this process is highlighted. Conclusion: Nursing Process deployment and implementation contributed to advancing Santa Catarina nursing in recognition and professionalization terms.

Key-words: Nursing Processes. Professional Practice. Sociology. Nursing History.

RESUMEN

Objetivo: analizar la contribución de la implantación e implementación del Proceso de Enfermería en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina para el desarrollo de la profesión, en el período de 1979 a 2004. **Método:** estudio histórico-social, con abordaje cualitativo, cuya recolección se llevó a cabo a través de 14 enfermeros docentes y asistentes. Se realizaron el análisis y la interpretación, así como la categorización de los datos, utilizando la técnica de análisis de contenido. Los resultados demuestran que en la implantación e implementación del Proceso de Enfermería los enfermeros enfrentaron desafíos, tales como: falta de conocimiento; exceso de actividades; precariedad en relación al espacio físico; materiales y rechazo hacia el Proceso de Enfermería, proveniente del equipo multi-profesional. La participación política de los docentes del Departamento de Enfermería fue crucial para el éxito de la implantación del Proceso de Enfermería. Se destaca el compromiso profesional de los enfermeros para enfrentar desafíos que hicieron parte de este proceso. **Conclusión:** la implantación e implementación del Proceso de Enfermería contribuyó al avance de la enfermería catarinense, en términos de reconocimiento y profesionalización.

Descriptor: procesos de enfermería; práctica profesional; sociología; historia de la enfermería.

1 INTRODUÇÃO

A profissionalização da enfermagem teve início com o trabalho de Florence Nightingale ao fundar a Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomaz em Londres, em 1860. A partir deste fato, a enfermagem foi conquistando espaço no cuidado à saúde, enfrentando os desafios em meio a lutas e reivindicações. Entretanto, foi somente a partir do século XX que o processo de profissionalização começou a avançar mediante a construção de um saber científico, da conquista da

autonomia e prestígio perante a sociedade e as demais profissões da saúde (VALDÍVIA; MORA, 2010).

Neste contexto, a análise do trabalho da enfermagem sob uma perspectiva histórica mostra a busca pela mudança qualitativa na sua prática profissional e, para tal, precisa avançar no processo de profissionalização, transitando para o profissionalismo como um caminho para atingir a qualidade no cuidado.

Profissionalismo é definido por Freidson (2009) como o conjunto de atributos dos profissionais, destacando-se o comprometimento com o trabalho e com a carreira de maneira que seja integrado a uma identidade e a ênfase no serviço voltado para o público e não em proveito próprio.

Neste sentido, profissionalismo diz respeito não apenas aos conhecimentos e formação técnica, mas também às atitudes que implicam em valores éticos, compromisso com a qualidade do trabalho, busca contínua da aquisição de conhecimento e desenvolvimento de novas habilidades, além de empatia, honestidade, integridade, altruísmo, lealdade, respeito pelo outros e, finalmente, reflexão sobre decisões e ações (BENEDETTO et al, 2014).

Entendemos que para a enfermagem, o sentido de profissionalismo é permeado por valores alicerçados na preocupação em realizar um trabalho que proporcione um cuidado de qualidade aos usuários e que pressupõe, além do conhecimento e expertise, envolvimento e comprometimento no enfrentamento de desafios.

A implementação do Processo de Enfermagem nos diversos cenários da prática assistencial, tem se revelado como um dos caminhos que a enfermagem, ao longo de sua história vem adotando para avançar na sua profissionalização, e conseqüentemente, na qualidade de sua prática.

Este instrumento de trabalho, na medida em que estimula o raciocínio clínico e investigativo, revigora o pensamento crítico, proporciona a construção do corpo de conhecimento da profissão e desta forma, reflete o comprometimento do enfermeiro para com o usuário sob seus cuidados, o seu compromisso com a assistência e a satisfação das necessidades de saúde da população (FIGUEIREDO et al., 2014). Além disso, ao possibilitar a documentação da prática de enfermagem, torna visível suas ações, auxiliando na identificação das funções do enfermeiro, o que para McDonald et al. (2015), se constitui em um dos desafios mundiais da profissão.

Entretanto ao mesmo tempo em que se apresenta como uma oportunidade para o desenvolvimento profissional da enfermagem, sua

implantação e implementação vem exigindo grande envolvimento e comprometimento dos enfermeiros, nos aspectos que fazem parte do rol de princípios contidos no profissionalismo definido por Freidson (2009).

Estes atributos, aliados a um trabalho intenso, fizeram parte da prática profissional dos enfermeiros que implantaram o Serviço de Enfermagem do Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Inaugurado em maio de 1980, sua construção foi incentivada pela expansão do número de hospitais universitários, para atender às demandas das escolas médicas em crescimento no Brasil (KLETEMBERG et al., 2011). Na enfermagem, este período foi marcado por conquistas com repercussões importantes para seu desenvolvimento profissional, como a expansão do mercado de trabalho, atualização da legislação profissional e consequente ampliação da autonomia e das atribuições específicas da Enfermeira, mudanças na prática assistencial com a implantação e implementação do Processo de Enfermagem (KLETEMBERG et al., 2015).

Este contexto sociopolítico favoreceu a implantação do Processo de Enfermagem nas instituições hospitalares do País. Entretanto, embora houvesse condições favoráveis, este momento histórico da enfermagem Brasileira, exigiu dedicação e comprometimento dos atores envolvidos, especialmente os professores do Departamento de Enfermagem da UFSC, os quais foram os principais responsáveis pelo planejamento e execução das estratégias para efetivar a implementação do Processo de Enfermagem do HU-UFSC, contribuindo para o avanço da profissionalização da enfermagem.

Este estudo pretende dar visibilidade a este momento histórico para a profissão, refletindo sobre seu impacto no desenvolvimento profissional da enfermagem brasileira, especialmente no que tange à busca de soluções para os problemas concretos da assistência à saúde dos indivíduos, utilizando instrumentos advindos da ciência, mais do que contribuindo para a ciência, preocupando-se com os problemas dos indivíduos e menos com os problemas dos grupos ou unidades estatísticas, constituindo-se em um exercício genuíno de profissionalismo (FREIDSON, 2009).

Assim sendo, tem como objetivo analisar a contribuição da implantação e implementação do Processo de Enfermagem do HU/UFSC para o desenvolvimento da profissão, no período 1979 a 2004. Esta análise está alicerçada nas ideias sobre profissionalização e

profissionalismo de Eliot Freidson, principal expoente da Sociologia das Profissões.

2 MÉTODO

Estudo com desenho qualitativo, histórico-social que teve como recorte temporal o período de 1979-2004 que corresponde à criação da Portaria n° 358/79 do Reitor Caspar Erich Stemmer, que se refere à designação de uma comissão responsável pela implantação do HU-UFSC e organização do Serviço de Enfermagem, o que incluiu a implantação do Processo de Enfermagem. O recorte final relaciona-se ao início da informatização do Processo de Enfermagem no referido hospital. Trata-se de um Hospital geral de Ensino, inaugurado em dois de maio de 1980 na cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina. Atende exclusivamente pelo Sistema único de Saúde (SUS) e atualmente conta com 210 leitos.

As fontes primárias incluem: Documento Básico da Enfermagem do HU-UFSC contendo os objetivos, a filosofia e toda a Metodologia da Assistência de Enfermagem, o Referencial da Assistência de Enfermagem do Ambulatório do HU-UFSC e o artigo publicado na Revista Texto Contexto Enfermagem em 1995¹³, denominado *Em busca de um Sonho*, no qual as autoras, enfermeiras docentes e assistenciais que participaram da implantação e implementação do Serviço de Enfermagem do HU-UFSC, relatam as principais atividades desenvolvidas pelo Grupo de Enfermagem da Comissão de Implantação do HU-UFSC. Como fontes orais, entrevistamos 14 enfermeiros, sendo seis docentes e oito assistenciais.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram a atuação dos entrevistados na implantação e/ou implementação do Processo de Enfermagem do Hospital no período estudado, disponibilidade de tempo e memória preservada. Quanto aos documentos, foi realizada uma busca para sua identificação, considerando como critérios de inclusão: data de elaboração e relação do documento com o período e tema estudado.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2014 e março de 2015, mediante entrevistas semiestruturadas de acordo com a técnica da história oral temática, que permite o registro de testemunhos e o acesso da história dentro da história e, dessa forma,

¹³ HERR, L.; RABELLO, E.S.; SAKAE, S.V.; CIPRIANO, Z.M. Em busca de um sonho... Texto Contexto-Enfer., Florianópolis, 4(esp.): 210-15. 1995.

ampliam as possibilidades de interpretação do passado (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

As entrevistas foram gravadas, realizadas em locais escolhidos em comum acordo entre entrevistado e pesquisador e foram transcritas pela própria pesquisadora logo após a sua realização. O texto foi encaminhado aos entrevistados para conferência e validação, respeitada a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Todos os entrevistados permitiram a divulgação do seu nome na pesquisa e procederam a doação mediante a assinatura do Termo de Cessão de Depoimento Oral, para o acervo do Grupo de Estudo da História do Conhecimento Enfermagem e Saúde (GEHCES), do Departamento de Enfermagem da UFSC, permitindo a criação de fontes documentais. As personagens citadas durante as entrevistas foram identificadas com as letras &&&, preservando seu anonimato. O projeto que deu origem e este estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, através do Parecer nº 864.317 e CAAE nº 37146314.8.0000.0114 em conformidade às exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Após serem validadas, as entrevistas foram submetidas ao processo de copidesque (ALBERTI, 2010), o qual proporcionou a adequação do texto à linguagem científica, retirando jargões e vícios de linguagem coloquial. Os dados selecionados foram submetidos à crítica interna e externa e relacionadas ao contexto histórico (PADILHA; BORENSTEIN, 2005). A análise e interpretação, bem como a categorização das informações foram realizadas sob a técnica de análise de conteúdo, conforme Minayo; Assis e Souza (2006), utilizando como referencial teórico, os estudos de Eliot Freidson, sobre sociologia das profissões.

Deste processo, emergiram três categorias, quais sejam: Os desafios para implementar o Processo de Enfermagem; Contribuição dos professores do Departamento de Enfermagem na implantação e implementação do Processo de Enfermagem e; A implementação do Processo de Enfermagem e o compromisso com a Enfermagem brasileira.

3 RESULTADOS

3.1 Os desafios para implementar o Processo de Enfermagem

Esta categoria evidencia os desafios enfrentados pelos enfermeiros na implementação do Processo de Enfermagem do HU-

UFSC no período histórico correspondente ao preparo para sua implantação, o que aconteceu em 1979 e nos meses iniciais de 1980 até 2004, quando teve início sua informatização.

A implementação começou em 1980 juntamente com o início das atividades do hospital, sendo o primeiro hospital em Santa Catarina a ter sua prática sistematizada por um Processo de Enfermagem e fundamentada em uma Teoria de Enfermagem, a de Wanda Horta (HORR; GONÇALVES; SAUPE, 1987).

Pelo pioneirismo, este processo foi permeado por dificuldades, que se constituíram em desafios para estes profissionais, os quais estavam imbuídos de trabalho, responsabilidade e lealdade.

De acordo com as narrativas, um dos principais desafios foi a falta de conhecimento dos enfermeiros sobre o Processo de Enfermagem, sobretudo em como implementar suas etapas, além da dificuldade em compreender os conceitos e pressupostos da Teoria de Wanda Horta.

Para a gente a implantação do Processo de Enfermagem também era uma novidade, nós não tínhamos experiência em aplicar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Era tudo desconhecido, a gente queria, mas não sabia muito bem como. Ao mesmo tempo tinha a responsabilidade de acertar, porque era uma coisa nova, era uma implantação de um serviço novo. Hoje eu vejo, havia certa resistência com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, não porque ela não fosse adequada mas porque a gente não sabia utilizar (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

As professoras tinham que orientar tudo porque a gente não tinha muita noção. Sabíamos o que a graduação tinha passado e que não era muita coisa. Eu nem sei se a gente teve disciplina sobre sistematização. Eu só lembro que a gente aplicava o processo da Wanda Horta, o número grande de perguntas do histórico, as necessidades humanas básicas (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

Outro desafio relacionado à falta de conhecimento aparece no depoimento de uma enfermeira docente, representante da Comissão de Implantação do Hospital e uma das responsáveis pela organização do Serviço de Enfermagem e, por conseguinte do Método de Assistência.

Como hospital universitário, este tinha o compromisso com o desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde e com a implantação de práticas assistenciais de vanguarda, o que incluía, para a época, o trabalho multidisciplinar.

Neste contexto, o Departamento de Enfermagem sugeriu que o Método de Assistência adotado fosse o Método Weed.¹⁴ Este método propõe um prontuário centrado no paciente, o Prontuário Orientado para o Problema (POP) e os profissionais da equipe multidisciplinar fazem seus registros em impressos únicos, evitando repetição de informações. Entretanto, os enfermeiros docentes tinham pouco conhecimento sobre este método e nenhuma experiência em colocá-lo em prática.

O tempo até a abertura do hospital era muito curto. Iniciei na Comissão em novembro de 1979 e a previsão de abertura do HU estava prevista para o início de 1980. Acabaram não abrindo oficialmente, somente em maio de 1980. Na verdade, nós não entendíamos nada de Método Weed. Nós o defendemos porque o Departamento de Enfermagem havia proposto. A Comissão aceitou. E agora, o que fazer? Telefonei para o Dr. &&& (subdiretor médico) e disse: “nós vamos implantar o método Weed e alguém precisa orientar os médicos!”. Dr. &&& sempre foi um grande estudioso e ele tinha, por acaso, uma cópia encadernada do Método Weed. Então fizemos cópias e começamos a estudar (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Além da falta de conhecimento sobre a aplicação dos conceitos e pressupostos da teoria e das etapas do Processo de Enfermagem, havia a deficiência de conhecimento sobre os problemas de saúde e como se manifestavam nos pacientes, visto que a maioria dos enfermeiros atuantes na década de 1980 era recém-formada, tendo, portanto, exígua experiência clínica.

Então eu fui percebendo logo que eu tinha uma grande defasagem, eu tinha que correr atrás, eu estava alguns degraus abaixo das demais

¹⁴ Método Weed: método de trabalho idealizado pelo médico norte americano Lawrence Weed, o qual propõe um prontuário centrado no paciente, o Prontuário Orientado para o Problema (POP). Neste método, os profissionais da equipe multidisciplinar fazem seus registros em impressos únicos, evitando repetição de informações.

enfermeiras. Mas eu sempre fui uma pessoa de grande resiliência. Eu entendi que ia ser mais difícil para mim. E a metodologia, desde o começo, eu particularmente, tive bastante dificuldade. Porque eu não tinha bagagem. O que eu aprendi na faculdade foi muito superficial. Por exemplo, internava um paciente com uma gastrite. O que eu sabia de gastrite? Pouca coisa. Não sabia, por exemplo, quais os exames, quais os cuidados. Mesmo as meninas que estudaram aqui, elas tinham uma bagagem teórica maior sobre o assunto, mas também não sabiam como desenvolver. Errando, corrigindo, a gente fazia uma prescrição, fazia um histórico e a professora Lidvina avaliava (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

A falta de conhecimento foi relatada também, durante o processo de informatização do Processo de Enfermagem em 2004. Neste caso, a dificuldade estava relacionada à incorporação de novas tecnologias nos registros de enfermagem.

Eu lembro ainda, que durante a implantação do processo informatizado, houve alguma resistência por parte dos enfermeiros em aceitá-lo. A maior barreira dos enfermeiros era o fato de não estarem preparados para a informatização. Tinham medo de apertar alguma coisa e apagar tudo. Alguns não sabiam nem ligar o computador (Enfermeira docente Maria Anice da Silva).

A não aceitação do Processo de Enfermagem pelos profissionais médicos emergiu das narrativas como um desafio bastante contundente, visto que no contexto do trabalho multiprofissional, configura-se como imprescindível o respeito pelas atividades desenvolvidas pelos componentes da equipe.

Olha, no começo a gente escutou muito desaforo. Os médicos desdenhavam, debochavam. Achavam que o Processo de Enfermagem era uma bobagem, que não dizia nada, que não acrescia em nada na investigação. Os médicos perguntavam: “mas por que você fica aí sentada tanto tempo, enquanto os técnicos de enfermagem estão correndo dentro dos quartos”. Eles não liam o que a gente escrevia. Então eles começavam a perguntar:

“você tem certeza que quer lavar os olhos tantas vezes por dia? Você tem certeza que essa solução é indicada para isso?” Os curativos então, foi um verdadeiro choque, tudo eles questionavam, eles chegavam a escrever na prescrição médica “não quero que use tal solução em tal lesão...” (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

No começo eles não aceitavam muito que nós prescrevêssemos, mas nós fazíamos a nossa prescrição de enfermagem. Na UTI houve muita resistência. Tanto que nos outros setores, nós sempre evoluíamos logo em seguida da evolução médica ou vice e versa, ou seja, na mesma folha. Na UTI não, os médicos da UTI brigaram e a documentação de enfermagem ficou separada da documentação médica. Aquelas primeiras enfermeiras da UTI foram umas guerreiras! Porque eles não queriam, eles não achavam que o enfermeiro tinha o direito de prescrever cuidados para pacientes graves. Eles tiveram que aceitar, mas toda a documentação do Processo de Enfermagem na UTI até hoje é separada do médico. Cada paciente tem dois prontuários (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

A não aceitação do Processo de Enfermagem pela categoria médica pode ser analisada historicamente a partir do entendimento da sua hegemonia no contexto do trabalho em saúde, sendo muito difícil a aceitação de outra profissão no mesmo nível de saber. Esta situação exigiu dos enfermeiros docentes e gestores naquele momento, a adoção de estratégias que minimizassem os conflitos gerados e que permitissem a execução das etapas do Processo de Enfermagem. Destacamos duas estratégias relatadas: o registro do Processo de Enfermagem em caneta verde e o estudo sobre o assunto para o domínio do conhecimento.

A primeira estratégia serviu para separar o registro do enfermeiro do registro do médico, numa demonstração de segregação de classe, cujo objetivo velado era separar as duas categorias, numa tentativa, neste caso frustrada, de inferiorizar e enfraquecer o grupo de enfermeiros.

Antagonicamente, a segunda estratégia, ou seja, o incentivo ao estudo deu mais visibilidade à profissão, possibilitando a conquista do reconhecimento e *status* perante a população de usuários e demais profissionais da saúde. Assim sendo, estas atitudes proporcionaram um ambiente mais favorável para que a nova ideia fosse acatada e aceita paulatinamente.

Os médicos ignoravam totalmente a prescrição de enfermagem. Tinha a história de que tinha que escrever em letra verde para diferenciar o que era da enfermagem. A gente não podia escrever da mesma cor que os médicos. Tinha médicos que às vezes tiravam a folha da prescrição da enfermagem, não aceitavam de jeito nenhum! Passamos por algumas situações muito difíceis! Mas os enfermeiros eram orientados que cada profissional deve ser respeitado dentro de sua visão de como tratar o paciente. Não adianta também a gente querer impor uma coisa se está construindo um trabalho. Você tem é que agregar e não diluir. Então isso foi muito importante, eles estudavam muito (Enfermeira docente Márcia Cruz Gerges).

A precariedade do espaço físico, falta de materiais, equipamentos e insumos também apareceram como desafios enfrentados pelos enfermeiros que iniciaram a implementação do Processo de Enfermagem no hospital a que este estudo se refere. As dificuldades relacionadas ao espaço físico e materiais atrapalham a execução do Processo de Enfermagem, visto que para a execução de suas etapas, além de um espaço adequado, o que inclui conforto térmico, privacidade para a realização do exame físico e entrevista, materiais para verificação de dados antropométricos, sinais vitais entre outros.

A área física nunca nos favoreceu muito, até hoje não favorece. A planta física desse hospital teve como modelo um hospital canadense, ficou na planta quase 40 anos até ser inaugurado, era para ter vindo ar condicionado, nós não tínhamos janelas, as condições de trabalho eram extremas. Quando eu me lembro do calor e do frio que era! O espaço físico dos enfermeiros do ambulatório era precário. Eu fazia exame físico na minha mesinha de escrever! Eu

mandei fazer uns colchõezinhos e colocava em cima da mesa para examinar as crianças. Mas por exemplo, quando eu queria examinar a marcha de uma criança tinha que fazer no corredor porque a sala era muito pequena (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

O excesso de trabalho e conseqüentemente falta de tempo para executar o Processo de Enfermagem, também apareceram como importantes desafios enfrentados na sua implementação. Nas falas que emergiram das narrativas, fica evidente a angústia diante do grande número de atividades que os enfermeiros atuantes no hospital do estudo faziam naquele contexto histórico.

Como o hospital estava iniciando suas atividades, havia a necessidade de constituição de comissões nas quais os enfermeiros participavam cujo objetivo era a organização do trabalho em saúde no hospital. Além disso, os enfermeiros enquanto líderes da equipe de enfermagem participavam ativamente do treinamento, supervisão e avaliação dos profissionais de enfermagem recém contratados. Estas atividades eram acrescidas ao trabalho assistencial que não poderia deixar de ser realizado, incluindo o Processo de Enfermagem, acarretando em excesso de atividades e muitas vezes dificuldade para eleger o que era prioritário. Esse era provavelmente um dos maiores geradores de angústia nos enfermeiros, pois tinham a sensação de não estar cumprindo com os objetivos traçados inicialmente, ou seja, prestar assistência de enfermagem, considerado por muitos como a essência da profissão.

Não foi fácil, porque tinha todo esse conflito interno, a gente tinha que dar conta da assistência direta e não podíamos deixar de fazer. Se tinha um curativo mais complexo era a gente que fazia e tinha que fazer, era cobrado da gente, também era cobrado a avaliação e a supervisão direta dos funcionários, era um enfermeiro por turno de seis horas e a chefia que fazia oito horas (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Outra discussão que começou a acontecer foi que os enfermeiros tinham muita ansiedade de estar perto do paciente, eles queriam mais tempo para passar sua visita, para supervisionar os soros, para ver como estavam as punções,

para ver como estavam os curativos. Só que a gente foi descobrindo que não somos onipresentes. É difícil estares num quarto avaliando um paciente queimado, daí tem um paciente com uma úlcera, ao mesmo tempo chega uma pessoa para você treinar, um funcionário não veio. (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Outro desafio relatado pelos participantes do estudo foi a sensibilização da equipe de enfermagem, para a importância do Processo de Enfermagem. No início do funcionamento do hospital, a equipe de enfermagem era formada por enfermeiros, atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem. Majoritariamente por atendentes de enfermagem, seguindo a realidade da enfermagem brasileira, cuja força de trabalho de enfermagem era composta por 63,8% de atendentes (KLETEMBERG et al., 2015).

Realmente era muito tempo que nós gastávamos fazendo a metodologia! Os atendentes e auxiliares de enfermagem, diziam que a gente não estava trabalhando, estava escrevendo. Não entendiam que aquilo era uma atribuição do enfermeiro. Eu estou afastada do HU desde 2010, mas pelo tempo que estive lá e vejo os alunos comentarem, eu vejo que até hoje para o enfermeiro é difícil entender a importância do processo de enfermagem. Com exceções, é claro (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Eles achavam que não precisava, porque a maioria na época trabalhava em outros hospitais também. O HU era o único que tinha um método de assistência e os técnicos e auxiliares de enfermagem não podiam nem participar da observação. Nem para escrever a evolução. Então eles tinham uma folha de observação complementar onde anotavam como tinha sido o banho, o curativo e o enfermeiro, como ele não podia acompanhar a execução em todos os pacientes, muitas vezes utilizava aquelas informações e passava para a evolução de enfermagem. Isso no início deu muito atrito! Até porque as folhas de observações complementares eram descartadas, não ficavam

no prontuário. Então eles questionavam o porquê fazer as folhas. “Só para os enfermeiros colocarem nas suas evoluções e prescrições e assinar como se fossem eles que tivessem feito” (Enfermeira docente Márcia Cruz Gerges).

Este desafio constituiu-se em uma barreira a ser transposta pelos enfermeiros que iniciaram a implementação do Processo de Enfermagem, visto que a natureza do trabalho da enfermagem é ser realizado em equipe, e, portanto, as etapas do Processo de Enfermagem, naquele período eram executadas pelos atendentes, auxiliares, técnicos de enfermagem e demais enfermeiros. Ademais, as ações de cuidado planejadas ao usuário internado são executadas nas 24 horas do dia, necessitando da compreensão dos objetivos do método de assistência empregado por toda a equipe de enfermagem.

Diante disso, toda a equipe deve estar mobilizada e empenhada para prestar assistência ao usuário guiada pelo mesmo método, garantindo a qualidade dessa assistência. Além disso, este desafio certamente acabou contribuindo para a geração de um ambiente de trabalho conflituoso, em meio às relações interpessoais abaladas.

3.2 Contribuição dos professores do Departamento de Enfermagem na implantação e implementação do Processo de Enfermagem

A participação dos professores do Departamento de Enfermagem da UFSC na implantação e implementação do Processo de Enfermagem do HU-UFSC, teve início a partir da constituição da Comissão de Implantação do Hospital Universitário de Santa Catarina (CIHUSC). Rosita Saupe foi inicialmente a representante da Enfermagem na CIHUSC. Em novembro de 1979, solicitou sua substituição pela enfermeira docente Lidvina Horr.

Assim sendo, Lidvina Horr foi designada a coordenadora do Grupo de Enfermagem que era composto pelas docentes Lorena Machado e Silva e Mercedes Trentini, e pelas enfermeiras Salete Virgínia Souza Sakae e Maria Celecina Antonio. Este grupo iniciou as atividades de organização do Serviço de Enfermagem visto que o hospital estaria sendo inaugurado seis meses depois.

Tudo estava por fazer, desde as decisões sobre a compra do mobiliário, vestuário de toda a equipe profissional e dos pacientes internados, roupas de cama, materiais de consumo, contratação de profissionais de enfermagem, além da elaboração dos documentos que

fariam parte da estrutura organizacional da Sub Diretoria de Enfermagem.

O corpo docente do Departamento de Enfermagem traçou as diretrizes básicas para a implantação do Serviço de Enfermagem, como a filosofia, os objetivos da integração docente assistencial e o processo assistencial, baseado no Método Weed. A partir destas diretrizes o Grupo elaborou os documentos contendo a Política de Pessoal, a Política de Materiais e a Política Assistencial. O Processo de Enfermagem integrava a Política Assistencial, juntamente com o Método Weed e os parâmetros quantitativos preconizados de BUDZINA¹⁵.

Diante disso, esta categoria evidencia a importância da participação destes docentes na implantação e implementação do Processo de Enfermagem no HU, identificando, a partir das narrativas, de que forma ocorreu esta participação e quais os aspectos do profissionalismo adquiridos sofreram a influência da sua presença na instituição.

Uma perspectiva bastante evidenciada nas falas foi a participação política dos professores. Esta participação refere-se a capacidade de organização, liderança, mas também refere-se a capacidade de agir e gerir usando de diplomacia.

Isto pode ser pontuado pela mobilização da sociedade para pressionar o Governo Federal no sentido de finalizar a construção do Hospital.

O Hospital estava com o projeto de construção interrompido e eu estava na Presidência do Diretório Acadêmico dos estudantes de todos os cursos da área da saúde e nós realizamos uma campanha na sociedade, na cidade, para a conclusão do Hospital Universitário. No final nós conseguimos convencer o Governo Federal e a Universidade que fosse concluída a construção do Hospital Universitário e eu já estava aqui, como professor e fui convidado para fazer parte da Comissão de Implantação do HU. Era coordenada pelo professor &&&, professor &&&, eu, um arquiteto, o pessoal da prefeitura do campus, engenheiros. Aprovamos todo o processo de finalização do hospital,

¹⁵ Anna Helen, *Nursing Research*, 10 (3): 132-40, 1961.

materiais, equipamentos (Enfermeiro docente Jorge Lorenzetti).

Um aspecto que aparece de maneira contundente nas narrativas, foi a luta pela posição da enfermagem como Diretoria na estrutura hierárquica do Hospital. Fica explícito que a participação política dos professores de Departamento de Enfermagem configurou-se como determinante para que esta conquista acontecesse.

A parte mais importante da minha participação nesta comissão é que eu fiz uma defesa enfática da enfermagem, para que ocupasse o *status* de diretoria e não de serviço como havia sido proposto na primeira versão de estrutura organizacional da comissão de implantação trazida pelo &&& e pelo &&&. A importância da enfermagem tem a ver com o *status* de diretoria, no mesmo nível da medicina. Eu realmente tive um papel diferenciado! Tivemos que convencer a comissão de que o que eles estavam propondo estava errado, que eles não tinham que se basear no que já existia nos outros lugares, que eles tinham que olhar o que era substancial. Mas eu também elogio a comissão que foi sensível a atender a essa solicitação. Naquele primeiro momento eu era o único enfermeiro que fazia parte da comissão de implantação, mas eu tinha o respaldo do Departamento. Foi importante este respaldo. Na minha saída a professora &&& assumiu e deu sequência às condições para a implantação da sistematização (Enfermeiro docente Jorge Lorenzetti).

No dia 11/02/80 foi dado posse à diretoria do Hospital. Inicialmente estava prevista apenas a abertura das Subdiretorias de Medicina e de Administração. Então pedi ao Reitor para abrir também a Subdiretoria de Enfermagem, argumentando que mais de 50% das pessoas a serem contratadas eram da Enfermagem e como gerenciar este quantitativo de pessoas sem uma diretoria? Assim convidamos a Professora &&& para ser nossa primeira Diretora. Em 24/3 começaram a funcionar as unidades médica e cirúrgica. No dia 02/4/80 foi contratado o

segundo grupo de profissionais de Enfermagem. No dia 30/4/80 foram transferidos, para o HU, os pacientes da Clínica Médica que estavam no Hospital de Caridade. No dia 02/05/1980 ocorreu a inauguração oficial do HU (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Nós tivemos um momento, quando eu ocupava o cargo de Diretora de Apoio Assistencial, que a gente quase perdeu a diretoria. Porque veio um grupo de profissionais que tinha uma visão muito unilateral e tinha experiências de outras instituições em que a enfermagem sempre foi subordinada à diretoria técnica que era um médico. Eles achavam que a enfermagem tinha que ser subordinada a eles. Só que não entendíamos dessa forma, porque a enfermagem tinha um corpo de conhecimento. Nós tínhamos a professora &&& que tinha voltado dos Estados Unidos com doutorado e o Departamento já tinha criado o mestrado. Como o hospital é um hospital escola, nós queríamos que a enfermagem tivesse uma linha de poder no mesmo nível de todas as outras áreas. Não se justificava esta subordinação em função de todo o corpo de conhecimento que a enfermagem tinha conquistado e por ter suas atividades sistematizadas e documentadas (Enfermeira docente Maria Celecina Antonio).

Foi uma batalha muito grande da enfermagem porque nós ficamos no mesmo nível hierárquico que a medicina, que a Diretoria de Apoio Assistencial e a Diretoria Administrativa. Isso era uma briga constante! Porque eles achavam, como a enfermagem está lá em cima? Mas a gente sempre justificava: “nós somos os profissionais que ficam aqui 24 horas com o paciente!” (Enfermeira Docente Márcia Cruz Gerdes).

Depois de inaugurado o Hospital, a participação política dos professores continuou, mediante a ocupação de cargos de chefia em serviços estratégicos para o funcionamento da Instituição, como a Divisão de Pacientes Internos e a Divisão de Pacientes Externos. Esta

estratégia de gestão possibilitou que a enfermagem continuasse ocupando espaços políticos no Hospital e na Universidade, influenciando na conquista da autonomia, *status* e conhecimento, características presentes no profissionalismo.

Os professores assumiram as chefias da Divisão de Pacientes Internos (DPI), da Divisão de Pacientes Externos (DPX). Então cumpriam parte de sua carga horária no hospital. Elas trabalhavam muito aqui! Eu lembro da professora Márcia Cruz, ela ficava até umas 10 horas da noite aqui no hospital, fazendo serviço da Comissão Permanente de Material da Assistência (CPMA), escolhendo agulha, escolhendo equipo... A CPMA não existia ainda e a professora Márcia Cruz era chefe da DPI, eu às vezes ficava com ela ajudando a escolher os materiais (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Elas nos davam o suporte e era bom porque a professora &&& era a Diretora de enfermagem, ela pedia com toda a sutileza, porque ela era diplomática, ela e a &&& eram pessoas bem diplomáticas. Ela podia pedir as coisas para o Departamento porque ela era de lá (departamento) e ia voltar pra lá. E nós, a maioria éramos recém-formados, não tínhamos experiência com a administração e eu acho que se não fossem elas, ia ter mais confronto, ia ser mais difícil. Tenho que reconhecer que isso foi uma coisa boa elas ficarem dando suporte na parte administrativa e na parte da extensão também (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

Uma forma de participação política dos professores do Departamento de Enfermagem identificada a partir das narrativas foi a organizacional, através do apoio aos enfermeiros assistenciais nos embates e litígios presentes no cotidiano do trabalho. É importante contextualizar que a maioria dos enfermeiros era recém-formada, vivenciaram um cenário político nacional conduzido pela ditadura militar, no qual qualquer atividade de reivindicação e discordância com o *status quo* era tida como subversão e, portanto, proibida.

Nós tínhamos muito apoio das professoras, elas nos orientavam em como agir, “compravam” as

brigas conosco. Para que os médicos aceitassem nossa metodologia, uma vez a gente resolveu não responder o que eles perguntavam sobre os pacientes. Quando eles vinham perguntar sobre o paciente a gente dizia: você não leu a evolução de enfermagem? Olha só aquela gurizada mandando os médicos lerem as evoluções! Todo o dia tinha que bater de frente. Durante anos a gente dizia a mesma coisa para eles (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Claro que isso tudo foi um processo, de vez em quando eu metia os pés pelas mãos, brigava. Levantava, batia na mesa. Nós éramos todos mais ou menos da mesma faixa etária, enfermeiras e médicos, tínhamos os ímpetos da juventude. O Dr. &&& que era mais velho ele dizia: “deixa a menina trabalhar, ela trabalha direitinho, cuida bem das crianças”. O Dr. &&& já dizia: “essa menina é uma mal criada, ela não respeita a gente, a gente manda ela fazer uma coisa e ela faz outra.” A professora &&& dizia que era para eu não bater de frente com ele, para deixar que ele se acalmasse e depois a gente conseguia o que queria. Ele dizia: “isso aqui? Pode rasgar tudo, tu não vais fazer nada disso”. Eu dizia: “eu faço sim, o senhor não manda em mim, quem manda em mim é a professora &&& e a professora Lidvina”. É claro que eu fazia isso porque sabia que tinha o apoio dessas professoras (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

A contribuição dos professores na implementação do Processo de Enfermagem aparece também nas atividades de integração ensino-serviço, nas quais era possibilitado aos enfermeiros assistenciais meios para o debate acerca do referencial teórico utilizado, o conhecimento de outras teorias de enfermagem e a reflexão sobre a prática do Processo de Enfermagem.

A &&& foi nossa assessora, fomos à fundo. Nesse período tinha algumas acadêmicas de enfermagem que vinham fazer o Trabalho de Conclusão de Curso aqui, então eu já tinha conhecido os textos da Dorothea Orem, por

conta da Teoria do autocuidado. Era muito interessante aqui no ambulatório, porque elas atuavam, a professora &&& já tinha sido chefe da DPX, a professora &&& tinha um trabalho de consulta de enfermagem. Meu primeiro contato com a professora &&& ela coordenava um projeto de extensão na Serrinha e se identificou que havia um grande número de mulheres que tinham vergonha de fazer o exame ginecológico, elas não vinham até aqui, o posto da Trindade nem existia ainda. Por conta deste projeto de extensão a gente teve um papel importante na criação dele. Aí elas me convidaram para fazer consulta de enfermagem na Serrinha. Existia essa parceria, um trabalho em conjunto. A professora &&& como foi chefe aqui, trabalhava com o grupo de diabetes. Havia um compartilhamento teórico, havia um respeito pelas nossas vivências como enfermeiras assistenciais e havia uma troca e comprometimento em coordenar estes estudos, com essa visão acadêmica (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

As professoras estavam sempre conosco nos ajudando, a professora &&&, a professora &&& e outras. A relação do Departamento com a pediatria do HU sempre foi muito efetiva. O cargo de Chefia de Serviço era ocupado por professoras e na pediatria eram muito presentes. A gente crescia juntas, fazia muita coisa juntas! Tinha as semanas de pediatria, que uma vez era o Hospital Infantil Joana de Gusmão que organizava, outra vez era o HU. A grande contribuição da academia é que nos obriga a estudar (Enfermeira assistencial Rita Bruno Sandoval).

Algumas falas referem-se aos professores do Departamento de Enfermagem como os protagonistas na construção, implantação e implementação do Processo de Enfermagem, tamanho era seu empenho e compromisso neste empreendimento. Participaram, sobretudo, como idealizadores e mentores do Processo de Enfermagem.

Só se concretizou por conta da insistência, da persistência do grupo de enfermeiros que formou o HU. Os professores, como a professora &&&, &&&, a &&& e outras que vieram do departamento e que mostravam a importância disso para nós enfermeiros, porque na graduação já era enfatizado a importância do Processo de Enfermagem (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

O Método Weed era um método científico. Nós, no entanto, achávamos que faltava alguma coisa que orientasse a nossa busca junto ao cliente. Como o Weed trabalha com problemas (sinais/sintomas) faltava algo. O que nós vamos procurar no doente? O médico trabalha com sinais/sintomas. A enfermagem trabalha com as Necessidades Humanas Básicas. Estudamos muito, debatemos muito, até ter a coragem e esta coragem foi principalmente da &&& e da Lidvina Horr (Enfermeira docente Lidvina Horr)

A &&&, a &&&, a &&& foram os professores indicados pelo Departamento de Enfermagem para assumir alguns cargos de chefia, mas teve anteriormente à inauguração do HU um grupo de professores muito grande do Departamento de Enfermagem que foram os mentores da escolha de uma metodologia, de apoio, então tiveram vários outros professores que participaram desse processo. O Jorge Lorenzetti estava lá da disciplina de administração, a &&& da pediatria, a professora &&& da cirúrgica, a &&&, mas a &&& foi depois. Mas do grupo fundador mesmo foram os primeiros professores que falei, a &&&, a &&&...(Enfermeira docente Marcia Cruz Gerges).

No departamento já existia esse interesse pela sistematização. Tem muito haver com a criação do mestrado, desse anseio da profissão de ter um conhecimento próprio, a teoria das Necessidades Humanas Básicas, as Teorias

norte americanas e isso tudo criou um momento propício para a criação de um espaço de aplicação das teorias aqui em Florianópolis (Enfermeiro docente Jorge Lorenzetti).

A presença dos professores do Departamento de Enfermagem no hospital do estudo contribuiu também, de acordo com as narrativas, para o acompanhamento e orientações dos enfermeiros assistenciais a partir da implementação do Processo de Enfermagem.

Depois veio a &&& e a professora Lidvina estava aqui na DPI com a gente. Ela diariamente chamava a gente para conversar, discutia as evoluções e todo o mundo foi muito entusiasmado (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Eu nunca quis sair da DPI. Sabe por quê? Porque a DPI estava ligada às Unidades de Internação e assim eu estava perto dos cuidados/clientes. Todos os dias eu visitava as unidades. Todos os dias, era religioso! Eu sempre ficava na proximidade: um fazia uma pergunta, outro fazia outra e eu dava a orientação. Se eu estivesse na Subdiretoria estaria mais longe da assistência, ou seja, do que eu gostava realmente. Eu ficava junto às enfermeiras da divisão com as quais eu fazia frequentes reuniões (Enfermeira docente Lidvina Horr).

A professora Lidvina sempre nos deu um suporte maravilhoso! Depois ela ia para a sala dela, que tinha uma mesa, uma cadeira, uma estante, milhares de livros, papéis e pastas, que a gente tinha que às vezes procurá-la no meio daquilo tudo! A mulher não tinha hora para chegar nem hora para sair. Acho que ela passou noites sentada naquela sala! Ela é uma pessoa muito perfeccionista! Nem que custe sangue, mas tem que ser o certo! Ela se preocupou muito em sempre nos amparar, em estar disponível. Quando entrava gente de um concurso, elas ficavam semanas, iam de cantinho em cantinho do HU conhecendo tudo! Recebiam aulas de metodologia, recebiam aulas

de tudo, eram super bem orientadas! Começavam a trabalhar com a gente e tudo o que elas faziam a gente tinha que ler, orientar, assinar embaixo! Tudo vieram as professoras &&&, elas nos encararam de frente, elas disseram: exército, meia volta, volver, nós estamos aqui é para trabalhar, nós estamos aqui para dar todo o suporte, mas nós vamos fazer! (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

Uma contribuição dos professores do Departamento de Enfermagem para a implementação do Processo de Enfermagem neste estudo, emerge das falas na forma de incentivo e assessoramento aos enfermeiros para que buscassem novas ideias e novas maneiras de cuidar, principalmente na construção de materiais para estudo. Deste modo, os enfermeiros vislumbraram maneiras diferentes de aplicar o Processo de Enfermagem, incorporando paulatinamente, conceitos e pressupostos advindos de outros referenciais teóricos.

A professora &&& olhava, dava sugestões, ela acompanhava, ela dava uma assessoria, ela tinha ideias ótimas! Ela era muito à frente de sua época, via o paciente de forma bem integral. Eu considero que aprendi muito com eles, a &&& foi a minha guru! Tinha ideias ótimas sobre a educação em saúde, por ser um hospital de ensino, “vamos fazer grupos de gestantes, de casais grávidos”. Ela era uma pessoa que colocava a gente para cima (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

Quando a gente tinha alguma dificuldade na área de saúde mental a gente recorria ao professor &&& e ao professor &&&, professores da enfermagem. Nosso suporte para a saúde mental era o trabalho do&&& e do &&&(Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

Dentre os momentos de aprendizado de novas maneiras de aplicar, vivenciar e refletir sobre o processo de trabalho e neste, o Processo de Enfermagem, destaca-se o Programa “Vivendo e Trabalhando Melhor” que foi desenvolvido na gestão da professora Beatriz Beduschi Capella, tendo sido iniciado a partir de sua tese de doutorado em 1996. Tinha como propósito buscar um novo modo de

fazer a assistência de enfermagem, numa perspectiva humanista que reconhecesse e respeitasse os dois principais sujeitos envolvidos nesta assistência: o “sujeito trabalhador” e o “sujeito hospitalizado” (CAPELLA; LEITE; FERREIRA, 1999).

Este programa foi o diferencial da sua gestão como diretora de enfermagem, de 1996 a 2000, por ter possibilitado à enfermagem (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros) momentos importantes de reflexão sobre sua prática. Baseava-se no Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), que utilizava intervenções denominadas de Vivências Institucionais, cujo objetivo era “facilitar os processos grupais focando os aspectos sociais e psicoemocionais presentes na interação do indivíduo com os diversos grupos, buscando a compreensão do processo vital humano segundo uma perspectiva complexa, sistêmica e evolutiva” (LEITE; FERREIRA, 2000, p. 6).

Nos primeiros encontros do Programa *Vivendo e Trabalhando Melhor*, eu lembro das chefias ficarem preocupadas, ansiosas, não queriam se afastar das Unidades. Depois foram os enfermeiros da assistência, os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. Tem o relatório de todos os encontros, é um material muito rico. Depois, por falta de verba não deu para continuar. Foi formado o NAP (Núcleo de Apoio Permanente), onde o Edmar e o Luiz¹⁶ vinham, davam assessoria e preparavam as pessoas para darem continuidade ao trabalho. No NAP, já participaram, além da enfermagem do HU, alguns professores do departamento. Eu me lembro da &&&, da &&&, do &&& (Enfermeira docente Beatriz Beduschi Capella).

A integração ensino-serviço aparece nas falas como um aspecto importante uma vez que o hospital representava um local modelo para a realização das aulas práticas, na medida em tinha o Processo de Enfermagem implementado, o que facilitava o ensino e a aprendizagem.

Teve essa conjugação de fatos que propiciou a implantação da sistematização e que criou uma referência, que é até hoje uma referência para

¹⁶ Edimar Leite: Comunicador Social, Arte-Educador e Terapeuta Corporal, Diretor do Centro de Aprendizagem Vivencial. Luiz Carlos Ferreira: Engenheiro Civil, doutor em Sociologia, facilitador do Centro de Aprendizagem Vivencial.

um ensino de enfermagem melhor aqui na UFSC. Posso dizer que o ensino de enfermagem hoje seria muito mais frágil, se não tivesse esse referencial do HU. Acho que isso é uma âncora. Por exemplo, na atenção básica, eu vejo o pessoal um pouco perdido às vezes, em como criar um espaço de atuação da enfermagem, que possa exercer isso focado no usuário. Não é por falta de instrumentos. A gente tem uma série de instrumentos. Então que acho que o fato do HU ter conseguido bem ou mal, com mais ou menos qualidade, sustentar a sistematização até hoje, é uma âncora importante para o ensino. Não só do ponto de vista da competência, mas também do ponto de vista do compromisso com a profissão. Acho que isso também é importante (Enfermeiro docente Jorge Lorenzetti).

A gente tinha como mostrar para o aluno como era um hospital escola que estava implantado. O aluno participava fazendo as suas atividades assistenciais, aprendendo e também aprendendo o método. Ele via que a assistência não era só ir lá e fazer: dar um banho, fazer um curativo, aplicar uma injeção, mas é para fazer aquilo que estava numa prescrição, ele aprendia também a fazer, então ele teve uma referência de um método assistencial. Isso para mim era fundamental porque na nossa época nós estudávamos a teoria, mas a gente não via uma aplicação prática (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerdes).

Os Enfermeiros docentes que levaram os alunos para fazerem estágio no HU, acabavam ensinando e aprendendo, na prática, a fazer o Processo de Enfermagem. Fui a primeira professora que levou os alunos da Disciplina de Administração para fazer estágio no HU. Alguns professores falavam que o HU não tinha estrutura para fazer estágio de administração e eu provei o contrário. E sabe qual foi a turma? A da Tânia Rebello, que foi Enfermeira no HU depois. Os alunos adoraram. Eu não fazia só a parte burocrática do estágio de administração

eles iam para o cuidado também (Enfermeira docente Lidvina Horr).

A gente fazia estudo de caso nos quais os pacientes eram acompanhados por uma dupla de alunos, geralmente. Faziam todo o acompanhamento pré, trans e pós-operatório. Eles faziam tudo isso dentro da metodologia de Processo de Enfermagem do HU. Era tudo muito rico, eu tenho até hoje alguns dos trabalhos dos meus alunos guardados. Para mim a metodologia é muito importante porque ela dá uma sistematização para a assistência de enfermagem. E se a assistência não for sistematizada ela vira de perna para cima! A metodologia ensina isso pra ti! Ela dá um norte para a assistência e o ensino (Enfermeira docente Maria Celecina Antonio).

Das falas acima, depreende-se a importância da implementação do Processo de Enfermagem como um dos alicerces na construção da integração ensino-serviço na enfermagem, porquanto possibilitou a aplicação dos elementos teóricos na prática clínica, na medida em que o hospital servia de campo para as aulas práticas da graduação, o que possibilitou a contextualização dos elementos que fazem parte da sua execução, facilitando o aprendizado.

3.3 A implementação do Processo de Enfermagem e o compromisso com a Enfermagem brasileira

Esta categoria destaca o compromisso, as lutas e a persistência dos enfermeiros que participaram da implementação do Processo de Enfermagem do hospital em questão. Sendo o primeiro hospital do Estado a implantar o Processo de Enfermagem, exigiu dos atores envolvidos características como persistência e disciplina para que sua implementação fosse iniciada e mantida por mais de 30 anos.

O que facilitou foi a garra, a persistência, a capacidade das profissionais que estavam lá implantando. Tiveram muitos enfermeiros que abraçaram a causa e diziam “a gente vai implantar, a gente vai fazer.” Acho que esse grupo inicial do HU foi muito importante porque eles foram treinados, eles incorporaram realmente a filosofia da assistência e isso foi fundamental, porque se os enfermeiros das

unidades não tivessem essa vontade de incorporar, de acreditar que essa era uma enfermagem científica, que tinha um método de trabalho. Foi fundamental para que houvesse o sucesso que a gente teve depois (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerges).

Eu lembro que quando eu fiz o curso de enfermagem, nós fomos para alguns hospitais no Rio Grande do Sul, com os professores de administração, Lidvina, Jorge Lorenzetti, fazer visitas em Hospitais. Isso era no início da década de 1970 e lá nós vimos que a enfermagem já fazia assistência planejada. Todos com o processo de enfermagem implantado. Nós achávamos que nunca íamos ver isso aqui. Aqui no HU, como os professores do Departamento de Enfermagem estavam à frente, conseguiram implantar com louvor. Não foi um trabalho fácil e desprezioso, ao contrário o grupo que trabalhou neste modelo sabia bem o que estava planejando, colocou em prática e fez nascer uma cultura fantástica para a enfermagem! (Enfermeira docente Maria Anice da Silva).

No HU eu chegava às sete da manhã e saía às sete horas da noite, se fosse necessário. O intervalo de meio dia, muitas vezes, não havia, porque eu participava da passagem do plantão às sete horas da manhã, no começo da tarde e às sete horas da noite. Eu queria estar presente, porque desejava que a passagem de plantão fosse um momento de aprendizado, tal como eu a conduzia nas Instituições por onde havia passado. A Enfermeira Saete Sakae, recém-formada, com interesse de aprender juntou-se a nós, sem remuneração. Se eu precisasse que ela fosse ao Hospital Florianópolis, por exemplo, ela ia e buscava dados. O Enfermeiro &&&, recém-formado, também esteve algum tempo prestando serviço gratuito. Afirmando que &&&, &&&, eu e as primeiras enfermeiras trabalhamos com a alma e o corpo para tudo aquilo dar certo. Porque era um sonho nosso ter

algo nosso enquanto enfermagem (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Responsabilidade para com a profissão foi outra característica encontrada nas narrativas emergidas neste estudo. Esta responsabilidade é representada pelo compromisso com a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos usuários, conseguida principalmente com a implementação do Processo de Enfermagem, visto que este instrumento de trabalho, ao estimular o conhecimento científico dos enfermeiros, proporciona uma assistência individualizada e segura.

Percebe-se nas falas, que os enfermeiros no contexto histórico estudado, tinham consciência da importância do Processo de Enfermagem para o alcance de uma assistência de enfermagem de qualidade.

Então eu acho que o acreditar, o saber que é um instrumento de trabalho e sem aquilo você não consegue prestar assistência de enfermagem é o que fez com que o HU tenha até hoje o Processo de Enfermagem (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Quando a gente tá fazendo uma evolução, está colocando como é que o paciente está, quando ele te diz como ele se sente, ele se refere ao ambiente, à equipe, à doença em si, quando ele está mais grave ele fala mais da sintomatologia, mas quando ele vai ficando bom e até quando ele caminha pelo corredor, quando ele senta lá com outros pacientes, ele refere essas coisas para gente. No momento em que o enfermeiro está pensando em tudo isso e fazendo o Processo de Enfermagem, ele consegue até entender o comportamento de um técnico de enfermagem, só com que o paciente diz. Na medida em que observas o paciente quando fazes um exame físico, escutas o que o familiar tem para dizer, escutas o que ele tem para dizer, ou quando você lê o que um técnico de enfermagem registrou. Você consegue fazer perfeitamente um diagnóstico da situação (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

O compromisso profissional presente na implementação do Processo de Enfermagem, apareceu nas narrativas na forma de definição do papel do enfermeiro. Como uma atividade privativa do enfermeiro, sua execução depende, dentre outras ações, de uma avaliação adequada do usuário que está sendo assistido pela enfermagem, o que exige uma aproximação deste profissional com o sujeito deste cuidado, identificando e compreendendo suas necessidades.

Eu nunca tive dúvida sobre a minha função. A palavra enfermeiro deriva de enfermo, o que significa que eu tenho que cuidar do doente e não me perder em trabalhos burocráticos, pois a primeira coisa que o enfermeiro tem que fazer é cuidar. Todo o enfermeiro deve saber: a administração não é o fim da enfermagem. A administração é um meio para cuidar adequadamente. Ela dá ferramentas para o cuidado ser realizado (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Tinha um consenso entre os enfermeiros da importância da metodologia, da necessidade do paciente ter isso, mas que era uma das atribuições dos enfermeiros e ele não podia deixar de fazer isso, assim como a assistência direta (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Entretanto, apesar de saberem sobre a importância do Processo de Enfermagem para o desenvolvimento da profissão, sua implementação dependia de condições adequadas de trabalho, o que em algumas situações e na medida em que o número e a complexidade dos usuários foram crescendo, dificultavam sua realização. Esta situação gerava certa angústia nos enfermeiros, em razão da responsabilidade e do compromisso presentes entre estes profissionais.

No fundo aquilo era assim, a gente se sentia muito angustiada, porque queria fazer bem feito, a gente queria corresponder àquela meta inicial. Só que o volume de trabalho foi aumentando e a gente não conseguia acompanhar. Achávamos que íamos ficar muito tempo escrevendo e, ficávamos. Quantas vezes era para eu sair às 19h eu saía às 21h! Porque foi uma tarde que teve parada, que teve coisas

complexas, muitas ocorrências. Mas nenhum de nós tinha a coragem de ir para casa sem registrar. Porque a nossa primeira função era aquela, depois era o treinamento, a supervisão de equipe, depois era o resto. E a gente não tinha coragem de deixar para o colega porque sabia que o colega não ia poder fazer (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Nunca deixei de sair do HU sem fazer as prescrições, os históricos. Muitas vezes eu saía da pediatria às 10 da noite, por amor, porque eu queria. Eu acho que a gente tinha aquilo como compromisso, aquilo fazia parte, não tinha desculpa, a gente entrava no HU sabendo que tinha que fazer e que quem estava ali reconhecia isso (Enfermeira assistencial Rita Bruno Sandoval).

A responsabilidade e o compromisso com a enfermagem presentes na implementação do Processo de Enfermagem, pode ser identificada também na defesa do Processo de Enfermagem quando a validade deste instrumento de trabalho era contestada pelos próprios pares. Ademais, como hospital de ensino, havia o compromisso com a formação de novos profissionais.

A metodologia sempre foi a bandeira número um da enfermagem. Eu me lembro de que uma vez teve uma reunião no auditório sobre um item da metodologia e umas enfermeiras novas que se levantaram e falaram que isso era chato, que tomava muito tempo, que eles tinham que ter mais tempo com o paciente. A enfermeira &&& levantou, e falou assim: “olha aqui, quem não quiser fazer metodologia da assistência vá embora, está no lugar errado. Quem trabalha no HU tem que fazer essa metodologia, caso contrário peça as contas e vá embora. Veste a camisa e vamos trabalhar. Não podemos abrir mão da metodologia”. A gente desde o começo hasteou a bandeira que a professora Lidvina e outras professoras que achavam viável o HU, hastearam. Nós brigávamos pela enfermagem (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

Eu pensava, poxa, eu tenho uma responsabilidade, isso aqui é uma coisa nova, num Hospital Universitário, daqui a pouco tem alunos. Eu sentia uma responsabilidade muito grande (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

O Processo de Enfermagem aparece como um instrumento que diferenciava o grupo de enfermeiros do local do estudo, quando comparada à enfermagem de outros hospitais do estado. Esta diferença aparece nas narrativas como pioneirismo, por ter sido o primeiro hospital do estado a ter Processo de Enfermagem.

Nós sabíamos desde o começo, ficou claro que nosso hospital não poderia ser como os outros, ele teria que ter um diferencial para poder justificar fazer parte da universidade, para que ele se integrasse à Universidade e também para que a gente colaborasse com a nossa profissão, porque Processo de Enfermagem era uma novidade no país. A Dra. Wanda Horta ainda era viva, embora muito doente, a gente nunca se encontrou com ela pessoalmente, também não havia esses recursos de vídeo conferências, de coisas que existem agora (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Acho que a enfermagem do HU passou a ser respeitada, porque era o diferencial de outras instituições hospitalares que não tinham isso, faziam o trabalho e não planejavam a assistência, não faziam o registro da mesma forma, sistematizada. Para fora do HU é uma imagem diferenciada. Às vezes a gente ia a um congresso, uma jornada e a nossa enfermagem era olhada de forma diferente. Porque estava construindo uma sistematização e uma assistência que é exemplo, é referência (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

A gente também como enfermeira recém-formada vinha de uma prática dos estágios onde eram feitos os registros de enfermagem, a gente sabia que não era uma coisa institucionalizada

em lugar nenhum. Ficou definido que o pessoal que ia trabalhar na unidade de internação já estudava as coisas deles de forma que o processo de enfermagem, toda a teoria da Wanda Horta, as adaptações, foram feitas. Em 1986 a gente já chamou de consulta, então a gente fazia consultas para hipertensos, a gente tinha uma clientela, porque com essa filosofia, nós éramos os únicos (Enfermeira assistencial Maria José da Silveira).

Além do Processo de Enfermagem, a adoção do modelo de prontuário do Método Weed se constituiu em um avanço para os padrões de registro dos hospitais da época.

Na Comissão de Implantação, o grupo da Enfermagem defendeu a proposta do Departamento que foi aceita. Eu recordo de uma reunião, na qual o Presidente da Comissão (Dr. &&&) perguntou “Como será o prontuário?” E o Dr. &&& (Vice Presidente da Comissão) falou: “O prontuário mais moderno”(Enfermeira docente Lidvina Horr).

O Processo de Enfermagem como instrumento que distingue os enfermeiros deste estudo, emergiu a partir das falas, como consequência do conhecimento que ele proporciona.

Inclusive para os usuários, quando eles chegavam ao HU eles já nos diferenciavam. No ambulatório uma vez eu lembro de uma mãe que chegou e eu ia dar uma aula. Ela chegou e disse que queria falar com a enfermeira, e a atendente falou “ela não está”. Ela perguntou “ela não está mais? Ah então eu não venho mais aqui, porque isso aqui ficou igual a qualquer lugar, eu vou voltar para o meu posto.” A clientela percebia a diferença. Esse era um dos diferenciais. O Processo de Enfermagem deu conhecimento, deu credencial, deu *status* para a enfermagem do HU, deu espaço social. Ele foi o diferencial. O diferencial foi os professores terem um projeto, o projeto de implantação de uma política assistencial, de uma política gerencial (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

Naquele começo, nós queríamos que os enfermeiros fossem chamados de Enfermeiros, exemplo: Enfermeira &&&, Enfermeira &&& e assim por diante! Por quê? Aos poucos os clientes, familiares e as pessoas em geral começariam a reconhecer e diferenciar os níveis profissionais da enfermagem, porque, para a maioria, ser enfermeira ou ser atendente era a mesma coisa. Nós queríamos mudar a cultura da época. Distinguir a enfermeira dos demais profissionais da enfermagem, principalmente pelas suas atitudes, conhecimentos e habilidades (Enfermeira docente Lidvina Horr).

A gente se pergunta por que a enfermagem dos demais locais, que acha o HU ideal, por que eles não fazem o mesmo? Por isso eu digo que a persistência dos enfermeiros que iniciaram o hospital junto com os professores e a crença que eles tinham nessa enfermagem científica, autônoma, fazendo a sistematização da assistência completa, isso deu o diferencial para a enfermagem do HU. Porque senão, seria mais uma equipe como outra. Isso fora do HU e dentro do HU. Porque se tu encontras um profissional médico num outro hospital ele vai dizer: olha já chegou a enfermeira do HU! Lá elas mandam!(Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

O conhecimento científico gerado e estimulado com a implementação do Processo de Enfermagem é identificado como um dos responsáveis pelo *status* que os enfermeiros conquistaram, representado pelo reconhecimento da população usuária dos serviços de saúde oferecidos pelo hospital, assim como dos acadêmicos e dos demais profissionais da equipe de saúde.

4 DISCUSSÃO

A história da implantação e implementação do Processo de Enfermagem a que este estudo se refere está repleta de exemplos de dedicação e compromisso para com a profissão.

Os atores envolvidos neste evento impar para o desenvolvimento da Enfermagem Brasileira vivenciaram um momento histórico favorável para a implantação do Processo de Enfermagem,

considerando o impulso do ensino deste instrumento de trabalho nas escolas de graduação e pós-graduação ocorrido na década de 1970.

Este período ficou marcado também pela influência de Wanda de Aguiar Horta em vários acontecimentos ligados à Enfermagem Brasileira, como a sua participação em 1972, na Escola de Enfermagem Anna Nery, que instituiu o primeiro curso de Mestrado em Enfermagem no Brasil e, em 1976 na UFSC, como professora convidada do curso de Mestrado em Enfermagem (CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013; HERR; GONÇALVES; SAUPE, 1987).

Apesar do momento histórico propício para a implantação do Processo de Enfermagem nos hospitais brasileiros, este período, assim como os demais que se seguiram aos primeiros anos de sua implementação, ficaram marcados também pelos desafios enfrentados pelos enfermeiros, tanto docentes quanto assistenciais, envolvidos neste processo.

Dentre os desafios, este estudo identificou a falta de conhecimento, espaço físico e materiais inadequados, excesso de trabalho, não aceitação do Processo de Enfermagem pelos profissionais médicos, pelos demais membros da equipe de enfermagem e até por alguns enfermeiros. A falta de conhecimento relaciona-se, neste estudo, tanto ao entendimento dos conceitos do referencial teórico utilizado e sobre as etapas do Processo de Enfermagem, quanto aos conhecimentos sobre as disciplinas que oferecem suporte para a prática clínica da enfermagem.

Ofi e Sowunmi (2012) atribuem a falta de conhecimento na aplicação do Processo de Enfermagem à má preparação educacional dos enfermeiros sobre aspectos conceituais do Processo de Enfermagem e sobre conteúdos fundamentais para a prática clínica. Além disso, relatam a falta de organização e incerteza do que incluir nos registros dos pacientes e também a resistência de alguns enfermeiros para mudanças. Por esta razão, a aceitação do Processo de Enfermagem como uma ferramenta do cuidado ainda é precária em muitos países.

Espaço físico e materiais inadequados além do excesso de trabalho evidenciados como desafios para a implementação do Processo de Enfermagem neste estudo, também são relatados em outras experiências semelhantes, configurando-se como ameaças para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem nos países em desenvolvimento (FERNÁNDEZ-SOLA et al., 2011; GONZALEZ; MORENO PEREZ, 2011; HUITZI-EGILEGOR et al., 2013).

O excesso de atividades realizadas pelos enfermeiros aparece neste estudo como fonte de ansiedade diante do compromisso assumido com a qualidade da assistência prestada à população. A origem desta ansiedade estava na dificuldade em cumprir com as metas estabelecidas em relação à execução do Processo de Enfermagem, pois para além do compromisso com a qualidade da assistência, havia a certeza da importância deste instrumento para o desenvolvimento profissional da categoria.

Presoto et al. (2014) afirmam que o processo de trabalho no ambiente hospitalar é, por si só, estressante por lidar com a dor e o sofrimento dos pacientes, o que repercute de maneira negativa no estado emocional dos profissionais de enfermagem. Esta situação associada à organização do trabalho pautada em princípios equivocados, sem privilegiar a subjetividade e a saúde dos profissionais, o excesso de carga horária de trabalho, características do processo de trabalho da enfermagem, configuram-se num contexto propício para o estresse nos profissionais. Além disso, o aumento do volume de tarefas, decorrentes da insuficiência de pessoal e de material, inviabiliza a realização de algumas atividades, tornando praticamente impossível a realização de um trabalho de qualidade. Esses fatores afetam diretamente o modo de produção, gerando um produto inadequado, o que se traduz em uma assistência de baixa qualidade ou inferior à expectativa do trabalhador, conseqüentemente geram sentimentos de insegurança e medo em relação à qualidade do trabalho efetuado.

Considerando que o Processo de Enfermagem proporciona um cuidado pautado em princípios científicos, contribui para o alcance de alguns dos atributos do profissionalismo como conhecimento, expertise, *status* e autonomia profissional (FREIDSON, 2009). Ademais, a autonomia permite aos profissionais oferecer serviços de melhor qualidade à sociedade e ocupar espaços importantes na força de trabalho, uma vez que realizam atividades laborais especializadas sustentadas por conhecimentos técnico-abstratos (expertise) (ALMEIDA, 2014).

Este grupo de enfermeiros cultivava uma ideologia que primava pelo compromisso com a realização de seu trabalho com qualidade, o que incluía principalmente a execução do Processo de Enfermagem, contribuindo para a modificação da imagem da profissão e, especialmente do enfermeiro, perante a população atendida e a equipe de saúde. O conhecimento estimulado e gerado a partir desta prática

assistencial ficou evidenciado e desta maneira influenciou na conquista da autonomia do enfermeiro atuante no hospital do estudo.

Esta situação possibilitou que esses profissionais ofertassem uma assistência de melhor qualidade aos usuários e o conceito de autonomia, neste caso, aparece com “duas implicações bem diferentes – autonomia ‘da’ influência ou poder de outros, e autonomia ‘para’ influenciar ou exercer poder sobre outros” (FREIDSON, 2009, p. 410). Ou seja, o enfermeiro alcançou a posição de independência que incluía a proteção da concorrência de outros profissionais e da interferência da gestão do hospital. E também, a autonomia para definir quais as atividades de enfermagem o usuário necessita receber, como e quando receber. Esta autonomia foi legitimada a partir da aprovação da Lei 7.498/1986 a qual define a prescrição e a consulta de enfermagem como atividades privativas do enfermeiro, o que representou, segundo Kletemberg et al. (2010) um grande avanço em termos de autonomia e definição do papel do enfermeiro.

Por conseguinte, a autonomia e o poder da hegemonia médica ficaram abalados, gerando conflitos entre enfermeiros e médicos, cuja reação precípua destes últimos foi a não aceitação do Processo de Enfermagem.

Sobre este aspecto Freidson (2009), ao discorrer sobre a hierarquia dentro da divisão do trabalho em saúde, afirma que quanto mais uma profissão de consulta ou uma ocupação são autônomas, maior é o potencial de conflito, legalmente ou de outra forma.

Gerardi (2015) define conflito como um padrão que emerge de interações pessoais em um ambiente dinâmico. No espaço assistencial do hospital, a negociação de planos de cuidados, os horários de trabalho, as tarefas diárias, o fluxo de pacientes e as situações clínicas, configuram-se como tensões que são potencialmente geradoras de conflitos entre os profissionais de saúde. Afirma ainda, que as respostas individuais ao conflito podem ter características construtivas ou destrutivas, afetando as relações de trabalho e minando a confiança entre a equipe.

As diferenças de poder presentes no ambiente de trabalho configuram-se como um fator gerador de conflitos de acordo com Kim; Nicotera e McNulty (2015), sendo que no ambiente hospitalar a disputa de poder entre enfermeiro e médico está sempre presente, causando conflitos organizacionais e interpessoais o que pode impactar no atendimento do usuário. Além disso, as diferenças de poder existentes dentro da própria equipe de enfermagem, também são consideradas importantes aspectos geradores de conflitos. Atentam

para a importância de uma comunicação efetiva para que esses conflitos sejam resolvidos.

A não aceitação do Processo de Enfermagem pelos atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem na época estudada pode ser compreendida sob a perspectiva dos diferenciais de poder presentes na equipe de enfermagem. Figueiredo et al.(2014) ao falar sobre as dificuldades de implementação do Processo de Enfermagem, afirma que sua origem está representada por uma gama de elementos de natureza distintas, que envolve o ambiente, o saber e as relações de poder e resistência presentes na equipe de enfermagem.

Neste sentido, a participação dos professores do Departamento de Enfermagem na implantação e implementação do Processo de Enfermagem foi determinante, dada a relevância das estratégias políticas idealizadas e efetivadas por este grupo para transpor os desafios enfrentados. A consolidação e o desenvolvimento do Processo de Enfermagem foram influenciados por sua capacidade de articulação política, ao constituir um grupo de enfermeiros coeso e defensor deste instrumento de trabalho.

Freidson (1988) afirma que os profissionais além do conhecimento especializado, dependem do capital econômico e do poder político para a sua própria sobrevivência. Sob esta perspectiva, a manutenção e o aprimoramento da posição da profissão na divisão do trabalho exigem contínua atividade política. A profissão deve tornar-se um grupo de interesse, para promover seus objetivos e se proteger daqueles que têm objetivos concorrentes.

O incentivo à participação política está fundamentado no entendimento de profissão de consulta, a qual oferece a uma clientela leiga serviços para resolver seus problemas e cuja organização é influenciada pelas necessidades da mesma (FREIDSON, 2009). Assim sendo, a enfermagem como profissão de consulta deverá buscar constantemente o relacionamento com os órgãos de poder, participando ativamente na elaboração e supervisão de políticas públicas (KLETEMBERG; PADILHA, 2012).

No contexto histórico estudado, a participação dos professores do Departamento de Enfermagem na CIHUSC, demarcou a sua participação política na implantação do Serviço de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, garantindo o *status* da profissão na estrutura organizacional do hospital.

Entretanto, o reconhecimento da profissão pela sociedade passa pela organização e estruturação interna como classe, mediante a

compreensão do papel e da importância do enfermeiro na equipe de saúde (LESSA; ARAÚJO, 2013).

A adoção do Processo de Enfermagem como componente norteador de seu processo de trabalho, possibilitou que o enfermeiro definisse e reafirmasse seu papel na equipe de saúde. Nessa realidade, o enfermeiro é reconhecido pela capacidade e habilidade de compreender o ser humano de maneira integral, individualizada, pela capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos usuários, de compreender as diferenças sociais e integrar usuários e equipe de saúde (STEIN-BACKES et al., 2014).

O compromisso profissional e a responsabilidade configuraram-se como atributos presentes no agir dos enfermeiros, os quais possibilitaram o enfrentamento com êxito dos desafios surgidos na implementação do Processo de Enfermagem. Além disso, este agir pautado no profissionalismo auxiliou no alcance e definição do espaço da enfermagem dentro da equipe de saúde.

Kim; Han e Kim (2015) reconhecem o profissionalismo, a autovalorização da profissão e a consciência social como valores profissionais da enfermagem, compreendendo como qualidades necessárias para a resolução de problemas de maneira rápida e correta. Além disso, sugerem que a presença destes valores como fundamentos do agir dos enfermeiros, diminui o nível de estresse ligado ao trabalho e aumenta a satisfação profissional. Igualmente, Lombarts et al. (2014) consideram o profissionalismo, como uma estratégia para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários dos serviços de saúde.

Outrossim, o agir com profissionalismo dos enfermeiros neste estudo, contribuiu para a formação de uma imagem profissional favorável do enfermeiro perante a comunidade de usuários e de profissionais da saúde. Sendo que neste contexto, o Processo de Enfermagem tornou-se um elemento indiscutível para visibilizar esta imagem, na medida em que tornou concreto o conhecimento deste profissional para atuar com competência técnico-científica, com fundamentos em valores humanísticos. Esta imagem positiva dos enfermeiros do estudo mostra-se na história como uma estratégia de *marketing*, sendo um ponto diferencial daquele espaço assistencial, reverberando até a atualidade. Para os enfermeiros representava, mais do que *status* profissional, a satisfação com o trabalho.

Sobre isso, Kagan et al. (2015) revelam que os enfermeiros que apresentam uma autoimagem profissional positiva demonstram maior satisfação com o trabalho, que posteriormente podem assumir

atividades de *marketing*, ou seja, divulgar as imagens positivas da profissão.

Nessa concepção, os enfermeiros do século 21 devem desenvolver habilidades e competências que juntamente com a autoconfiança irão contribuir na aquisição do *status*, necessário para influenciar na definição das políticas de saúde e desta forma revelar-se como profissionais líderes na equipe de saúde (BUCKNER et al., 2014).

Na realidade estudada, os enfermeiros contribuíram de maneira efetiva com a divulgação de uma imagem positiva da enfermagem perante a sociedade. Esta imagem foi construída tendo como alicerce as características próprias do profissionalismo como expertise, conhecimento científico, autonomia, as quais foram cultivadas ao longo da implementação do Processo de Enfermagem.

5 CONCLUSÕES

A implantação e a implementação do Processo de Enfermagem foco deste estudo possibilitou que a enfermagem avançasse em seu processo de profissionalização, mediante a atuação dos enfermeiros docentes e assistenciais. Este estudo mostrou que para o êxito obtido na execução desta tarefa árdua, mais do que um trabalho intenso, foram necessárias características próprias do profissionalismo, como responsabilidade, compromisso profissional, compromisso com a aquisição de conhecimento e acima de tudo, com a qualidade da assistência prestada à sociedade.

As dificuldades enfrentadas para que o Processo de Enfermagem fosse implantado e executado em todas as suas etapas e em todas as unidades assistenciais, compuseram um cenário desafiador e que se constituiu em impulso para o fortalecimento da Enfermagem catarinense e conseqüentemente, brasileira.

Neste contexto, a participação política dos professores do Departamento de Enfermagem foi condição fundamental para o êxito da implantação do Processo de Enfermagem, envolvendo a adoção de estratégias que possibilitaram as condições políticas e organizacionais necessárias para a sua implementação. Os enfermeiros, protagonistas deste momento histórico para a Enfermagem Brasileira, foram desbravadores de uma profissão em busca da definição de seu papel na equipe de saúde, historicamente dominada pela profissão médica.

Diante disso, há que se reconhecer o pioneirismo deste grupo de profissionais ao propor uma assistência de enfermagem embasada cientificamente, com atribuições autônomas e definidas por um

instrumento de trabalho na época ainda pouco conhecido pela própria enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. Histórias dentro da história. In: PINSKY, C.B. et al. **Fontes históricas**. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.
- ALMEIDA, F. de O. A socialização da medicina na era do adhemarismo. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1379-1396, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134013016>. Acesso em 16 novembro 2015.
- BENEDETTO, M. A.C. de et al. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. **Rev Bras Med**, v.71(n.esp.m2), 2014. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5977. Acesso em 25 novembro 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/12**: contendo as 134 Diretrizes de 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 20 fevereiro 2014.
- BUCKNER, E.B. et al. Perspectives on global nursing leadership: international experiences from the field. **International Nursing Review**, v. 61, 463–471, 2014. Disponível em: <http://eprints.qut.edu.au/83490/> Acesso em 20 novembro 2015.
- CAPELLA, B.B.; LEITE, E.; FERREIRA, L.C. Vivendo e trabalhando melhor: uma convergência entre teoria e prática, ciência e arte, na práxis vivencial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.8, n.3, p.276-88, 1999.
- CASAFUS, K.C.U.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; BOCCHI, S.C.M. Entre o êxito e a frustração com a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 313-321,

2013. disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a16.pdf>. Acesso em 24 novembro 2015.

FERNÁNDEZ-SOLA, C. et al. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia. **Int Nurs Rev**, v. 58, n. 3, p. 392-99. 2011.

Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00884.x/citedby>. Acesso em 17 de julho de 2015.

FIGUEIREDO, P.P. et al . The non-implementation of the nursing process: reflection based on Deleuze's and Guattari's concepts. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 4, p. 1136-1144, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de julho de 2015.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp, Coleção Clássicos, 1988.

FREIDSON, E. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: UNESP, 2009.

GERARDI, D. Conflict Engagement: Workplace Dynamics. **American Journal of Nursing**, v. 115, n.4, p. 62-65, 2015.

Disponível em:

http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/04000/Conflict_Engagement___Workplace_Dynamics.31.aspx. Acesso em 25 novembro 2015.

GONZALEZ, S.S.H.; MORENO PEREZ, N.E. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 10, n. 23, 2011 . Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 4 de abril de 2014. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300007>.

HORR, L.; GONÇALVES, L.H.T.; SAUPE, R. O ensino da metodologia assistencial de enfermagem Departamento de

Enfermagem – UFSC. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.21, n.especial, p. 40-51, 1987.

HUITZI-EGILEGOR, J. X. et al. Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health area. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.21, n.5, p. 1049-1053, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501049&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 novembro de 2015.

KAGAN, I. et al. Promotion or marketing of the nursing profession by nurses. **International Nursing Review**, v. 62, p. 368–376, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12178/abstract;jsessionid=4CEB65086F79F23D37EC44A09F636B84D.f04t04?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=> Acesso em 20 novembro 2015.

KIM, K.; HAN, Y.; KIM, J.S. Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. **Nurs Ethics**, v. 22, n. 4, p. 467-78. Disponível em : <http://nej.sagepub.com/content/early/2015/11/04/0969733015611072.full.pdf+html>. Acesso em 20 novembro 2015.

KIM, A.; NICOTERA M.; MCNULTY, J. Nurses' perceptions of conflict as constructive or destructive. **Journal of Advanced Nursing**, v. 71, n.9, p. 2073-2083, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12672/full>. Acesso em 20 novembro 2015.

KLETEMBERG, D. F. ; PADILHA, M. I. Politics and power in gerontological nursing in Brazil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 5, p. 1192-1199, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de outubro de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500022>.

KLETEMBERG, D.F. et al. O fascínio da ciência na área da saúde (1960-1990). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. dos. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul:

Difusão, 2011.

KLETEMBERG, D.F. et al. O fascínio da ciência na área da saúde (1960-1990). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. dos. **Enfermagem: história de uma profissão**. 2. Ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2015.

KLETEMBERG, D. F. et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Novembro 2015.

LEITE, E.; FERREIRA, L. C. **Atualização de papel e desenvolvimento interpessoal**: as relações grupais no trabalho de enfermagem. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 2000. 95 p. (mimeo).

LESSA, A. B. L.; ARAÚJO, C. N. V. de. Brazilian nursing: a reflection about political activity. **REME rev. min. enferm.**, v.17, n. 2, p. 238-244, 2013. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130036>. Acesso em 19 novembro 2015.

LOMBARTS, K.M. et al. Measuring professionalism in medicine and nursing: results of a European survey. DUQuE Project Consortium, **PLoS One**, v. 9, n. 5, p. 1-13, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097069>. Acesso em 21 novembro 2015.

McDONALD A. et al. Validating the 'intervention wheel' in the context of Irish public health nursing. **Br J Community Nurs**, v.20, n.3, p.: 140-5, 2015. Disponível em <http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/bjcn.2015.20.3.140>. Acesso em 2 outubro 2015.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

OFI, B.; SOWUNMI, O. Nursing documentation: Experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. **International Journal of Nursing Practice**, v. 18, p. 354–362, 2012. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2012.02044.x/pdf>. Acesso em 2 outubro 2015

PADILHA, M.I de S.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584, out./dez. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 fevereiro 2013.

PRESOTTO, G. et al. Dimensions of the work of the nurse in the hospital setting. **Rev. RENE**, v. 15, n 5, p. 760-770, 2014. Disponível em

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1706/pdf>. Acesso em 16 de novembro de 2015.

STEIN-BACKES, D. et al . Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Aquichán, Bogotá , v. 14, n. 4, 2014 . Disponível em

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de julho de 2015.

VALDÍVIA, M.L.; MORA, A.L.V. Profesionalismo en enfermería, el hábito de La excelência del cuidado. **Av. enferm.**, v. 28, n. 2, p. 145-158, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2015.

6.3 CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DE UMA PROFISSÃO: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO SUL DO PAÍS

6.3 ESSENTIAL CHARACTERISTICS OF A PROFESSION: AN ANALYSIS FROM THE NURSING PROCESS IN A TEACHING HOSPITAL IN THE COUNTRY SOUTH

6.3 CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE UNA PROFESIÓN: ANÁLISIS A PARTIR DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA DEL SUR DEL PAÍS

¹⁷BENEDET, Silvana Alves

¹⁸PADILHA, Maria Itayra

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento e expertise, a autonomia e o *status* profissional nos modos de exercer a enfermagem a partir da implementação do Processo de Enfermagem em um hospital Universitário no sul do Brasil no período 1979 a 2004. Trata-se de uma pesquisa sócio-histórica, com abordagem qualitativa, fundamentada na Nova História utilizando a história oral temática como método e técnica. A coleta de dados aconteceu mediante entrevista semiestruturada com 14 enfermeiros assistenciais e docentes. Para a análise e a interpretação das narrativas produzidas pelas fontes orais e documentais, utilizou-se a técnica de Análise do Conteúdo. Os resultados mostraram que o conhecimento e expertise foram apontados como as principais contribuições da implementação do Processo de Enfermagem. O *status* profissional emergiu como reconhecimento da competência técnica e científica do enfermeiro pela equipe de saúde e usuários. A autonomia expressou-se como poder decidir sobre sua conduta e atrelada ao conhecimento, compromisso e identidade profissional. Conclui-se que a implementação do Processo de Enfermagem é um modo de exercer a profissão pautado no conhecimento e expertise, com autonomia e

¹⁷ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Membro do Laboratório de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde- GEHCES/UFSC. Rua Conde Afonso Celso, 200, CEP 88070-560 - Florianópolis-SC- Brasil. silvanabenedet@gmail.com

¹⁸ Enfermeira. Professora do Departamento e do Programa de PEN/UFSC. Líder do GEHCES. Pesquisadora do CNPQ. Rodovia Amaro Antônio Vieira, 2371/818/bl.A. 88034-102 - Florianópolis - SC - Brasil. padilha@nfr.ufsc.br

possibilita o alcance do *status*, reforçando o reconhecimento profissional.

Descritores: Processos de Enfermagem. Sociologia. Enfermagem. Prática profissional

ABSTRACT

This study aimed to analyze the knowledge and expertise, autonomy and professional status in the ways of practicing nursing from the Nursing Process implementation in a University Hospital in Southern Brazil, in the period from 1979 to 2004. It is a socio-historical research with qualitative approach, based on the New History using thematic oral history as a method and technique. Data collection happened through a semi-structured interview with 14 teaching and assisting nurses. For analyzing and interpreting the narratives produced by oral and documentary sources, Content Analysis technique was used. The results showed that the knowledge and expertise were appointed as the main contributions for implementing the Nursing Process. Professional status emerged as recognition by the health team and users relative to the nurse's technical and scientific competence. Autonomy has been expressed as being able to decide on their conduct and tied to knowledge, commitment, and professional identity. It is concluded that implementing the Nursing Process is a way for exercising the profession based on knowledge and expertise, with autonomy and allowing the achievement of status, reinforcing the professional recognition.

Key-words: Nursing Processes. Sociology. Nursing. Professional Practice

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento y la capacidad, la autonomía y el *status* profesional en los modos de ejercer la enfermería, a partir de la implementación del Proceso de Enfermería en un hospital Universitario en el sur de Brasil, en el período de 1979 a 2004. Se trata de una investigación socio-histórica, con abordaje cualitativo, fundamentada en la Nueva Historia, utilizando la historia oral temática como método y técnica. Se llevó a cabo la recolección de datos, mediante una entrevista semi-estructurada con 14 enfermeros asistenciales y docentes. Para el análisis y la interpretación de las narrativas producidas por las fuentes

orales y documentales, se utilizó la técnica de Análisis del Contenido. Los resultados indicaron que el conocimiento y la capacidad fueron señalados como las principales contribuciones de la implementación del Proceso de Enfermería. El *status* profesional emergió como reconocimiento de la competencia técnica y científica del enfermero por el equipo de salud y usuarios. La autonomía fue enunciada como parámetro, para poder decidir sobre su conducta, y vinculada al conocimiento, compromiso e identidad profesional. Se concluyó que la implementación del Proceso de Enfermería es un modo de ejercer la profesión, guiado por el conocimiento y la capacidad, con autonomía y que posibilita el alcance del *status*, reforzando el reconocimiento profesional.

Descriptor: procesos de enfermería; sociología; enfermería; práctica profesional.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem durante a construção de sua história e identidade se apropriou dos conhecimentos relacionados ao cuidado, para se afirmar enquanto profissão científica. Florence Nightingale ao institucionalizar a enfermagem como profissão identificou a necessidade de pautar esta prática em princípios científicos, indo além do treinamento organizado e prático. Para Costa et al. (2009) o grande mérito de Florence foi dar visibilidade àqueles que prestavam cuidados de enfermagem, produzindo um significado na prática, até então voltada para os regulamentos e correspondências internas às instituições de cuidado caritativo.

Embora a expressão Processo de Enfermagem não existisse ainda na segunda metade do século XIX, Barra e Sasso (2012) afirmam que Florence já enfatizava a necessidade dos enfermeiros observarem e fazerem julgamentos sobre os cuidados prestados, o que de certo modo, podem ser consideradas as bases do que se configuraria no futuro, como processo de enfermagem. Entretanto, foi somente nos anos de 1950 que a enfermagem começou a utilizar o termo, como expressão da utilização do método científico na assistência de enfermagem. Exemplos deste modo de pensar a assistência de enfermagem da época são os estudos de Faye Abdellah (1960) que elaborou uma lista de 21 problemas de enfermagem e as 14 áreas de necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson (1960).

O Processo de Enfermagem configura-se ao longo desta história, como um dos principais caminhos percorridos pela enfermagem para alcançar a cientificidade de seu saber, iniciada com

Florence Nightingale. Assim sendo, se expressa como um dos instrumentos que representa a evolução da enfermagem como profissão, visto que ultrapassa o cumprimento de tarefas, desenvolve um corpo de conhecimento e centraliza seu fazer nas reações humanas e no contexto em que estas se manifestam (BELLAGUARDA et al., 2013).

A construção de um corpo de conhecimentos têm sido determinante na conquista da autonomia e *status* profissional da enfermagem, visto que possibilita a constituição da identidade do enfermeiro como profissional atuante na equipe de saúde, em benefício da sociedade.

Neste sentido, Kraemer, Duarte e Kaiser (2011) consideram que o Processo de Enfermagem é um caminho de autonomia para a profissão por representar uma metodologia de assistência reconhecida pelos enfermeiros, por permitir uma aproximação destes junto ao usuário, tanto no momento da sua elaboração quanto na prestação do cuidado, sua maior competência; por exigir conhecimento científico, responsabilidade e compromisso com o exercício profissional, o que para Garcia e Nóbrega (2009), possibilita uma concreta avaliação da prática profissional.

Eliot Freidson (2009), estudioso da sociologia das profissões, distingue dois tipos de profissão: profissão de consulta e profissão acadêmica. A primeira define como aquela que vende seus serviços a uma clientela, tem o compromisso de atender suas necessidades e mantém relacionamento direto e contínuo com a população leiga. Já na profissão acadêmica, o profissional deve satisfação sobre suas atividades para a comunidade acadêmica, ou seja, seus colegas, ou outros profissionais desta mesma comunidade. Cria e elabora o conhecimento oficial e o aplica à vida cotidiana.

Sob esta perspectiva, Bellaguarda et al. (2013), caracterizam a enfermagem como profissão de consulta, visto que mantém relacionamento direto e contínuo com a população leiga, vende seus serviços a esta população e a satisfação de suas necessidades traz consequências sobre a organização da profissão.

Ao determinar as características que uma ocupação deve possuir para ser considerada uma profissão, Freidson enumera as seguintes: possuir um corpo de conhecimento, incluindo a expertise; um serviço voltado para a coletividade; autonomia sobre seus próprios padrões de formação e treinamento; credencialismo; *status* profissional. Além disso, enfatiza que, entre as características das profissões, cinco são específicas da autonomia, quais sejam, padrões

de educação e treinamento determinados pela profissão; reconhecimento profissional por credenciamento legal; os membros da profissão são membros de conselhos licenciadores e de admissão; majoritariamente a legislação que rege uma profissão é elaborada por ela mesma e, a última, trata da avaliação e controle do profissional relativamente realizada por leigos (FREIDSON, 2009).

Diante destas considerações, este estudo entende o Processo de Enfermagem como instrumento catalisador da profissionalização da categoria. Propõe a análise da implementação do Processo de Enfermagem de um hospital de ensino do sul do Brasil sob a perspectiva do conhecimento, expertise, *status* profissional e autonomia, à luz da sociologia das profissões de Eliot Freidson.

Tem como objetivo analisar o conhecimento, a expertise, a autonomia e o *status* profissional nos modos de exercer a enfermagem a partir da implementação do Processo de Enfermagem no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) no período 1979 a 2004.

Este recorte histórico refere-se à criação da Portaria nº 358/79 do Reitor Caspar Erich Stemmer, que designou a Comissão de Implantação do Hospital Universitário de Santa Catarina (CIHUSC) com representação institucional do Departamento de Enfermagem e que foi responsável pela implantação do Hospital, inclusive a organização do Serviço de Enfermagem, o que incluiu a implementação do Processo de Enfermagem. O período final refere-se ao ano do início da implantação da informatização do Processo de Enfermagem, incentivada pela publicação da Resolução Cofen nº 272/2002, a qual determinou a implantação do diagnóstico de enfermagem nas instituições brasileiras.

2 MÉTODO

Pesquisa sócio-histórica, com abordagem qualitativa, fundamentada na Nova História e na sociologia das profissões de Eliot Freidson, utilizando a história oral como método e técnica de coleta de dados. O estudo foi ambientado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, o qual faz parte da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de hospital público, prestando atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi inaugurado em maio de 1980 e atualmente conta com 210 leitos distribuídos nas seguintes áreas: clínica médica, clínica cirúrgica, centro cirúrgico, pediatria, UTI adulto e Neonatal, emergências adulto e pediátrica, maternidade e ambulatórios.

Foram participantes do estudo, 14 enfermeiros, dos quais oito assistenciais e seis docentes do Departamento de Enfermagem, que fizeram parte da construção, implantação e/ou implementação do Processo de Enfermagem do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) no período histórico de 1979 e 2004.

Com a finalidade de verificação da adequabilidade do Instrumento de Coleta de dados, foi realizada uma entrevista pré-teste.

Os participantes do estudo preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial ou enfermeiro docente do Departamento de Enfermagem e ter trabalhado no HU-UFSC entre 1979 e 2004, ter boa memória, referir disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo.

Na coleta de dados utilizou-se a História Oral Temática, com a aplicação de roteiro de entrevista semiestruturado associada à Pesquisa Documental e ocorreu entre novembro de 2014 e março de 2015. O agendamento aconteceu por contato telefônico ou correio eletrônico em local, data e horário escolhidos pelo entrevistado e de comum acordo com o pesquisador. As entrevistas foram gravadas em meio digital. No momento da entrevista foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitado autorização para gravação, esclarecido o uso da entrevista bem como a identificação do entrevistado, assegurando o cumprimento dos preceitos éticos do estudo. Depois da transcrição das entrevistas, as mesmas passaram pelo processo de copidesque, que corresponde a finalização do texto, retirando os excessos relacionados à linguagem coloquial, repetições, preparando o texto para ser publicado (ALBERTI, 2010). As entrevistas foram encaminhadas para a validação pelos entrevistados e assinatura do Termo de Cessão. As personagens citadas durante as entrevistas foram identificadas com as letras &&&, preservando seu anonimato.

Para atender aos princípios éticos, o projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, através do parecer nº 864.317 e CAAE nº 37146314.8.0000.0114 em conformidade às exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Como fontes documentais foram utilizadas o Documento Básico da Enfermagem onde constam os objetivos, a filosofia e toda a Metodologia da Assistência de Enfermagem, bem como o Referencial da Assistência de Enfermagem do Ambulatório do HU/UFSC. Para a

análise e a interpretação das narrativas produzidas pelas fontes orais e documentais, utilizou-se as ferramentas fornecidas pela técnica de Análise do Conteúdo, adotando as seguintes etapas, de acordo com Minayo; Assis e Souza (2006): 1ª Etapa: pré-análise caracterizada pela leitura exaustiva das entrevistas e documentos; 2ª Etapa: codificação, etapa na qual foi realizado os agrupamentos de um grupo de elementos sob um título genérico; 3ª Etapa: a categorização, que significou a realização de inferências lógicas do conteúdo das falas e dos documentos; 4ª Etapa: interpretação, na qual procurou-se ir além do material, discutindo os resultados numa perspectiva mais ampla; e finalmente a 5ª Etapa: nela elaborou-se a síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos com a análise, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada. Deste processo analítico, emergiu uma macrocategoria denominada O Processo de Enfermagem do HU/UFSC: desenvolvimento das características essenciais de uma profissão, e quatro subcategorias: conhecimento, expertise, autonomia e *status* profissional.

3 RESULTADOS

3.1 O Processo de Enfermagem do HU/UFSC: desenvolvimento das características essenciais de uma profissão

Os resultados estão apresentados na perspectiva da contribuição da implementação do Processo de Enfermagem para a aquisição do conhecimento, expertise, autonomia e *status* profissional, subsidiando o desenvolvimento da profissão.

O primeiro aspecto que chama a atenção é a força com a qual se expressam cada uma dessas subcategorias nas falas dos participantes da pesquisa. Dentre essas, o conhecimento e a expertise foram apontados como as mais fortes dentre as características surgidas, seguidas da autonomia e *status* profissional.

As narrativas apontam o conhecimento e a expertise como sendo as principais contribuições do Processo de Enfermagem do HU/UFSC, visto que na sua implementação o conhecimento é essencial, pois é necessário estudar de maneira incansável para avaliar, diagnosticar, planejar e executar uma assistência de enfermagem que satisfaça as necessidades de saúde dos usuários. Este fato apareceu nas narrativas de maneira muito contundente.

Para fazer um bom processo de enfermagem, tem que ter conhecimento científico. Se tem uma coisa que o paciente apresenta que você

não sabe ainda, tem que ir atrás, procurar, ler. Isso a gente fazia, a gente não fazia uma prescrição sem estar folheando as nossas “bíblíias” (Documento Básico da Enfermagem¹⁹), como a gente falava (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Nos nossos planejamentos anuais a gente planejava estudar as coisas que a gente precisava saber. Sobre Insuficiência Cardíaca Congestiva, sobre gastroenterologia, sobre coisas que podiam nos ajudar a prescrever melhor (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

Especificamente sobre a expertise, salientamos um aspecto peculiar dos enfermeiros do hospital estudado, no período histórico referido, visto que a maioria era recém-formada, faltando-lhes, portanto, experiência prática na profissão, característica essencial da expertise, ou seja, a aplicação do conhecimento formal. Mesmo assim, nos períodos que se seguiram à inauguração do hospital e na medida em que o Processo de Enfermagem foi sendo implementado, os enfermeiros puderam conquistar a expertise, como está expresso nas narrativas a seguir:

Uma vez veio uma enfermeira da Alemanha fazer estágio comigo e lá, enfermagem não era curso superior, mas ela queria conhecer, queria saber como nós fazíamos as anotações, o nosso processo de enfermagem. Lembro também de uma enfermeira que se formou na UFSC, trabalhava na Maternidade Carlos Correa e que levou muito material meu, referente às consultas de enfermagem, para implantar em seu local de trabalho. A metodologia trouxe muito reconhecimento do saber do enfermeiro. Muitas atividades assistenciais, somente eu sabia fazer, por exemplo, coleta de clamídia, gonococo... Eu conhecia alguns procedimentos novos que os médicos não conheciam, por exemplo, no planejamento familiar, eu tinha

¹⁹ Documento criado em 1980 pelo grupo de enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais, contendo todo o Método de Assistência adotado pela enfermagem do HU/UFSC, além dos padrões da assistência estipulados pela Diretoria de Enfermagem da época.

uma esponja que se colocava no colo do útero, ideia que uma paciente minha trouxe da Inglaterra. Isso era uma novidade. Era muito comum os estudantes de medicina assistirem a minha consulta, porque a abordagem que eu fazia eles não conheciam e queriam saber como era (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

Os pacientes gostavam muito da consulta de enfermagem, porque se sentiam mais a vontade, era uma orientação bem detalhada. Então foi com os pacientes diabéticos, e teve também com os pacientes com problemas pulmonares, que a gente conseguiu fazer um bom trabalho, orientar pacientes que tinham problemas crônicos pulmonares, exercícios para melhorar a capacidade pulmonar (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerges).

O fato de nós fazermos consulta de enfermagem pautada por um método, embasada por uma teoria de enfermagem era muito importante. Quando eu ia falar sobre consulta de enfermagem para um grupo de médicos, por exemplo, eu falava usando o linguajar da teoria das Necessidades Humanas Básicas, eu lembro muito bem que os psicólogos, os nutricionistas e os médicos ficavam muito atentos. Eles faziam muitas perguntas em relação à teoria de enfermagem que utilizávamos. E eu ficava toda faceira! Eu tinha todo um vocabulário que me distinguia da medicina e dos outros profissionais. Um dia eu fui falar sobre vacina para um grupo de alunos de medicina e a professora &&& estava junto e me pediu que eu falasse. Naquele dia eu estava com enxaqueca e comecei a falar sobre as vacinas, conceitos, como se aplica, para que serve. Ela disse pra mim: “Saleta fala daquele outro jeito”. Referindo-se à linguagem da teoria de enfermagem que eu usava rotineiramente. Então isso ficava claro, porque isso dava um vocabulário diferente para a enfermagem. Dava um código diferente para a enfermagem

(Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

O Processo de Enfermagem do HU/UFSC contribuiu para o incremento do conhecimento da enfermagem no período histórico estudado e aparece como condição sem a qual ele não deve ser executado, pois implica em uma assistência sem planejamento, fadada à inefetividade, configurando-se a atividade de estudar, como um compromisso ético do profissional enfermeiro.

Quando o enfermeiro aprofunda o seu pensamento ele precisa responder dúvidas, ele se questiona sobre os resultados das prescrições de enfermagem. Quando eu comecei eu tinha que responder se o hemograma estava bom, se tinha proteína para reconstruir esse tecido, se estava hidratado, se observava o repouso, se fazia exercício, enfim, eu tinha que dizer o porquê. A análise pedia o porquê. Eu tinha que justificar o que eu estava retirando ou colocando na prescrição que eu estava fazendo. Isso obrigava o enfermeiro a estudar (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Um dos aspectos destacados nas narrativas é a contribuição do Processo de Enfermagem do HU/UFSC para a formação de um corpo de conhecimento próprio da profissão e reafirmação de seu papel no cuidado de saúde. Ao implementar o Processo de Enfermagem naquele período histórico, em cada uma das etapas do modelo de processo implementado (histórico, prescrição e evolução), o qual estava fundamentado em uma Teoria de Enfermagem, este *corpus* foi sendo formado.

Se a gente tem hoje um saber é porque a gente já fazia um debate na época na profissão, sobre a importância da construção de um saber próprio mais definido para a valorização da enfermagem. Eu lembro daquela época em que discutíamos sobre o papel do enfermeiro, a especificidade da atuação da enfermagem. Dessas discussões é que vieram as teorias de enfermagem, como um conhecimento próprio que, claro, se baseia em várias outras ciências, da área da saúde, ciências humanas, das ciências sociais, que são vertentes que contribuem para a profissão, mas que ajudaram

muito a enfermagem a ter uma essência de saber próprio (Enfermeiro docente Jorge Lorenzetti).

Todo o material produzido pelos enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais para viabilizar a implementação do Processo de Enfermagem, foram compilados em um único documento denominado Documentos Básicos da Enfermagem, contribuindo para este corpo de conhecimento que até nos dias atuais é utilizado, inclusive pelos estudantes de enfermagem.

Os nossos livros, os documentos que estavam lá tão bem escritos pelas professoras e estão lá até hoje para quem quiser ver, até hoje são atuais. Os alunos ficam admirados quando pesquisam aqueles documentos! Tem tudo ali e bem claro, bem descrito. Até nem sei por que não foi publicado, sinceramente! (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

O cuidado individualizado ao usuário apareceu nas narrativas como uma das principais contribuições do Processo de Enfermagem do HU/UFSC, sendo necessário que o enfermeiro lançasse mão de conhecimentos que subsidiassem esse cuidado. Essa condição era uma exigência dos gestores em relação à implementação do Processo de Enfermagem do HU/UFSC à época estudada.

As chefias queriam que, por exemplo, se caísse uma folha de papel sem o nome do paciente, a gente fosse capaz de olhar e identificar quem era. Então era esse o parâmetro que a gente queria conseguir, porque a gente acreditava que individualizar o cuidado ao paciente seria uma maneira de crescimento, porque teria que estudar muito mais, avaliar, estudar psicologia, sociologia, ampliar a nossa percepção e a nossa sensibilidade, para poder individualizar cada paciente (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Naquela época a gente tinha que estudar bastante, isso era muito cobrado. E tinha que estudar muito as coisas de enfermagem, para poder fazer uma prescrição individualizada, pensada para aquele cliente em particular. A gente estudava as coisas técnicas também. Era bem mais difícil, pois não tinha *internet*, não tinha acesso fácil aos livros. E a gente ia atrás

(Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

O conhecimento, cuja aquisição fora estimulada pela implementação do Processo de Enfermagem, manifestou-se também, como uma maneira do enfermeiro refletir sobre o cuidado prestado, planejá-lo de maneira que não fosse uma mera repetição de tarefas.

O enfermeiro tem que se localizar no meio das outras profissões e aí a evolução (de enfermagem) continua sendo o principal veículo de raciocínio, é o momento em que ele tem sozinho, consigo mesmo e com o seu trabalho. É o momento em que ele reflete, “eu sei o suficiente para tomar essa decisão?” O Processo de Enfermagem é uma forma de garantir de que o trabalho não seja mecanizado (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Como profissional no HU eu consegui ver na prática como executar essa assistência sistematizada. Já estava mais sistematizada para a gente aplicar. Um trabalho científico é feito a partir da observação da realidade, tem que ter um plano de ação, então se você tem que fazer, por exemplo, uma pesquisa, por que não para fazer a assistência de enfermagem? Tem que conhecer esse paciente, saber a sua história de vida, história de doença, história familiar, crenças, então eu tenho que ver o paciente como um todo. Tenho que conhecer esse paciente e com base no meu histórico de enfermagem fazer meu plano de ação. Essa observação e essa análise tem que ser registrada. O registro é feito através da evolução de enfermagem. A evolução vai te dar uma análise depois, para ver o que você vai fazer. Podes continuar com o mesmo tratamento, a mesma prescrição? Ou podes alterar a prescrição? Tem itens que já foram atendidos, necessidades satisfeitas e podem ter surgido outros problemas. Encaro isso como um trabalho científico e aí eu vejo a grande diferença do papel do profissional enfermeiro, do papel de um técnico, do papel de um auxiliar, de um cuidador, de qualquer outra pessoa. O enfermeiro tem o conteúdo, o

conhecimento científico (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerges).

Trabalhar com uma teoria significou mais uma possibilidade de fazer um trabalho pautado em um estudo, em um aperfeiçoar, não era só a técnica pela técnica. Eu tinha esse direito, de fazer parte da história da saúde e da doença do paciente. Quando esse fazer é acompanhado de um raciocínio clínico, de um embasamento teórico e você tem conhecimento específico para garantir aquilo que você faz. É colocar o indivíduo primeiro com muito mais responsabilidade, eu acredito que não é a opinião pública que vai dizer quem eu sou, eu é quem vou dizer quem eu sou (Enfermeira assistencial Maria José da Silveira).

Realizar um atendimento de rotina requer pouco preparo e esforço. Mas estudar, pensar, refletir, planejar os cuidados, analisar e avaliar os resultados são ações esperadas de um profissional. No contexto desta luta, todos evoluímos como seres humanos. Naquela época era instrumental indispensável para o enfermeiro atuar de acordo com o método científico (Enfermeira docente Lidvina Horr).

O conhecimento proporcionado pela implementação do Processo de Enfermagem, estimulou a busca e o desenvolvimento de tecnologias inexistentes no hospital no período histórico estudado, como mostram as narrativas a seguir:

No ambulatório, antes de me aposentar, eu estava usando um protocolo que não é uma teoria de enfermagem, mas propõe os sete cuidados para o paciente diabético. Este protocolo resgatava o auto cuidado e que estava dentro das propostas da Associação Internacional do Diabetes. Eu achei que estava apropriado, porque representava algo novo, embora não fosse uma teoria de enfermagem. Para o cuidado acontecer de maneira eficaz a equipe tem que estar comprometida com este cuidado, tem que se atualizar. Porque muitas vezes eu lia uma prescrição de enfermagem e

me perguntava se as ações prescritas estavam contribuindo para a assistência de enfermagem daquele paciente (Enfermeira assistencial Rita Bruno Sandoval).

Eu senti a necessidade porque para mim aquilo que nós fazíamos era insuficiente, até os médicos mais jovens achavam necessário. Tanto que no começo até eles próprios (os médicos mais jovens) pediam para a gente fazer o preventivo do câncer do colo uterino. Mas para colher o preventivo eu tinha que fazer uma consulta, não podia chegar lá pedir para a mulher colocar a camisola, deitar e fazer o exame. Isso é uma coisa técnica só! Aí eu comecei a ver que eu tinha que fazer algo mais. Com isso eu me sentia mais útil, fazendo o papel do enfermeiro mesmo. No começo nós não colhíamos preventivo aqui, porque os corantes eram muito caros e tinha que ter pessoal treinado para corar as lâminas. Pensei: nós estamos em uma Instituição de ensino e a paciente vem para consultar, depois ela tem que sair daqui e ir lá na Rua Ferreira Lima (distante do hospital, em outra instituição) para fazer o preventivo. Isso não faz sentido, isso é muito ruim para elas! Fui no Hospital de Caridade, que era um referencial para época, aprendi como se coravam as lâminas. Pedi para comprar o material necessário e treinei um funcionário, então a leitura começou a ser feita aqui (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

Tinha época que havia muitas crianças com dificuldade no desenvolvimento, então fiz um curso de especialização em estimulação precoce. Isso acontecia nas outras áreas também, com outras enfermeiras. Todas foram se aperfeiçoando, conhecendo novas tecnologias de cuidado, para atender à clientela que estava se formando no ambulatório do HU. O enfermeiro tinha que estar sempre nessa busca pelo espaço social (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

O conhecimento gerado pela implementação do Processo de Enfermagem, para além de ser consumido no próprio processo de trabalho, gerou uma produção científica representada aqui pela publicação de livros juntamente com os enfermeiros docentes, bem como criação de grupos de pesquisa cujo reconhecimento ultrapassou os limites do hospital de estudo.

A &&& escreveu um livro de pediatria com a contribuição de vários enfermeiros da pediatria do HU. A gente estava estudando sempre. Porque nós somos reconhecidos pelo conhecimento e o Processo de Enfermagem faz a gente estudar mais (Enfermeira assistencial Rita Bruno Sandoval).

Além de tudo, o Processo de Enfermagem fez com que as enfermeiras do HU fossem aprimorando seu conhecimento sobre essa assistência específica. Como aqui é um hospital escola isso acaba se disseminando, se envolvendo em pesquisa. Você pega, por exemplo, o reconhecimento do grupo de curativo, há um reconhecimento pelas mais diversas equipes. O atendimento para as pessoas com ostomia, sempre teve o reconhecimento do papel educativo da enfermeira. No grupo de diabetes é inegável, no grupo da terceira idade... Um conhecimento específico nosso! (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

O enfermeiro ao longo da trajetória histórica estudada foi conquistando o seu espaço profissional dentro da equipe de saúde. A narrativa abaixo explicita esta conquista do espaço do enfermeiro como profissional responsável e com competência técnica específica para atuar na equipe de saúde:

A construção desse espaço social também não foi fácil! Imaginas, tens um pediatra que é endócrino e ele só atende as coisas de endócrino. Ele não atende puericultura, ele não sabe nada de vacinas, não é o *metiê* dele, mesmo sendo da pediatria. Mas o enfermeiro tinha que ver tudo: vacina, desenvolvimento, alimentação, envolvimento com a família. Era um universo muito grande, tinha que estar atento. Por exemplo, eu começava a estudar sobre os sucos. O porquê de dar suco de

cenoura, suco de laranja, suco de beterraba... e começava a estudar para ver os hábitos das famílias daqui. O que eles têm mais em casa, “o que a senhora costuma comprar na feira”? Comecei a estudar sobre o suco de tomate e eu estava vendo que aqui não é hábito. As mães tinham certa resistência. Muito bem! Fui estudar o que tem no suco de tomate e fui estudar o que essa criança precisa nessa idade. Eu comecei a ver que o suco de tomate tinha muito agrotóxico! Meu irmão que é agrônomo dizia: “esses agrotóxicos são hepatotóxicos, quando chove eles colocam 3x/dia.” Eu comecei a ver tudo o que aquilo fazia. Levei o assunto para a reunião multiprofissional, porque na pediatria a gente tinha reunião todas às quartas feiras: “olha eu queria conversar com vocês sobre as orientações que a gente está dando, para não falar uma linguagem diferente, mas eu trouxe aqui um estudo sobre suco de tomate. Eu estudei o suco de cenoura, de laranja e todas as vitaminas que eles têm e as necessidades das crianças”. Coloquei tudo em tabelas, naquela época a gente não tinha computador. Foi bom porque todo o mundo se interessou e aboliram o suco de tomate (Enfermeira assistencial Salate Virgínia de Souza Sakae).

O *status* profissional manifestou-se nas narrativas dos participantes do estudo como o reconhecimento do saber e do fazer com competência profissional do enfermeiro, considerando sua importância na parcela que lhe cabe no cuidado de saúde, a partir da implementação do Processo de Enfermagem. Neste sentido, podemos identificar nas narrativas o reconhecimento do fazer competente dos enfermeiros do hospital do estudo, por profissionais de saúde externos ao hospital, inclusive originários de outros países, exemplificado nas falas abaixo:

Veio uma enfermeira da Espanha conhecer nosso trabalho. Ela ficou comigo alguns dias, depois falou: “eu estou pensando como é que eu vou implantar isso na Espanha porque lá não há demanda, as pessoas não querem consulta de enfermagem. Eu vejo que você tem agenda e eu fico lá e ninguém quer. Querem uma consulta

com o médico ou psicólogo, mas com o enfermeiro ninguém quer.” E eu pensei que deveria ser uma questão da cultura espanhola! Mas ela estava pensando que estratégias utilizar para implantar a consulta lá (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

Foi um empenho dos enfermeiros do HU, foi uma dedicação, claro que uns mais outros menos. Mas tinha que fazer porque faz parte e quando vem trabalhar aqui já sabe que vai ter que fazer o Processo de Enfermagem mesmo! Só que este sacrifício todo contribuiu para o nosso crescimento, para a nossa individualidade e para o nosso reconhecimento profissional. Eu tenho certeza de que o nosso hospital é muito reconhecido em outras universidades, eu mesma já tive a oportunidade de visitar outros hospitais e sei que a nossa enfermagem é uma enfermagem que serve de referência, devido ao Processo de Enfermagem que se faz aqui (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Olha eu me lembro de algumas pessoas que, quando a gente ia para eventos da enfermagem ou ia para outras instituições, eu me lembro de que a enfermagem do HU sempre era vista como uma bambambam! Eu me lembro das alunas que se formavam, o sonho delas era trabalhar no HU, porque aqui tinha uma enfermagem reconhecida (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

O Processo de Enfermagem ficou muito bom porque até quando eu estava na Diretoria de Enfermagem uma vez veio uma professora, não sei se era de São Paulo, ela veio conhecer nosso Processo de Enfermagem. A gente tinha tudo documentado (Enfermeira docente Maria Celecina Antonio).

Em outras narrativas o *status* profissional aparece enquanto reconhecimento pelos próprios enfermeiros, configurando-se em muitos aspectos, como uma autoestima profissional elevada.

No hospital a gente acreditava, tinha muito orgulho! Eu acreditava que estava fazendo uma coisa maravilhosa, eu achava que nossa enfermagem era o máximo, eu achava que a gente ia ter um resultado bom. Mas eu não sabia que ciência era como a ciência é, eu imaginava uma coisa diferente da ciência. Mas eu achava que a gente era muito científica sim! E quando eu ia nos outros hospitais eu falava de boca cheia, “eu trabalho no HU!” (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Quando eu cheguei aqui no HU numa instituição em que tinha enfermeiro nas 24h e que as enfermeiras faziam o histórico de enfermagem, havia a prescrição de enfermagem de forma rotineira, com essa evolução, isso para mim era uma grande conquista da profissão. Eu fazia aquilo com muito orgulho! Porque eu vinha de uma instituição de ensino em que isso não conseguia ser implantado (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

Eu tinha o prazer de ser chamada de enfermeira. Fazia questão de ser chamada de “a enfermeira Rita”. Então a gente tinha isso, ser reconhecida pela profissão. Tinha que ter esse compromisso com a profissão e o Processo de Enfermagem resgata isso (Enfermeira assistencial Rita Bruno Sandoval).

No primeiro dia em que o HU começou, nós estávamos todas uniformizadas, perfiladas e a professora &&& entrou conosco, ela também vestida com a mesma roupa, com crachá, meia fina, sapato de salto alto. Ela nos apresentou para cada um dos médicos, naquela época, Dr. &&&, Dr. &&&, Dr. &&&, todos eles, “essas são as enfermeiras que vão trabalhar com vocês. Elas não são tarefeiras, estão aqui para organizar o serviço de enfermagem, para fazer a coisa funcionar.” Fez um grande discurso (Enfermeira assistencial Margareth Rose Gramkow).

O reconhecimento da competência técnica e científica dos enfermeiros como contribuição do Processo de Enfermagem, pelos demais profissionais da equipe de saúde que atuavam no hospital no período histórico estudado, também é destacada.

Existia o respeito pela consulta de enfermagem por parte do &&&, especificamente, era considerada uma coisa muito importante. Alguns médicos acabavam encaminhando gestantes para orientação, para o pré-natal (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

Os médicos não passavam a visita sem antes olhar a evolução da enfermeira, que é o que acontece até hoje. Muitas vezes um médico ou nutricionista perguntava: “ainda não foi feita a evolução de enfermagem?” Eles começaram a sentir a importância, pois muitas vezes tinha muito mais dados na evolução de enfermagem do que na deles, pois eles não ficavam 24 horas com o paciente (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Nós visitávamos os pacientes internados, fazíamos reuniões com os pacientes na Clínica Médica Feminina, lugar que sempre teve um cuidado especial com os diabéticos. Eu, a &&&, a &&& nós ministramos por diversas vezes, aula para os acadêmicos da medicina. Então o pessoal da medicina sabia qual era o papel do enfermeiro (Enfermeira assistencial Rita Bruno Sandoval).

Alguns pediatras pediam para as enfermeiras de outros hospitais daqui da capital, vir conhecer nosso Processo de Enfermagem, para implantar em seus hospitais. Um dia, veio um grupo de enfermeiros e disseram que Processo de Enfermagem dava muito trabalho para fazer, tinha que estudar muita teoria e isso eles não queriam. Então eu falei: “olha, não dá pra fazer consulta de enfermagem na *achologia*.” Tinha uma colega minha que dizia que consulta de enfermagem não era uma conversa de comadre. Tem que se responsabilizar pela assistência que

você está prestando (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

Destacamos também o reconhecimento do saber e fazer do enfermeiro, pela equipe de enfermagem, configurando-se em *status* profissional:

Se não tivesse prescrição de enfermagem, o técnico, o auxiliar, o atendente que tinha na época, vinha perguntar para a gente por que é que não tinha prescrição de enfermagem. Então, tinha a sua importância, mas eles não conseguiam entender que a gente precisava de um tempo para fazer aquilo (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

O reconhecimento aconteceu pela qualidade da assistência de enfermagem prestada, qualidade esta estreitamente atrelada à implementação do Processo de Enfermagem.

A &&& sempre tinha uma clientela, aquelas que tinham vergonha de fazer preventivo com homem... quando eu comecei aqui, aprendi sobre a consulta de enfermagem e exame ginecológico com ela, também fui fazendo minha clientela. Mesmo depois de aposentada, ela vinha como professora da UNISUL (Universidade do Sul de Santa Catarina), as mulheres que sabiam que ela estava por aqui voltavam para fazer consulta com ela, porque tinham essa relação de confiança (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

Tem uma pesquisa realizada pela enfermeira &&& da Clínica Médica Ina qual ela levantou a resolutividade da assistência de enfermagem para a pessoa com Diabetes. E ela viu resolutividade, ela acompanhou as nossas consultas. A gente contribuía para melhorar a vida das pessoas com diabetes. Assim o Processo de Enfermagem dá visibilidade ao papel do enfermeiro, sem ele não existe o papel do enfermeiro (Enfermeira assistencial Rita Bruno Sandoval).

As enfermeiras eram muito respeitadas, principalmente pelos pacientes. Eles percebiam o profissional enfermeiro, ele conseguia

distinguir, talvez até pelas próprias cores do uniforme, mas também porque ele sabia que era aquele profissional que chegava perto dele, que conversava, que orientava, que dava informações, que ensinava ele a fazer, na época, uma glicosúria, como fazer um curativo, porque esse era o objetivo do enfermeiro estar ali. Não só de prestar assistência, mas de orientar o paciente na sua alta também. Lembro de que a enfermagem na época era muito reconhecida. Não só em Florianópolis mas em termos também do Estado, porque ela começou a ser uma referência a partir do seu Processo de Enfermagem. Inclusive para os outros hospitais que até o momento serviam de campo de ensino, de estágio e para a própria Universidade (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerges).

Recebíamos o reconhecimento do cliente, da família e de outros profissionais. Pelas falas dos clientes, a enfermagem era muito reconhecida! Lembro-me de um fato: alguém perguntou ao cliente sobre as enfermeiras do HU. A resposta foi gratificante: “ah! as enfermeiras são muito boas e a criadagem também”. A criadagem eram os atendentes e os auxiliares e os raros técnicos. A população fazia uma imagem muito positiva da enfermagem, tanto assim que “as enfermeiras eram boas e a criadagem também”. A organização de tudo o que se relacionava à enfermagem, incluído o Processo de Enfermagem, destacava-a (Enfermeira docente Lidvina Horr).

No que tange a autonomia conferida, em parte, pelo Processo de Enfermagem implementado no hospital estudado, as narrativas dos participantes, fontes orais deste estudo, a caracterizam como uma subcategoria bastante consistente. No contexto estudado, a autonomia conquistada remete a tomada de decisão sobre a conduta específica no cuidado a saúde, diante dos demais profissionais existentes no hospital, naquele período histórico.

O Processo de Enfermagem dá mais autonomia para o enfermeiro trabalhar. Decidir, trabalhar, conhecer o que está acontecendo com o paciente. Autonomia para ele chegar para o

outro profissional da área da saúde e dizer: “isso aqui não está certo, porque o paciente referiu tal e tal coisa, então nós temos que mudar isso”. Dentro do HU os outros profissionais diziam que o enfermeiro mandava. E eu entendo isso como tendo autonomia para decidir as coisas. “Nós temos que conversar com ela para decidirmos juntos”, e não, “eu vou mandar e ela vai fazer” (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Mas uma coisa interessante é que para não passar vergonha, o enfermeiro tinha que saber o que estava prescrevendo. Ele não podia escrever besteira. E essa luta era diária. Porque até então a gente não fazia nada mais do que instalar soro, dar banho no paciente, alimentá-lo, de repente nós estávamos tomando decisões e conduzindo uma assistência sem pedir permissão, sem pedir licença! (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

Uma grande conquista foi o fato de nós podermos fazer o exame preventivo do câncer do colo uterino. Antes, nós preenchíamos a requisição, mas não podíamos assinar, tampouco carimbar. Eu achava muito incorreto o fato de não existir um protocolo. Então conversamos com o patologista que lia as lâminas, não me lembro o nome dele, falamos dessa angústia que tínhamos em relação ao fato de não poder assinar as requisições. Falei que na maioria das vezes os médicos deixavam as requisições assinadas, ou então eu tinha que sair atrás deles para assinarem. Depois disso eu comecei a assinar. Depois no laboratório, já não me lembro com quem eu falei, eu comecei a fazer as requisições de cultura, bacterioscopia, gonococo (Enfermeira assistencial Elizabeth Flor de Lemos).

Havia o reconhecimento da autonomia profissional. Eu me lembro de ouvir o Dr. &&& dizer que a enfermeira tem a autonomia de mexer na dose de insulina do paciente. O

paciente chega aqui, tá fazendo hipoglicemia ela tem a autonomia para alterar a dose de insulina. Aqui no ambulatório o trabalho do enfermeiro sempre foi mais autônomo com a consulta de enfermagem (Enfermeira assistencial Silvana Maria Pereira).

Eu acho que a partir do momento em que a gente implanta um método de trabalho e a gente diz que agora temos condições de fazer um histórico, saber quais são as necessidades, fazer um diagnóstico de enfermagem, determinar que cuidados a gente vai prestar enquanto enfermagem, a gente começa a ser respeitado também. Porque eles começaram a ver: “puxa, mas a enfermagem observou isso, está cuidando e eu não tinha visto.” Acho que foi a partir desse momento que os médicos também começaram a ver que os enfermeiros tinham uma observação maior do que o paciente estava precisando e prescreviam um cuidado específico. Muitas vezes o médico olha a sua patologia, olha o paciente sob aquele enfoque patológico da sua área de especialidade e o resto não vê. Esse é o grande papel do enfermeiro (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerges).

Em algumas narrativas, autonomia e conhecimento estão estreitamente associadas, como vemos abaixo:

Porque eu não sei ser enfermeira sem o processo de enfermagem, sem a autonomia como enfermeira que o processo me dá, que esse conhecimento todo me dá. O processo de enfermagem me dá segurança para prestar assistência ao paciente, discutir com os demais profissionais a assistência prestada, me dá segurança para eu me posicionar enquanto enfermeira (Enfermeira assistencial Tania Soares Rebello).

Esse conhecimento possibilita a autonomia do trabalho do enfermeiro, porque quando a enfermagem avalia o paciente, faz uma análise do estado dele e assim tem mais condições também e recursos técnico científicos para dialogar com o médico, com o nutricionista,

com o fisioterapeuta, porque antigamente o enfermeiro fazia massagem, a gente ajudava na nutrição, ocupava áreas de atuação de outros profissionais. Hoje em dia não! No hospital tem nutricionista, fisioterapeuta, médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, então o enfermeiro é o único profissional de toda essa equipe que convive com o paciente nas 24 horas do dia, sete dias na semana, 365 dias no ano. É o único que tem uma visão mais global do estado de saúde do paciente (Enfermeira docente Marcia Cruz Gerdes).

Eu tentei tudo o que eu pude, porque eu achava muito importante a gente ter um referencial teórico, porque na verdade isso ajudava a gente a ter um linguajar próprio. Uma forma de falar sobre o cuidado de enfermagem de uma forma única, isso me dava um discurso próprio, autonomia. Mas eu acho que me credenciava para falar do cuidado de enfermagem. Pois quando eu ia falar sobre uma criança eu não usava os termos médicos, eu usava termos de enfermagem. Então eles (os médicos) ficavam assim, “ah, fala mais, me diz mais” (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

A autonomia proporcionada pelo Processo de Enfermagem também ampliou o *status* profissional, pois na medida em que o enfermeiro tomava as decisões sobre as condutas de enfermagem, tornava seu fazer e saber mais visíveis perante a população atendida, destacando-se como profissional atuante e pertencente à equipe de saúde, com condutas e conhecimentos bem definidos.

Lembro-me de quando o ambulatório foi reformado, nós nos reunimos para escolher as salas e os pediatras falaram assim: “deixa a enfermeira Salete escolher primeiro”. Eu perguntei: “Por quê?” Eles responderam: “Porque você fica aqui o dia todo”. Aquilo me encheu de satisfação, porque normalmente eles deixariam a gente por último. Então em vários momentos eu vi que a gente tinha força. Eles não queriam muito atrito com a enfermeira porque eles diziam que nós éramos poderosas. Isso eu ouvi várias vezes, que a enfermagem do

HU era poderosa. E esse poder a gente pode traduzir como autonomia e autoridade no assunto. “Elas falam com autoridade, não estão brincando”. E quem dava essa autoridade era o Processo de Enfermagem (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

Eu acho que o que dá visibilidade para o enfermeiro é o Processo de Enfermagem. Nenhum médico leu uma prescrição minha, de enfermagem, que dizia que tinha alguma ação médica. Tinha ação de enfermagem, o cuidado, é isso que eu acho que deve ser resgatado. O enfermeiro ele pode decodificar muitas coisas que o paciente está ouvindo e não está entendendo, mas ele tem que ter conhecimento para isso. Eu já dei muitas palestras para a endocrinologia. Eu não concorro com eles nem eles comigo, a gente agrega. O nosso instrumento de trabalho é o Processo de Enfermagem (Enfermeira assistencial Rita Bruno Sandoval).

Quando teve a regulamentação da Lei do Exercício Profissional eu saí da clandestinidade. Eu não precisava mais dizer baixinho, eu faço pós consulta. Não, eu faço consulta de enfermagem! Aí eu comecei a brigar, às vezes até imaturamente. Uma vez um pediatra disse: “elas (as enfermeiras) agora estão fazendo consulta”. E eu respondi: “por que, o senhor foi no dicionário e pegou a palavra consulta só para o senhor? Ela é minha também, ela está lá no meu dicionário” Então às vezes a gente tinha que brigar nesse nível (Enfermeira assistencial Salete Virgínia de Souza Sakae).

A definição do papel do enfermeiro era um aspecto da profissão bastante discutido na época histórica a que esse estudo se reporta e a implementação do Processo de Enfermagem trouxe subsídios práticos a esta discussão, na medida em que possibilitava a caracterização das ações de enfermagem como específicas deste profissional.

Nessa tentativa de construir uma enfermagem independente a gente conseguiu muita coisa com as evoluções e com as prescrições. Por

exemplo, se um auxiliar, atendente de enfermagem ou técnico de enfermagem fizesse uma bobagem, cometesse um erro, a gente pegava uma prescrição e perguntava: “isso estava prescrito? Não. Então você não deveria ter tomado essa iniciativa. Neste hospital, nesta equipe você deve seguir a prescrição de enfermagem. Se você acha que algum item não está contemplado ou precisa ser modificado, você se dirija ao enfermeiro, discuta o assunto, ele vai evoluir e vai refazer. Agora o que não pode é tomar uma iniciativa dessas em prejuízo do paciente.” Era legal porque tínhamos argumentos muito sérios e muito profissionais para discutir com o técnico de enfermagem sobre alguma atividade que estava sendo realizada (Enfermeira assistencial Alda Isabel da Silveira Melo).

A autonomia conferida pelo Processo de Enfermagem, também se expressou nas narrativas como compromisso profissional.

A enfermagem aqui tinha mais autonomia, considerava que o centro da assistência era o cliente e não a ordem médica. Até depois quando eu fiz a minha tese eu consegui desconstruir o organograma e fazer um desenho de como todas as áreas do hospital estão em relação ao cliente. Consegui reproduzir que a enfermagem perceber o cliente como o centro e ela está em volta para atendê-lo e intermediar todas as outras áreas do hospital na relação com o cliente, inclusive o médico. São poucos os momentos de abordagem direta que o médico faz com o cliente, mas a maioria de suas atividades e ações é intermediada ou executada pela enfermagem. Quando eu comecei a perceber essa forma de ver a enfermagem, já estava aqui recebendo a influência do corpo de enfermagem do HU que me deu essa nova visão (Enfermeira docente Maria Anice da Silva).

A Enfermagem tinha bastante autonomia também porque era comprometida, criativa e competente (Enfermeira docente Lidvina Horr).

Diante do exposto, a implementação do Processo de

Enfermagem neste estudo, propôs um planejamento da assistência de enfermagem baseado nas necessidades dos usuários, buscando soluções para seus problemas concretos. Para que isso acontecesse, foi essencial para além do uso da ciência e da construção de um corpo de conhecimento, o compromisso profissional e ético daqueles enfermeiros, genuinamente preocupados com os problemas dos indivíduos.

4 DISCUSSÃO

A discussão a partir das narrativas dos participantes do estudo aponta para uma importante influência da implementação do Processo de Enfermagem no desenvolvimento da profissão, a partir da necessidade da formação de um corpo de conhecimento próprio, determinando a expertise da mesma. Este *corpus* inclui tanto o conhecimento prático, ou seja, o conhecimento empírico, como aquele adquirido através de estudos e pesquisas científicas. Estes conhecimentos, fortemente determinados e estimulados pela implementação do Processo de Enfermagem, formaram os fundamentos sólidos dos profissionais de enfermagem, fato que assegurou a qualidade e a segurança nos serviços prestados à população.

Conhecimento e expertise, de acordo com Freidson (2009) referem-se a um corpo de fatos, que aparenta ser verdadeiro, ordenado por algumas ideias ou teorias abstratas: podemos encontrá-las incluídas em tratados e em livros texto, os quais fornecem a essência formal da qual os *experts* aprendem em escolas profissionais e que eles, presumidamente, conhecem depois disso. Todavia este conhecimento ou expertise é extremamente limitado, ou seja, está presente nos livros e não está ligado à prática. Um *expert* pratica este conhecimento. Ainda, para este autor, o corpo de conhecimento consiste naquilo que a profissão sabe detalhadamente em uma determinada época da história.

O conhecimento e a expertise que emergiram neste estudo adquirem um aspecto peculiar, o qual se relaciona com o período histórico estudado, visto que a maioria dos enfermeiros contratados era recém-formada, faltando-lhes, portanto, experiência prática na profissão, característica essencial da expertise, ou seja, a aplicação do conhecimento formal. Mesmo assim, nos períodos que se seguiram à inauguração do hospital e na medida em que o Processo de Enfermagem foi sendo implementado, o conhecimento e a expertise adquiridos, foram tomando outras características, desta feita, mais

fortemente ligadas à aplicação do conhecimento teórico.

O Processo de enfermagem para Huitzi-Egilegor et al. (2014) é o método de trabalho utilizado na área de enfermagem que permite, mediante a pesquisa, a análise lógica e o raciocínio analítico, o desenvolvimento e a implementação de cuidados, os quais envolvem a utilização de técnicas e relacionamento interpessoal, este último mediado pela comunicação.

Sobre o objetivo do Processo de Enfermagem, Silva et al. (2011) afirmam que é implementar uma assistência segura, com o mínimo de complicações, de forma a facilitar a adaptação e a recuperação do usuário. E ainda, que o uso do Processo de Enfermagem requer o pensamento crítico do profissional, que deve estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, de forma a atender as necessidades do usuário e de sua família, o que pressupõe constante atualização, habilidades e experiência, além de orientação do ponto de vista da conduta ética e moral.

No contexto deste estudo é importante destacar o trabalho inovador e desbravador dos enfermeiros, visto que no referido período histórico a implementação do Processo de Enfermagem em instituições de saúde era bastante incipiente no País. A mais conhecida e divulgada publicação, por tratar-se de livro, da pioneira nessa área de estudo da enfermagem brasileira, a professora Wanda de Aguiar Horta, havia acontecido em 1979²⁰ ou seja, um ano antes da inauguração do hospital e, muitos enfermeiros não conheciam a teoria, tampouco Processo de Enfermagem. Esta situação exigiu que houvesse um treinamento intensivo com os enfermeiros recém-contratados sobre a teoria de enfermagem escolhida e seu processo. Portanto, a implantação e implementação do Processo de Enfermagem naquela realidade necessitou de muito trabalho, ousadia e coragem por parte dos enfermeiros.

No contexto da enfermagem brasileira, embora houvesse o consenso da importância da adoção do Processo de Enfermagem no seu processo de trabalho, as publicações nas décadas de 1970 e 1980, período em que teve início a implantação e implementação do Processo de Enfermagem no hospital do estudo, são incipientes. Cavalcante et al. (2011) afirmam que as publicações sobre a implementação do Processo de Enfermagem no Brasil nesta época, referem-se a relatos de experiência de docentes em hospitais de ensino. Isto pode evidenciar que as experiências de aplicação do

²⁰ Horta, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

Processo de Enfermagem estavam vinculadas a experiências acadêmicas, apontando para a necessidade de incentivo à implementação nas Instituições de saúde.

Paralelamente a isso, acontecia no País o movimento pela validação deste instrumento de trabalho pela categoria que culminou com a publicação da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamentou a prescrição e consulta de enfermagem como atribuições exclusivas do enfermeiro.

Essa lei significou importante avanço no reconhecimento do papel do enfermeiro e na definição das atribuições do auxiliar e do técnico de enfermagem (KLETEMBERG et al., 2011), constituindo-se em um arcabouço jurídico que legitimava as bases políticas e profissionais da enfermagem no hospital que ora se iniciava.

A partir da criação desta lei, a enfermagem deste estudo obteve o respaldo legal e a obrigação ética de utilizar a Sistematização da Assistência e desta o Processo de Enfermagem, para guiar sua prática com cientificidade, conferindo mais segurança aos usuários.

Assim, desde o momento em que é considerado um instrumento útil para a avaliação do cuidado, o Processo de Enfermagem, através do gerenciamento das informações de enfermagem, pode qualificar a assistência, desde que, segundo Duran e Toledo (2011) sua aplicação esteja pautada em uma apreensão ampliada das necessidades de cuidado dos usuários e orientada na perspectiva do cuidado integral.

A implementação do Processo de Enfermagem a partir do conhecimento gerado, possibilitou uma assistência de enfermagem individualizada, configurando-se no ideal de cuidado defendido pela Diretoria de Enfermagem, desde sua implantação.

Considerando a responsabilidade ética embutida na aplicação do Processo de Enfermagem, Freidson (2009) afirma que a atitude mais importante de um profissional é o sentimento de responsabilidade em relação à integridade da técnica especializada que é alcançada por um treinamento prolongado. A mais importante atividade vinculada a esta responsabilidade manifesta-se pelo seguimento de padrões de conduta, que está relacionado com a integridade da prática e suas consequências para o usuário.

O treinamento realizado no período histórico estudado constituiu-se no elemento essencial para a aplicação do Processo de Enfermagem, pois sua utilização depende do seguimento de condutas sistematizadas, que se constituem em ações de enfermagem executadas com base em planejamento fundamentado cientificamente e que devem ser criteriosamente avaliadas, tendo como meta o alcance

da satisfação das necessidades dos usuários.

Para Franco, Akemi e D'Inocento (2012), ao implementar o Processo de Enfermagem o enfermeiro aplica seus conhecimentos técnico-científicos e documenta a assistência ao usuário, o que caracteriza sua prática profissional e favorece a definição de seu papel na equipe multiprofissional.

Em certa medida, o Processo de Enfermagem se constitui em instrumento metodológico que favorece o cuidado e organiza as condições necessárias ao desenvolvimento da prática de enfermagem, condições estas que possibilitam o desenvolvimento da profissão.

No contexto deste estudo o Processo de Enfermagem promoveu a melhoria da assistência prestada à população, fazendo-a perceber a importância do serviço de enfermagem para a efetivação desta assistência, na medida em que possibilita uma avaliação contínua e sistematizada de seus serviços. Percebe-se neste contexto, o alcance da visibilidade da profissão perante a população, razão de ser desta assistência.

O reconhecimento da importância da assistência prestada pela enfermagem perante os usuários, a equipe de saúde e a própria enfermagem, é entendido como *status*, que para Bellaguarda et al.(2013) condiciona a pertinência e o empoderamento de um fazer específico de uma profissão, certificado por legislação e ética e aceito pela sociedade como de utilidade indispensável ao seu bem estar. Sobre este reconhecimento, Freidson (2009) afirma que o *status* formal de uma profissão reflete sua licença para controlar o trabalho, garantidos pela sociedade. Esta tem a crença oficial e, às vezes pública, de que é digna de tal *status*.

Nesta perspectiva, o valor da profissão de Enfermagem, a responsabilidade, a importância e a credibilidade fluem do interior da profissão, a partir dos atributos dos membros profissionais e pares. O *status* é considerado também como posição de importância da profissão reconhecido pela sociedade. E ainda, a posição de autoridade técnica e legal exercida na divisão do trabalho (BELLAGUARDA et al, 2013).

O corpo de conhecimento que foi historicamente constituído mediante a implementação do Processo de Enfermagem, possibilitou a conquista do espaço social da enfermagem no contexto da equipe multiprofissional. Assim sendo, o advento de novas profissões para atuarem na área da saúde, modificou o papel do enfermeiro no contexto desta equipe, possibilitando a delimitação de suas atividades, no âmbito do trabalho interdisciplinar, destacando-se como

coordenador, permitindo com isto, que se concentre no campo do conhecimento próprio da enfermagem, sendo o Processo de Enfermagem, o método pelo qual isto pode ser realizado.

Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013) em pesquisa realizada com enfermeiros, identificaram que o Processo de Enfermagem é concebido como um instrumento ideal para o gerenciamento da assistência e para o reconhecimento social da profissão, na medida em que facilita o dimensionamento de recursos humanos e promove a educação permanente. Por outro lado, além de proporcionar maior qualidade à assistência, propicia também, maior eficiência, autonomia e cientificidade à profissão, o que pode garantir, dessa forma, maior valorização e *status*.

Carvalho e Kusumota (2009) afirmam que o emprego do Processo de Enfermagem está associado às mudanças que ocorrem na prática de enfermagem, influenciadas pelos pressupostos metodológicos, filosóficos e aos aspectos éticos e legais que regem a profissão, assim como ao conhecimento científico disponível.

Sobre a autonomia, característica que neste estudo aparece como sendo conquistada mediante a implementação do Processo de Enfermagem, Ledesma-Delgado e Mendes (2009) afirmam que é proporcionada perante os demais profissionais da saúde, visto que os enfermeiros cumprem as metas do cuidado estabelecidas, utilizando conhecimentos e habilidades da profissão, avaliando as necessidades dos usuários, comunicando preocupações e prioridades, coordenando os recursos da equipe multidisciplinar.

O Processo de Enfermagem é compreendido como uma metodologia própria que permite explicitar a essência da enfermagem, suas bases científicas, tecnologias e pressupostos humanistas, que estimulam o pensamento crítico e a criatividade, permitindo a solução de problemas da prática profissional. Esta metodologia representa a tentativa para evidenciar e compreender o trabalho da enfermagem, na medida em que direciona o cuidado como prática reflexiva.

Além disso, Ledesma-Delgado e Mendes (2009) enfatizam que através do Processo de Enfermagem os enfermeiros executam ações de cuidado individualizadas, sendo este aspecto, uma demonstração de trabalho autônomo, fundamentado em conhecimentos e saberes, raciocínio crítico e tomada de decisões.

Na perspectiva da organização do trabalho, Neves e Shimizu (2010), afirmam que a execução do Processo de Enfermagem implica na definição da natureza e do tipo de trabalho a ser realizado, desde a base teórico-filosófica, o tipo de profissional requerido, técnicas,

procedimentos, métodos, objetivos e recursos materiais para a produção do cuidado. Neste sentido, torna-se um instrumento do processo de trabalho que deve ser incorporado ao ensino e à prática da enfermagem através do planejamento, da organização e execução do cuidado e do próprio gerenciamento da assistência de enfermagem.

Huitzi-Egilegor et al. (2014) também ressaltam que uma prática de enfermagem baseada e instrumentalizada por modelos e teorias de enfermagem ajudam a identificar os objetivos e métodos da prática, o que aumenta a autonomia profissional, na medida que proporciona cuidados mais individualizados aos usuários.

Este contexto favorece que diversos modelos teóricos, segundo Alves et al. (2007), sejam desenvolvidos e aplicados na prática de cuidado da enfermagem da área hospitalar, no intuito de encontrar respostas a problemas de saúde e de doença, em que o modelo clínico essencialmente biomédico não consegue resolver.

A enfermagem neste estudo foi definindo seus conceitos sobre o cuidado de saúde, consolidando sua prática de natureza mais ampliada e integrada, visto que o enfermeiro está em contato mais direto e mais contínuo com a rede que envolve o usuário, seja, família, comunidade e até mesmo os demais profissionais que fazem parte da sua estrutura de cuidado.

Ainda sobre a utilização do Processo de Enfermagem e sua relação com a autonomia profissional, Neves e Shimizu (2010) relatam que confere segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, na individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro. Azeredo, Silva e Lima (2010) acrescentam ainda, definição e valorização do papel do enfermeiro, aspectos constituintes da autonomia profissional. Sobre este aspecto Menezes, Priel e Pereira (2011) enfatizam que quanto melhor implementada a autonomia profissional e os processos de trabalho da enfermagem, mais oportunidades o enfermeiro terá em atuar com base no conhecimento técnico e científico e em seu julgamento e poder decisório, essenciais para a preservação da sua autonomia profissional.

Autonomia, para Freidson (2009) é o domínio de uma profissão em controlar o seu trabalho, mas que seja garantido pela sociedade. É uma qualidade que confere poder à profissão, a qual alcança o seu *status* quando realiza sua prática resguardada pela sociedade e pelo controle do estado.

O Processo de Enfermagem confere autonomia profissional para o enfermeiro, sendo essencial que toda a equipe de enfermagem

utilize essa metodologia de trabalho. Esta autonomia é alcançada na medida em que fornece o suporte teórico e a segurança na tomada de decisões frente ao usuário, trazendo como consequência maior visibilidade à profissão (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012).

A promoção do conhecimento específico da enfermagem proporcionado pelo Processo de Enfermagem possibilitou a autonomia necessária para que o enfermeiro desenvolvesse seu trabalho de modo eficiente, conferindo-lhe valorização profissional e resultados positivos na assistência prestada.

A iniciativa para assumir condutas e atitudes, atributos da autonomia profissional, está intimamente relacionada ao conhecimento que o profissional possui, pois este confirma aos enfermeiros a certeza de estarem agindo da maneira mais correta e adequada (SILVA et al., 2011). Os autores ainda afirmam que as questões relacionadas ao mercado de trabalho, como a relação com outros profissionais de saúde, estrutura e organização política da saúde e educação, bem como as relações sociais e econômicas envolvidas no processo interferem nesta autonomia. Enfatizam que praticar enfermagem com uma proposta metodológica requer conhecimento, habilidade, apoio institucional e acima de tudo, vontade e ousadia.

O Processo de Enfermagem pode contribuir para a consolidação da autonomia profissional do enfermeiro, pois explicita o seu fazer, o que implica na visibilidade da profissão e, portanto, contribui na definição de seu papel no cuidado de saúde.

5 CONCLUSÕES

Historicamente, a trajetória da implementação Processo de Enfermagem neste estudo foi marcada pela busca por um cuidado cientificamente elaborado, compondo o corpo de conhecimentos próprios da profissão. O que, em certa medida, significou a construção de sua identidade profissional, diferenciando-a das demais profissões da área da saúde, demarcando seu espaço como profissão de consulta.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento do Processo de Enfermagem se configurou como uma das alternativas mais eficazes na implementação de um modelo assistencial que contribuiu para que a enfermagem, neste estudo, emergisse como profissão, prioritariamente voltada para a compreensão da integralidade do ser humano, apoiada na reflexão sobre a sua prática.

É indiscutível que a prática do Processo de Enfermagem possibilitou a construção e utilização de um corpo de conhecimentos próprio da enfermagem, ou seja, a expertise, aspecto que contribuiu

para um fazer profissional autônomo, condição essencial para a construção da identidade profissional.

Esta autonomia se expressou neste estudo, principalmente como o poder decidir sobre sua conduta na assistência ao usuário e esteve atrelada ao conhecimento, compromisso e identidade profissional.

A implementação do Processo de Enfermagem evidenciada neste estudo, constituiu-se em um modo de exercer a profissão baseada no conhecimento e expertise, com autonomia, a qual a categoria vem desenvolvendo nas últimas décadas, condições que possibilitaram o alcance do *status*, reforçando sua identidade profissional perante a sociedade.

REFERÊNCIAS

ABDELLAH, F.G. **Patient – Centered Approaches to Nursing**. New York, 1960.

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3ªed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

ALBERTI, V. Histórias dentro da história. In: PINSKY, C.B. et al. **Fontes históricas**. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

ALVES, A. R. et al. Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 344-347, 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300019. Acesso em 20 maio 2015.

AZEREDO, L. G.; SILVA, R. M. da; LIMA, A. A. A. Nurses and implementation of the nursing care systematization: descriptive study. **Online braz. j. nurs.**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2933/659>. Acesso em 10 set. 2012.

BARRA D.C.C., SASSO, G.T.M. Dal. The nursing process according to the international classification for nursing practice: an integrative review. **Texto contexto - enferm**. v. 21, n. 2, p. 440-447, 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072012000200024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200024>. Acesso em 20 julho 2015.

BELLAGUARDA, M.L.R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 269-374, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367023>. Acesso em 30 de junho de 2015.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/12**: contendo as 134 Diretrizes de 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 20 fevereiro 2014.

CARVALHO, E. C. de; KUSUMOTA, L. Nursing process: difficulties for its utilization in practice. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 22, n.1, p.554-557, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 junho 2015.

CASAFUS, K.C.U.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; BOCCHI, S.C.M. Entre o êxito e a frustração com a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 313-321, 2013. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a16.pdf>. Acesso em 24 novembro 2015.

CAVALCANTE, R.B. et al. Experiências de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v.1, n.3, p.461-471, 2011. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewArticle/2832>. Acesso em 10 agosto 2015.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.4, p.661-669, out./dez. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 abril 2014.

DURAN, E. C. M.; TOLEDO, V. P. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 234-240, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 março 2015.

FRANCO, M.T.G.; AKEMI, E.N.; D'INOCENTO, M. Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n.2, p.163-170, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002 Acesso 10 Agosto 2015.

FREIDSON, E. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: UNESP, 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery.**, v. 13, n.1, p. 816-18. 2009. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715321025>. Acesso 10 agosto 2015.

HENDERSON, V. **Basic principles of nursing care**. London: International Council of Nurses, 1960.

HUITZI-EGILEGOR, J.X. et al. Implementation of nursing processo n a health área: models and assessment structures used. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.5, p. 772-77, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500772&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 julho 2015.

KLETEMBERG, D.F. et al. O fascínio da ciência na area da saúde (1960-1990). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. dos. **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

KRAEMER, F. Z. ; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 487-494, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 julho 2015.

LEDESMA-DELGADO, M.E.; MENDES, M.M.R. The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.3, p. 643-648, 2009. Disponível em www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_08.pdf. Acesso em 20 set. 2013.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n.3, p.174-181, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 setembro 2015.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L.L. Nurses' autonomy and vulnerability in the Nursing Assistance Systematization practice. **Rev.esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 setembro 2015.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

NEVES, R. de S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n.2, p. 222-229, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 julho 2015.

SILVA, E. G. C. et al. Nurses' knowledge about Nursing Care Systematization: from theory to practice. **Rev.esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 julho 2015.

7 CONCLUSÕES

O conhecimento sobre a história da implantação do Processo de Enfermagem que este estudo possibilitou, mais do que dar visibilidade às suas personagens, trouxe à tona as peculiaridades desta história, permitindo-se vislumbrar suas potencialidades atuais e futuras. Além disso, suscitou reflexões sobre as bases teórico-filosóficas que inspiraram os atores desta história, as motivações que os impulsionaram e que culminaram com a oferta das ferramentas necessárias para a construção das bases profissionais da categoria.

Neste contexto, a operacionalização do Processo de Enfermagem aconteceu com o envolvimento dos enfermeiros que o aplicavam diariamente. Assim, percebiam-se valorizados pela organização, na medida em que contribuíam efetivamente para o seu desenvolvimento. Portanto, os enfermeiros que participaram deste estudo, apreenderam o Processo de Enfermagem não como algo acabado, mas como um método flexível e construído historicamente e socialmente.

No decurso de mais de duas décadas, a implementação do Processo de Enfermagem em questão foi a principal fonte geradora de um corpo de conhecimento específico da profissão, historicamente construído e que ao longo deste período foi sofrendo as alterações no sentido de coadunar-se aos avanços tecnológicos, bem como às mudanças sociais ocorridas na profissão.

As reflexões sobre o Referencial Teórico a ser utilizado, ocorridas em determinados momentos desta história, merecem destaque visto que culminaram com uma nova base filosófica, representada por conceitos e pressupostos construídos de maneira participativa. Essa nova base filosófica, embora mantida a Teoria de Enfermagem proposta originalmente, trouxe diferentes alicerces para a prática, fornecendo novos significados na implementação do Processo de Enfermagem.

Ressaltamos o estímulo às ideias que promoveram estes debates, como fruto das discussões fomentadas pelos professores do Departamento de Enfermagem da UFSC, os quais estavam formando o campo científico da Enfermagem, papel este exercido pelos cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFSC, criados em 1976 e 1993 respectivamente.

O desenvolvimento do Processo de Enfermagem aqui historicizado aconteceu sob o olhar atento dos enfermeiros docentes, mediante treinamentos intensivos antes e durante sua implantação, bem como com auditorias para a avaliação da implementação.

Este processo de acompanhamento da implantação de um método inovador de cuidado para a época, constituiu-se em um dos eixos de sustentação para a conquista do prestígio, independência e responsabilidade inerentes ao trabalho da enfermagem do HU-UFSC, atributos responsáveis pela autonomia e *status* profissional conquistados, influenciando no seu desenvolvimento profissional.

Nesta perspectiva, destacamos a informatização do Processo de Enfermagem como uma das principais alterações ocorridas, visto que facilitou o acesso dos enfermeiros à informação exata e em tempo real para poderem desempenhar a grande variedade de intervenções assistenciais e gerenciais de enfermagem, diante do aumento da complexidade da assistência, número de atendimentos e da documentação do cuidado.

A auditoria de enfermagem neste estudo manifestou-se como importante ferramenta de gestão da qualidade da assistência prestada e do controle dos próprios padrões de educação e treinamento. Estes aspectos são considerados decisivos em se tratando da autonomia de uma profissão.

Em meio às conquistas alcançadas, a reflexão acerca dos desafios enfrentados torna-se importante para a valoração das mesmas. Percebemos que os desafios encarados pelo grupo de enfermeiros responsável pela implantação e implementação do Processo de Enfermagem na década de 1980, são semelhantes aos enfrentados na implementação do Processo de Enfermagem em espaços assistenciais e períodos históricos distintos e até, em outras realidades socioculturais.

Esses desafios estão relacionados à própria estrutura do Processo de Enfermagem considerada ainda bastante complexa; à prática assistencial, incluindo desde a insegurança para a realização das atividades inerentes do Processo de Enfermagem, a crença que este afasta o enfermeiro do usuário; e, os desafios relacionados ao ensino do Processo de Enfermagem.

A aquisição do conhecimento foi um dos grandes desafios enfrentados e por isso, arduamente trabalhados junto aos enfermeiros pioneiros na implantação do Processo de Enfermagem analisado neste estudo, atribuindo-se a isto o sucesso na sua implementação. Este saber, necessário para estabelecer o Processo de Enfermagem, também

foi por este construído, na medida em que deu um novo direcionamento para o saber da enfermagem, a construção de um corpo de conhecimento específico da profissão.

A presença dos professores do Departamento de Enfermagem na Comissão de Implantação do HU/UFSC foi fruto da sua participação nos fóruns de discussão da Universidade, o que comprova o reconhecimento da sua importância política nas esferas de decisões da Instituição. Esta organização política dos professores possibilitou o fortalecimento da representatividade social da categoria naquele momento histórico, contribuindo para a consolidação e o desenvolvimento do Processo de Enfermagem. Por sua vez, este instrumento e método de trabalho, configurou um novo paradigma a respeito da atuação profissional e da abrangência do saber do enfermeiro.

Neste contexto, o campo do saber enquanto espaço político, com seus diversos interesses, não é um campo neutro, sendo, portanto, um espaço de litígio, de disputa de poderes. Desta forma, este litígio pelo saber-poder, tornou-se um desafio para que a enfermagem se explicitasse enquanto profissão, participando do planejamento e não somente da execução das ações.

A análise da história da implantação e implementação do Processo de Enfermagem do HU/UFSC sob a perspectiva da sociologia das profissões de Eliot Freidson, evidenciou que a sua implementação possibilitou que a enfermagem no contexto deste estudo, fosse construindo sua identidade a partir do conhecimento, expertise, autonomia e *status* profissional, características estas despertadas pela implementação do Processo de Enfermagem.

O conhecimento e a expertise manifestaram-se como as principais contribuições do Processo de Enfermagem, os quais foram fortemente determinados e estimulados pela implementação do Processo de Enfermagem, formaram os fundamentos sólidos dos profissionais de enfermagem, fato que melhorou a qualidade e a segurança nos serviços prestados à população.

Esta qualidade da assistência de enfermagem, planejada e supervisionada pelos enfermeiros personagens desta história, configuram-se até a atualidade como os principais atributos da enfermagem do HU-UFSC. Atributo que é um dos responsáveis pelo reconhecimento e visibilidade da enfermagem perante a sociedade, determinando seu *status* profissional, traduzindo sua competência técnica e científica.

Por outro lado, a fundamentação do seu fazer em princípios

científicos, representado pela implementação do Processo de Enfermagem ancorado em uma Teoria de Enfermagem, conferiu a estes enfermeiros a autonomia, principal característica de uma profissão, de acordo com Freidson. Neste estudo, a autonomia foi expressa como a decisão sobre suas condutas, estando estreitamente relacionada ao conhecimento, compromisso e identidade profissional.

A promoção do conhecimento específico da enfermagem proporcionado pelo Processo de Enfermagem possibilita a autonomia necessária para que o enfermeiro desenvolva seu trabalho de modo eficiente, conferindo-lhe valorização profissional e resultados positivos na assistência prestada.

O Processo de Enfermagem pode contribuir para a consolidação da autonomia profissional do enfermeiro, pois explicita o seu fazer, o que implica na visibilidade da profissão e, portanto, contribui na definição de seu papel no cuidado de saúde.

Diante destas considerações, este estudo entende que o Processo de Enfermagem apresenta-se como instrumento catalisador da profissionalização da categoria, na medida em que se constitui em instrumento metodológico que favorece o cuidado e organiza as condições necessárias ao desenvolvimento da prática de enfermagem, condições estas que possibilitam o desenvolvimento da profissão.

Não poderíamos deixar de salientar os atributos próprios do profissionalismo, presentes nos enfermeiros que construíram esta história. Sob a liderança dos enfermeiros docentes, que envolveu compromisso profissional, responsabilidade, habilidade para a tomada de decisão, o grupo de enfermeiros foi instigado a dedicar-se aos objetivos propostos e sobremaneira desafiadores.

Além disso, destacamos o vanguardismo desse grupo de profissionais ao propor uma assistência de enfermagem embasada cientificamente, com atribuições autônomas e definidas por um instrumento de trabalho na época ainda pouco conhecido pela própria enfermagem.

No exercício de revisitar o passado vislumbrando novas possibilidades para o presente e futuro, próprio de uma pesquisa histórica, diante dos resultados alcançados com este estudo recomendamos que sejam adotadas estratégias de gestão que possibilitem o fortalecimento do conhecimento e da expertise dos enfermeiros atuantes no HU-UFSC, visto que este estudo considerou-os como os principais atributos profissionais despertados pela implementação do Processo de Enfermagem. Nesta perspectiva, sugerimos que o treinamento permanente sobre a execução do

Processo de Enfermagem seja implementado, mediante a formação de uma equipe de caráter permanente e institucional, que tenha como finalidade a coordenação da implementação, atualização e avaliação do Processo de Enfermagem.

Assim, ao final deste estudo confirmamos e sustentamos a tese de que **A implantação e a implementação do Processo de Enfermagem no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina contribuiu para o desenvolvimento profissional da categoria em termos de autonomia, *status* profissional, conhecimento e expertise na área.**

REFERÊNCIAS

ABDELLAH, F.G. **Patient – Centered Approaches to Nursing**. New York, 1960.

ALBERTI, V. **Ouvir contar**: textos em história oral. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

_____. **Manual de história oral**. 3ªed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

_____. Histórias dentro da história. In: PINSKY, C.B. et al. **Fontes históricas**. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

ALMEIDA, F. de O. A socialização da medicina na era do adhemarismo. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1379-1396, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de novembro de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000018>.

ALVES, A. R. et al. Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 344-347, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300019. Acesso em 20 maio 2015.

ANDRADE, J.S.; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2014.

ARRATIA, A. Investigación y documentación histórica em enfermería. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 567-574, dez 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 abril 2013.

AZEREDO, L. G.; SILVA, R. M. da; LIMA, A. A. A. Nurses and implementation of the nursing care systematization: descriptive study. **Online braz. j. nurs.**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2933/659>. Acesso em 10 set. 2012.

BACKES, D. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v27i1.1433>. Acesso em 20 abril 2013.

BARATA, R.B. Condições de saúde da população brasileira. In: Giovanela, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARRA, D.C.C., SASSO, G.T.M. Dal. The nursing process according to the international classification for nursing practice: an integrative review. **Texto contexto - enferm.** v. 21, n. 2, p. 440-447, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200024>. Acesso em 20 julho 2015.

BARROS, D.G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. esp, p.793-798, 2007. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em 20 out.2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 abril 2014.

BECK, C. T.; HUNGLER, B. P.; POLIT, D. F. **Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Art Med, 2010.

BENEDETTO, M. A.C. de et al. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. **Rev Bras Med**,

v.71(n.esp.m2), 2014.

Disponível em

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=597
7. Acesso em 25 de novembro de 2015.

BELLAGUARDA, M.L.R. **Nexos e circunstâncias na história do Conselho Regional de Enfermagem em Santa Catarina (1975 - 1986)**. 2013. 303p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

BELLAGUARDA, M.L.R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 269-374, 2013. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367023>. Acesso em 30 de junho de 2015.

BHERING, M. et al..Aplicação experimental de um guia para elaboração do Diagnóstico de Enfermagem no Hospital São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, n. 5, p. 89-102. 1971.

BJÖRVELL, C; WREDLING, R; THORELL-EKSTRAND, I. Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 12, p. 206–214, 2003

BLANK, C.Y.; SANCHES, E.N.; LEOPARDI, M.T.A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do Vale do Itajaí. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 1, 2013. Disponível em
<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000100027&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 31 agosto 2015.

BOCK et al. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea (1930-1960). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. dos. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

BONELLI, M. da G. Origem social, trajetória de vida, influencias intelectuais, carreira e contribuições sociológicas de Eliot Freidson.

In: FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política** de Eliot Freidson. Tradução: Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Edusp, 1998.

BRASIL. **Lei nº 7498/86 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: 1986.

_____. **Resolução 159 de 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília: 1993.

BRASIL. Lei n. 8159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências.

Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, São Paulo, v. 60, p. 1260, mai/jun., 3. trim.1996. Legislação Federal e marginaália, 1996.

_____. **Resolução 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Brasília: 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/12**: contendo as 134 Diretrizes de 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 20 fevereiro 2014.

BROS I SERRA, M. Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en la asignatura de Enfermería Geriátrica. **Gerokomos.** , v.17, n.3, p. 140-143, 2006.

BRUYLANDS, M.et al. Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 24, n. 3, p. 163-170, 2013. Disponível em :<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2013.01248.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=> Acesso em 10 Agosto 2015

BUCKNER, E.B. et al. Perspectives on global nursing leadership: international experiences from the field. **International Nursing Review**, v. 61, 463–471, 2014. Disponível em: <http://eprints.qut.edu.au/83490/> Acesso em 20 novembro 2015.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 222-227, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 março 2014.

BULSON, J. A.; BULSON, T. Nursing process and critical thinking Linked to disaster preparedness. **Journal of Emergency Nursing**, v 37, n. 5, p.477-83, 2011.

CAPELLA, B.B.; LEITE, E.; FERREIRA, L.C. Vivendo e trabalhando melhor: uma convergência entre teoria e prática, ciência e arte, na práxis vivencial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.8, n.3, p.276-88, 1999.

CARDOSO, C. F. S. **Uma história à história**. 10ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CARDOSO, C.F.S.; BRIGNOLI, H.P. Os métodos da história. 6ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 2002.

CARVALHO, E. C. de; KUSUMOTA, L. Nursing process: difficulties for its utilization in practice. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 22, n.1, p.554-557, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 junho 2015.

CARVALHO, J. B. de. **Hospital Universitário da UFSC: o poder das Enfermeiras na organização e implantação do Serviço de Enfermagem (1975 – 1990)**. 2013. 169 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CARVALHO, V. de. Enfermagem e história da enfermagem: aspectos epistemológicos destacados na construção do conhecimento profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 500-508,

2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

CASAFUS, K.C.U.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; BOCCHI, S.C.M. Entre o êxito e a frustração com a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 313-321, 2013. disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a16.pdf>. Acesso em 24 novembro 2015.

CASTILHO, N.C.; RIBEIRO, P.C.; CHIRELLI, M.Q. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, v.2, p. 280-289, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200011>. Acesso em 12 agosto 2015.

CAVALCANTE, R.B. et al. Experiências de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v.1, n.3, p.461-471, 2011. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewArticle/2832>. Acesso em 10 agosto 2015.

CIANCIARULLO, T.I.; KOIZUME, M. S.; FERNANDES, R. A. Q. Prescrição de Enfermagem – experiência de sua aplicação em Hospital Particular. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 144-49, 1974.

CLAUDINO, H.G. et al. Gouveia. Auditoria em registros de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 3, p. 397-402, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=747412&indexSearch=ID>. Acesso em 10 agosto 2015.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.4, p.661-669, out./dez. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 abril 2014.

COELHO, E.B.S.; WESTRUPP, M.H.B.; VERDI, M. **Da velha à nova república**: a evolução das políticas de saúde no Brasil. [Trabalho produzido como material instrucional para o Curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem da Região Sul – Espensul, da UFRGS], Porto Alegre, 1995.

CROSSETI, M.G.O. **Processo de cuidar, uma aproximação à questão existencial da enfermagem**. 1997. 164p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.

CRUZ, I.C.F. da. The implementation of the nursing process methodology: problems and . **Online braz. j. nurs.** v.8, n.3, p. 37-37, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2678>>. Acesso em 20 abril 2014.

CUBAS, M.R. et al. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v18, n. 4, p. 1-6, jul-ago 2010.

DE LA CUESTA, C. The Nursing Process: from development to implementation. **J Adv Nurs.**, v. 3, p. 365-71, 1983.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jan-fev v. 59, n.1, p. 84-8. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

DONAHUE, M. P. **Nursing the finest art**: an illustrated history. 2 ed. St. Louis: Mosby, 1996.

DUANYS NEYRA, N.; LLORENTE, Y.B. Proceso de atención de enfermería en el nivel primario de salud. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 16, n. 3, p. 180-184, 2000 .

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J.A.; SIMONETTI, J.P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento

para aplicação do processo de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. spe, p. 767-773, Nov. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 agosto 2015.

DURAN, E. C. M.; TOLEDO, V. P. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 234-240, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 março 2015.

FAVERO, L.; WALL, M.L.; LACERDA, M.R. Conceptual differences in terms used in the scientific production of brazilian nursing. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 534-542, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Julho 2015.

FERNÁNDEZ-SOLA, C. et al. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia. **International Nursing Review**, v. 58, p. 392-99. 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00884.x/citedby>. Acesso em 17 julho 2015.

FIGUEIREDO, R.M. de et al..Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.40, n. 2, p.299-303. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2014.

FIGUEIREDO, P.P. et al . The non-implementation of the nursing process: reflection based on Deleuze's and Guattari's concepts. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 4, p. 1136-1144, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 julho 2015.

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

FLORIN, J.; EHRENBERG, A.; EHNFORSS. Patients' and nurses' perceptions of nursing problems. **Journal of Advanced Nursing**, v. 51, n.2, p. 140-149, 2004.15

FRANCO, M.T.G.; AKEMI, E.N.; D'INOCENTO, M. Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n.2, p.163-170, 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002 Acesso 10 Agosto 2015.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp, Coleção Clássicos, 1988.

FREIDSON, E. **Professionalism the third logic**: on the practice of knowledge. Chicago: The University Chicago Press, 2001.

_____, E. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: UNESP, 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery.**, v. 13, n.1, p. 816-18. 2009. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715321025>. Acesso 10 agosto 2015.

GARCIA, T.R.; NOBREGA, M..M.L.da. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE®brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev. bras. enferm.** v.66, n.spe, p. 142-150, 2013.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E.C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Braz J Nurs**, v. 3, n. 2, p. 29-40, 2004.

GARRIDO, R.J. G. et al . El ingreso en el hogar: dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana, v. 19, n. 1, feb. 2003.

GERARDI, D. Conflict Engagement: Workplace Dynamics.

American Journal of Nursing, v. 115, n.4, p. 62-65, 2015.

Disponível em:

http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/04000/Conflict_Engagement___Workplace_Dynamics.31.aspx. Acesso em 25 novembro 2015.

GJEVJON, E.R.; HELLES, R. The quality of home care documentation in new electronic patient records. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 100-108, 2009.

GONÇALVES, J.V. Wanda de Aguiar Horta: biografia. **Rev Esc**

Enferm USP, São Paulo, v.22, n.esp., p.3-13, 1988.

GONÇALVES, L.R.R. et al. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 459-465, 2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 março 2014.

GONÇALVES, R. C. ; LISBOA, T. K. Sobre ao método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Rev. Katálysis**,

Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 83-92, 2007. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewArticle/1145>. Acesso em 5 março 2016.

GONZALÉZ, J. S.; RUIZ, M. C. S. A história cultural e a estética dos cuidados de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1096-1105, set./out. 2011.

GONZALEZ, S.S.H.; MORENO PEREZ, N.E. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 10, n. 23, 2011 . Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 4 de abril de 2014. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300007>.

GRANERO-MOLINA, José et al. Nursing process: what does it mean to nurses from Santa Cruz (Bolivia)? **Rev. esc. enferm. USP.**, v.46, n.4, p. 973-979, 2012.

GRANEHEIM, U.H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research. **Nurse Education Today**, v. 24, p. 105-112, 2004.

GREENBERG, M.E. A comprehensive model of the process of telephone nursing. **J Adv Nurs**, v. 65, n.12, p. 2621-2629,

GRESPLAN, J. Considerações sobre o método. In: PINSKY, C.B. et al. **Fontes históricas**. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

GROSSI, L.M.; PISA, I.T.; MARIN, H.F. Tecnologia da Informação e Comunicação na Auditoria em Enfermagem. **J. health inform**. V.7, n1., p. 30-4. 2015. Disponível em <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/314/227>. Acesso em 31 agosto 2015.

HELDT, E. Serviço de Enfermagem em saúde pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: 40 anos de história [editorial]. **Rev Gaúcha Enferm**.v. 33, n. 3, p 8-9. 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/34255/21938>. Acesso em 17 março 2016.

HENDERSON, V. **Basic principles of nursing care**. London: International Council of Nurses, 1960.

HERMIDA, P.M.V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.6, p.733- 37, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 fevereiro 2014.

HORR, L. et al. Vivenciando e consolidando uma crença... **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.4, n.especial, p.220-29, 1995.

HORR, L.; GONÇALVES, L.H.T.; SAUPE, R. O ensino da metodologia assistencial de enfermagem Departamento de

Enfermagem – UFSC. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.21, n.especial, p. 40-51, 1987.

HORTA, W.A. Contribuição para uma Teoria de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.23, n.3/4/5/6, p.119-125, 1970.

HORTA, W.A. A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.24, n.5, p.46-53, 1971a.

HORTA, W.A. A metodologia do processo de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.24, n.6, p.81-95, 1971b.

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

HORTA, W.A.; HARA, Y.; PAULA, N.S.de. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.24, n.3/4, p.5-20, 1971.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Disponível em http://www.hu.ufsc.br/novo_site/institucional/apresentação. Acesso em 20 março 2016.

HSIEH, H.-F.; SHANNON, S.E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Qual Health Res**, v. 15, p. 1277-88, 2005.

HUITZI-EGILEGOR, J. X. et al. Use of nursing process at public and private centers in the health area. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.21, n.5, p. 1049-1053, 2013.

HUITZI-EGILEGOR, J.X. et al. Implementation of nursing process in a health área: models and assessment structures used. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.5, p. 772-77, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500772&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 julho 2015.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **The international classification for nursing practice**: a unifying framework the Alpha version. Geneva (SWT): ICN, 1996.

JESUS, E. dos S. et al. Prejudice in nursing: perception of nurses educated in different decades. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 166-173, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 maio 2013.

KAGAN, I. et al. Promotion or marketing of the nursing profession by nurses. **International Nursing Review**, v. 62, p. 368–376, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12178/abstract;jsessionid=4CB65086F79F23D37EC44A09F636B84D.f04t04?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=> Acesso em 20 novembro 2015.

KIM, A.; NICOTERA M.; MCNULTY, J. Nurses' perceptions of conflict as constructive or destructive. **Journal of Advanced Nursing**, v. 71, n.9, p. 2073-2083, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12672/full>. Acesso em 20 novembro 2015.

KIM, K.; HAN, Y.; KIM, J.S. Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. **Nurs Ethics**, v. 22, n. 4, p. 467-78. Disponível em : <http://nej.sagepub.com/content/early/2015/11/04/0969733015611072.full.pdf+html>. Acesso em 20 novembro 2015.

KLETEMBERG, D. F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil**: uma visão histórica. Curitiba, 2004. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Curitiba, 2004.

KLETEMBERG , D. F. et al . O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Novembro 2015.

KLETEMBERG , D.F. et al. O fascínio da ciência na área da saúde (1960-1990). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I.

dos. **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

KLETEMBERG, D.F. et al. O fascínio da ciência na área da saúde (1960-1990). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. dos. **Enfermagem**: história de uma profissão. 2. Ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2015.

KLETEMBERG, D. F.; PADILHA, M. I. Autonomy of nursing gerontology in Brazil by the pioneers (1970-1996). **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 709-716, 2011.

_____. Política e poder na enfermagem gerontológica no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1192-1199, 2012.

Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de outubro de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500022>.

KLETEMBERG, D.F.; SIQUEIRA, M.D.; MANTOVANI, M.F.. História do Processo de Enfermagem na REBEn: 1960 – 1986. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 478 – 86, 2006.

Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2014.

KOERICH, M.S. et al. Patient care system: bringing health care practice, knowledge and legislation together. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 446-51, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

KRAEMER, F. Z. ; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 487-494, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 julho 2015.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n spe, p. 403-410, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 março 2013.

LEDESMA-DELGADO, M.E.; MENDES, M.M.R. The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.3, p. 643-648, 2009. Disponível em www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_08.pdf. Acesso em 20 set. 2013.

LEE, E.; NOH, H.K. The Effects of a Web-Based Nursing Process Documentation Program on Stress and Anxiety of Nursing Students in South Korea. **International Journal of Nursing Knowledge**. v.26, n.1, p.35-42. 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/2047-3095.12038/epdf>. Acesso em 11 setembro 2015.

LEITE, E.; FERREIRA, L. C. **Atualização de papel e desenvolvimento interpessoal**: as relações grupais no trabalho de enfermagem. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 2000. 95 p. (mimeo).

LESMESS Ó. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio. **Av.enferm.**, v. 27, n.1, p. 60-8. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a07>. Acesso em 22 setembro 2015.

LESSA, A. B. L.; ARAÚJO, C. N. V. de. Brazilian nursing: a reflection about political activity. **REME rev. min. enferm.**, v.17, n. 2, p. 238-244, 2013. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130036>. Acesso em 19 novembro 2015.

LIMA, A.F.C.; MELO, T.O. Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 175-183, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Agosto 2015.

LOMBARTS, K.M. et al. Measuring professionalism in medicine and nursing: results of a European survey. DUQuE Project Consortium, **PLoS One**, v. 9, n. 5, p. 1-13, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097069>. Acesso em 21 novembro 2015.

LOPES, M.H.B. et al. Evaluation of the Nursing Process Used at a Brazilian Teaching Hospital. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**. v. 21, n. 3, p. 116-123, 2010. disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2010.01157.x/pdf>. Acesso em 11 Set. 2015.

LUCENA, I. C. D. de ; BARREIRA, I. de A. Revista enfermagem em novas dimensões: Wanda Horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n. 3, p. 534-540, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2014.

LUCKES, M. A. V. et al. Aplicação do Processo de Enfermagem no Hospital Ana Nery – relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, v.31, n.2, p.141,1978.

LUKES, E. The Nursing Process and Program Planning. **AAO HN Journal**, v. 58, n. 1, p. 5-7, 2010.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/AIDS como forma de cuidar. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1143-1148, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/022.pdf>. Acesso em 25 maio 2013.

MACEDO, S.M. de; SENA, M.C.S.; MIRANDA, K.C.L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, v.66, n.2, p.196-201, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 1 setembro 2015.

MALUCELLI, A. et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.4, p. 629-36, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 abril 2013.

MANZINI, F.C.; SIMONETTI, J.P. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso de la teoría del auto cuidado de Orem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.17, n.1, 2009. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 10 março 2014.

MARIA, V.L.R. et al. Evolução do paciente: anotações de enfermagem no Kardex e passagem de plantão. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.30, n.4, p. 237-43, 1977.

McDONALD A. et al. Validating the 'intervention wheel' in the context of Irish public health nursing. **Br J Community Nurs**, v.20, n.3, p.: 140-5, 2015. Disponível em <http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/bjcn.2015.20.3.140>. Acesso em 2 outubro 2015.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 33, n.3, p.174-181, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 setembro 2015.

MEIHY, J. C. S. S.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.

MELEIS, A.I. Transitions theory. **Nursing Theories and Nursing Practice**. 2012. 361p.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L.L. Nurses' autonomy and vulnerability in the Nursing Assistance Systematization

practice. **Rev.esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 setembro 2015.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MOREIRA, A.; PORTO, F.; OGUISSO, T. Registros noticiosos sobre a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na Revista “O Brazil-Medico”, 1890-1922. **Rev.esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n.4, p. 402-7, 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 março 2013.

MOREIRA, A. et al. Ibero-American Symposium on History of Nursing: new perspectives of intellectual production in the history of nursing. **Rev.esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n.2 (esp.), p. 1358-1363, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 julho 2014.

MOTTA, L.C.S.; VIDAL, S.V.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: afinal, o que é isto? **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 431-439, 2012. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3138.pdf>. Acesso 20 maio 2013.

NEVES, R. de S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n.2, p. 222-229, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 julho 2015.

NICHIATA, L.Y. I. et al. The International Classification of Public Health Nursing Practices - CIPESC®: a pedagogical tool for epidemiological studies. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n.3,

p.766-771, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

NICZ, L.F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E.L. (Org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n.2, p. 227-30, 2005.

NÓBREGA-THERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. I. de; SILVA, M. G. C. da. Enfermagem do Ceará; fatos, reflexões e propostas para preservação da história e memória da profissão. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n.2, p. 258-261, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2 outubro 2015.

OFI, B.; SOWUNMI, O. Nursing documentation: Experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. **International Journal of Nursing Practice**, v. 18, p. 354-362, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2012.02044.x/pdf>. Acesso em 2 outubro 2015

OGUISSO, T.; CAMPOS, P.F.S.; MOREIRA, A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.2, supl., p.68-72. 2011.

OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. de. História da enfermagem: reflexões sobre o ensino e a pesquisa na graduação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007.

OLIVEIRA, C.; RIGAUD, H.M. Plano de cuidado integral de enfermagem ao paciente hospitalizado. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 21, n.5, p. 458-70, 1968.

PADILHA, E.F.; HADDAD, M.C.F.L.; MATSUDA, L.M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare enferm.**, v.19, n.2, jun. 2014.

Disponível em

<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 ago. 2015.

PADILHA, M.I de S.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica. **Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584, out./dez. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 fevereiro 2013.

_____. História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 241-250, ago 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 abril 2013.

PADILHA, M. I. de S.; NELSON, S.; BORENSTEIN, M. S. As biografias como caminho na construção da identidade do profissional da enfermagem. **Hist. cienc. Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, p. 241-252, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 março 2013.

PAULA, N. S. de; NARA, Y.; HORTA, W. Ensino do plano de cuidados em fundamentos de enfermagem. . **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 20, n.4, p. 249-63,1967.

PAVA, A. M.; NEVES, E. B. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 64, n.1, p. 145-151, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

PEARCE, J. Eliot Freidson, 82, Dies; Studied Structure of Professions. **The New York Times**, New York, Dec. 26, 2005.

PENEDO, R. M.; SPIRI, W.C.. Meaning of the Systematization of Nursing Care for nurse managers. **Acta paul. enferm.**, v. 27, n. 1, p. 86-92, 2014 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

21002014000100086&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Agosto 2015.

PEREIRA, A.S. **O Brasil que nós somos**: do império aos governos militares. Petrópolis: Vozes, 2002.

PEREIRA, J.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Identidade profissional da enfermeira: possibilidades investigativas a partir da sociologia. **Indagatio Didactica**, v.5, n.2, p. 1141-1152, 2013. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/viewArticle/2515>. Acesso em 22 abril 2014.

PEREIRA NETO, A. Eliot Freidson: progression and constraints in the biography of an intellectual. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 941-960, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000400006&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 20 abril 2014.

PIMPÃO, F.D. et al. Percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, Rio Grande, v.9, n.3, p.510-17. 2010. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9336/6642>. Acesso em 20 maio 2014.

PINSKY, C.B. et al. **Fontes históricas**. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

POKORSKI, S. et al.. Processo de enfermagem: da literatura à prática. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.17, n. 3, p. 302-307, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação das evidências para a prática da enfermagem. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, Adrize Rutz et al. Nursing theories and models that enhance professional practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 5, n. 5, p. 155-161, dec. 2013. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1720>>. Acesso em: 27 July 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i5.155-161>.

PRESOTTO, G. et al. Dimensions of the work of the nurse in the hospital setting. **Rev. RENE**, v. 15, n 5, p. 760-770, 2014. Disponível em

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1706/pdf>. Acesso em 16 de novembro de 2015.

RAMOS, N. A.; BALIELO, V. O princípio da investigação e o processo de observação sistematizada na enfermagem – uma experiência em Hospital de Clínicas. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 24, n.5, p. 53-66, 1971.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 325-329, jun 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 março 2014.

RIBEIRO, D. K.M.N. et al . A identidade do cuidado de enfermagem na primeira década do século XXI. **Cogitare enferm.**, v. 18, n. 3, 2013 . Disponível em

<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000300022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 julho 2015.

ROJAS, J. G.; PASTOR DURANGO, P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. **Invest. educ. enferm.** v.28, n.3, p. 323-335, 2010.

SANTOS, J. F.; RAMOS, T.A.G. Implementação da metodologia da assistência de enfermagem em UTIs: como está e quais os fatores intervenientes. **Rev. baiana enfermagem**, v.1, n.1, p.47-60, 1998.

SANTOS, L.A.C. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**, n. 282, p. 193-210, 1985.

SANTOS, T. C. et al. The memory, the controlo f remembrance and research in history of nursing. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 616-625, 2011.

SCHUB, E.; PRAVIKOFF, D. Critical Thinking: the Nursing Process and Competent Patient Care. **CINAHL Nursing Guide**, 2015.

Disponível em:

<https://www.ebscohost.com/documents/flyer/nursing/cinahl-plus-with-full-text>. Acesso em 9 julho 2015.

SILVA, E. G. C. et al. Nurses' knowledge about Nursing Care Systematization: from theory to practice. **Rev.esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 julho 2015.

SIMÕES, S.M.F. O significado do pensar/fazer da prática do enfermeiro: uma revisão sistemática em artigos da REBEN 1932 – 1971. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 509 – 514, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2014.

SOARES, C.E.S.; BIAGOLINI, R.E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Nursing duties in the basic health unit: perceptions and expectations of nursing assistants. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 915-921, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400915&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de julho 2015.

SOUZA, K.V. et al. Enfermagem: coleta de dados em alojamentos conjunto. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.234- 239, 2012.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

STEIN-BACKES, D. et al. Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Aquichán, Bogotá, v. 14, n. 4, 2014. Disponível em

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de julho de 2015.

THORODDSEN, A. et al. A Survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries. **Nurs Inform.**, v. 23, p. 206, p. 1-8, 2012.

THORODDSEN, A.; EHNFOR, M. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, p. 1826 – 1838, 2007.

TING-TING, L. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. **Journal of Clinical Nursing**, v. 14, p. 640–647, 2003

TIRADO PEDREGOSA, G. et al . Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. **Index Enferm**, Granada, v. 20, n. 1-2,p. 111-115, 2011.

TORRES, É. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Esc. Anna Nery**, v.15, n. 4, p. 730-736, 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 maio 2013.

TRUPPEL, T.C.et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n.2, p. 221-227, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 fevereiro 2014.

TURKEL, M. C.; RAY, M. A.; KORNBLATT, L. Instead of Reconceptualizing the Nursing Process Let's Re-Name It. **Nurs Sci Q**, v. 25, p. 194-198, 2012.

VALDÍVIA, M.L.; MORA, A.L.V. Profesionalismo en enfermería, el hábito de La excelência del cuidado. **Av. enferm.**, v. 28, n. 2, p. 145-158, 2010. Disponível em:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2015.

VALENÇA, C.N. et al. The scientific literature on nursing audit and quality of records. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online). v.5, n.especial, p. 69-76. 2013. Disponível em :http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1617/pdf_996 . Acesso em 31 Agosto 2015.

VIEIRA, A.; OLIVEIRA, C.; BARROS, S.; VIEIRA, T. O princípio da investigação e observação sistematizada na enfermagem - uma experiência em hospital escola. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, n.5, p. 66-8, 1971.

YEH, S. H. et al. Implementation and evaluation of a nursing process support system for long-term care: a Taiwanese study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, p. 3089-3097, 2009.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para enfermeiras docentes

Entrevista n°
 Nome:
 Data:
 Horário de Início: _____ de _____ Início:
 Horário de Término: _____

I – Dados de Identificação

- 1 – Nome:
- 2 – Data de nascimento:
- 3 – Local de nascimento:
- 4 – Procedência:
- 5 – Filiação:
- 6 – Irmãos:
- 7 – Cônjuge:
- 8 – Titulação:
- 9 – Atividade Profissional:

II – Questões

1. Onde e quando você realizou o Curso de Graduação em Enfermagem?
2. Teve alguma experiência profissional antes de ingressar no Departamento de Enfermagem da UFSC?
3. Em que setor atuou no HU/UFSC e por quanto tempo? Quais as atividades que desenvolveu?
4. Como aconteceu a implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC? Quais foram as personagens envolvidas?
6. Qual foi sua participação neste processo?
7. Na sua avaliação quais foram os aspectos que levaram as enfermeiras a decidirem pela utilização do Processo de Enfermagem no HU?
8. Quais foram as facilidades e as dificuldades na implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC?
9. Como foi a receptividade da equipe de saúde à implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC?
10. Como foi a receptividade da equipe de enfermagem à implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC?
11. Qual a contribuição do Processo de Enfermagem para a enfermagem do HU e para o ensino de enfermagem da UFSC?

12. Qual era a imagem da enfermagem para o HU/UFSC e para fora do HU/UFSC na época da implantação do Processo de Enfermagem?

13. Como você percebia o Processo de Enfermagem do HU/UFSC na década de 1980 e como você o percebe atualmente?

14. O que mais você gostaria de ressaltar?

15. Que pessoas você sugeriria para entrevistar com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o assunto?

16. Você tem algum material (documentos, fotografias) desta época as quais poderia ceder/emprestar para consulta?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para enfermeiras assistenciais

Entrevista n°

Nome:

Data:

Horário

de

Início:

Horário de Término:

I – Dados de Identificação

1 – Nome:

2 – Data de nascimento:

3 – Local de nascimento:

4 – Procedência:

5 – Filiação:

6 – Irmãos:

7 – Cônjuge:

8 – Titulação:

9 – Atividade Profissional:

II – Questões

1. Onde e quando você realizou o Curso de Graduação em Enfermagem?

3. Teve alguma experiência profissional antes de ingressar no HU/UFSC?

4. Como e quando foi o seu ingresso no HU/UFSC?

5. Em que setor atuou e por quanto tempo? Quais as atividades que desenvolvia? Qual era sua rotina?

6. Como aconteceu a implantação do PE no HU/UFSC? Quem foram as personagens envolvidas?

7. Qual foi sua participação neste processo?

8. Quais foram as facilidades e as dificuldades na implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC?

9. Como foi a receptividade da equipe de saúde à implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC?

10. Como foi a receptividade da equipe de enfermagem à implantação do Processo de Enfermagem no HU/UFSC?

11. Qual a contribuição do Processo de Enfermagem para a enfermagem do HU?

12. Qual era a imagem da enfermagem para o HU/UFSC e para fora do HU/UFSC na época da implantação do Processo de Enfermagem?

13. Como você percebia o Processo de Enfermagem do HU/UFSC na década de 1980 e como você o percebe, atualmente?

14. Como eram as relações entre as enfermeiras do HU e as professoras do departamento de enfermagem?

15. O que mais você gostaria de ressaltar?

14. Que pessoas você sugeriria para entrevistar com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o assunto?

15. Você tem algum material (documentos, fotografias) desta época as quais poderia ceder/emprestar para consulta?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(de acordo à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, Silvana Alves Benedet, doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **Processo de Enfermagem no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago: um marco no desenvolvimento profissional da enfermagem (1979-2004)**, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

Neste momento estou lhe convidando para participar da pesquisa acima. Sua participação consistirá em responder a entrevista realizada por mim, Silvana Alves Benedet.

Sua participação é voluntária, o que significa que o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, retirando seu consentimento, sem que isso lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo.

Essa pesquisa tem por objetivo Compreender as circunstancias de implantação e implementação do Processo de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 1979 a 2004 e justifica-se pela necessidade de preservar a memória sobre a história da implantação do Processo de Enfermagem do HU/UFSC, contribuindo para o fortalecimento profissional da enfermagem do HU/UFSC, resgatando sua visibilidade social, além de tornar claras suas peculiaridades e tendências.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa de abordagem sócio-histórica, baseada na Nova História que utilizará a História Oral como técnica para a coleta de dado através da realização de entrevistas semiestruturadas, que seguirá a um roteiro previamente estabelecido.

Sua participação não implicará em riscos à sua integridade física, entretanto poderá lhe trazer algum desconforto diante da abordagem do tema. Caso haja algum desconforto, a entrevista será

interrompida a fim de procedermos a uma escuta atenta das razões que a (o) fizeram sentir-se assim e só retornaremos a atividade quando e se você sentir vontade de fazê-lo.

As informações obtidas serão tratadas com sigilo e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro no Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES), UFSC, destinando-se exclusivamente a fins acadêmicos.

Sua participação não implicará em custo material, bem como não fornecerá outra vantagem que não seja a contribuição para a construção do conhecimento científico. Será assegurado o recebimento de uma cópia deste Termo.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas, sendo que a pesquisadora assegura o total anonimato dos participantes.

Os procedimentos inerentes à implementação da pesquisa requerem a sua autorização para gravação das falas em gravador digital e obtenção de fotografias que possam vir a contribuir com a pesquisa.

Se você se sente plenamente esclarecido sobre as questões que envolvem o estudo e concorda em participar, solicito que você assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma das vias ficará com você, participante e outra comigo, pesquisadora.

Os esclarecimentos adicionais a respeito desta pesquisa poderão ser feitos com os responsáveis pela pesquisa através dos contatos que seguem:

Doutoranda: Silvana Alves Benedet
(silvanabenedet@gmail.com) ou (48) 9963-3543.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
(padilha@ccs.ufsc.br) ou (48) 9962-4510).

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:
Universidade Federal de Santa Catarina Pró-Reitoria de Pesquisa.
Campus Universitário – Trindade- Florianópolis-SC. CEP: 88040-900,
Caixa Postal: 476. Contato telefônico: (48) 3721-9206.

.....
Prof^ª Dr^ª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

.....
Dda Silvana Alves Benedet

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,,
RG, fui informado(a) sobre o objetivo, a justificativa,
os benefícios e os riscos de participar desta pesquisa. Afirmo que
compreendi os procedimentos quanto à confidencialidade, a guarda, a
utilização e a divulgação das informações, por isso autorizo a
gravação da entrevista e a utilização de fotografias por mim
disponibilizadas. Declaro, portanto, que estou de acordo em participar,
voluntariamente, da pesquisa **Processo de Enfermagem no Hospital
Universitário Polydoro Ernani de São Thiago: um marco no
desenvolvimento profissional da enfermagem (1979-2004)**.

Florianópolis (SC), de de

.....
Assinatura do participante

APÊNDICE D - Termo de Cessão do Depoimento Oral

UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

TERMO DE CESSÃO DO DEPOIMENTO ORAL

Eu,,
estado civil, RG, CPF,
declaro para os devidos fins que abduco
plenamente dos direitos sobre minha entrevista gravada e transcrita,
autorizada para a leitura e inclusão no Projeto de Pesquisa **Processo
de Enfermagem no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São
Thiago: um marco no desenvolvimento profissional da
enfermagem (1979-2004)**, de autoria da Dda Silvana Alves Benedet,
sob a coordenação da Prof^a Dr^a Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

Dou ciência de que poderá ser utilizada integralmente, para fins
acadêmicos, sem restrições de prazos e citações desde a presente data.
Concordo também que seu arquivamento fique sob a responsabilidade
do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e
Saúde (GEHCES), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
(PEN), localizado na Universidade Federal de Santa Catarina, no
Centro de Ciências da Saúde (CCS), CAMPUS Universitário, CEP
88.040-900, Florianópolis/SC.

Local e data:, de de.....

.....
Entrevistado (a)