

*Deybson Borba de Almeida
Juliana Alves Leite Leal
Rosely Cabral de Carvalho
Sinara de Lima Souza
Fernanda Gomes Araújo
Hudson Soares da Silva
Jocelio Matos Amaral
Nelma Nunes Ramos*

Organizadores

PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

*possibilidades e perspectivas
de qualificação do cuidado*



Este livro sobre o *Processo de Enfermagem e sistematização da assistência: possibilidades e perspectivas de qualificação do cuidado* reúne doze capítulos subdivididos em três eixos: concepções teóricas sobre Processo de Enfermagem e sistematização da assistência, aplicabilidade e uso da Processo de Enfermagem e da sistematização, além das oportunidades e perspectivas para o campo da Enfermagem. O principal objetivo desta obra é agregar conhecimentos e possibilidades para pesquisa e implementação do Processo de Enfermagem guiados por teorias nos serviços e sistemas de saúde. Outrossim, construir caminhos para um sistema de cuidados de Enfermagem que seja produzido a partir das diversas necessidades de saúde da pessoa, família e coletividade em interface com a qualidade e cultura de segurança do paciente

PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

*possibilidades e perspectivas
de qualificação do cuidado*



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

Paulo Cesar Migueis de Oliveira

Vice-reitor

Penildon Silva Filho



EDUFBA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DA BAHIA

Diretora

Susane Santos Barros

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo



COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE
PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA
DE SANTANA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
E PÓS-GRADUAÇÃO

Reitor

Amali de Angelis Mussi

Vice-reitora

Evanilda Souza de Santana Carvalho

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação
Profa. Dra. Silvone Santa Barbara da Silva

Diretora do Departamento de Saúde
Prof. Dr. Antônio Cesar Oliveira de Azevedo

Coordenadora do Colegiado de Enfermagem
Profa. Dra. Juliana Alves Leite Leal

REALIZAÇÃO

Mestrado Profissional em Enfermagem – UEFS

Laboratório de Estudos e Pesquisas em Gestão,
Avaliação e História em Enfermagem – GAHE

Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
– NUPISC

Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre
Vulnerabilidade e Saúde – NIEVS



FINANCIAMENTO

Esta obra foi custeada com recursos do Edital
CAPES/COFEN nº 28/2019



Deybson Borba de Almeida
Juliana Alves Leite Leal
Rosely Cabral de Carvalho
Sinara de Lima Souza
Fernanda Gomes Araújo
Hudson Soares da Silva
Jocelio Matos Amaral
Nelma Nunes Ramos
Organizadores

PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

*possibilidades e perspectivas
de qualificação do cuidado*

Salvador
Edufba
2023

2023, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Apoio técnico e científico

Jaciele de Souza dos Santos

Analista editorial

Mariana Rios

Coordenação gráfica

Edson Nascimento Sales

Coordenação de produção

Gabriela Nascimento

Capa e projeto gráfico

Vânia Vidal

Imagem da capa

Freepik

Revisão

Aline Silva Santos

Normalização

Sandra Batista

SISTEMA DE BIBLIOTECAS – UFBA

P963 Processo de enfermagem e sistematização da assistência: possibilidades e perspectivas de qualificação do cuidado / Deybson Borba de Almeida... [et al.], organizadores. - Salvador : EDUFBA, 2023.
286 p.

ISBN: 978-65-5630-498-4

1. Enfermagem – Estudo e ensino (Superior). 2. Enfermeiros - Formação.
3. Cuidados de enfermagem - Planejamento. I. Almeida, Deybson Borba de.
II. Título.

CDU: 616-083

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo s/n – *Campus* de Ondina

40170-115 – Salvador, Bahia | Tel.: +55 71 3283-6164

www.edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

SUMÁRIO

9 Apresentação

11 Prefácio

Cesar Cartaxo Cavalcanti | Leocarlos Cartaxo Moreira

Parte I – Concepções teóricas sobre Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência

15 **Capítulo 1**

Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem: marco sócio-histórico na Bahia

*Marluce Alves Nunes Oliveira | Elaine Guedes Fontoura
Rudval Souza da Silva | Anderson Reis de Sousa*

35 **Capítulo 2**

O Processo de Enfermagem e suas interfaces com os Sistemas de Linguagem Padronizada

*Rudval Souza da Silva | Laura Emmanuela Lima Costa
Elaine de Oliveira Souza | Ana Raquel Lima Peralva de Almeida*

65 **Capítulo 3**

Produção do conhecimento sobre o Processo de Enfermagem nos serviços de saúde

*Gilberto Tadeu Reis da Silva | Virgínia Ramos dos Santos Souza
Aldacy Gonçalves Ribeiro | Ana Karina Lima Alves Cerdeira
Aurilívia Carolinne Lima Barros | Itanna Vytoria Sousa Serra
Luciana Dourado Pimenta Almeida | Queuam Ferreira Silva de Oliveira
Nuno Damácio de Carvalho Félix*

83 **Capítulo 4**
(In)visibilidade do Processo de Enfermagem na formação técnica: panorama da produção científica no Brasil

*Gilberto Tadeu Reis da Silva | Ludmila Anjos de Jesus
Cristiano Oliveira de Souza | Alexandre Silva Santos
Virgínia Ramos dos Santos Souza | Deybson Borba de Almeida
Óscar Manuel Ramos Ferreira*

Parte II – Aplicabilidade e uso do Processo de Enfermagem e da Sistematização

107 **Capítulo 5**
Sistematização da Assistência de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: o desafio em aproximar linguagens

*Nelma Nunes Ramos | Juliana Alves Leite Leal
Evanilda Souza de Santana Carvalho | Aline Mota de Almeida
Eloisa Bahia Santana | Ricardo Alexandre Carneiro de Almeida
Natália Mascarenhas Silva | Carlos Eduardo Moreira Soares*

125 **Capítulo 6**
Aplicabilidade do Processo de Enfermagem na média e alta complexidade

Lais Fumincelli | Sofia Selpis Castilho

143 **Capítulo 7**
Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem: um olhar para terapia intensiva

*Joseneida Silva do Nascimento | Elaine Guedes Fontoura
Rudval Souza da Silva | Marluce Alves Nunes Oliveira
Adriana Braitt Lima | Darci de Oliveira Santa Rosa*

159 **Capítulo 8**

Experiência exitosa na graduação em Enfermagem sobre a aplicabilidade da SAE na gestão hospitalar

*Rebecca Maria Oliveira de Góis | Gilberto Tadeu Reis da Silva
Maria Lúcia Silva Servo | Fernanda Costa Martins Gallotti
Manuela Carvalho de Vieira Martins | Maria da Pureza Ramos de Santa Rosa*

175 **Capítulo 9**

Processo de Enfermagem em hospitais de porte e natureza distintos: desafios entre o ideal e o real para a segurança do paciente

*Fernanda Gomes Araújo | Juliana Alves Leite Leal
Aline Mota de Almeida | Daniela Cunha de Oliveira
Maria Manuela de Lima Cordeiro São Paulo | Luyse Pedreira Rocha*

Parte III – Oportunidades e perspectivas para o campo da Enfermagem

195 **Capítulo 10**

O Processo de Enfermagem no contexto hospitalar: perspectivas operacionais para a efetiva implementação

*Jocelio Matos Amaral | Hudson Soares da Silva
Deybson Borba de Almeida | Fabricia Cristine Santos Leite
Laiane da Silva Santana | Josse Maria Melo Lima
Ohana Cunha do Nascimento | Dailey Oliveira Carvalho*

219 **Capítulo 11**

Produção de tecnologias de apoio à implantação e operacionalização do Processo de Enfermagem

*Hudson Soares da Silva | Jocelio Matos Amaral
Deybson Borba de Almeida | Claudia Pinto Pereira
Tâmara da Cruz Piedade Oliveira | Wilton Nascimento Figueredo*

243 **Capítulo 12**

Intercâmbio entre serviços de saúde em Florianópolis (SC) e Mestrado Profissional em Enfermagem – UEFS: uma missão em busca de novas experiências

*Nelma Nunes Ramos | Fernanda Gomes Araújo
Juliana Alves Leite Leal*

259 **Capítulo 13**

Mestrado Profissional de Enfermagem (MPE) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS): caminhos para a gestão das práticas do cuidado e formação em rede

*Sinara de Lima Souza | Evanilda Souza Santana Carvalho
Aline Mota de Almeida | Rosely Cabral de Carvalho*

271 **Sobre os(as) autores(as)**

APRESENTAÇÃO

A presente obra intitulada *Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência: possibilidades e perspectivas de qualificação do cuidado* é um dos produtos do convênio CAPES/COFEn, implementado a partir do Edital nº 028/2019, no qual o Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) teve sua proposta aprovada e financiada.

Trata-se de uma obra de relevância para a formação e qualificação do cuidado da equipe de Enfermagem, na região do semiárido baiano, que também expressa-se através de seu grande contingente profissional, e abrange os diversos cenários de prática nos serviços de saúde, bem como a necessidade de um projeto ético-político que implique na qualificação dos cuidados em saúde e em Enfermagem.

O livro congrega aspectos teóricos e conceituais, vivências práticas em diversos cenários sobre Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência, bem como, experiências locais e nacionais de enfermeiras para a gestão das práticas do cuidado a grupos vulneráveis.

É com grande satisfação que a equipe de organizadores e de apoio reuniu pesquisadores de universidades estaduais e federais do país para discutir em 13 capítulos um tema que envolve dilemas e oportunidades de qualificação do cuidado através do Processo de Enfermagem e da sua sistematização.

Portanto, a obra está dividida em 13 capítulos e organizada em três eixos principais: concepções teóricas sobre Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência; aplicabilidade e uso do Processo de Enfermagem e da sistematização; oportunidades e perspectivas para o campo da Enfermagem.

Esta obra contribui de modo singular no campo do trabalho e da pesquisa em Enfermagem, indicando perspectivas de qualificar o cuidado, voltando os profissionais para os sentidos do seu trabalho, outrossim possibilitar reflexões teóricas e críticas sobre a temática. Do mesmo modo que diferencia, conceitualmente, o Processo de Enfermagem da Sistematização da Assistência.

Diante da pluralidade de olhares sobre o objeto em questão, as páginas deste livro servirão para discutir uma temática atual, por vezes não compreendida e que conforma um dos elementos da missão do Mestrado Profissional em Enfermagem de formar um observatório do Processo de Enfermagem e da sistematização do cuidado de enfermeiras.

Comissão organizadora e científica

PREFÁCIO

Prezados leitores!

Recebemos com grande alegria o honroso convite para prefaciar a obra *Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência: possibilidades e perspectivas de qualificação do cuidado*. Prefaciar uma obra é escrever um texto preliminar, contendo explicações sobre seu conteúdo, objetivos, ou mesmo sobre a pessoa do autor ou autores. *A priori*, trata-se de tarefa simples e que pode ser concluída sem maiores dificuldades. Porém, é muito mais difícil do que parece ser, sobretudo, quando se trata de um grupo de esforçados pesquisadores que tivemos a honra de conhecer por ocasião de uma visita técnica ao Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Ficamos impressionados com tanta dedicação e honestidade na aplicação do erário público. Constatamos que, quanto mais dificuldades eram visualizadas, mais produtos acadêmicos eram, também, evidenciados.

Sobre a temática escolhida para a composição da obra, teríamos muito a comentar, pois, a Sistematização da Assistência de Enfermagem norteia o processo de trabalho da profissão, fornecendo a ferramenta necessária para sua aplicação, de forma segura ao tempo em que auxilia o seu gerenciamento, proporcionando um cuidado qualificado e individualizado.

A incessante busca pelo respaldo científico, enquanto norteador da prática assistencial da Enfermagem moderna, exige a reverberação das experiências exitosas e vivenciadas por nossos pares e abrem espaços para obras como esta, que agora temos em nossas mãos. São 13 capítulos divididos em três importantíssimos eixos que permitem

a formulação de um juízo de relação quase completo sobre a temática abordada.

O primeiro eixo, concepções teóricas sobre Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência, ao tempo em que, favorece a inserção dos iniciantes nesta prática, matiza conhecimentos fundamentais, naqueles já iniciados. O segundo eixo, aplicabilidade e uso do Processo de Enfermagem e da sistematização, orienta seu desenvolvimento abrindo diversas perspectivas para a prática. O terceiro eixo, que trata das oportunidades e perspectivas para o campo da Enfermagem, convida a todos para uma viagem sem retorno, rumo ao estabelecimento das bases científicas de nossa prática profissional.

O corpo de ensinantes e aprendentes do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS, agrupados no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História em Enfermagem (GAHE); Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) e Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Vulnerabilidade e Saúde (NIEVS), entregam a toda a comunidade acadêmica e profissional da Enfermagem, uma obra de inestimável valor contributivo, tanto teórico quanto prática. Desejamos a todos uma excelente leitura.

Com enorme admiração,

Prof. dr. Cesar Cartaxo Cavalcanti

Prof. dr. Leocarlos Cartaxo Moreira

Comissão de Programas de Pós-Graduação
stricto sensu do Conselho Federal de Enfermagem



Parte I

Concepções teóricas sobre Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência



CAPÍTULO 1

PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM marco sócio-histórico na Bahia

*Marluce Alves Nunes Oliveira
Elaine Guedes Fontoura
Rudval Souza da Silva
Anderson Reis de Sousa*

Introdução

Este capítulo tem o objetivo de apresentar o marco teórico-filosófico do Processo de Enfermagem (PE) e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Abordaremos os aspectos normativos na regulamentação do exercício de Enfermagem no Brasil.

As primeiras discussões sobre regulamentação do PE, ainda com um entendimento como sinônimo de SAE, surgiram no final dos anos 1990 a partir do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), sendo que naquele momento o Regional da Bahia mantinha uma forte integração com o COREN-SP. Assim, logo após a publicação da Decisão COREN-SP nº 008/1999 que “normatiza a implementação da SAE nas instituições de saúde no âmbito do Estado de São Paulo” o Regional da Bahia publicou no ano seguinte, com o mesmo texto, a Decisão COREN-BA nº 007/2000.

Sobre essas duas decisões, vale destacar alguns pontos dos textos apresentados que nos permitem inferir que as decisões adotam a expressão usada pelas enfermeiras do Hospital Universitário da

Universidade de São Paulo (HU-USP) ao usar no masculino “o SAE – Sistema de Assistência de Enfermagem” ao mesmo tempo que insere um novo termo “Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE” normalizando como uma “atividade privativa do Enfermeiro” que “utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando a prescrição e implementação de ações da assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade”. Em seguida traz “a institucionalização do SAE como a prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo Enfermeiro”. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2000; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 1999)

Nessas decisões, aparecem de modo confuso o uso do termo “PE” como sinônimo de “SAE” ao apresentar em seu artigo primeiro que: “Ao Enfermeiro incumbe: I - privativamente a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: Consulta de Enfermagem [...] Histórico [...] e Exame Físico [...]; Diagnóstico de Enfermagem [...]; Prescrição de Enfermagem [...]; Evolução de Enfermagem [...]. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002)

É possível observar duas inconsistências, uma no que tange à determinação do PE como atividade privativa do enfermeiro, haja vista que existem etapas dele que de fato são privativas, mas não no seu todo. E a outra incongruência passa pela descrição das etapas que destoa do que é reconhecido internacionalmente como etapas do PE.

Mais adiante, os textos das decisões estabelecem prazos para que ocorra a implementação *do* SAE (no masculino, o que nos direciona para o sistema adotado no HU-USP e traz no seu artigo quinto que:

A implementação do SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente, devendo ser composta por: Histórico de Enfermagem; Exame Físico;

Prescrição da Assistência de Enfermagem; Evolução da Assistência de Enfermagem; Relatório de Enfermagem. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2000; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 1999)

Somente dois anos depois, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) veio a publicar a Resolução COFEN nº 272/2002, que tem seu texto fiel ao das decisões dos Conselhos Regionais de São Paulo e Bahia, com exceção das datas para acompanhamento do processo de implementação, que não aparecem na resolução. Sendo acrescido que cabe a cada regional em suas respectivas jurisdições, promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem, na implementação da SAE.

Toda essa historiografia para tentar pensar na origem conceitual desses termos tem promovido ricas discussões e estudos de aprofundamentos na tentativa de compreendê-los. Vale destacar uma publicação na *Revista da Escola de Enfermagem da USP* que trata de um estudo teórico e aponta que a SAE não se configura como objeto epistemológico da Enfermagem, assim como não tem relação direta com o cuidado ao paciente, família ou comunidade. Esse constructo reúne predicados que lhe caracterizam como um campo de conhecimento que se relaciona com gestão e/ou à administração dos serviços de Enfermagem, a partir dos seus pilares de modo a contribuir com a organização do trabalho profissional da equipe de Enfermagem. (SANTOS; VALADARES, 2022)

Por outro lado, outro estudo de reflexão teórica publicado na *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)* traz que, após amplas discussões sobre essa questão, tem-se o entendimento de que parece ser mais adequada a utilização apenas do conceito de PE a ser ensinado com base na legislação vigente no país, nos cenários dos cursos de graduação e de nível técnico de Enfermagem, constituindo-se um padrão da prática de Enfermagem. (BARROS et al., 2022)

Nesse sentido, o COFEN editou a Portaria COFEN nº 1.226, de 8 de outubro de 2021, instituindo um grupo de trabalho para realizar discussões que possam contribuir com a atualização da Resolu-

ção COFEN nº 358/2009, sendo este o marco regulatório em vigor no momento da escrita desse capítulo e que tem por objetivo traçar um perfil historiográfico sobre a temática e contextualizar a aproximação com o Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) com base no Edital CAPES/COFEN nº 28/2019.

Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem e as mobilizações na Bahia

Como já mencionado, as discussões iniciaram no início dos anos 2000 com a publicação da Decisão COREN-BA nº 007/2000 que foi divulgada num documento normativo do Conselho Regional da Bahia estabelecendo prazos para implementação da SAE. Seguindo essa regulamentação, vale registrar documentos desenvolvidos por instituições de saúde da cidade de Salvador como Instituto Cárdio Pulmonar (SALES; PEDREIRA, 2003) e Hospital Salvador ([20--]). A Universidade do Estado da Bahia (UNEB) ofereceu um curso de pós-graduação *lato sensu* intitulado Especialização em Metodologia da Assistência em Enfermagem, nos anos de 2000 e 2001. Nessa primeira década aconteceram muitas atividades formativas para a divulgação e disseminação do PE, muita mais propagado como SAE.

Em 2009, o plenário do Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN-BA), mediante Portaria COREN-BA nº 082/2009, criou a Câmara Técnica de SAE composta pelas enfermeiras Marilaine Matos de Menezes Ferreira, Jacira Brasileiro, Janaína Sanches Simões Lima, Katiane Silva Andrade, Maria das Graças Lima Leita e Maria do Espírito Santos e o enfermeiro Rudval Souza da Silva. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2009)

Por iniciativa desta câmara e em parceria com o COFEN, foi apresentado um projeto para um Programa de Apoio aos Profissionais de Enfermagem com a oferta do Curso de Capacitação em SAE CTSAE/COREN-BA, que ocorreu durante 12 meses entre os anos de 2010-2011 e contou com docentes da Bahia e convidadas de outros estados como a profa. dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega e a profa. dra. Alba Lúcia

Bottura de Barros. O curso teve a coordenação do enfermeiro Rudval Souza da Silva, proponente do projeto, e da enfermeira Marilaine Matos de Menezes Ferreira, que à época era a coordenadora da CTSAE. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2010)

Nesse ínterim, foi revisada e revogada a Resolução COFEN nº 272/2002 e publicada a Resolução COFEN nº 358/2009, quando o regional revogou a Decisão COREN-BA nº 007/2000 e publicou a Decisão COREN-BA nº 01/2010 ainda em vigor.

Com um movimento dinâmico em prol das discussões sobre o PE, o COREN-BA produziu, no ano de 2016, para os profissionais de Enfermagem uma produção técnica denominada de *Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE): um guia para a prática*. Para melhor compreensão sobre a SAE é importante contextualizar sobre a Resolução do COFEN de nº 358/2009, que aborda sobre a SAE, tendo em vista que esta tem como finalidade organizar o trabalho dos profissionais de Enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo que seja possível a operacionalização do PE. Nesse documento justifica-se que a escolha pelo uso da expressão SAE até o ano da regulamentação da resolução se deu ao considerá-la bastante utilizada pelos profissionais do campo da Enfermagem, cenário que se traduz eminentemente à uma cultura da Enfermagem brasileira.

Em outros países não se utiliza tal locução, todavia para a Enfermagem brasileira esta expressão já vem se consolidando no cotidiano profissional. Assim, podemos reconhecer a SAE como uma propriedade do Brasil na profissão de Enfermagem. Aqui vale destacar que o conhecimento é dinâmico e como já mencionado, a tendência é a utilização da expressão “Processo de Enfermagem” e o entendimento de que SAE diz respeito ao âmbito da gestão do cuidado.

A SAE é considerada uma temática sempre atual. Por representar a organização dos serviços e do processo de trabalho em Enfermagem com o foco na aplicação do PE em todo o território brasileiro, exigirá das equipes de Enfermagem, constante atualização, pautada num componente próprio de conhecimentos técnico-científicos, construída e reproduzida por um conjunto de saberes, que se traduzem em comportamentos, atitudes e práticas, ambas de caráter

social, educativo, ético, legal e político. Dessa maneira, realizar a SAE visará promover a organização da gestão dos serviços e do cuidado de Enfermagem, empreendido por trabalhadoras e trabalhadores do campo da Enfermagem no contexto da articulação interprofissional com a equipe multidisciplinar de saúde.

É relevante enfatizar que tal gerenciamento e práticas empregadas não poderão perder de vista as perspectivas centradas na pessoa, família e coletividade, pautadas nos princípios da eticidade e em íntima interface com as políticas públicas de saúde, especialmente no que tange aos princípios filosóficos do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, Equidade e Integralidade nos serviços e ações de saúde. Por outro lado, operacionalizar o PE é promover práticas de cuidar pautadas no método científico. Além disso, caberá o envolvimento aproximado e comprometido das lideranças de Enfermagem, compreendendo a complexidade dos fluxos administrativos, gerenciais, clínico-assistenciais educativos, de formação em serviço e da pesquisa, que compõem a atenção à saúde no Brasil.

Novamente em revisão à regulamentação da SAE no território brasileiro, no artigo primeiro, a Resolução COFEN nº 358/2009, destaca que o PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Sendo que esses ambientes se referem a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros. E, quando o cuidado profissional de Enfermagem for realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o PE corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como consulta de Enfermagem. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009)

Desse modo, se reforça a necessidade de que um conjunto de iniciativas sejam implantadas e implementadas, a fim de garantir a operacionalização do PE nos serviços de Enfermagem, inclusive, considerando as especificidades das transformações tecnológicas, o amadurecimento conceitual e do exercício e da regulamentação do trabalho em Enfer-

magem no Brasil, haja vista o surgimento da pandemia da covid-19, que impulsionou a aprovação da Resolução COFEN nº 696, de 2020 que aborda a saúde digital no campo da Enfermagem. (SANTOS et al., 2021a, 2021b; SANTOS; VALADARES, 2022; SOUZA et al., 2021)

Para sua operacionalização é importante atentar para as etapas do PE. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009)

Quadro 1. Detalhamento das etapas e as características definidoras do Processo de Enfermagem, Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2022

Etapa do PE:	Características definidoras:
I – Coleta de dados de Enfermagem (ou histórico de Enfermagem)	Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
II – Diagnóstico de Enfermagem	É o 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.
III – Planejamento de Enfermagem	É a 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.
IV – Implementação	É a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de Enfermagem.
V – 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 PE.

Fonte: elaborado pelos autores com base em dados extraídos do Conselho Federal de Enfermagem (2009).

Entre os anos de 2014 e 2018 houve a atuação de um grupo de trabalho no COREN-BA com os seguintes integrantes: enfermeira Ieda Maria Fonseca Santos; enfermeira Noemi Cristiane Firpo Fontes; enfermeiro Rudval Souza da Silva e enfermeira Sirlei Santana de Jesus Brito (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2016) que em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública (SESAB) desenvolveram oficinas, reuniões e seminários em prol da disseminação e das discussões sobre o PE.

No ano de 2021, esse movimento passou a centrar-se nas atividades da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn-BA) com a criação da Comissão Permanente da Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE), dirigida pelo enfermeiro Anderson Reis de Sousa e um grupo de enfermeiras e enfermeiros, instituída a partir da expedição da Portaria ABEn-BA nº 07/2021. A comissão tem sido responsável por fomentar o debate e a formação acerca da temática, bem como a emissão de recomendações e apoio à categoria no estado da Bahia.

Nesse mesmo período foi criada a rede de pesquisa sobre PE, a qual conta com a participação de dois enfermeiros pesquisadores da Bahia – enfermeiro Rudval Souza da Silva e enfermeiro Nuno Damácio de Carvalho Félix – num movimento de discussões e disseminação das atualizações sobre o PE e os Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem. Assim, a SAE e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, possibilitará a organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização desse processo.

Processo de Enfermagem nas perspectivas cognitiva e documental com base na legislação e nos sistemas de classificações

Relatos históricos apontam que quando as pessoas eram admitidas nas instituições de saúde, aconteciam às intervenções médicas e de

enfermagem direcionadas apenas para o sistema biológico afetado, reduzindo-as em partes e promovendo uma assistência fragmentada. Foi preciso, então, a criação de uma estratégia que promovesse a gestão do cuidado sistematizado, individualizado e holístico, orientando a assistência de Enfermagem, além da busca incessante pelo embasamento teórico-científico. Neste contexto, surgiu o PE “[...] como um instrumento utilizado para orientar as ações de cuidados e auxiliar o enfermeiro na percepção dos problemas de saúde das pessoas, planejando e implementando suas ações e avaliando os resultados”. (BENEDET et al., 2016, p. 4781)

A SAE é considerada “um conjunto de atividades que tem por finalidade profissionalizar a assistência ao paciente por meio de instrumentos de trabalho que auxiliem na tomada de decisão para execução de cuidado científico, holístico e constante”. (MASSAROLI et al., 2015, p. 253) Constitui-se de um método para organizar e sistematizar o cuidado, cuja implantação nas instituições de saúde tornou-se obrigatória desde a Resolução do COFEN nº 272/2002. Ela organiza o trabalho de Enfermagem, promovendo a continuidade e aumentando a qualidade do serviço. Por meio dela é que se torna possível caracterizar a assistência de Enfermagem, fornecendo subsídios próprios que propiciem um cuidado individualizado a pessoa assistida. (MASSAROLI et al., 2015; SANTOS; SANTOS, 2010)

Como a SAE organiza o serviço, pode-se considerar que ela promove melhoria na qualidade da assistência, uma vez que o cuidado prestado à pessoa se torna individualizado, e, já que as ações são programadas previamente e privativamente pelos enfermeiros, embasadas no conhecimento científico, há uma valorização profissional. O PE tem, portanto, a função de direcionar o trabalho do enfermeiro no que se refere à busca de dados pertinentes ao plano de cuidados que será traçado de acordo as necessidades mencionadas no histórico, definindo intervenções e avaliando posteriormente os resultados. (BENEDET et al., 2016; ZANARDO; ZANARDO; KAEFER, 2011)

A Resolução do COFEN nº 358/2009, que revogou a de nº 272/2002, dispõe sobre a SAE e PE, nos locais onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Dispõe sobre conceitos, áreas de atuação e responsa-

bilidades, da enfermeira e técnico de enfermagem, frente ao processo. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009)

Conforme descrito na Lei nº 7.498/86, do Exercício Profissional, no artigo oitavo, cabe ao enfermeiro, privativamente, a prescrição da assistência de Enfermagem e, enquanto membro da equipe de saúde, cabe “participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde”. (BRASIL, 1986)

Para que ocorra o PE, entre outros meios, utiliza-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que “facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado ao paciente”. (GARCIA, 2018, p. 1) Por meio da CIPE é possível representar os diagnósticos, ações e resultados de Enfermagem, utilizando-se de 10 conceitos organizadores, 1.915 conceitos pré-coordenados, 2.401 conceitos primitivos, totalizando 4.326 ocorrências. Os conceitos primitivos obedecem a um modelo de sete eixos: foco, julgamento, ação, localização, meios, tempo e cliente. Trata-se de dominar uma nomenclatura padrão, a fim de trazer visibilidade à profissão. (GARCIA, 2018)

Além da CIPE, pode ser utilizado na formulação de diagnósticos de Enfermagem a classificação NANDA-International, que se organiza através da estrutura de Taxonomia II, composta por domínios, classes e diagnósticos. A partir do sistema multiaxial, apoiado em um modelo de 7 eixos, é possível a elaboração destes diagnósticos. Lembrando que, para elaborar um diagnóstico, é necessário preocupar-se com sua estrutura, pois “[...] familiarizar-se com a forma como um diagnóstico é estruturado será útil ao profissional que quer encontrar informações com rapidez”. (NANDA INTERNATIONAL, 2013, p. 92)

Partindo do princípio de que o PE é o método que contribui para a SAE, é preciso conhecer e desempenhar suas fases de forma correta e correlacionadas para que ocorra a organização do serviço, baseada num suporte teórico. As fases são investigação, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de Enfermagem que devem ser realizadas a fim de manter a lógica do cuidado, alcançando assim resultados positivos. (LUZIA; COSTA; LUCENA, 2013)

A fase de investigação, também conhecida como etapa de coleta de dados ou histórico de Enfermagem, é a primeira fase do processo, na qual se coletam e registra-se todas as informações necessárias sobre paciente e seu contexto, que podem intervir no seu processo saúde doença, com paciente e familiares/acompanhantes. Devem ser utilizadas técnicas de entrevista e exame físico. A fase de diagnóstico tem por objetivo analisar os dados obtidos e agrupá-los para então traçar o perfil do paciente a partir dos problemas identificados, nomeando assim os diagnósticos. Na fase de planejamento são determinadas as ações e intervenções que se deseja realizar a partir dos diagnósticos traçados e os resultados que necessariamente precisam ser alcançados, nesta fase é necessário projetar os resultados de acordo com os problemas considerados mais importantes. Na implementação põe-se em prática as intervenções traçadas na fase anterior, e a avaliação é contínua e dinâmica de todo o processo. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2016)

Uma efetiva coleta e análise de dados, traçando as características definidoras a partir dos dados objetivos e subjetivos obtidos, promove a formulação de diagnósticos de Enfermagem compatíveis com a realidade da pessoa avaliada. Estando claros os fatores analisados, pode-se então elaborar o diagnóstico, cujo “[...] título [...] transmite uma combinação da definição, das características definidoras e do(s) fator(es) relacionado(s), se houver”. (NANDA INTERNATIONAL, 2013, p. 142)

Na formulação do plano, existem as intervenções independentes, que são orientadas apenas pela enfermeira; as interdependentes, que abrangem profissionais de outras áreas de conhecimentos para seu cumprimento, como fisioterapeutas, psicólogos; e as dependentes, que demandam de prescrição médica para serem executadas. O planejamento deve ser feito de acordo com as prioridades levantadas pela enfermeira mediante as necessidades identificadas na coleta de dados; sendo assim, esta fase exige capacidade técnica e conhecimento científico, para que a prescrição seja direcionada e atenda as carências da pessoa enferma. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2016)

Para Tannure e Pinheiro (2017), as prescrições devem ser claras e completas a fim de não gerar dúvidas, os cuidados relacionados aos diagnósticos previamente levantados e devem trazer resultados efetivos à pessoa enferma, para então serem avaliados.

Para os técnicos de enfermagem, de acordo com Salvador e demais autores (2017), é um norteamento que impulsiona a equipe a cuidar de forma holística, inclusive incentivando a busca de conhecimento a fim de desenvolver as habilidades não só científicas, como também o lado gentil e bondoso do profissional. E para os docentes, a implementação da SAE seria o caminho para ruptura do modelo curativista e tecnicista. (SALVADOR et al., 2017; SOARES et al., 2015)

O PE faz com que o processo de trabalho da enfermeira seja sistematizado e que tenha autonomia, organização e decisão sobre o processo de cuidar que será executado pela equipe de Enfermagem. Apesar de ser um método eficaz para a qualidade da assistência, o PE encontra dificuldades para ser implantado, sendo as mais comuns: o dimensionamento correto da equipe de Enfermagem, já que requer da enfermeira uma maior disponibilidade de tempo para sua execução, conhecimento científico por parte desta, para que o planejamento do cuidar seja embasado na cientificidade, desconhecimento do funcionamento do PE, entendimento por parte dos gestores sobre a importância deste, para apoio e disponibilidade de recursos. (SANTOS et al., 2021) É perceptível a importância do PE enquanto incentivador do raciocínio clínico, bem como favorece o pensamento crítico, a fim de um cuidado de qualidade para o paciente.

Contextualização da parceria CAPES/COFEN no Mestrado Profissional de Enfermagem – UEFS

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), acordo CAPES/COFEN, edital nº 28/2019, por meio de sua Diretoria de Programas e Bolsas no país (DPB), em parceria com o COFEN, abriu um edital que teve por finalidade apoiar Programas de Pós-Graduação (PPGs) dos profissionais em Enfermagem, na modalidade presencial,

visando propiciar a formação de recursos humanos altamente especializados, a cooperação técnico-científica e o desenvolvimento de pesquisa científica e tecnológica, com foco na SAE e em gestão em Enfermagem.

O projeto de capacitação de enfermeiros para a implementação da SAE, em instituições da rede básica ou hospitalares nos programas de pós-graduação – MPE, incluem as atividades de enfermeiros mestrandos, com objetivo de conceder recursos de custeio aos cursos de MPE vinculados a Instituições de Ensino Superior (IES) públicas ou privadas, visando à formação de recursos humanos e ao desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas com foco na SAE e gestão em Enfermagem.

Tendo como objetivos: formação de mestres profissionais em Enfermagem fora dos centros consolidados de ensino e pesquisa; qualificação de recursos humanos para atuação no mercado de trabalho, atendendo demandas sociais, profissionais, técnicas e tecnológicas das organizações públicas ou privadas; cooperação entre instituições acadêmicas e não acadêmicas, na área de estudos em Enfermagem; ampliação e fortalecimento da produção do conhecimento técnico em questões relacionadas à área de Enfermagem.

O projeto prevê que o programa seja gerador, agregador e disseminador de práticas avançadas em Enfermagem centradas na SAE em colaboração com o Sistema COFEN/COREN que contribua para a sedimentação da SAE como elemento da cultura profissional da Enfermagem, com a finalidade de qualificar profissionais para a aquisição de um alto nível de competência para aprimoramento da rede básica e hospitalar com propostas de intervenções resolutivas, através de práticas profissionais avançadas e transformadoras.

Foram submetidas ao edital nº 28/2019 CAPES/COFEN, propostas ancoradas na Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a SAE, entendida como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, devendo ser realizada de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem.

A apresentação dos projetos para formação de mestres com propostas de produtos que visassem contribuir para a implementação da SAE, gerando impacto em unidades de saúde educacionais e assistenciais. Como consolidação da proposta foi implantado no MPE o componente curricular Seminários Avançados II sobre SAE pelas professoras permanentes do MPE-UEFS dra. Marluce Alves Nunes Oliveira e dra. Elaine Guedes Fontoura, em 2018-atual, com carga horária de 30 horas. A ementa ressalta sobre os aspectos teóricos e metodológicos do PE no contexto da SAE.

Importante ressaltar que no componente curricular Seminários Avançados II são contempladas discussões sobre a aplicabilidade prática das Teorias de Enfermagem com ênfase na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Assim tem como objetivo aplicar a SAE no cuidado de Enfermagem em instituições de saúde. Dessa forma, o componente curricular desperta para a importância da implantação/implementação do PE e a aplicabilidade teórico-prática para cuidado e sua relação com os gestores nas instituições de saúde.

Nesse contexto, as competências que os mestrandos precisam adquirir são: correlacionar as influências das Teorias de Enfermagem para evolução da profissão da enfermeira; conhecer como é realizado o PE nas instituições de saúde e o apoio e valorização da sua implantação; analisar como o MPE tem trabalhado nas dissertações com a SAE; refletir sobre os conhecimentos e habilidades para a implementação das etapas de coleta de dados, diagnósticos de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação da assistência de Enfermagem respaldadas em referencial teórico de Enfermagem utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e os sistemas de classificações NANDA Internacional, classificação North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), para os diagnósticos de Enfermagem, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); conhecer os limites e possibilidades da implantação/implementação da SAE nas instituições de saúde; compreender o processo de Enfermagem e sua importância para o cuidado de saúde em Enfermagem; diferenciar as classificações CIPE, NANDA,

NIC e NOC, que colaboram nas etapas do PE; reconhecer a importância da SAE como instrumento para eficiência e eficácia das ações, organização e padronização da assistência, individualização e continuidade do cuidado. (HERDMAN; KAMITSURU, 2018)

Os mestrandos necessitam de habilidades para aplicar na prática as normalizações do COFEN e do COREN, que tratam da SAE e do PE; correlacionar as teorias de Enfermagem com as etapas do PE e sua aplicabilidade na prática; utilizar as Teorias de Enfermagem na prestação de cuidados de Enfermagem; compreender as etapas do PE para implantação e implementação na prática com as possibilidades e limites; facilitar a elaboração dos diagnósticos de Enfermagem; reconhecer a SAE como principal instrumento para o fortalecimento da Enfermagem como profissão; aplicar o PE em casos clínicos contextualizando com as teorias de Enfermagem. Na sala de aula são desenvolvidas atividades como oficinas sobre PE; orientação sobre a construção de casos clínicos relacionados com a prática dos mestrandos para aplicação do PE; construção de mapa mental e conceitual; leitura e discussão de artigos científicos e apresentação de projetos, dissertações, teses e painéis temáticos.

Concluímos que a SAE possibilita o desenvolvimento e concretização dos objetivos de promover, manter e restaurar o equilíbrio das pessoas que necessitam do cuidado de Enfermagem. A compreensão do seu marco teórico-filosófico e do amadurecimento conceitual no Brasil é essencial para o avanço da prática profissional e do trabalho no campo da Enfermagem, como forma de superar os retrocessos na aplicação do PE nos espaços de educação e de saúde.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Seção Bahia. *Portaria ABEn-BA nº 07/2021*. Dispõe sobre a nomeação dos componentes da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) da ABEn, Seção Bahia. Salvador, 23 ago. 2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1TpywB7smCKYAzOMObBTONK8elV4c_/on/view. Acesso em: 4 jul. 2022.

BARROS, A. L. B. L. *et al.* Nursing Process in the Brazilian Context: Reflection on its Concept and Legislation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 75, n. 6, p. 1-5, 2022.

BENEDET, S. A. *et al.* Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 83, p. 4780-4788, jul./set. 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237/pdf_1. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 9.273, 26 jun. 1986.

BRASIL. *Resolução COFEN nº 358, 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Portaria nº 1.226, de 8 de outubro de 2021. Institui o Grupo de Trabalho para realizar discussões que possam contribuir para as devidas atualizações da Resolução Cofen nº 358/2009. Brasília, DF, 15 out. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 272, de 27 de agosto de 2002. *Sistematização da assistência de enfermagem*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html. Acesso em: 24 fev. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 24 fev. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução COFEN nº 580, de 6 de julho de 2018*. Altera o Anexo da Resolução Cofen nº 560/2017, que atualiza o Manual de Procedimentos Administrativos para registro e inscrição de profissionais. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-580-2018_64035.html. Acesso em: 2 jan. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. *Decisão 007/2000*. Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado da Bahia. Salvador, 22 mar. 2000a.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. *Decisão Coren-Ba nº 007/2000*. Documento 25 anos Jubileu de Prata Coren-Ba. Salvador, 2000b.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. [Folder informático sobre a Câmara Técnica de SAE do Coren-BA]. Salvador, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. *Projeto de Capacitação para enfermeiros promovido pelo Coren-Ba e financiado pelo Cofen*. Salvador, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. *SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Organizadores Ieda Maria Fonseca Santos et al. Salvador: COREN-BA, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Decisão Dir 008/1999*. Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. São Paulo, 4 jan. 2000. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/decisoes/decisao-coren-sp-dir0081999/>. Acesso em: 30 maio 2023.

GARCIA, T. R. (org.). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)[®]*: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020*. Tradução Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HOSPITAL SALVADOR. *Manual de orientação SAE*. Salvador, [20--].

JORNAL DO COREN-BA. Salvador: COFEN, 2010.

LUZIA, M. F. de; COSTA, F. M.; LUCENA, A. de F. O ensino das etapas do processo de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 7, n. 11, p. 6678-6687, nov. 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85456/000908779.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 abr. 2018.

- MASSAROLI, R. *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0252.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.
- NANDA INTERNATIONAL. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- SALES, N. D.; PEDREIRA, K. A. *Manual de orientação SAE instituto cárdio pulmonar*. Salvador: [s. n.], 2003.
- SALVADOR, P. T. C. de O. *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem acerca da integração do técnico de enfermagem na sistematização da assistência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170035.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.
- SANTOS, A. K. O. *et al.* Implantação da sistematização da assistência por enfermeiros na atenção básica: facilidades e dificuldades. *Jonah/Journal of Nursing and Health*, Pelotas, RS, v. 11, n. 2, p. 1-13, 2021.
- SANTOS, G. L. A.; VALADARES, G. V. Systematization of Nursing Care: Seeking Defining and Differentiating Theoretical Contours. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, n. 56, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0504>. Acesso em: 30 maio 2023.
- SANTOS, G. L. A. *et al.* Implications of Nursing Care Systematization in Brazilian professional practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, n. 55, p. 1-8, 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020023003766>. Acesso em: 30 maio 2023.
- SANTOS, G. L. A. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 12, n. 1, p. 168-73, 2021b. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3993. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3993/1114>. Acesso em: 30 maio 2023.

SANTOS, H. M. dos; SANTOS, D. S. G. dos. A aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *UNINGÁ Review*, Maringá, PR, n. 2, p. 56-62, abr. 2010. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/483/140>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SOARES, M. I. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

SOUZA, J. F. de *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: avaliação da maturidade do conceito. *SciELOPreprints*, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3344>. Acesso em: 30 maio 2023.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. *SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ZANARDO, G. M.; ZANARDO, G. M.; KAEFER, C. T. Sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Contexto e Saúde Ijuí*, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 1371-1374, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1811>. Acesso em: 24 abr. 2018.

CAPÍTULO 2

O PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUAS INTERFACES COM OS SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADA

Rudval Souza da Silva

Laura Emmanuela Lima Costa

Elaine de Oliveira Souza

Ana Raquel Lima Peralva de Almeida

Introdução

A Enfermagem enquanto ciência tem como cerne do seu campo de conhecimento o cuidado, sendo este um cuidado profissional o qual difere de outras formas de cuidar, por pautar-se no conhecimento científico, tornando a Enfermagem a arte e ciência do cuidar.

O cuidado como o “*core*” da Enfermagem direciona para um pensamento no qual o nível de experiência do enfermeiro se reconhece, sobretudo pela magnitude do seu compromisso com o outro, o que acaba por implicar num poder. No cuidado, o poder centra-se na capacidade de reforçar o potencial da pessoa, não no sentido de dominar ou controlar o outro, mas de o profissional enfermeiro cuidar do outro, com o propósito de manter ou transformar o seu potencial. É possível reconhecer seis características desse poder associado ao cuidado: a transformação; a integração; a defesa dos direitos do paciente; a cura; a participação/afirmação; e a resolução de problemas. (PEPIN; KÉROUAC; DUCHARME, 2010)

Nesse sentido, a enfermeira e teórica americana Jacqueline Fawcett utiliza o termo “*Nursology*” como referência a um marco conceitual para os estudos e práticas do campo da Enfermagem. Na sua perspectiva, o enfermeiro deve interagir com o paciente de forma “autêntica” de modo a promover condições para as práticas do cuidar e a promoção do cuidado. (FAWCETT, 2019; FAWCETT et al., 2015) O termo *Nursology* vem do latim “*nutrix*”, que significa enfermeira, e do grego “*logos*” ciência. Sua primeira utilização no campo da Enfermagem se deu com a publicação do artigo: “From a philosophy of clinical nursing to a method of *Nursology*” da teórica e enfermeira Josephine Paterson numa publicação no periódico *Nursing Research*, no ano de 1971. (FAWCETT et al., 2015; PATERSON, 1971)

No contexto europeu, já tem sido aventada uma discussão epistemológica acerca do uso dessa terminologia, com a aplicação do neologismo “Cuidadologia”, que tem sido definido como a ciência que estuda o cuidado à saúde na perspectiva da integralidade de reconhecer o ser humano enquanto objeto de trabalho da equipe de Enfermagem como um ser biopsicossocioespiritual, seja em nível individual, familiar ou comunitário, levando em consideração o todo e as partes que afetam a saúde da pessoa com base no método científico. (BRITO BRITO, 2017)

Tal discussão direciona para uma reflexão acerca do uso do método científico na prática profissional da equipe de Enfermagem, reconhecendo a Enfermagem como ciência que estuda o cuidado ao ser humano e que acumulou, no decorrer da sua história, conhecimentos empíricos evidenciados a partir da sua prática e das teorias próprias deste campo de saber. Essas ações se relacionam entre si e fazem referência às práticas de cuidar tendo como base o cuidar seja da pessoa, família ou comunidade no contexto de um ambiente.

Assim, tais reflexões epistemológicas reiteram as reflexões empreendidas nos anos de 1950 com o movimento de enfermeiras americanas para o desenvolvimento do conhecimento científico no campo da Enfermagem, a partir dos primeiros estudos sobre Teorias de Enfermagem. Até então, as práticas desenvolvidas por enfermeiras eram tidas como um conjunto de ações separadas e dependentes

exclusivamente de uma tomada de decisão do médico. Assim, surgiu a ideia das primeiras discussões acerca do entendimento de que a Enfermagem é um processo e não um *continuum* de ações isoladas. A primeira evidência científica sobre o uso da expressão “Processo de Enfermagem” encontra-se na descrição de uma palestra da enfermeira e teórica americana Lydia Hall intitulada “A qualidade dos cuidados de enfermagem” proferida durante uma reunião do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Nova Jersey, realizada em 7 de fevereiro de 1955, na Universidade Seaton Hall. (CUESTA, 1983; LOTFI et al., 2020) Esse, possivelmente, é o marco histórico para a construção do avanço do que entendemos atualmente como Processo de Enfermagem (PE).

No cenário brasileiro, o marco das publicações sobre essa temática é o *bestseller* *Processo de Enfermagem* da teórica brasileira Wanda de Aguiar Horta, a qual publicou, em 1968, o primeiro artigo na *Revista Brasileira de Enfermagem* tratando do termo “Processo de Enfermagem”, intitulado “Considerações sobre o diagnóstico de Enfermagem”. (HORTA, 2011; KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006)

Para operacionalização do PE, faz-se necessário o uso de ferramentas de tecnologias leves que subsidiem o enfermeiro e sua equipe na sua prática assistencial. Para tanto, é importante reconhecer que o uso da linguagem é um dos pilares essenciais para a consolidação de um campo de conhecimento.

Assim, devemos reconhecer que é necessário e imperativo o estabelecimento de uma linguagem própria da Enfermagem que a caracterize enquanto ciência e que subsidie a equipe de Enfermagem na documentação de sua prática, garantindo visibilidade às suas ações seja no contexto de saúde individual e coletiva. Destarte, a necessidade da padronização de termos próprios da Enfermagem de forma que estruture um Sistema de Linguagem Padronizada para Enfermagem (SLPE). O seu uso para documentação do cuidado profissional de Enfermagem é vital, tanto para este campo profissional quanto para o enfermeiro em si, subsidiando-o na organização do pensamento clínico e na documentação da sua prática, além de todo

o acompanhamento por parte das equipes de Enfermagem e saúde acerca dos cuidados ao paciente. (RUTHERFORD, 2008)

Nesse sentido, o presente capítulo propõe apresentar e discutir os principais SLPE utilizados pelos profissionais da Enfermagem no cenário brasileiro e discorrer sobre um modelo para aplicação do raciocínio clínico e manejo do PE.

Processo de Enfermagem

Enfermeiros têm se esforçado para construir uma base de conhecimentos capaz de dar suporte à prática profissional e de melhorar a qualidade do cuidado prestado nos diversos cenários num *continuum* de assistência à saúde. (MOORHEAD; DOCHTERMAN, 2012) A Enfermagem possui um conteúdo ou conhecimento basal exclusivo e distinto, com isso, espera-se que os enfermeiros sejam profissionais do conhecimento e pensadores de cenários amplos, aplicando conceitos, identificando padrões, criando significados. (BUTCHER; JOHNSON, 2012)

Esse movimento contínuo pode ser observado a partir do momento em que os profissionais da Enfermagem passam a utilizar as teorias que embasam sua prática em prol de medidas para solucionar problemas utilizando-se do método científico, que visa organizar e estruturar o conhecimento a partir da documentação da prática profissional fazendo uso dos elementos do cuidar, a saber: diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem que direcionam o PE e são representados pelos SLPE em prol de uma assistência baseada em evidências.

O PE é o instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional e deve ser operacionalizado em etapas didaticamente organizadas em: 1) coleta de dados; 2) diagnóstico de Enfermagem; 3) planejamento de Enfermagem; 4) intervenção de Enfermagem; e 5) avaliação de Enfermagem. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009)

Assim, entende-se que o PE é uma ferramenta metodológica que possibilita sistematizar a prática profissional da equipe de Enfermagem e subsidiar o enfermeiro no desenvolvimento de um estilo de pensamento que o direciona para os julgamentos clínico e terapêutico. (YILDIRIM; ÖZKAHRAMAN, 2011) Desse modo, o Conselho Federal de Enfermagem no Brasil determina que a equipe de Enfermagem deve realizá-lo de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009) Passamos a detalhar as cinco etapas do PE, a saber:

A coleta de dados é a primeira etapa a qual consiste na coleta de informações inerentes a condição de saúde e/ou doença da pessoa, família ou coletividade humana a partir de um olhar sobre as respostas humanas a uma dada situação ou condição clínica. Para tanto exige-se do enfermeiro a realização da consulta utilizando das técnicas propedêuticas da entrevista e do exame físico. (BARROS, 2021; SILVA et al., 2016)

Para tanto, é importante destacar que sem a realização de uma coleta de dados adequada, durante a consulta de Enfermagem, o enfermeiro não terá as condições necessárias para diagnosticar as respostas ou necessidades humanas do indivíduo, implicando em barreiras para o planejamento e a implementação do plano de cuidados de modo apropriado. (TANNURE; PINHEIRO, 2017)

O diagnóstico de Enfermagem constitui-se da segunda etapa e é importante recurso para direcionar o plano de cuidados durante a identificação das respostas ou necessidades humanas do indivíduo. Para estabelecer um diagnóstico é necessário tomar por base o pensamento crítico e o raciocínio clínico do enfermeiro como habilidades essenciais para o desenvolvimento do julgamento diagnóstico com base nos dados coletados que correspondem aos indicadores clínicos levantados na etapa anterior. (SILVA et al., 2016)

Para a documentação dessa segunda etapa do PE é importante e necessário o uso de um SLPE, sendo os mais comuns e utilizados na prática assistencial da realidade brasileira a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a North American

Nursing Diagnosis Association (Nanda Internacional). (GARCIA, 2020; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2022)

A etapa de Planejamento da Enfermagem visa o pensamento crítico acerca dos resultados e metas que se espera alcançar em função das ações/intervenções de Enfermagem que serão realizadas face às respostas ou necessidades humanas da pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde-doença (diagnóstico de Enfermagem). Para sua documentação, os SLPE mais comuns no Brasil são a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC – Nursing Outcomes Classification) e a CIPE. (SILVA et al., 2016)

A quarta etapa se caracteriza pela implementação de Enfermagem, o que na prática corresponde a prescrição do enfermeiro, manifestada pela execução do plano de cuidados quando da realização das ações/intervenções de Enfermagem definidas na etapa anterior com vistas a melhorar, modificar ou até mesmo manter o nível esperado de respostas ou necessidades humanas do indivíduo (paciente, família ou coletividade). Para sua documentação, deve ser utilizado um dos SLPE: Classificação das Intervenções da Enfermagem (NIC – Nursing Interventions Classification) ou a própria CIPE. (SILVA et al., 2016)

A última etapa didaticamente apresentada é a da avaliação de Enfermagem, na qual o enfermeiro deve manter um olhar atento para o acompanhamento da evolução da situação de saúde e/ou doença do indivíduo e compreende todas as anotações e observações da equipe de Enfermagem que poderá contribuir para uma avaliação global do processo. (SILVA et al., 2016)

A partir desse detalhamento acerca das etapas do PE, é perceptível que este é um instrumento que visa subsidiar o enfermeiro no planejamento assistencial em prol da melhoria das práticas de cuidar. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de habilidade para o julgamento clínico e terapêutico durante a realização da consulta de Enfermagem, alinhando teoria e a prática em prol de uma comunicação assertiva e fluida entre a equipe de Enfermagem e o demais integrantes da equipe de saúde com o propósito de promover a segurança do paciente a partir de medidas de prevenção e redução dos

riscos. Logo, cada etapa do PE requer do enfermeiro um olhar crítico e reflexivo.

A implementação do PE demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para sua realização; e as ações principais e alternativas que o fenômeno demanda, para que se alcance um determinado resultado. Esses aspectos dizem respeito aos elementos da prática profissional considerados, por natureza, interligados ao PE: o que os agentes da Enfermagem fazem (ações e intervenções de Enfermagem), tendo como base o julgamento sobre necessidades humanas específicas (diagnóstico de Enfermagem), para alcançar resultados pelos quais se é legalmente responsável (resultados de Enfermagem). (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005)

Historiografia com base nas gerações do Processo de Enfermagem

Como já descrito na introdução deste capítulo, a expressão “Processo de Enfermagem” foi descrita pela primeira vez por Lydia Hall no ano de 1955. (CUESTA, 1983; LOTFI et al., 2020) Isso representa dizer que até aquele momento os cuidados do enfermeiro eram direcionados por uma prática sem o devido reconhecimento científico. A partir desse momento histórico, o interesse pelos estudos sobre o PE cresceu rapidamente. Simultaneamente, o PE passou a ser ensinado nas universidades e passou a ser visto como uma ferramenta de ensino possibilitando pensar a prática profissional numa outra perspectiva. Seguindo o momento de teorização do cuidado profissional de Enfermagem, alguns hospitais nos Estados Unidos passaram a implementar o PE de forma experimental possibilitando integrar a teoria ao conhecimento prático. (CUESTA, 1983)

No início das discussões, a evolução histórica do PE com relação às suas etapas é descrita em três períodos históricos. O primeiro estágio (1950-1970) reconhecia as práticas de cuidar enquanto um

problema e um processo, sendo que este último era delimitado em quatro etapas envolvendo investigação, planejamento, intervenção e avaliação. A investigação requer uma coleta de dados para análise e julgamento como parte do processo, que antecede o planejamento das intervenções e a avaliação é uma busca por compreender objetivamente o estado ou condição a partir da observação e mensuração. Esse primeiro estágio foi incorporado no processo de resolução de problemas do paciente. (YILDIRIM; ÖZKAHRAMAN, 2011)

O segundo estágio (1970-1990) consistiu na inclusão de uma nova etapa, a do diagnóstico de Enfermagem pautado no raciocínio clínico, passando assim o PE a contar com cinco etapas: avaliação, diagnóstico, planejamento, intervenção e evolução. Dando ênfase ao diagnóstico a partir do uso das Teorias de Enfermagem. Assim, o PE passou a não mais ser visto como um processo linear, passo a passo, com foco na resolução de problemas, mas sim como um processo dinâmico e reflexivo. (YILDIRIM; ÖZKAHRAMAN, 2011)

O terceiro estágio do PE, considerado como o atual (1990-presente) está relacionado à especificação e teste de resultados com o incremento no uso dos SLPE, enquanto um processo de raciocínio clínico e terapêutico mais sofisticado e baseado em sistemas que viram uma orientação para resultados e geração de dados que possibilitem direcionar o sistema de saúde e a formulação de políticas públicas. (YILDIRIM; ÖZKAHRAMAN, 2011)

Dando seguimento a essa perspectiva histórica acerca do PE, vale destacar que Pesut e Herman (1998) e Pesut (2006) traçaram uma linha histórica para a qual denominaram de gerações.

A primeira geração do PE data dos anos de 1950-1970, como já descrito, esta contava apenas com quatro etapas. E, marcado pelo advento das Teorias de Enfermagem, foi observado que os problemas de Enfermagem podem ser resolvidos com um planejamento de ações de Enfermagem.

A segunda geração (1970-1990) teve como marco a agregação de uma nova etapa ao PE, quando passou a contar com os diagnósticos de Enfermagem e foi quando se iniciaram as primeiras discussões sobre um sistema de classificação para diagnóstico de Enfermagem

e sobre o raciocínio clínico como parte do processo de avaliação do paciente pelo enfermeiro. A primeira conferência norte-americana marcada por discussões sobre os diagnósticos de Enfermagem aconteceu no ano de 1973, todavia somente em 1980 foram gerados, refinados e classificados os termos para uma classificação de diagnósticos de Enfermagem, dando origem a criação da NANDA, no ano de 1982. (BARROS, 2009)

Vale destacar que em 2002 a sigla passou a constituir-se de um nome sendo acrescentada da letra “I” em referência a sua abrangência internacional, ficando assim conhecida por NANDA-Internacional. (HERDMAN; KAMITSURU, 2015)

A terceira geração (1990-2010) é marcada por uma proposta de modelo para explicar o raciocínio diagnóstico, chamado de OPT (*Outcome-Present State-Test*) como um modelo de raciocínio clínico com ênfase na testagem dos resultados de Enfermagem. Neste capítulo, apresentamos a seguir, um caso clínico direcionado pelo Modelo OPT.

Numa nova publicação, Pesut (2006) trouxe uma discussão reflexiva e com uma visão de futuro para o uso dos SLPE de maneira mais ampla, quando acrescentou mais três gerações acerca do PE.

A quarta geração (2010-2020) está em continuidade às já mencionadas, sendo que essa passa a ter uma preocupação direcionada para os sistemas de registro eletrônico em saúde, quando se esperava que os hospitais adotassem o uso dos SLPE nos registros eletrônicos. Podemos dizer que esse momento já tem acontecido, mesmo que de modo isolado e às vezes pontual, mas é um movimento crescente e que caminha para uma integração desses elementos (bases de dados dos registros da equipe de Enfermagem e os sistemas eletrônicos em saúde).

A quinta geração (2020-2035) é parte de uma visão futurista do autor com um olhar direcionado a epidemiologia dos diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem numa perspectiva pautada no uso dos arquétipos dos cuidados a partir de uma prática empírica. Isso visa possibilitar um aprimoramento nos padrões de cuidados com efetividade e eficiência.

Nessa geração é visível o cenário do que já constatamos em muitos serviços de saúde: o uso do prontuário eletrônico, o qual no

âmbito do Ministério da Saúde do Brasil tem sido denominado de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) já em uso em muitas unidades de saúde no âmbito da Atenção Básica, mesmo sabendo que ainda é uma lacuna a inserção dos SLPE.

A sexta geração do PE (2035-2060) prevê o desenvolvimento de modelos preditivos de cuidados pautados nas características individuais de cada paciente possibilitando comparações com bases de dados institucionais e os padrões de conhecimentos da Enfermagem.

Sabe-se que num país continental como o Brasil, o desenvolvimento do PE passa por questões de ordem particular em cada cenário, considerando as características e o desenvolvimento local e regional. Num artigo, que apresenta um estudo de revisão integrativa sobre a implementação do PE nos países de baixa renda, são apresentados resultados que apontam para uma não implementação do PE por motivos como: conhecimento inadequado dos docentes com relação ao ensino sobre o PE, fato característico do cenário brasileiro, em especial quando se trata da formação de pessoal de nível técnico; falta de infraestrutura adequada nos serviços de saúde, em especial quando se trata do uso do prontuário eletrônico, marcado pela carência de equipamento como computadores e, a falta de apoio das instituições e algumas vezes até mesmo das organizações como os Conselho de Classe. (LOTFI et al., 2020)

Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem

Diante da necessidade de subsidiar o enfermeiro no desenvolvimento do PE e na documentação de suas etapas, entende-se como imprescindível o uso dos SLPE de modo a conferir um sentido e expressividade dos conceitos utilizados, refletindo a organização do conhecimento e a sua relevância ao campo profissional enquanto arte e ciência do cuidar.

Estudo que objetivou avaliar o efeito da implementação de um instrumento pautado nos sistemas de linguagens padronizadas de diagnósticos, resultados e intervenções na qualidade dos registros de Enfermagem, conclui que a utilização de um SLPE reflete na melho-

ria da avaliação clínica realizada pelo enfermeiro para a tomada de decisões, bem como no planejamento e na avaliação dos resultados de Enfermagem, culminando numa melhora da qualidade da assistência prestada pela equipe de Enfermagem diante das necessidades dos pacientes, proporcionando qualidade na continuidade no cuidado. (BELÉM et al., 2019)

Diversos são os SLPE, contudo, os mais utilizados no Brasil são NANDA International (NANDA-I), NIC, NOC e a CIPE.

No entanto é importante conhecer e saber que existem outros SLPE, além dos acima mencionados, para a representação dos elementos da prática do cuidar seja ele diagnóstico, resultado e intervenção de Enfermagem, como apresentado no quadro a seguir. (BARRA; SASSO, 2011)

Quadro 1. SLPE correspondentes aos elementos da prática do cuidar e direcionadores para a documentação do Processo de Enfermagem

Etapas do Processo de Enfermagem	Sistemas de Linguagem Padronizada em Enfermagem (Terminologias e Sistemas de Classificação em Enfermagem)
Diagnósticos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem • Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental • HHCC – <i>Home Health Care Classification</i> • NANDA-Internacional • PCDS – <i>Patients Care Data Set</i> • PNDS – <i>Perioperative Nursing Data Set</i> • Sistema OMAHA – <i>Community Health System</i>
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • CIPE • HHCC • NIC: <i>Nursing Intervention Classification</i> • NILT: <i>Nursing Intervention Lexicon Terminology</i> • PCDS • PNDS • Sistema OMAHA

(Continua)

Etapas do Processo de Enfermagem	Sistemas de Linguagem Padronizada em Enfermagem (Terminologias e Sistemas de Classificação em Enfermagem)
Avaliações ou Resultados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • CIPE • HHCC • NOC – Nursing Outcomes Classification • PCDS • PNDS • Sistema OMAHA

Fonte: elaborado pelos autores com base em Barra e Sasso (2011).

O propósito no uso de um SLPE é comunicar com clareza as informações trocadas entre a equipe de Enfermagem e os demais profissionais de saúde. Além disso, uma vez uniformizado, o termo ou conceito pode ser medido e codificado (RUTHERFORD, 2008), possibilitando assim gerar indicadores clínicos para o desenvolvimento de medidas epidemiológicas e até mesmo subsidiar a construção de políticas públicas. A mensuração da assistência de Enfermagem através de um vocabulário padronizado por meio de um diagnóstico de Enfermagem levará ao desenvolvimento de grandes bancos de dados. A partir desses bancos de dados, padrões baseados em evidências podem ser desenvolvidos para validar a contribuição dos enfermeiros para os resultados dos pacientes.

A enfermeira americana Norma Lang, uma das coordenadoras do Comitê Permanente de Serviços Profissionais do Conselho Internacional de Enfermeiras e pioneira nas pesquisas para o desenvolvimento da CIPE, já afirmava na década de 1990 que se não formos capazes de nominar às ações e atividades desenvolvidas pela equipe de Enfermagem, teremos dificuldades em monitorar, ensinar, pesquisar, buscar financiamento para as investigações sobre a nossa prática profissional e até mesmo desenvolver políticas públicas direcionadas ao campo de conhecimento da Enfermagem. (CLARK, 1999)

Embora o cuidado profissional de Enfermagem tenha sido historicamente associado ao diagnóstico médico, é perceptível que após o desenvolvimento dos SLPE o olhar sobre esse cuidado tem sido dire-

cionado para o fazer do enfermeiro e sua equipe de modo a ser possível, a partir de uma linguagem única, expressar o que os enfermeiros fazem e assim esses profissionais poderem ser compensados pelos cuidados prestados com base nos padrões que norteiam sua prática. Mensurar a assistência de Enfermagem a partir de um SLPE possibilita o desenvolvimento de bancos de dados que podem subsidiar uma prática baseada em evidências e assim validar a contribuição dos enfermeiros para os resultados dos cuidados prestados aos pacientes. (RUTHERFORD, 2008)

Sobre os aspectos históricos dos SLPE a nível internacional e nacional, em 1957 a enfermeira americana Faye Glenn Abdelah apontou a necessidade da utilização dos diagnósticos de Enfermagem visando a documentação dos cuidados de Enfermagem. Em 1960 foi desenvolvido o primeiro sistema de classificação para a identificação de 21 problemas pelos quais o enfermeiro é responsável. Em 1966, Virginia Henderson desenvolveu uma lista contemplando 14 necessidades humanas básicas. (GRYSCHKE et al., 2019)

No Brasil, o primeiro SLPE a ser pesquisado foi o da NANDA-I, quando este foi apresentado às enfermeiras brasileiras numa publicação em português em 1990 pelas enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), lideradas pela dra. Marga Coler e lançada no 1º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem. (BARROS, 2009) Em seguida veio a CIPE com a primeira produção de uma dissertação de Mestrado defendida no ano de 1999, também vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, quando ainda não havia uma versão da CIPE traduzida para o português do Brasil. (BESERRA et al., 2018)

Com relação aos demais SLPE, as versões oficiais da NIC e da NOC foram apresentadas às enfermeiras brasileiras em publicações na língua portuguesa respectivamente nos anos de 2000 e 2002. (BARROS, 2009)

A NANDA-I foi um sistema desenvolvido no ano de 1973 por um grupo de enfermeiras norte-americanas ao apresentarem uma primeira listagem de diagnósticos de Enfermagem, o que culminou no ano de 1982 com a criação da NANDA-I. Valendo destacar que a Classifica-

ção da NANDA-Internacional iniciou suas pesquisas como uma organização norte-americana, com os primeiros diagnósticos desenvolvidos, basicamente, por enfermeiros dos Estados Unidos e do Canadá. A partir do ano de 2002 com a realização de estudos em todos os continentes utilizando os diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, em currículos, prática clínica, pesquisa e aplicativos eletrônicos, a então conhecida North American Nursing Diagnosis Association tornou-se uma organização internacional assumindo a sigla como um nome NANDA-Internacional. (HERDMAN; KAMITSURU, 2015)

A NANDA-I teve uma sua primeira taxonomia publicada em 1987 e estruturada de modo a refletir modelos teóricos de Enfermagem da América do Norte. A Taxonomia I era baseada nos nove padrões de respostas do ser humano (trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir). No ano de 2002, quando ocorreu a mudança no nome, foi também adotada a Taxonomia II, adaptada da estrutura de coleta de dados dos Padrões Funcionais de Saúde da dra. Marjory Gordon, estando esta vigente até a edição atual 2021-2023. (HERDMAN; KAMITSURU, 2015; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2022)

A Classificação de Intervenções de Enfermagem conhecida pela sua sigla em inglês NIC tem foco na pesquisa e publicação de enunciados de intervenções de Enfermagem. Sua estrutura se divide entre intervenções e atividades de Enfermagem. Uma intervenção de Enfermagem é definida como qualquer prática de cuidado e tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico do enfermeiro em prol de uma melhora dos resultados do paciente/cliente. (BULECHEK et al., 2016)

As intervenções de Enfermagem incluem tanto os cuidados diretos com foco no indivíduo, família e comunidade, quanto os indiretos que são aqueles direcionados aos tratamentos iniciados por enfermeiros, médicos ou por outro profissional da equipe de saúde. Já as atividades de Enfermagem são compreendidas como comportamentos específicos ou ações desenvolvidas pela equipe de Enfermagem para implementar uma intervenção e que visa contribuir com o paciente no avanço rumo a um resultado esperado.

As atividades de Enfermagem estão em um nível concreto de ação, de modo que uma sequência de atividades é necessária para implementar uma intervenção. (BULECHEK et al., 2016)

Com relação a Classificação de Resultados de Enfermagem conhecida pela sua sigla em inglês NOC (*Nursing Outcomes Classification*) há um foco na pesquisa e publicação de enunciados de resultados de Enfermagem possibilitando ao enfermeiro avaliar os resultados sensíveis aos cuidados prestados.

Segundo o arcabouço teórico da NOC, um resultado de Enfermagem se caracteriza por um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, da família ou da comunidade, que pode ser mensurado ao longo de um *continuum* como resposta a uma intervenção de Enfermagem. Para cada resultado estão associados um conjunto de indicadores que são utilizados para determinar o estado do paciente em relação ao resultado. Logo, para medir cada resultado, o enfermeiro precisa identificar quais são os indicadores mais específicos e sensíveis aos cuidados prestados. (MOORHEAD et al., 2016)

Assim, um indicador de resultado representa um nível mais concreto da avaliação do paciente (comportamento ou percepção) servindo como pistas para mensurar um resultado. Nesse sentido, a proposta da classificação adota um processo de mensuração que usa uma escala do tipo Likert de cinco pontos que quantifica um estado do resultado ou indicador do paciente em um *continuum* desde o menos até o mais desejável e fornece uma classificação em um ponto do tempo. A mensuração refletirá um *continuum*, como 1 = gravemente comprometido, 2 = substancialmente comprometido, 3 = moderadamente comprometido, 4 = levemente comprometido, e 5 = sem comprometimento. (MOORHEAD et al., 2016)

Baseado em pesquisas atualmente conduzidas na Universidade de Iowa, os pesquisadores criaram uma obra que possibilita interligar os três SLPE: NANDA-I, NOC e NIC. Numa perspectiva de integrar os elementos das práticas de cuidar, são apresentados resultados e intervenções selecionados por enfermeiros clínicos em função de um diagnóstico de Enfermagem de modo a servir como fonte de comparação de decisões clínicas e opiniões de especialistas para alguns

diagnósticos. As autoras da obra chamam a atenção de que é preciso reconhecer que as ligações (NNN) descritas na obra não tem o propósito prescritivo, muito menos o de substituir o julgamento clínico do enfermeiro, pelo contrário, o conteúdo do livro tem o propósito de ilustrar como três linguagens de Enfermagem distintas podem ser conectadas e utilizadas juntas no planejamento da assistência a um indivíduo (pessoa, família ou comunidade). (JOHNSON et al., 2012)

O outro SLPE bastante conhecido e difundido no cenário brasileiro é a CIPE, a qual contempla numa mesma terminologia, diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem. É um sistema de linguagem padronizada que confere homogeneidade as nomenclaturas que devem ser utilizadas pela equipe de Enfermagem para que se alcance todos os benefícios inerentes a uma linguagem padronizada a nível mundial. (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015; FIGUEIRA et al., 2018)

Sua criação teve início em 1989 durante o congresso quadrienal que aconteceu na Coreia, quando foi aprovado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) a proposta para o desenvolvimento de um SLPE a nível mundial, tendo a sua primeira versão (versão Alfa) sendo divulgada em 1996. (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015) No processo de atualização, a partir da versão 1.0 publicada em 2005, a sua estrutura foi condensada no chamado Modelo de Sete Eixos, o qual ainda é utilizado. (GARGIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020) A partir do ano de 2011, a CIPE passou a ser revisada e publicada a cada dois anos, recebendo como referência o ano de sua publicação. A última versão foi a de 2019-2020 publicada em 2019.

No momento da escrita deste capítulo vale destacar que o CIE tem realizado modificações com a transferência da CIPE para a *Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms* (SNOMED-CT), uma nomenclatura multiaxial, que comporta dados clínicos em saúde e apresenta um conjunto de termos clínicos, organizados e estruturados, composto de conceitos, descrições, correlações e categorias. (SILVA et al., 2020)

No cenário nacional ainda não é possível identificar estudos com a aplicabilidade da SNOMED-CT, todavia no contexto internacional esse sistema de linguagem vem sendo utilizado a partir do

desenvolvimento de estudos de mapeamento, visando a interoperabilidade dos SLPE: CIPE, NANDA-I e Omaha System, para fins de adequar a implementação do SNOMED-CT no contexto clínico da Enfermagem. (SILVA et al., 2020)

Para uso na prática, o CIE, objetivando facilitar ainda mais a utilização da CIPE, propõe a estruturação de Subconjuntos Terminológicos. Esses são definidos como um *cluster* de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem direcionado a uma prioridade de saúde: doença ou quadro clínico; especialidade ou contexto de cuidados; fenômenos sensíveis às intervenções de Enfermagem ou a uma clientela: indivíduo; família ou comunidade. Nessa perspectiva, há um incentivo mundial para o desenvolvimento dos Subconjuntos Terminológicos, visando garantir a utilização da CIPE enquanto SLPE pelo enfermeiro na sua prática clínica. (COENEN; KIM, 2010; GARGIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020)

A finalidade dos Subconjuntos Terminológicos CIPE, também chamados de Catálogos, é melhorar a aplicabilidade clínica da CIPE subsidiando os enfermeiros na documentação de suas práticas. Seu propósito é possibilitar um aumento da granularidade de cada enunciado em termos do grau em que os registros de Enfermagem possam ser usados para rastrear eletronicamente os indicadores do PE.

A diferença entre a CIPE enquanto SLPE ampla e representativa das particularidades dos distintos países, está no conceito de granularidade, o qual se caracteriza por uma concepção ampla e detalhada no tratamento e gestão de dados segundo a qual eles são armazenados e tratados em unidades maiores ou menores. Dito isso, entende-se que a granularidade está relacionada ao nível de detalhamento e representa um aspecto-chave ao classificar diferentes conceitos em um mesmo conceito superordenado considerando seus significados compartilhados. (CHO et al., 2019)

A CIPE, como uma taxonomia ampla e de dimensão multicultural, tem uma alta granularidade e baixa especificidade, logo os seus conceitos, sejam eles simples (termos) ou compostos (enunciados de diagnóstico, resultados e intervenções de Enfermagem) não apresentam o detalhamento esperado na sua estrutura hierárquica. Daí a

importância do desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos, os quais têm uma baixa granularidade, por ser restrito a uma prioridade de saúde ou clientela, mas uma alta especificidade, quando apresenta detalhamento dos enunciados de diagnóstico, resultados e intervenções de Enfermagem, apresentando seus indicadores clínicos e carregando em si as particularidades do referencial teórico adotado para o desenvolvimento do Subconjuntos Terminológicos.

Raciocínio diagnóstico com aporte do Modelo OPT (*Outcome Present State Test*)

O raciocínio clínico é o processo mental que o enfermeiro utiliza para pensar o planejamento das suas ações e atividades em situações em que se identifica os fenômenos que necessitam de atitudes e intervenções da equipe de Enfermagem, o que vai desde a identificação de dados, pensamento crítico e planejamento de ações e o alcance de metas. Há variadas formas de realização do raciocínio clínico. A seleção do modelo de raciocínio dependerá das habilidades e conhecimentos prévios do enfermeiro. (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017)

Um modelo bastante utilizado no ensino do PE e exercício para o raciocínio clínico é a árvore de decisão, que se utiliza de um método baseado em algoritmos (Mapa Conceitual) de forma que é possível uma melhor visualização e configuração dos dados com base numa estratégia de cadeia de decisão. Assim, adotamos para exemplificar neste capítulo o Modelo *Outcome Present State Test* (OPT), que considera vários problemas do indivíduo, simultaneamente, com a ideia de encontrar a necessidade central, a mais importante na relação com todos os outros problemas sendo uma estratégia que pode se apresentar em vários cenários práticos para que enfermeiras possam utilizar o PE como norteador do cuidado ao paciente. (GONÇALVES; POMPEO, 2016)

O modelo OPT foi desenvolvido e proposto pelo enfermeiro Daniel J. Pesut e a enfermeira Joanne Herman com foco na terceira

geração do PE, conforme descrito acima, onde se aborda em especial os resultados de Enfermagem. São utilizados os fatos associados à história de um paciente para enquadrar o contexto e conteúdo para o raciocínio clínico do enfermeiro e apresenta atividades de monitoramento, análise, previsão, planejamento, avaliação e aconselhamento. Assim, envolve tanto o conteúdo do PE quanto dos diagnósticos de Enfermagem. (PESUT; HELMAN, 1998)

Para se definir todos os problemas com uma visualização conjunta de diagnósticos, conforme proposto no Modelo OPT, deve se utilizar de uma figura, representada por uma trama de diagnósticos de Enfermagem, em que se determina o problema principal/central, podendo se resolver outros diagnósticos advindos do problema central. O OPT apresenta nove componentes: história de enfermagem; trama de raciocínio; aspectos-chave; lógica da pista; reflexão; enquadramento; teste; tomada de decisão; e julgamento. (GONÇALVES; POMPEO, 2016)

Como forma de exemplificar o uso do modelo OPT descreveremos uma atividade realizada em um componente curricular vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), ministrada em parceria com a Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE), uma rede de pesquisadores nacionais e internacionais com foco em reflexões sobre o PE. Um dos autores deste capítulo é membro fundador da RePPE e três das autoras cursaram o componente curricular ofertado no ano de 2021.

No primeiro semestre de 2021, a disciplina foi ofertada via plataforma *on-line*, denominada Estudos Avançados em PE e dentre as atividades e reflexões, foi solicitada para um grupo de quatro discentes (todas enfermeiras, sendo duas estudantes de doutorado e duas de mestrado das Universidades Federais da Bahia e de São Paulo) a construção de um mapa conceitual baseado no raciocínio clínico, utilizando a estratégia do Modelo OPT, a partir de um caso clínico vivenciado pelo grupo. Anteriormente foi realizada uma aula, com reflexões sobre o conceito do método, discussões de artigos e a simulação de uma construção de caso em sala de aula.

Como o cenário mundial, e brasileiro, ainda se apresentava em pandemia naquele período, o grupo criou um caso baseado na vivência de uma das discentes em seu campo prático como enfermeira assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital privado.

Criou-se um caso fictício com base nos atendimentos de pacientes jovens com um quadro grave da covid-19, apresentando vários aspectos a serem refletidos acerca da assistência de Enfermagem, por ser esse o foco de grandes discussões no momento da pandemia, desde as questões relacionadas à doença, bem como os diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem. Essa escolha contempla a premissa que para um bom direcionamento de uso do Modelo OPT, é importante a compreensão e forte conhecimento da doença do paciente pela enfermeira, assim como das suas respostas a essa condição de adoecimento.

Outra questão relevante, e já discutida no decorrer deste capítulo, é a utilização das Teorias de Enfermagem para um embasamento teórico do PE. Para tanto, neste caso foi selecionada a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado (TEDA) proposta pela enfermeira e teórica Dorothea Orem. Justifica-se sua escolha por se ter a intenção de pensar neste caso como um paciente que era totalmente independente e quando acometido pela covid-19 encontrava-se com dependência das ações da equipe de Enfermagem em variados aspectos.

Para realizar a tomada de decisão por meio do Modelo OPT, um momento importante foi o da coleta da história clínica do paciente, a qual deve apresentar acurácia para se identificar de modo assertivo os diagnósticos de Enfermagem levando em consideração os aspectos biológicos, emocional, social e espiritual para avaliar o contexto do paciente com identificação de pistas. A seguir, apresentamos o caso clínico retratado neste capítulo:

Quadro 2. História clínica a partir de um caso fictício

Caso clínico – identificação do paciente
Paciente jovem de 40 anos, sexo masculino, casado, com três filhos, proveniente de Goiânia. Apresentava-se com covid-19, internado no estado de São Paulo e no momento desta coleta de dados apresentava-se com 66 dias na UTI com o diagnóstico de polineuropatia do paciente crítico e choque séptico com foco a esclarecer. Seguiu acompanhado de sua esposa.
Antecedentes pessoais
Hipertensão Arterial Sistêmica; covid-19 e ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorpórea) veno-venosa por 15 dias.
Avaliação da Enfermagem
Em RASS -4, sedado com Midazolan, Ketamina e Propofol para melhor manejo da ventilação mecânica e apresenta pupilas isofotorreagentes. Sem necessidade de restrição mecânica no leito. Traqueostomizado em ventilação mecânica (modo Pressão Controlada, FIO2 60%, PEEP: 15 cmH2O, Pressão Controlada: 17 cmH2O, FR programada: 30 rpm), acoplado ao ventilador; sem secreção à aspiração intracânula e apresentando moderada quantidade de secreção esbranquiçada em supra cuff. À ausculta pulmonar: MV reduzidos em bases bilateralmente, com estertores crepitantes em todos os focos. Hemodinamicamente instável, com labilidade de PA (PAM: 120-50 mmHg; FC: 120-94 bpm); mantém monitorização por cateter de pressão arterial invasiva em artéria radial D, apresentando curva dicrótica, inserção ocluída com Tegaderm IV, sem sinais flogísticos; cateter de PICC em veia basilíca E, ocluído com Tegaderm CHG, sem sinais flogísticos, limpo e seco, recebendo Midazolan, Ketamina e Propofol e Nutrição parenteral total; cateter venoso central em veia jugular interna E, inserção ocluída com Tegaderm CHG, sem sinais flogísticos, limpo e seco, recebendo noradrenalina, vasopressina e amiodarona. Não tolera mudança de decúbito. Há 50 dias em terapia renal substitutiva contínua, apresenta cateter de hemodiálise em veia femoral E, inserção ocluída com curativo convencional limpo e seco externamente (modo CVVHDF, fluxo de sangue: 180 ml/min, PBS: 200 ml/h, cálcio em via acessória: 28 ml/h, dialisado: 1500 ml/h, reposição: 800 ml/h, UF: -150 ml/h). À ausculta cardíaca, apresenta bulhas arritmicas normofonéticas em 2T, sem sopros. Extremidades com temperatura reduzida, perfusão > 3s e edemaciadas (3+/4+). Mantém SNE alocada ao teste de ausculta e fixada em 70 cm, em jejum devido à instabilidade; SNG aberta apresentando débito bilioso (400 ml/24h). Abdômen distendido, RHA reduzidos à ausculta e com som timpânico à percussão. Apresenta-se anúrico e com eliminação de fezes líquidas por sonda retal FlexiSeal. Apresenta dermatite associada à incontinência em região perianal e glúteos, grau 2, com lesões disseminadas: bordas irregulares com tecido de granulação, leito com tecido de granulação (aproximadamente 80%) e pontos de esfacelo. Exsudação serosa em grande quantidade, sem odor. Apresenta picos febris (T: 38,5-37,3°C), já em uso de Anidulafungina, Meropenem, Torgena, Polimixina B e Vancomicina conforme dosagem sérica. Segue em isolamento por bactérias multirresistentes, hemoculturas em andamento.

Fonte: elaborado pelos autores.

A partir da construção desta história clínica, os possíveis diagnósticos de Enfermagem foram identificados e dispostos em uma figura, interligando-os por meio da elaboração de uma lógica de pistas. Essa etapa permite a identificação do principal problema do paciente, que é representado pelo diagnóstico central, que mais se relaciona aos outros diagnósticos de Enfermagem. (GONÇALVES; POMPEO, 2016)

Figura 1. Representação da “Trama Diagnóstica” com os diagnósticos de Enfermagem considerados a partir do caso clínico e suas conexões



Fonte: elaborada pelos autores.

Utilizando o Modelo OPT para a construção da “Trama Diagnóstica”, foi possível demonstrar os principais diagnósticos de Enfermagem de acordo com o que se apresenta na Figura 1. Este foi um caso de um paciente grave que apresentou uma demanda de 40 diagnósticos de Enfermagem, sendo necessário mais de um diagnóstico central.

Uso da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado para a implementação do Processo de Enfermagem baseado-se no raciocínio clínico e utilizando o Modelo OPT

Observando as demandas do indivíduo baseado na TEDA este é um estudo de caso no qual se destaca a necessidade de recurso de autocuidado terapêutico, pois se apresenta um grande conjunto de medidas necessárias para cobrir todo autocuidado e déficit de autocuidado do indivíduo em questão. O caso clínico trata de uma pessoa com desvios de saúde, acometida pela covid-19 retratando uma doença com afecções exponenciais que compromete o funcionamento integral do indivíduo.

Refletindo sobre a Enfermagem como ciência, compreende-se que é um momento que se necessita de relevantes atividades de forma multifatorial que se caracterizem em ações da equipe de Enfermagem para uma assistência totalmente compensatória oferecendo discussões no que se tange a uma assistência humana a pessoa com déficits no autocuidado.

Destarte, o caso em questão se idealiza em um indivíduo com cuidados dependentes, em um cenário em que, para sustentar a sua vida e bem-estar, necessita de ações de Enfermagem no campo amplo dos requisitos de autocuidado universais. No campo dos métodos da ajuda, às atividades da Enfermagem, estarão embasadas principalmente no campo do agir ou fazer em nome do indivíduo, posto que se apresenta em um ser crítico que se encontra numa unidade de cuidados intensivos.

Construiu-se assim, uma figura ilustrativa baseado no Modelo OPT, para a determinação dos diagnósticos de Enfermagem centrais de acordo com as conexões na Trama Diagnóstica (Figura 1) e nos domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I e seus diagnósticos correlacionados de acordo com as características definidoras identificadas a partir da anamnese e exame físico do estudo de caso em questão. E, ainda, a TEDA como ancoramento para o direcionamento na tomada de decisão (Figura 2).

Figura 2. Ilustração dos diagnósticos de Enfermagem baseados no SLPE da NANDA-I de acordo com seus domínios e classes ancorado na TEDA e suas conexões



Fonte: elaborada pelos autores.

Para análise da Figura 2, foi destacado os diagnósticos de Enfermagem que foram destacados na Figura 1, e os seus respectivos domí-

nios e classes conforme a Taxonomia II da NANDA-I, auxiliando no início da lógica das pistas refletindo sobre os requisitos de autocuidado da TEDA.

Neste estudo, o paciente com covid-19 apresenta-se em um cenário de terapia intensiva e seu acometimento pelo vírus SARS-CoV-2 foi grave, afetando variados órgãos e tecidos, além de comprometer suas funções. É possível ressaltar os requisitos de autocuidado com os desvios de saúde, quando o indivíduo tem uma doença que afeta o funcionamento integral e se apresenta em tratamento de saúde. Pela característica do vírus SARS-CoV-2 compreende-se que o domínio de “Eliminação e troca” e “Atividade e Repouso” são os de principal ataque e há necessidades variadas de ações de Enfermagem demonstrando em especial as classes “Resposta Cardiopulmonar/Respiratória” e “Função Respiratória”. As terapias invasivas, necessárias, elevaram o número de diagnósticos no domínio “Segurança e Proteção” com a classe “Lesões físicas” na qual se mostra o maior número de diagnósticos levantados.

Dessa forma, retratar a Trama Diagnóstica com uma lente sobreposta do conceito da TEDA oferece um olhar considerando os conceitos principais de requisitos de autocuidado universal. Esses requisitos são as razões do uso do autocuidado demonstrando o fator que deve ser controlado no indivíduo e ainda a natureza da ação necessária. (ALLIGOOD; TOMEY, 2018)

Realizando adaptação do Modelo OPT para o raciocínio clínico (PESUT; HERMAN, 1998) foi possível desenhar uma diagramação (Figura 3) com a identificação dos principais diagnósticos de Enfermagem e traçar intervenções de Enfermagem com base na NIC, com vista a uma busca por resolução dos problemas com base nos diagnósticos de Enfermagem, permitindo descrever relevantes resoluções para o alcance de metas utilizando-se da NOC.

Figura 3. Modelo OPT (Pesut e Herman, 1998) estruturado com base num estudo de caso fictício de um paciente vítima de covid-19



Fonte: elaborada pelos autores com adaptações do Modelo OPT de Pesut e Herman (1998).

A utilização do Modelo OPT para uma condução do raciocínio diagnóstico possibilitou a aplicação das etapas do PE com sua compreensão e construção vinculada às Teorias de Enfermagem e SLPE fornecendo criticidade e reconhecimento da atuação do enfermeiro com um olhar crítico e destacando a sua autonomia, além de poderem ser observadas melhorias na organização do cuidado e eficiência na aplicação das intervenções. Nessa construção de conhecimento o uso de uma Teoria de Enfermagem oferece sentido ao PE, com base científica e permitindo uma assistência coesa. (NASCIMENTO; ARAÚJO, 2022)

Referências

ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. *Modelos y teorías en enfermería*. 9a. ed. Barcelona: Elsevier, 2018.

BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 64, n. 6, p. 1141-1149, dez. 2011.

BARROS, A. B. L. de (org.). *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BARROS, A. L. B. L. de Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, p. 864-867, 2009. Edição especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700003>. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-21002009000700003/1982-0194-ape-S0103-21002009000700003-en.x64645.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

BELÉM, A. R. dos S. C. *et al.* Efeito de um instrumento padronizado na qualidade de registros de enfermeiros: Estudo quase-experimental. *REME: revista mineira de enfermagem*, Belo Horizonte, v. 23, p. 1-7, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190100. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v23/en_1415-2762-reme-23-e1252.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

BESERRA, P. J. F. *et al.* Scientific Production of The International Classification for Nursing Practice: A Bibliometric Study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, n. 6, p. 2860-2868, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0411>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30517386/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRITO BRITO, P. R. Cuidadología: pensamientos sobre el nombre de nuestra disciplina. *Ene: revista de enfermería*, Santa Cruz de La Palma, v. 11, n. 2, p. 1-4, 2017.

BULECHEK, G. M. *et al.* *Classificação das intervenções de enfermagem - NIC*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BUTCHER, H.; JOHNSON, M. Uso das ligações no raciocínio clínico e aprimoramento da qualidade. JOHNSON, M. *et al.* *Ligações NANDA - NOC - NIC: condições clínicas suporte ao raciocínio e assistência de qualidade*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 11-23.

CARVALHO, E. C. de; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. de S.; MORAIS, S. C. R. V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 70, n. 3, p. 690-696, maio/jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dDyzC3GnxfnDrNy4rDFRCnp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CHO, I. *et al.* Development of ICNP-Based Inpatient Falls Prevention Catalogue. *International Nursing Review*, Oxford, v. 67, n. 2, p. 239-248, June 2019. DOI: 10.1111/inr.12566. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12566>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CLARK, J. A Language for Nursing. *Nursing Standard*, Harrow, v. 13, n. 31, p. 42-47, 1999.

COENEN, A; KIM, T. Y. Development of Terminology Subsets Using ICNP*. *International Journal of Medical Informatics*, Shannon, IRL, v. 79, n. 7, p. 530-538, July 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20434946/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução COFEN nº 358/2009*. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 24 abr. 2023.

CUESTA, C. The Nursing Process: From Development to Implementation. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 8, n. 5, p. 365-371, 1983.

FAWCETT, J. *et al.* Thoughts about the name of our Discipline. *Nursing Science Quarterly*, Baltimore, v. 28, n. 4, p. 330-333, 2015. DOI: 10.1177/0894318415599224 Disponível em: LINK: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26396220/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

FAWCETT, J. Nursology Revisited and Revived. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 75, n. 5, p. 919-920, May 2019. DOI: 10.1111/jan.13925. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13925>. Acesso em: 24 abr. 2023.

FIGUEIRA, M. C. e S. *et al.* Reflections About the Use of CIPE* in Professional Practice: Integrative Review. *Revista de enfermagem e Atenção à Saúde*, Uberaba, MG, v. 7, n. 2, p. 134-154, ago./set. 2018. DOI: 10.18554/reas.v7i2.2369. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2369/pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

GARCIA, T. R. (org.). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed, 2020.

- GARCIA, T. R.; BARTZ, C. C.; COENEN, A. M. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. (org.). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE*: aplicada à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 24-39.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CUBAS, M. R. CIPE: Uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. (org.). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE®*: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 21-34.
- GONÇALVES, L. W. P.; POMPEO, D. A. Aplicação do modelo Outcome Present State Test em paciente com insuficiência cardíaca congestiva. *REME: revista mineira de enfermagem*, Belo Horizonte, v. 20, p. 1-8, 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160047. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v20/en_1415-2762-reme-20160047.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.
- GRYSCHKEK, A. L. de F. P. L. Análise crítica do potencial de utilização das nomenclaturas de enfermagem na atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 10, n. 7, p. 50-56, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0411>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2471/549>. Acesso em: 24 abr. 2023.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. *Diagnóstico de enfermagem da NANDA I*: definições e classificação 2021-2023. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. (org.). *diagnóstico de enfermagem da Nanda*: definições e classificação 2015-2017. Tradução Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *International Classification for Nursing Practice - ICNP® Version 1*. Geneva: ICN, 2005.
- JOHNSON, M. et al. *Ligações NANDA - NOC - NIC*: condições clínicas de suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. D.; MANTOVANI, M. F. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 478-486, 2006.

LOTFI, M. *et al.* The Implementation of The Nursing Process in Lower-Income Countries: An Integrative Review. *Nursing Open*, Hoboken, v. 7, p. 42-57, Jan. 2020. DOI: 10.1002/nop2.410. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.410>. Acesso em: 24 abr. 2023.

MOORHEAD, S.; DOCHTERMAN, J. M. Linguagens e desenvolvimento das ligações. In: JOHNSON, M. *et al.* *Ligações NANDA - NOC - NIC: condições clínicas de suporte ao raciocínio e assistência de qualidade*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MOORHEAD, S. *et al.* *Classificação dos resultados de enfermagem – NOC*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NASCIMENTO, S. S.; ARAÚJO, P. L. Seleção e utilização de teorias de enfermagem no Processo de Enfermagem. In: NEVES, R. S. *et al.* (org.). *Processo de enfermagem: método baseado em teorias, sistemas de classificações e casos clínicos*. Goiânia: Editora IGM, 2022. p. 29-44.

PATERSON, J. G. From a philosophy of Clinical Nursing to A Method of Nursology. *Nursing Research*, New York, n. 20, n. 2, p. 143-146, 1971.

PESUT, D. J. 21st Century Nursing Knowledge Work: Reasoning Into the Future. In: WEAVER, C. *et al.* (ed.). *Nursing and Informatics for the 21st Century: an International Look at Practice, Trends and the Future*. Chicago: Health Care Information and Management Systems Society, 2006. p. 13-23.

PESUT, D. J., HERMAN, J. OPT: Transformation of Nursing Process for Contemporary Practice. *Nursing Outlook*, New York, v. 46, n. 1, p. 29-36, Jan./Feb. 1998.

PEPIN, J.; KÉROUAC, S.; DUCHARME, F. *La Pensee Infirmiere*. 3^{ème} ed. Paris: Chenelière Éducation, 2010.

RUTHERFORD, M. A. Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? *Online Journal of Issues in Nursing*, Silver Spring, MD, v. 13, n. 1, 2008. DOI: 10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05. Disponível em: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-13-2008/number-1-january-2008/articles-on-previously-published-topics/standardized-nursing-language/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

SILVA, C. G. da *et al.* SNOMED-CT as a standardized language system model for nursing: an integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190281>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33111758/>. Acesso em: 24 abr. 2014.

SILVA, R. S. da *et al.* O processo de enfermagem e os sistemas de classificação. In: SILVA, R. S. da; BITTENCOURT, I. S.; PAIXÃO, G. do N. (org.). *Enfermagem avançada: um guia para a prática*. Salvador: SANAR. 2016. p. 89-112.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. *Semiologia: bases clínicas para o processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

YILDIRIM, B.; ÖZKAHRAMAN, S. Critical Thinking in Nursing Process and Education. *International Journal of Humanities and Social Science*, [s. l.], v. 1, n. 13, Sept. 2011. Disponível em: https://www.ijhssnet.com/journals/Vol_1_No_13_Special_Issue_September_2011/34.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

CAPÍTULO 3

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Gilberto Tadeu Reis da Silva
Virgínia Ramos dos Santos Souza
Aldacy Gonçalves Ribeiro
Ana Karina Lima Alves Cerdeira
Aurilívia Carolinne Lima Barros
Itanna Vytória Sousa Serra
Luciana Dourado Pimenta Almeida
Queuam Ferreira Silva de Oliveira
Nuno Damácio de Carvalho Félix

Introdução

As transformações da ciência nos últimos dois séculos estão refletidas no saber-fazer das profissões. O corpo de conhecimentos da Enfermagem foi construído, gradativamente, a partir de conhecimentos próprios e de outras áreas do saber, que agregados contribuíram para o desenvolvimento e a estruturação da disciplina e da profissão em tela. Este processo de constituição da disciplina partiu da organização documental para a execução de técnicas e avançou para os princípios científicos, chegando à teorização; atualmente, a Enfermagem enfrenta o desafio de operacionalizar o seu fazer, num contexto que envolve diversas tipologias de conhecimento, como técnicas, métodos, teorias e instrumentos aplicados ao processo de tomada de decisão, organização e execução do trabalho profissional. (QUEIRÓS, 2020; SANTOS et al., 2017)

Ao considerar que a essência do trabalho da Enfermagem é o cuidado profissional, ao exercê-lo em variados contextos, que abrangem distintas complexidades, em diferentes níveis de atenção, a enfermeira deve realizar operações cognitivas, que lhe permitam refletir criticamente sobre as ações profissionais sob diversas perspectivas, considerando as relações interpessoais e o ambiente de trabalho, a fim de que sua ação aconteça de forma científica, humanizada e integral. (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016; SALVIANO et al., 2016)

Alguns autores defendem a compreensão de que o cuidar é o ato de vida que tem como fim, primeiro e antes de tudo, permitir que a vida continue a desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte, seja na dimensão da pessoa, grupo ou espécie. (COLLIÈRE, 1989; LÖW; OGUISSO, 2014; SOUZA et al., 2017)

Com a evolução do cuidado, o exercício da Enfermagem passou a incorporar uma identidade profissional, marcada pela atitude da enfermeira frente à tomada de decisão clínica. (CARDOSO; CALDAS, 2022) As reflexões sobre o cuidado profissional possibilitam a construção e modificação do conhecimento da profissão e qualificação das práticas a partir do pensamento crítico nos processos decisórios. Deste modo, o Processo de Enfermagem (PE) é um método profissional que contribui para a cientificidade e a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a comunicação entre a equipe interdisciplinar. (DAL SASSO et al., 2013)

O PE foi estruturado na década de 1950, a partir das reflexões do processo formativo de enfermeiras nos Estados Unidos, com a intenção de implementar um guia para apoiar o processo de aprendizagem dos estudantes de Enfermagem. (LUCENA; ALMEIDA, 2011; PESUT; HERMAN, 1998) No Brasil, Wanda de Aguiar Horta é considerada a precursora da aplicação desta metodologia científica e profissional, uma vez que, na década de 1970, incentivou o emprego do PE a partir do referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Maslow, e influenciou por décadas esta construção. (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006)

A Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera o PE como um instrumento metodológico que

orienta o cuidado de Enfermagem, baseado na aplicação prática de teorias de Enfermagem, sendo desenvolvido em cinco etapas: coleta de dados ou histórico de Enfermagem; diagnóstico de Enfermagem; planejamento da assistência de Enfermagem; implementação; e avaliação de Enfermagem. Para executá-las, a enfermeira deve possuir competências e habilidades diversificadas. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009)

A aplicação do PE contextualizado à prática e às reais necessidades de atenção à saúde da pessoa e da população envolve desde aspectos relacionados às dimensões biológica, psicossocial e espiritual, como reflexões acerca da comunidade e interfaces do meio ambiente, de modo que os cuidados de Enfermagem possam estimular a promoção da saúde. O PE é um paradigma para o ensino, a prática e a pesquisa da disciplina da Enfermagem. (PESUT; HERMAN, 1998)

Face ao exposto, adota-se como questão de investigação: como a temática PE está representada no rol do conhecimento científico produzido na América Latina? Desse modo, o objetivo deste estudo é analisar como o PE está representado na produção do conhecimento da América Latina. Destaca-se a importância deste estudo para apoio à formação, às práticas e às pesquisas sobre o fenômeno.

Método

Trata-se de estudo analítico e quantitativo sobre a temática do PE no conhecimento científico produzido pela América Latina. Segundo Della Corte e demais autores (2019), os estudos bibliométricos provêm da análise quantitativa de unidades de análise, como documentos, citações, ocorrência de termos, entre outras.

Os estudos bibliométricos permitem o entendimento de áreas temáticas de pesquisa e o acompanhamento dos padrões de produtividade científica ao longo do tempo. (YUNZHON et al., 2022) O método de análise bibliométrica, associado a outras abordagens, permite visualizar o conteúdo de documentos científicos e contribui

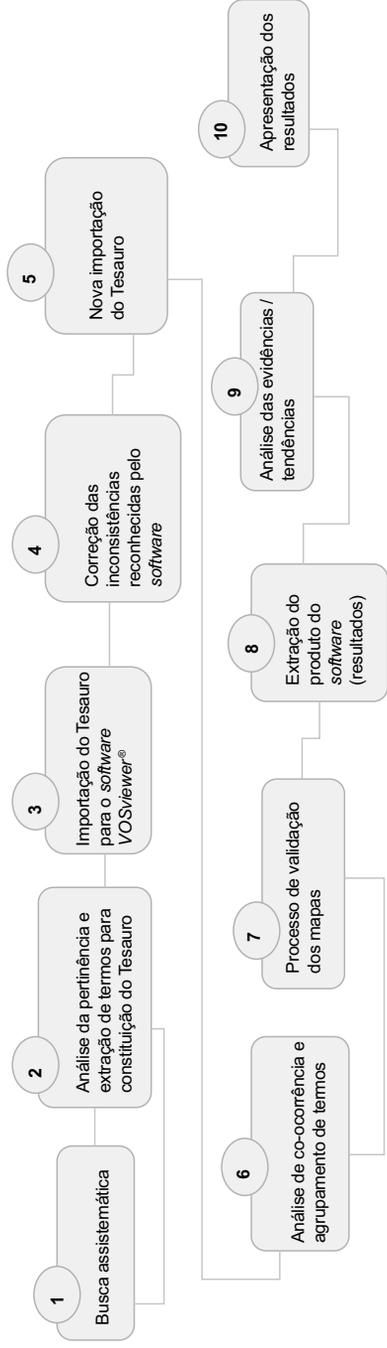
para o conhecimento das dinâmicas e tendências do conhecimento científico. (FIGUEREDO et al., 2020; LUCENA et al., 2018)

Os indicadores bibliométricos são ferramentas de avaliação do conhecimento produzido e dos seus impactos, sendo eles: indicadores de qualidade científica; indicadores de atividade científica; indicadores de impacto científico; e indicadores de associações temáticas; sendo este último a unidade de análise desta pesquisa. As unidades de análise podem construir redes e, desse modo, possibilitar a observação e análise de conceitos e tópicos. (PRIOVASHINI; MALLICK, 2022)

O método bibliométrico selecionado foi a análise de coocorrência de termos. De acordo com Robredo e Cunha (1998), essa técnica possibilita a identificação de agrupamentos de termos/palavras-chave que caracterizem determinados conceitos básicos de um campo específico, por meio da análise de conexões e mapas em rede, gerados em *softwares*. Para interpretação dos mapas, é essencial o conhecimento prévio da temática, bem como sobre a técnica da análise de coocorrência que, juntamente a *insights* cognitivos, permitem a atribuição de sentido durante a fase analítica dos achados. Além disso, observam-se as frequências da coocorrência, as conexões entre os agrupamentos, o tempo de disponibilidade e a triangulação dos termos. (SOUZA, 2020) Os procedimentos adotados neste estudo estão descritos na Figura 1.

Inicialmente, foi realizada uma busca no portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o descritor “Processo de Enfermagem” no campo “título dos documentos indexados”, para garantir a especificidade dos artigos recuperados. Essa busca ocorreu em 13 de abril de 2022, sem recorte temporal, resultando na recuperação de 9.755 documentos. Todos foram exportados num arquivo único, denominado “BUSCA_I”, em formato que permite a utilização em diferentes *softwares* para a análise e/ou gerenciamento de referências.

Figura 1. Etapas de condução metodológica do estudo. Salvador/Bahia, Brasil, 2022



Fonte: elaborada pelos autores.

Esse arquivo foi importado para o *software* VOSviewer, no qual uma análise preliminar dos dados foi realizada para verificação da viabilidade e pertinência à questão de pesquisa; assim, numa sessão de validação com seis especialistas na área temática, a utilização do arquivo único foi consubstanciada a partir do estudo do primeiro mapa de coocorrências de termos relacionados ao PE (mapa bruto). Nesse momento, os termos componentes do mapa foram exportados numa lista de palavras com termos qualificadores, que são identificados por uma barra (/) subsequente ao termo principal, identificando o termo qualificador. Assim, o mapa com os termos brutos tinha 1640 termos (termos, mais qualificadores). Após o tratamento da lista de palavras, retirando os termos qualificadores e tratando as duplicidades, obteve-se o primeiro tesouro de 969 termos.

Em uma nova etapa, o arquivo “BUSCA_I” foi importado para o VOSviewer, pela segunda vez, junto com o primeiro tesouro. O algoritmo do *software* identificou 7401 palavras, das quais 1439 coocorreram cinco vezes ou mais, e formou o segundo mapa de coocorrência. Essa lista de termos foi tratada para a constituição do tesouro final. Para esse propósito, os termos passaram por nova sessão de verificação de duplicidades, análise, validação e normalização. Ao final dessa etapa, o *tesouro final* continha 977 termos.

O arquivo da “BUSCA_I” foi importado para o VOSviewer, pela terceira vez, conjuntamente com o tesouro final, para a obtenção do mapa de coocorrência final. Em seguida, procedeu-se à validação dos mapas. Como o termo “Processo de Enfermagem” ocupava o centro do mapa e superpunha muitos termos, definiu-se pela supressão do termo “Processo de Enfermagem”. Esse procedimento foi validado, pois não comprometeu o mapa, quantitativamente ou qualitativamente, e possibilitou a melhor visualização e análise da rede e agrupamentos, conforme.

Os algoritmos e equações do VOSviewer padronizam cores para os agrupamentos em uma sequência, seguindo uma graduação determinada, de acordo com a frequência das coocorrências e a força das ligações entre os termos, sendo a cor vermelha (de maior intensidade) direcionada para o agrupamento com frequência de coocor-

rência e força nas relações. Os rótulos de cores e agrupamentos estão como legenda no mapa final.

As unidades de análise (palavras-chave/descriptores) são apresentadas nos mapas sob a forma de esfera. A frequência de coocorrência determina o diâmetro da circunferência, assim, a coocorrência será tão mais relevante quanto maior a esfera. Além desta variável, considera-se, também, a distância entre as esferas. O tempo de uso dos termos foi analisado por meio de conjunto de tonalidades de cores entre verde e amarelo (antigo e recente, respectivamente), permitindo, assim, a ilustração da maturidade de uso dos termos. Os termos relevantes foram destacados para análises complementares, individualmente e em pares, sobre a força das ligações, quanto ao número de ligações e ao número de coocorrências.

Resultados

Os 9755 documentos recuperados foram publicados entre 1982 e 2020. Desse *corpus* documental, 1439 termos foram extraídos para a composição do tesouro. A análise desse conjunto de documentos, em associação com o tesouro gerado pelo VOSViewer, produziu um mapa, composto por 776 termos coocorridos cinco vezes ou mais no período.

Os quatro primeiros agrupamentos contêm 68,8% (n=534) dos termos. Os agrupamentos 1 e 2 estão mesclados e tratam de áreas afins, tendo sido descritos simultaneamente. No primeiro agrupamento, os dez termos com maior quantidade de coocorrência são: “métodos”, “idoso”, “diagnóstico de enfermagem”, “idoso de 80 anos ou mais”, “equipe de enfermagem”, “entrevistas como assunto”, “educação continuada em enfermagem”, “unidades de terapia intensiva”, “neoplasias”, “promoção da saúde”.

No agrupamento 2, os dez termos com maior número de coocorrências estão relacionados a seguir: “avaliação em enfermagem”, “educação em saúde”, “cuidados críticos”, “anamnese e exame físico”, “autocuidado”, “cardiopatias”, “profissionais de enfermagem”, “doença crônica”, “fatores de tempo” e “alta do paciente”.

O agrupamento 3 está pulverizado e relaciona o PE à atenção ao neonato, à criança, ao adolescente e à mulher no ciclo gravídico puerperal. Os vários ciclos vitais relacionados foram identificados por termos sinônimos e correlatos, como: “cuidado da criança e adolescente”, “adaptação psicológica”, “gravidez”, “recém-nascido”, “enfermagem psiquiátrica”, “pré-escolar”, “serviços de assistência domiciliar”, “lactente” e “modelos teóricos”.

Termos relacionados à gestão ocupam aproximadamente 1/4 do mapa no agrupamento 4. Identificaram-se: “administração”, “planejamento de assistência ao paciente”, “avaliação de processos e resultados em cuidados de saúde”, “registros de enfermagem”, “dados numéricos”, “guias de prática clínica”, “hospitais”, “coleta de dados”, “qualidade da assistência à saúde” e “documentação”.

O agrupamento 5 contém os aspectos abstratos e as operações cognitivas relacionadas ao PE, como: “papel do profissional de enfermagem”, “modelos de enfermagem”, “relações enfermeiro-paciente”, “teoria de enfermagem”, “conhecimentos”, “atitudes e prática em saúde”, “comunicação”, “filosofia em enfermagem”, “conhecimento”, “relações interprofissionais” e “apoio social”.

No agrupamento 6, os termos foram correlatos à formação/educação para execução do PE, bem como à pesquisa. Esse agrupamento foi demonstrado pelos termos: “pesquisa em enfermagem”, “competência clínica”, “atitude do pessoal de saúde”, “pensamento”, “necessidades e demandas de serviços de saúde”, “bacharelado em enfermagem”, “estudantes de enfermagem”, “resolução de problemas”, “currículo” e “educação permanente”.

O agrupamento 7 está pulverizado e é fronteiro aos agrupamentos relacionados à gestão, a competências e ao processo formativo (agrupamentos 4, 5 e 6). Portanto, esse rol de termos referente à atuação profissional de enfermagem e à relação com o usuário, foram ilustrados pelos termos “recursos humanos de enfermagem”, “tomada de decisões”, “autonomia profissional”, “usuário”, “ética em enfermagem”, “gestão da qualidade”, “defesa do paciente”, “satisfação do paciente”, “doença aguda” e “análise custo-benefício”. Oito agrupamentos (do oitavo ao décimo quinto) estão dispersos entre os

demais, e versam sobre educação em Enfermagem, recursos humanos, ambiente institucional, entre outros. A atenção no contexto hospitalar (“unidades de terapia intensiva”, “instituições de assistência ambulatorial”, “centro cirúrgico hospitalar”, “unidades hospitalares”, “departamentos hospitalares”, “unidades de queimados”, “ambulatório hospitalar”, “maternidades”, “unidade hospitalar de psiquiatria”, “hospitais” e “serviço hospitalar de enfermagem”) representou 83,3% dos 12 termos identificados e relativos a cenários de atenção à saúde. E a atenção básica teve três termos (“serviços de saúde comunitária”, “serviços de saúde escolar” e “centros comunitários de saúde”).

O termo “betacoronavirus” é recente (2020) e o mais antigo foi “oftalmopatias” (1982). Considerando os 20 termos com maior relevância de ligações no mapa e a maturidade de uso, a década de 1990 (século XX) e os anos 2000 (século XXI) são os períodos de pujança da publicação sobre o PE. No século XX, os termos evidenciados foram “avaliação em enfermagem” (1987); “planejamento de assistência ao paciente” (1993); “relações enfermeiro-paciente”, “idoso e registros de enfermagem” (1998); e “bacharelado em enfermagem” (1999). No período seguinte (século XXI), evidenciaram-se os termos: “recursos humanos de enfermagem”, “teoria de enfermagem” e “filosofia em enfermagem” (2001); “administração”, “competência clínica”, “modelos de enfermagem”, “pensamento” e “tomada de decisões” (2002); “pesquisa em enfermagem” e “atitude do pessoal de saúde” (2003); “métodos” e “estudantes de enfermagem” (2004); “conhecimentos”, “atitudes” e “prática em saúde” (2005) e “papel do profissional de enfermagem” (2007).

Os 20 termos coocorridos, segundo a força das ligações (relevância), número de ligações e coocorrências dos termos sobre o PE em documentos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde, estão detalhados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1. Caracterização dos 20 termos coocorridos segundo a força das ligações (relevância), número de ligações e coocorrências dos termos sobre o Processo de Enfermagem em documentos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde, 1982-2020

Termos [Núm. do agrupamento]	Força das Ligações	Núm. de ligações	Núm. de coocorrências
Administração [4]	11001	603	1509
Pesquisa em enfermagem [6]	10041	598	1260
Avaliação em enfermagem [2]	8005	634	1855
Competência clínica [6]	6757	483	814
Modelos de enfermagem [5]	6334	516	815
Atitude do pessoal de saúde [6]	6170	480	613
Papel do profissional de enfermagem [5]	6065	517	586
Recursos humanos de enfermagem [7]	5428	500	694
Métodos [1]	4679	581	834
Pensamento [6]	4379	356	509
Relações enfermeiro-paciente [5]	4272	507	697
Idoso [1]	3915	527	754
Planejamento de assistência ao paciente [4]	3725	472	770
Conhecimentos, atitudes e prática em saúde [5]	3370	399	306
Teoria de enfermagem [5]	3166	403	604
Bacharelado em enfermagem [6]	2983	319	361
Registros de enfermagem [4]	2874	397	641
Filosofia em enfermagem [5]	2764	319	312
Estudantes de enfermagem [6]	2755	314	355
Tomada de decisões [7]	2614	388	390

Fonte: elaborada pelos autores.

Os 20 pares de termos com maior número de coocorrências estão listados a seguir, na Tabela 2. Esses pares de termos serão discutidos fazendo a interface (triangulação) com o termo central (PE).

Tabela 2. Caracterização dos 20 pares de termos coocorridos segundo o número de coocorrências dos termos sobre o Processo de Enfermagem em documentos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde, 1982-2020

Pares de termos [Número do agrupamento]		Núm. de ocorrências
Administração [4]	Pesquisa em enfermagem [6]	454
Administração [4]	Papel do profissional de enfermagem [5]	366
Competência clínica [6]	Pesquisa em enfermagem [6]	347
Atitude do pessoal de saúde [6]	Pesquisa em enfermagem [6]	341
Administração [4]	Modelos de enfermagem [5]	340
Modelos de enfermagem [5]	Pesquisa em enfermagem [6]	333
Administração [4]	Competência clínica [6]	294
Administração [4]	Recursos humanos de enfermagem [7]	289
Administração [4]	Atitude do pessoal de saúde [6]	288
Pesquisa em enfermagem [6]	Recursos humanos de enfermagem [7]	284
Competência clínica [6]	Pensamento [6]	276
Papel do profissional de enfermagem [5]	Pesquisa em enfermagem [6]	261
Anamnese e exame físico [2]	Avaliação em enfermagem [2]	246
Administração [4]	Avaliação em enfermagem [2]	241
Atitude do pessoal de saúde [6]	Recursos humanos de enfermagem [7]	239
Avaliação em enfermagem [2]	Planejamento de assistência ao paciente [4]	234
Avaliação em enfermagem [2]	Idoso [1]	225
Atitude do pessoal de saúde [6]	Competência clínica [6]	224
Pensamento [6]	Pesquisa em enfermagem [6]	224
Administração [4]	Planejamento de assistência ao paciente [4]	216

Fonte: elaborada pelos autores.

O termo “administração” figurou em 40% (n=8) dos pares identificados, seguido dos termos “pesquisa em enfermagem” (35%, n=7), “atitude do pessoal de saúde” (20%, n=4) e “recursos humanos de enfermagem” (15%, n=3).

Discussão

A análise dos mapas apontou predominância de termos/fenômenos relacionados ao conhecimento em Enfermagem, aos recursos humanos em Enfermagem, às competências clínicas, assim como a pessoa idosa foi a participante de pesquisa mais relacionada ao PE, além dos “modelos em enfermagem” e “pesquisa em enfermagem” para execução e investigação desse fenômeno respaldado por esses referenciais.

Consideradas as etapas e os recursos necessários à operacionalização do PE (abstratos, humanos e materiais), conforme a Resolução nº 358/2009 do COFEN, atribui-se coerência à identificação de termos relacionados à “avaliação em enfermagem”, “administração” e “pesquisa em enfermagem”, que foram preponderantes no rol levantado. Esses grupos vinculados com termos denominados como secundários acresceram sentido ao fenômeno do PE. Os termos secundários elencados são atinentes a operações cognitivas, como “conhecimento, atitudes e prática em saúde”, “tomada de decisões e pensamentos”; e à formação, como “bacharelado em enfermagem”, “filosofia em enfermagem” e “estudantes de enfermagem”. Os termos preeminentes e os termos secundários compuseram os 20 termos mais relevantes da pesquisa; todavia, o hiato quantitativo identificado aponta lacuna entre os aspectos e atividades administrativas e científicas da aplicabilidade do PE na prática profissional.

A potencialidade individual (Tabela 1) e pareada (Tabela 2) dos termos “administração” e “pesquisa em enfermagem” associados ao PE é patente, considerando-se a quantidade e força das ligações estabelecidas e relacionadas ao tema. Nesse sentido, justificam-se as preferências da comunidade acadêmica e dos periódicos latino-americanos por investigações nessas perspectivas temáticas.

O âmbito hospitalar foi o cenário de pesquisa preponderante para as investigações relacionadas ao PE, em detrimento da Atenção Básica. O hospital foi o espaço de construção, sistematização e consolidação da profissão, bem como alocação da maior parte dos profissionais de Enfermagem (técnicos e enfermeiras). Nesse sentido, a gestão do cuidado em Enfermagem no âmbito hospitalar possui atributos, como a articulação e a integração entre o gerir e o cuidar, bem como a interação, a articulação, a comunicação, a tomada de decisão e a cooperação nas relações da enfermeira com os integrantes da equipe de Enfermagem, profissionais de saúde e pacientes; aspectos essenciais para operacionalização do PE. (MORORÓ et al., 2017)

Cabe ressaltar que o termo “métodos” trata da pesquisa quantitativa e qualitativa que, com seus procedimentos e técnicas, avalia o aspecto científico que aporta o PE, bem como a cientificidade, que afere os resultados das intervenções realizadas no cuidado. Assim, as autoras evidenciam que a aplicação do PE na prática gerencial do enfermeiro apresenta-se, na atualidade, como uma necessidade emergente do desenvolvimento de um modelo de gestão vinculado ao cuidar, com o compartilhamento de atividades entre os membros da equipe, qualificação, segurança e completude do cuidado ofertado.

A enfermeira está relacionada à busca da qualidade assistencial e condições de trabalho, por meio de ações, como: realização do cuidado, gerência de recursos humanos e materiais, liderança, planejamento da assistência, capacitação da equipe de Enfermagem, coordenação da produção do cuidado e avaliação das ações de Enfermagem. (SANTOS et al., 2013) Por conseguinte, a multiplicidade de fatores determinantes para prover o PE que estão retratados no mapa de coocorrência deste estudo.

Todavia, entre as quase oito centenas de termos relacionados, não apareceram quaisquer palavras que remetessem à inclusão dos técnicos de enfermagem como participantes de pesquisa; possibilitando a afirmativa de que esses profissionais não são considerados nas pesquisas realizadas e, possivelmente, são segregados das atividades e ações relativas ao PE. As técnicas de enfermagem representam 57,9% da força de trabalho da profissão; assim, esse desabono identificado

reflete aspectos a serem explorados na pesquisa e execução do PE nos cenários de atenção à saúde. (MENDES et al., 2022)

Conclusão

O mapeamento realizado sobre o PE no cenário latino-americano apontou o PE investigado nas últimas quatro décadas, predominantemente, sob a perspectiva da administração/gestão em Enfermagem.

O PE constitui-se em fenômeno de pesquisa, preferencialmente, no hiato existente entre as investigações e a operacionalização desse processo pelos profissionais da Enfermagem. Os aspectos relativos ao PE investigados no *corpus* documental obtido selecionam os aspectos administrativos/gerencias, os recursos (abstratos, humanos e materiais), as habilidades e as competências para a execução das operações cognitivas e técnicas relativas ao PE. Assim, o contexto administrativo e de gestão do PE são preferenciais na comunidade científica.

O cenário hospitalar foi/é o *locus* no qual o PE transcorre continuamente, apontando, assim, a potencialidade do fenômeno e do método nesse contexto. Nesse sentido, o cenário da Atenção Primária e algumas fases do ciclo de vida (exceto da pessoa idosa) constituem lacunas para a operacionalização e, portanto, para a investigação do PE.

Como limitações, pode-se apontar que o método selecionado utiliza a análise agregada dos documentos, dessa forma, não prevendo a escrutinação do conteúdo individual dos artigos.

Referências

AGRA, M. A. C. et al. Dissertações e teses de enfermagem acerca do serviço de atendimento móvel de urgência: estudo bibliométrico. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003500016>. Acesso em: 21 abr. 2022.

AVENA, M. J.; BARBOSA, D. A. Indicadores bibliométricos das Revistas de Enfermagem sob a ótica das bases indexadoras. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 51, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017014603262>. Acesso em: 27 abr. 2022.

APITZ, S.; FONTURA, P. The Primary Care Research Landscape and its Relationship with Clinical Practice: A Scientometric Analysis. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 35, n. 1, p. 3-11, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.15262>. Acesso em: 21 maio 2022.

CARDOSO, R. B.; CALDAS, C. P. A importância da ciência normal para a consolidação do processo de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1-6, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v14.10796>. Acesso em: 21 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução COFEN nº 358/2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov>. Acesso em: 22 abr. 2022.

COLLIÈRE, M.-F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses, 1989.

COSTA, P. C. P. da; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>. Acesso em: 21 abr. 2022.

DAL SASSO, G. T. M. *et al.* Computerized Nursing Process: Methodology to Establish Associations Between Clinical Assessment, Diagnosis, Interventions and Outcomes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 242-249, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100031>. Acesso em: 21 abr. 2022.

DELLA CORTE, V. *et al.* Sustainable tourism in the open innovation realm: A bibliometric analysis. *Sustainability*, Basiléia, v. 11, n. 21, p. 1-18, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/su11216114>. Acesso em: 28 abr. 2022.

FIGUEREDO, W. N. *et al.* Análise bibliométrica da produção brasileira sobre a COVID-19. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 34, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.37107>. Acesso em: 28 abr. 2022.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. D.; MANTOVANI, M. F. Uma história do Processo de Enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 478-486, dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300017>. Acesso em: 8 jun. 2022.

LIFU, W. *et al.* A Bibliometric Analysis and Review of Recent Researches on Piezo (2010-2020). *Channels*, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 310-321, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19336950.2021.1893453>. Acesso em: 26 maio 2022.

LÖW, L.; OGUISSO, T. Mary Seacole e Maria Soldado: enfermeiras negras que fizeram história. *Cultura de los Cuidados: revista de enfermería y humanidades*, Valencia, ano 18, n. 38, p. 64-70, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.09>. Acesso em: 21 abr. 2022.

LUCENA, A. de F.; ALMEIDA, M. A. Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC no processo de enfermagem. In: SILVA, E. R. R. da; LUCENA, A. de F. *Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 336.

LUCENA, P. L. C. *et al.* Scientific production on Workplace Bullying and Nursing: a Bibliometric Study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 52, p. 1-9, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017029103354>. Acesso em: 30 abr. 2022.

MENDES, M. *et al.* Força de trabalho de enfermagem: cenário e tendências. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, RS, v. 12, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769267928>. Acesso em: 6 jul. 2022.

MORORÓ, D. D. de S. *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 323-332, 2017.

PESUT, D. J.; HERMAN, J. OPT: Transformation of Nursing Process for Contemporary Practice. *Nurs Outlook*, New York, v. 46, n. 1, p. 29-36, Jan./Feb. 1998. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90022-7](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90022-7). Acesso em: 25 abr. 2022.

PIMENTEL, P.-C.; LAGO, D. P.; MACHADO, V. M.-B. A produção científica em Relações Públicas e Política: uma análise bibliométrica. *Revista Internacional de Relaciones Públicas*, Mágala, v. 9, n. 18, p. 53-74, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5783/RIRP-17-2019-02-05-24>. Acesso em: 25 jun. 2022.

PRIOVASHINI, C.; MALLICK, B. A Bibliometric Review on the Drivers of Environmental Migration. *Ambio*, Stockholm, v. 51, n. 1, p. 241-252, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13280-021-01543-9>. Acesso em: 25 abr. 2022.

QUEIRÓS, P. J. P. *Ciência de enfermagem*: contributos para a discussão disciplinar lição de sapiência. 2020. Aula inaugural apresentada a Conferência Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 13 out. 2020.

RIBEIRO-BARBOSA, J. C. R. *et al.* Organizational and Pedagogical Characterization of Vocational Courses in Nursing at SUS Schools. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 74, n. 1, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0574>. Acesso em: 21 abr. 2022.

ROBREDO, J.; CUNHA, M. B. da. Aplicação de técnicas infométricas para identificar a abrangência do léxico básico que caracteriza os processos de indexação e recuperação da informação. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 11-27, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-19651998000100003>. Acesso em: 6 jul. 2022.

SALVIANO, M. E. M. *et al.* Epistemology of Nursing Care: A Reflection on its Foundations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 69, n. 6, p. 1172-1177, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 257-263, abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SANTOS, A. G. *et al.* O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *Revista Cubana de Enfermería*, La Habana, v. 33, n. 3, oct. 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SILVA, V. R. F. da *et al.* Análise bibliométrica de artigos sobre cateterização venosa periférica em pediatria. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 24, p. 1-10, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59232>. Acesso em: 5 maio 2022.

SOUZA, M. A. R. de *et al.* Poder vital e o legado de Florence Nightingale no processo saúde-doença: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 297-301, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.297-301>. Acesso em: 26 abr. 2022.

SOUZA, V. R. dos S. *Dimensões epistemológicas do conhecimento científico na enfermagem latino-americana*. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

YUNZHON, C. *et al.* Bibliometric and Visualized Analyses of Research Studies on Different Dnalgesics in the Treatment of Orthopedic Postoperative Pain. *Pain Research and Management*, [s. l.], v. 2022, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2022/6835219>. Acesso em: 21 abr. 2022.

CAPÍTULO 4

(IN)VISIBILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO TÉCNICA panorama da produção científica no Brasil

Gilberto Tadeu Reis da Silva

Ludmila Anjos de Jesus

Cristiano Oliveira de Souza

Alexandre Silva Santos

Virginia Ramos dos Santos Souza

Deybson Borba de Almeida

Óscar Manuel Ramos Ferreira

Introdução

Os técnicos de enfermagem, no modelo dos serviços de saúde vigente, executam grande parte das ações de cuidado, determinando de maneira considerável a qualidade da assistência de Enfermagem, uma vez que compõem a maior força de trabalho na saúde. (ARAÚJO et al., 2020) Nessa perspectiva, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2022), os técnicos de enfermagem correspondem a 1.562.799 profissionais, o que equivale a 58,70% dos integrantes da equipe de Enfermagem.

Todavia, historicamente a formação profissional técnica de nível médio em Enfermagem teve sua gênese influenciada por grupos hegemônicos, preponderantemente pelas classes dominantes e pela elite, reverberando na divisão social do trabalho. Desse modo, a formação técnica expressou um intenso foco conteudista e fragmentado, limitada a execução de procedimentos em detrimento

do pensar crítico, e direcionada para as classes menos favorecidas socioeconomicamente. (VIEIRA; SILVA, 2019)

No Brasil, a criação do curso Técnico em Enfermagem também acompanhou a lógica capitalista, bem como a conjuntura socioeconômica-política existente, sendo impulsionada pela carência de enfermeiras para atender as demandas de saúde da população (PINHO et al., 2018) frente à expansão do setor médico-hospitalar nos anos 1960, em decorrência da política desenvolvimentista de Kubitschek, aliada a presença de profissionais sem formação específica que executavam ações semelhantes às da Enfermagem.

Diante desse contexto, em 1966, as escolas Ana Nery e Luiza de Marillac foram autorizadas, pelo Conselho Federal de Educação, a oferecer os primeiros cursos técnicos de Enfermagem do país. (PINHO et al., 2018) Tais cursos exprimiram, em sua concepção e estrutura, nuances políticas e socioeconômicas capitaneadas pela ideologia hegemônica, com resquícios que fragilizaram a formação técnica de nível médio em Enfermagem e repercutem na atualidade.

O curso Técnico em Enfermagem norteia-se pela Lei nº 9.394/1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e pelas normativas provenientes dela, referentes à educação profissional de nível técnico, como a Resolução nº 1/2021, que define as diretrizes curriculares nacionais gerais para a educação profissional e tecnológica. Ademais, esse curso encontra-se presente na 4ª edição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, integrando o eixo Ambiente e Saúde, com duração aproximada de 2 anos e meio e carga horária de 1200 horas, que devem ser associadas a pelo menos 400 horas de estágio curricular supervisionado. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2020) Sublinha-se que a formação técnica em Enfermagem deve ocorrer em observância e harmonia com a legislação do exercício profissional de Enfermagem e demais normativas preconizadas pelo COFEN. (ARAÚJO et al., 2020)

Frisa-se que a globalização da informação e o novo cenário econômico e social mundial têm exigido da Enfermagem o aperfeiçoamento no modo de cuidar. E, por isso, no decorrer do processo de formação, os técnicos de enfermagem precisam adquirir competên-

cias e habilidades para atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma a superar as atividades meramente tecnicistas, e reiterar a ciência da Enfermagem, rompendo com a dicotomia estrutural entre o “pensar” e o “fazer” historicamente construída. Nesse aspecto, a Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, indica, como atribuição dos técnicos de enfermagem, a participação no planejamento e programação da assistência de Enfermagem, além da execução de ações assistenciais de Enfermagem com exceção das privativas do enfermeiro. Assim, essa lei respalda o papel dos técnicos de enfermagem durante a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE).

Neste cenário, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui um método científico disponível a Enfermagem para aplicar os saberes técnico-científicos e humanos nas práticas de cuidado, ou seja, a Enfermagem teórica. Já o PE é o método prático que constitui o meio pelo qual a assistência de Enfermagem é implantada, ou seja, a Enfermagem prática. (TANNURE; PINHEIRO, 2011)

O PE é regulamentado pela Resolução nº 358/2009 do COFEN e deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os espaços em que há prestação do cuidado profissional de Enfermagem, sendo composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: a coleta de dados de Enfermagem, o diagnóstico de Enfermagem, o planejamento de Enfermagem, a implementação e a avaliação. Ainda de acordo com essa resolução, os técnicos de enfermagem participam da execução do PE, naquilo que lhes couber e mediante a supervisão e orientação do enfermeiro.

Cabe ressaltar que o PE é considerado um instrumento metodológico, o qual guia a organização do processo de trabalho e do cuidado em Enfermagem, inclusive no que tange a documentação da prática profissional, conferindo racionalidade para o saber/fazer da ciência da Enfermagem. (ADAMY; ZOCHE; ALMEIDA, 2020) Entretanto, apesar da importância do PE para a organização do cuidado e fortalecimento da ciência da Enfermagem, o ensino do PE ainda enfrenta múltiplos desafios no contexto da formação profissional. (MELO; ENDERS; BASTO, 2018)

Frente ao exposto, tendo em vista a relevância quantitativa e qualitativa da atuação do técnico de enfermagem na implementação do PE nos diversos serviços de saúde, objetivou-se mapear os estudos sobre o ensino desse processo durante a formação profissional técnica de nível médio em Enfermagem no Brasil. Assim, ao descortinar esse panorama, espera-se contribuir para a expansão da visibilidade desse tema e fornecer subsídios para reflexões com a finalidade de fomentar a consolidação do ensino do PE na formação técnica em Enfermagem.

Método

Trata-se de uma *scoping review*, estruturada de acordo com as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI) – The Joanna Briggs Institute –, que seguiu as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). A *scoping review* visa mapear estudos existentes em determinado campo do saber de forma ampliada, com foco abrangente (AROMATARIS; MUNN, 2020) e se apresenta como método de escolha para este estudo, em virtude da inexistência de revisões de escopo prévias acerca do tema, e diante da importância da compreensão do panorama do ensino do PE na formação técnica em Enfermagem.

O protocolo de pesquisa foi estruturado em cinco etapas propostas pelo manual do JBI (AROMATARIS; MUNN, 2020):

1. identificação de problema, fase responsável por elaboração da questão de pesquisa;
2. identificação de estudos relevantes, que constituiu na busca de estudos nas bases de dados;
3. seleção dos estudos, etapa que os estudos são avaliados e selecionados;
4. mapeamento de dados, extração de dados dos artigos selecionados; e

5. agrupamento, análise e resumo dos dados, na qual se realiza sumarização dos resultados, a análise crítica e interpretação dos resultados.

A elaboração da questão de pesquisa foi baseada na estratégia proposta pelo mnemônico PCC (P – População; C – Conceito; C – Contexto). (AROMATARIS; MUNN, 2020) Sendo, respectivamente, P – Técnico de nível médio em Enfermagem, C – Processo de Enfermagem e C – Formação profissional técnica em Enfermagem. Assim, emergiu a seguinte questão norteadora para este estudo: como ocorre o ensino do PE durante a formação profissional técnica de nível médio em Enfermagem no Brasil?

Para definição da estratégia de busca, foi inicialmente realizada uma pesquisa exploratória por artigos sobre o tema para aproximação com a temática e identificação dos descritores mais frequentes, os quais foram posteriormente verificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Assim, foram selecionados os descritores: “Processo de Enfermagem”, “Sistematização da Assistência de Enfermagem”, “Educação Técnica em Enfermagem” e “Educação em Enfermagem”. Além disso, em razão da especificidade da temática, foi incluída a palavra-chave “técnico de enfermagem”.

Para o delineamento da estratégia, foi utilizada combinação dos operadores booleanos “OR” e “AND”, conforme apresentado no Quadro 1. Salienta-se que, em virtude do foco no contexto nacional, a estratégia de busca foi delineada em português, contudo, realizou-se uma busca exploratória com a estratégia em inglês, não se obtendo retorno significativo distinto da estratégia em português, consubstanciando, assim, a escolha.

As fontes de dados empregadas foram o portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que agrega diversas bases de dados e outros tipos de fontes de informação, com o intuito de ampliar o acesso a conteúdos científicos em saúde na América Latina e Caribe, e o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que consiste em um dos maiores acervos

científicos do Brasil e reúne e disponibiliza conteúdos desenvolvidos nacional e internacionalmente, favorecendo a democratização do acesso à informação.

Ademais, devido à amplitude da *scoping review*, optou-se por acrescentar a literatura cinzenta por meio da utilização do Portal de Teses e Dissertações da CAPES, que reúne e possibilita o acesso a teses e dissertações desenvolvidas em programas de pós-graduação do Brasil. Diante da restrição de pesquisas verificada nas fontes, foi realizada uma busca exploratória no Google Scholar com o intuito de expandir a localização de estudos, contudo, não foram identificadas novas investigações alinhadas ao objeto de interesse, apenas verificou-se aquelas já selecionadas provenientes de outras bases, e, portanto, não foi incluído como fonte de dados neste estudo.

Quadro 1. Estratégia de busca e fontes de dados. Salvador, Brasil, 2022

Estratégia de busca	Fontes de Dados
(Ensino AND (“Processo de Enfermagem” OR “Sistematização da Assistência de Enfermagem”) AND (“Educação Técnica em Enfermagem” OR “Educação em Enfermagem”) AND (“técnico de enfermagem”))	Portal da Biblioteca Virtual de Saúde; Portal de Periódicos da CAPES; Portal de Teses e Dissertações da CAPES

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Para recuperação dos estudos de interesse, foi realizada a consulta nas fontes de dados em maio de 2022. Foram incluídos na busca estudos sob a forma de artigos, teses e dissertações disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados de 2010 a 2021. No Portal CAPES de Teses e Dissertações filtrou-se também pelas áreas do conhecimento “Enfermagem”, “Ensino” e “Educação”.

O recorte temporal foi proposto a partir do ano subsequente à publicação da resolução do COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, em que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, considerando, desse modo, o interstício de um ano em relação à publicação da resolução, tempo necessário para a realização de ajustes no processo de ensino e desenvolvimento de estudos. Sublinha-se que as produções duplicadas foram contabilizadas em apenas uma fonte de dados.

A investigação e a seleção das produções científicas foram realizadas por dois pesquisadores, às cegas, com padronização da sequência de utilização dos descritores e dos cruzamentos em cada base de dados. As divergências presentes no processo avaliativo de seleção foram analisadas por um terceiro pesquisador. Para aumentar a acurácia, nesta fase do processo utilizou-se o aplicativo Rayyan, com exceção dos estudos recuperados do Portal CAPES de Teses e Dissertações, em que o processo foi realizado através de uma planilha no Microsoft Excel.

Para extração dos dados, foi utilizada uma matriz de análise, com auxílio do Microsoft Excel, contendo: base, tipo de produção, título, ano de publicação, autores, local de publicação, periódico (se artigo), programa de pós-graduação (se tese ou dissertação), idioma, lócus do estudo, fonte de dados e principais resultados.

Em seguida, para tratamento, análise e estruturação dos dados, foi realizada a síntese qualitativa a partir da identificação das similaridades e divergências dos estudos. Cada produção recebeu um código composto pela inicial do tipo de publicação (tese, dissertação ou artigo), seguido de um algarismo arábico em ordem cronológica de acordo com o ano de publicação. E, assim, mediante o agrupamento dos temas centrais dos estudos, foram elaboradas as categorias.

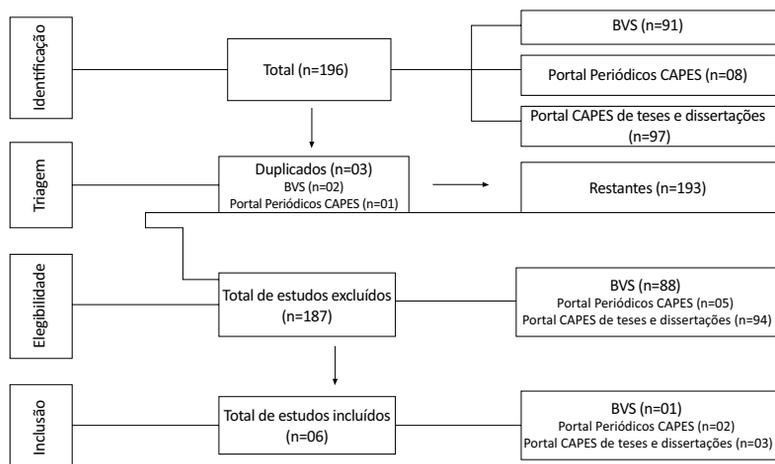
Por se tratar de uma pesquisa que utilizou apenas fonte de dados secundários, disponíveis em base de acesso aberto, não foi submetida a avaliação e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, todavia, os aspectos éticos foram respeitados no desenvolvimento deste estudo. Os aspectos autorais, também, foram garantidos a partir da

citação da autoria intelectual da obra e a manutenção das ideias dos autores das publicações utilizadas. Destarte, esta revisão observou todos os preceitos éticos e legais presentes na Resolução nº 466/12 e Lei nº 9.610/1998.

Resultados

A estratégia permitiu a recuperação de 196 documentos, dos quais 3 foram excluídos por estarem repetidos, restando 193 para avaliação quanto aos critérios de elegibilidade, sendo apenas 6 incluídos como amostra neste estudo, conforme Figura 1.

Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos adaptado do PRISMA-ScR. Salvador, Brasil, 2022



Fonte: elaborada pelos autores.

Os estudos foram publicados de 2010 a 2021, sendo que apenas o ano de 2016 contou com duas produções (33,33%). Quanto ao tipo de estudo, identificou-se três artigos (50%), uma tese de doutoramento (16,67%) e duas dissertações de mestrado (33,33%). No tocante ao local de publicação, houve destaque dos estados de São Paulo e Rio Grande do Norte, com três (50%) e duas (33,33%) pesquisas, respectivamente. O detalhamento dos dados está apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Caracterização sintética dos estudos (n=06). Salvador, BA, Brasil, 2022

Título	Tipo de produção	Autores	Ano de publicação	Local de publicação	Periódico / Programa de Pós-Graduação ou Instituição	Lócus do estudo
Construção de diretrizes para o ensino do processo de enfermagem na formação do profissional de enfermagem de nível técnico	Dissertação	Oliveira, T.C.G.	2021	Botucatu – SP	Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – campus Botucatu	Escolas técnicas do Centro Paula Souza nas regiões administrativas de Sorocaba, Marília e Bauru, em escolas que oferecem o curso de Técnico em Enfermagem.
Construção e validação de Objeto Virtual de Aprendizagem para apoio ao ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem aos técnicos em enfermagem	Tese	Salvador, P.T.C.O.	2016	Natal – RN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde da UFRN (ESUFRN)
Ensinar sistematização da assistência de enfermagem em nível técnico: percepção de docentes	Artigo	Salvador, P.T.C.O et al.	2016	São Paulo – SP	Acta Paul Enferm.	Curso Técnico em Enfermagem de uma universidade pública do Nordeste do Brasil

(Continua)

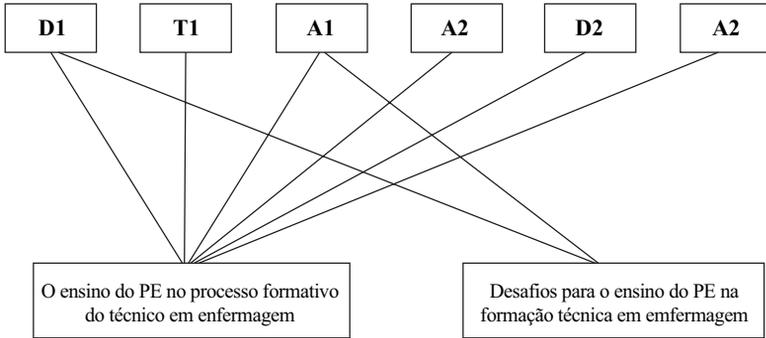
(Conclusão)

Título	Tipo de produção	Autores	Ano de publicação	Local de publicação	Periódico / Programa de Pós-Graduação ou Instituição	Lócus do estudo
Ensino da sistematização da assistência de enfermagem aos técnicos de enfermagem	Artigo	Salvador, P.T.C.O et al.	2015	Rio de Janeiro – RJ	Esc. Anna Nery	Hospital Universitário Onofre Lopes (Natal – RN)
Compreensão do típico ideal de técnicos de enfermagem acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem	Dissertação	Salvador, P.T.C.O.	2013	Natal – RN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Hospital Universitário Onofre Lopes (Natal – RN)
Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem	Artigo	Cruz, A.M.P.; Almeida, M.A.	2010	São Paulo – SP	Rev. esc. enferm. USP	Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

A partir da realização da síntese qualitativa, foi possível identificar as similaridades e divergências dos estudos, permitindo o delineamento de duas categorias temáticas, conforme a Figura 2.

Figura 2. Representação sinóptica do delineamento das categorias do estudo. Salvador, Brasil, 2022



Fonte: elaborada pelos autores.

O ensino do PE no processo formativo do técnico em enfermagem

Os resultados dos estudos apontam que a participação dos técnicos de enfermagem na SAE permanece como um campo obscuro e carente de investigações aprofundadas. No que concerne ao ensino, o contato do técnico de enfermagem com os elementos da SAE/PE durante seu processo formativo ocorre de maneira incipiente, o que repercute na forma de atuação dos técnicos de enfermagem nas ações da equipe de Enfermagem. Nessa ótica, os técnicos de enfermagem frequentemente limitam-se à execução da prescrição realizada pelo enfermeiro, corroborando com a perpetuação da divisão social do trabalho, impulsionada pelo negligenciamento da participação desses profissionais no planejamento e programação das atividades de Enfermagem.

Evidenciou-se que, no curso de formação técnica em Enfermagem de nível médio, o PE normalmente não é abordado e a ênfase da formação situa-se no enfoque tecnicista e direcionado para os cuida-

dos de natureza prática de Enfermagem. Assim, as pesquisas sugerem que o processo formativo dos técnicos de enfermagem precisa ser reformulado, sendo o PE incluído de forma fundamental no currículo diante da necessidade e importância de integrar o técnico de enfermagem na sistematização da assistência.

Nessa perspectiva, para fomentar o ensino do PE na formação técnica, estratégias também foram abordadas nos estudos. Dentre elas, metodologias ativas e interativas, como a construção de um objeto virtual de aprendizagem e a elaboração de um material (*e-book*) com diretrizes para apoiar o processo de ensino-aprendizagem, embasado em conteúdo pertinente e recomendações para a formação do profissional técnico de enfermagem na temática PE de forma crítica e reflexiva. (SALVADOR, 2016)

Desafios para o ensino do PE na formação técnica em enfermagem

Há uma preocupação com o preparo dos discentes para participação no PE, principalmente frente a realidade de muitos serviços de saúde que ainda não se encontram com a SAE efetivamente consolidada, e, assim, a formação adequada poderia auxiliar a reverter esse cenário.

Contudo, diversas dificuldades que comprometem o ensino do PE no nível técnico foram observadas, sobretudo aquelas relacionadas a deficiências prévias de competências básicas do ensino fundamental e médio, como problemas de escrita, interpretação e comunicação e dificuldade dos discentes compreenderem as atribuições dos técnicos de enfermagem na equipe de Enfermagem e na sua participação no PE. Além disso, foi evidente a falta de habilidade do docente para ensinar os conteúdos e aspectos referentes ao PE.

Ponderou-se, também, que não existe um momento favorável isolado para discussão quanto ao PE, uma vez que se trata de uma temática que deve atravessar toda a formação desde o início do curso, o que também representa um grande desafio.

Discussão

A SAE e a implementação do PE são atividades privativas do enfermeiro que, através de um método e estratégia de trabalho científico, realiza a identificação dos problemas de saúde da população, contribuindo para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009) Entretanto, segundo a lei do exercício profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986), compete também ao profissional de nível técnico acompanhar o enfermeiro nas atividades de planejamento, programação, orientação e supervisão. Sendo assim, é inquestionável a importância dos técnicos de enfermagem para a realização da SAE e a implementação do PE.

O PE utiliza de uma abordagem organizada, integral e contínua, no intuito de alcançar seu propósito prático de sistematizar a assistência de Enfermagem. Para isso, é utilizado um enfoque holístico, o qual assegura que as intervenções sejam elaboradas centradas no indivíduo e não na doença, que possibilita a identificação de diagnósticos precoce e, conseqüentemente, o tratamento dos problemas de saúde potenciais e vigentes, reduzindo, assim, a incidência e a estadia nos serviços de saúde, além de melhorar a comunicação e prevenir erros, omissões e repetições desnecessárias. (POTTER; PERRY, 2017)

Todos os componentes da equipe de Enfermagem deveriam ter o conhecimento necessário relativo às etapas do PE, o que favoreceria a consolidação do saber próprio da Enfermagem, reverberando no fortalecimento da identidade profissional. (ADAMY et al., 2020) Contudo, o ensino do PE na formação dos técnicos de enfermagem permanece em uma seara de baixa visibilidade, evidenciada, neste estudo, em razão do baixo quantitativo de produções acerca do tema. Ademais, os estudos existentes revelam que o ensino do PE na formação técnica é frágil e incipiente.

Apesar da proposta do PE possibilitar a promoção do cuidado integral e o aumento da visibilidade da equipe de Enfermagem, sendo os técnicos de enfermagem um ator importante para sua realização,

é possível identificar, na literatura, uma atuação limitada desse profissional. (CRUZ; ALMEIDA, 2010) Essa conjuntura reflete as deficiências e fragilidades oriundas do processo formativo no que tange ao ensino do PE.

Ressalta-se que a formação técnica em enfermagem permanece enraizada em uma educação tecnicista, fragmentada e pragmática. Nessa tônica, em pesquisa prévia verificou-se que nas matrizes curriculares das escolas estudadas não havia indícios do ensino do PE em nenhuma disciplina, ainda que houvesse sua aplicação em poucas disciplinas de algumas escolas. (MANGUEIRA; FONTES, 2008)

Assim, para superação desse cenário, é fundamental a inclusão, no currículo dos cursos técnicos em Enfermagem, de concepções do PE. (SALVADOR et al., 2017) Destarte, o processo formativo dos técnicos de enfermagem se configura como o elemento principal para romper com esse paradigma na prática assistencial de Enfermagem, transcendendo a visão da atuação dos técnicos de Enfermagem majoritariamente tecnicista e isenta de planejamento e cientificidade. Embora os professores dos cursos técnicos em Enfermagem reconheçam a importância do ensino do PE, existe uma inquietação sobre quando este deve ser incluído no currículo dos técnicos de enfermagem e explorado durante a formação, visto que estudos apontam que a imaturidade do aluno e/ou deficiências prévias na educação básica prejudicam a compreensão do PE. (SALVADOR et al., 2017)

Além disso, pondera-se que, muitas vezes, o docente não possui habilidades para ensinar os elementos do PE. Nesse ínterim, salienta-se que a maioria dos docentes dos cursos técnicos em Enfermagem consistem em enfermeiros recém-formados e sem aprofundamento em práticas pedagógicas e educativas (BRAINER; CUNHA; FREITAS, 2021), o que reforça a dificuldade do ensino do PE nesse nível formativo.

É essencial compreender que o PE necessita ser abordado de forma transversal nos currículos dos cursos técnicos em Enfermagem e, dessa forma, deve ser incorporado aos componentes curriculares existentes ao longo da formação e não corresponder a uma temática abordada de maneira isolada e em uma disciplina específica.

Corroborando com esse pensamento e considerando a complexidade do PE, destaca-se que seu ensino deve, além de ocorrer transversalmente, envolver estratégias inovadoras, como o uso de metodologias ativas, através de propostas interativas em que o discente possa ser o protagonista na construção do conhecimento. (SILVA et al., 2018)

As metodologias ativas se configuram em uma importante ferramenta para implementar o PE nos cursos técnicos em Enfermagem, pois elas fomentam a criatividade na resolução de problemas cotidianos e incentiva a liberdade de pensar e agir a partir de compartilhamento do contexto real, além de fomentar a interação docente e estudante. A problematização pode ser usada como estratégia de ensino e aprendizagem, pois possibilita o desenvolvimento de autonomia e compreensão da responsabilidade individual, habilidades importantes para a implantação do PE na prática assistencial. (CAMARGO et al., 2016)

A criação de ferramentas interativas e diretrizes para guiar o processo de ensino-aprendizagem despontam como estratégias viáveis para favorecer o ensino do PE. Convém, ainda, acrescentar que, para o ensino efetivo do PE na formação técnica, as instituições formadoras precisam promover a qualificação docente, sobretudo direcionada para formação de profissionais engajados em uma prestação de cuidados crítica, reflexiva e embasada na ciência.

A partir da análise dos estudos, desvelou-se que, embora o PE seja uma temática relevante e que tangencia a qualidade da assistência prestada, trata-se de uma área pouco investigada, uma vez que, além do quantitativo reduzido de produções científicas identificadas, tais pesquisas também evidenciaram a carência de investigações acerca do tema, o que reflete diretamente no cuidado.

Contudo, foram observados benefícios significativos do ensino do PE na formação do técnico em enfermagem, os quais permeiam o paciente, a equipe de saúde e o funcionamento do serviço de saúde. No tocante ao paciente, esses benefícios incluem o melhor prognóstico, a identificação precoce de problemas e a qualificação e organização do cuidado com foco nas necessidades do indivíduo. Quanto à equipe de saúde, o ensino do PE possibilita o desenvolvi-

mento de competências para as relações interpessoais, que favorecem o aumento da confiança entre o profissional e o usuário, além de fomentar a capacidade de trabalho em equipe. Ademais, na perspectiva dos serviços de saúde, ocorrem ganhos importantes como a elevação da qualidade da assistência de Enfermagem. (CRUZ; ALMEIDA, 2010; SALVADOR et al., 2017)

Pondera-se que, embora necessário, o ensino do PE é pontual na realidade brasileira, trazendo implicações relevantes para a estruturação e consolidação da Enfermagem. Contudo, percebe-se que a educação profissional ainda enfrenta grandes desafios no percurso do processo educativo, influenciado por questões políticas, socioeconômicas e conflitos de interesse que reverberam na legislação atinente a essa formação. (MANGUEIRA; FONTES, 2008) Quanto a esse último aspecto, pontua-se que não há uma legislação que obrigue a inclusão do PE na matriz curricular dos cursos, entretanto, fica evidente o distanciamento entre o ensino e a Lei do Exercício Profissional.

Ademais, as deficiências no ensino do PE também podem refletir conflitos na Enfermagem, já que, equivocadamente, os enfermeiros podem acreditar que ao preparar os técnicos de enfermagem para a implementação do PE expõem-se a perder espaço e poder dentro desse campo. E, na sociedade, uma vez que a solidificação do PE na Enfermagem, que abarca o maior contingente de profissionais da saúde, pode, além de contribuir para sua consolidação enquanto ciência, ecoar no fortalecimento da profissão e, conseqüentemente, no engajamento por valorização e melhores condições de trabalho.

Contudo, cabe frisar que o ensino do PE na formação técnica impacta sobremaneira na prática dos serviços de saúde, sendo importante resgatar discussões sobre a temática, especialmente, considerando que técnicos de enfermagem representam a base do cuidado de saúde.

Destarte, infere-se que a construção histórica da formação técnica em enfermagem manifestou interesses econômicos e foi marcada pela divisão social do cuidado com a dicotomia entre o pensar e o executar e forte ênfase no tecnicismo, apresentando resquícios até os dias atuais. Assim, apesar dos 90 anos da educação profissional

técnica em Enfermagem no Brasil, os projetos pedagógicos dos cursos ainda reproduzem essas questões, o que pode explicar a invisibilidade do PE na formação.

Além disso, nota-se que, de modo geral, o técnico de enfermagem ocupa uma posição frágil na sociedade, o que, também, favorece o panorama de invisibilidade tanto na formação quanto na pesquisa e no trabalho, apesar de representarem a base da pirâmide ocupacional na saúde.

Desse modo, é preciso superar a visão tecnicista e subserviente da formação técnica em Enfermagem, resgatando a necessidade de um ensino robusto e que considere o PE como elemento essencial para a prática do cuidado.

Considerações finais

Ao descortinar a produção científica referente ao ensino do PE na formação técnica de nível médio, foi possível notar que se trata de uma temática à margem do processo formativo e também do escopo da maioria dos pesquisadores da Enfermagem, representando, então, uma área de invisibilidade. Este achado está correlacionado com as questões do modelo de atenção hegemônico, enraizado no paradigma biomédico, bem como da gênese da profissão, caracterizada pelo dualismo estrutural e pela fragmentação do cuidado de Enfermagem, e das motivações políticas para a formação técnica no Brasil, que manifestam interesses capitalistas e de mercado. Sobretudo, também exprimem aspectos da identidade profissional representada nos projetos de curso técnico em Enfermagem, com foco tecnicista, baixo lastro científico e frágil posição social.

O PE precisa ser valorizado como um instrumento metodológico fundamental para a prática de toda a equipe de Enfermagem, visto que ele contribui para melhorias na autonomia da profissão e, também, para a qualidade da assistência. Para tal, sugere-se uma reavaliação do ensino do PE nos cursos técnicos diante dos benefícios elencados e, assim, suscita-se a necessidade de refletir sobre o

processo de ensino e a respeito da reavaliação da matriz curricular dos cursos técnicos de enfermagem.

Percebe-se que o processo educativo referente ao PE na educação técnica, nutrido pela formação tecnicista, revela a incipiência e a invisibilidade do fomento do uso de um método científico próprio da Enfermagem. Assim, espera-se despertar reflexões acerca do tema e impulsionar novos estudos no intuito de dirimir os fatores complicadores evidenciados, contribuindo para a efetivação do ensino do PE na formação técnica, o que repercutirá na prática da equipe de Enfermagem.

Por fim, fica evidente a necessidade de repensar a formação técnica em Enfermagem, com destaque para a participação ativa das entidades representativas, com vistas a promover uma formação mais crítico-reflexiva, que compreenda o ensino do PE como instrumento indispensável para o cuidado. E, especialmente, direcione-se para a superação da fragmentação do cuidado de Enfermagem e da dicotomia entre o pensar e o fazer.

Referências

ADAMY, E. K.; ZOCICHE, D. A. de A.; ALMEIDA, M. de A. Contribuição do processo de enfermagem para a construção da identidade dos profissionais dos profissionais de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, p. 1-8, 2020. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>. Acesso em: 3 jun. 2020.

AMSTRONG, R. *et al.* 'Scoping the Scope' of a Cochrane Review. *Journal of Public Health*, Oxford, v. 33, n. 1, p. 147-150, Mar. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr015>. Acesso em: 3 jun. 2022.

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Adelaide, AU: Joanna Briggs Institute, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 5 jun. 2022.

ARAÚJO, M. S. de *et al.* Analysis of the Guiding Rules of The Nurse Technician's Practice in Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0322>. Acesso em: 2 jun. 2022.

BRAINER, S. A.; CUNHA, I. C.; FREITAS, M. A. Competências docentes no ensino técnico de enfermagem: um olhar dos professores do curso. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 12, n. 4, p. 695-701, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4478> Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=Art.%C3%A1rea%20onde%20ocorre%20o%20exerc%C3%ADcio. Acesso em: 1 jun. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm. Acesso em: 1 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 2 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Resolução nº 1, de 05 de janeiro de 2021. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica. *Diário Oficial da União*: seção: 1, Brasília, DF, ed. 3, p. 19, 6 jan. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/cp-n-1-de-5-de-janeiro-de-2021-297767578>. Acesso em: 2 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Resolução nº 2, de 15 de dezembro de 2020. Aprova a quarta edição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. *Diário Oficial da União*: seção: 1, Brasília, DF, ed. 240, p. 81, 16 dez. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2-de-15-de-dezembro-de-2020-294347656>. Acesso em: 3 jun. 2022.

CAMARGO, R. A. A. de *et al.* Prática pedagógica na educação profissional de nível médio em enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 1-9, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.42026>. Acesso em: 1 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução COFEN - 358/2009, de 15 de outubro de 2009*. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 1 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe dos termos e condições a serem seguidos e trata do Sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS do CN) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) compondo um sistema que utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos próprios de inter-relação que visa à proteção dos participantes de pesquisa. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

CRUZ, A. M. P. da; ALMEIDA, M. de A. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 921-927, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FnKWMG3WswK9k7hNQpHhGzP/?lang=pt#>. Acesso em: 4 jun. 2022.

MELO, E. C. A. de; ENDERS, B. C.; BASTO, M. L. Plataforma PEnsinar®: uma ferramenta de aprendizagem para o ensino do processo de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, n. 4, p. 1613-1621, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0411>. Acesso em: 3 jun. 2022.

MANGUEIRA, S. O.; FONTES, W. D. O processo de enfermagem na matriz curricular de escolas formadoras de técnicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 438-447, 2008. Suplemento. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8045/5822>. Acesso em: 2 jun. 2022.

OLIVEIRA, T. C. G. *Construção de diretrizes para o ensino do processo de enfermagem na formação do profissional de enfermagem de nível técnico*. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

PINHO, E. A. *et al.* Analisando criticamente a formação de auxiliares e técnicas de enfermagem no Brasil. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 29, n. 1/2/3, p. 117-126, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/970774/analizando-criticamente-a-formacao-de-auxiliares-e-tecnicas-de-_iHtZg3x.pdf. Acesso em: 3 jun. 2022.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SALVADOR, P. T. C. O. *Construção e validação de objeto virtual de aprendizagem para apoio ao ensino da sistematização da assistência de enfermagem aos técnicos em enfermagem*. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

SALVADOR, P. T. C. de O. *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem acerca da integração do técnico de enfermagem na sistematização da assistência. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-9, 2017. Disponível: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170035>. Acesso em: 2 jun. 2022.

SILVA, I. A. S. *et al.* O ensino do processo de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, Recife, v. 12, n. 9, p. 2470-2478, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235896/29962>. Acesso em: 2 jun. 2022.

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

VIEIRA, S. L.; SILVA, G. T. R. da. Educação profissional técnica de nível médio em saúde e em enfermagem: diálogo com o pensamento freireano. *Revista Estudos IAT*, Salvador, v. 4, n. 2, p. 126-141, 2019. Disponível em: <http://estudosiat.sec.ba.gov.br/index.php/estudosiat/article/view/136>. Acesso em: 2 jun. 2022.



Parte II

Aplicabilidade e uso do Processo de Enfermagem e da Sistematização



CAPÍTULO 5

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA o desafio em aproximar linguagens

Nelma Nunes Ramos

Juliana Alves Leite Leal

Evanilda Souza de Santana Carvalho

Aline Mota de Almeida

Eloisa Bahia Santana

Ricardo Alexandre Carneiro de Almeida

Natália Mascarenhas Silva

Carlos Eduardo Moreira Soares

Introdução

Neste capítulo convidamos os leitores à reflexão sobre como direcionar a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir da compatibilização de registro de Enfermagem do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Ademais, a SAE se propõe a contribuir com a instrumentalização das profissionais enfermeiras visando a garantia da autonomia, da valorização profissional e a qualidade da assistência e da gestão dos serviços de saúde.

Partindo da concepção de que o trabalho da enfermeira na ESF no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido desenvolvido por meio das Linhas de Cuidado que permitem a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), concebemos que a SAE é um instru-

mento que pode contribuir para qualidade da assistência de saúde alimentados via sistema e-SUS Atenção Básica (AB).

O intuito deste texto é discutir a SAE como um instrumento que, além de propiciar e nortear a assistência de Enfermagem, oferece condições para a organização do trabalho da enfermeira.

A SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009) Esse direcionamento das ações de Enfermagem, projeta melhor comunicação e planejamento de cuidados individualizados. Assim, aproximar a SAE como tecnologia no trabalho da ESF, por meio do sistema e-SUS AB, constitui uma ferramenta que contribui para otimização dos processos de trabalho executados pelas enfermeiras, pela equipe da ESF e pela gestão pública em saúde.

Abordaremos o PEC do sistema e-SUS AB como *software* no qual todas as informações do paciente ficam armazenadas, no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo como principal objetivo informatizar o fluxo de atendimento do cidadão realizado pelos profissionais de saúde, tendo em vista que essas informações estão relacionadas ao PE.

A consulta de Enfermagem na atenção à saúde norteia o profissional no diagnóstico de Enfermagem ao identificar problemas, além de embasar o plano de cuidados para o paciente e sua família. Esta pode evidenciar variáveis dos determinantes sociais, aspectos religiosos, econômicos, questões de raça e gênero, que indicam necessidades particulares de saúde.

Vamos tratar sobre a compatibilidade das diferentes linguagens, nos sistemas utilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) para integrar o PE. Visto que no âmbito do SUS para registro das atividades/procedimentos/consultas, usa-se o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), também utilizado no PEC e-SUS. O Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), adota a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIAP-2) como item de preenchimento obrigatório e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, complementando os demais

sistemas de classificação diagnóstica utilizados pelas enfermeiras. (NANDA-I, CIPE e CIPESC)

Na busca pela integração dos sistemas de registros da APS por meio do PEC e-SUS, vamos discutir como o método SOAP pode ser utilizado como suporte teórico de registro para o PEC, diante das experiências em diversos estados brasileiros com a participação dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN).

A enfermeira na Estratégia Saúde da Família

As enfermeiras conduzem seu trabalho de modo que as organizações de saúde possam oferecer não apenas o atendimento para paciente e coletividades que buscam os serviços, mas também, organizam e articulam condições para que as organizações continuem a oferecer os serviços para outros que precisem dele futuramente. A prática da enfermeira visa o presente e o futuro dos processos de atenção à saúde.

No contexto da Atenção Básica de Saúde, e pela demanda de ampliar o acesso aos serviços de saúde, a enfermeira configura-se como trabalhadora essencial para a implementação dos processos de atenção à saúde na ESF. É notório como a enfermeira, enquanto organizadora do processo de trabalho em saúde e coordenadora do processo de trabalho em Enfermagem, realiza neste espaço comunitário, domiciliar e organizacional papel decisivo e fundamental no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população. (LEAL; MELO, 2021)

A enfermeira vem demonstrando uma prática profissional criativa, dinâmica, com estratégias que, em grande parte, visam superar o modelo de fragmentação do cuidado, assegurando uma continuidade e sobretudo resolutividade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, são competências da trabalhadora enfermeira no âmbito da ESF o planejamento, gerenciamento e execução de ações no âmbito da saúde coletiva e individual, supervisão de outros membros da equipe –

a exemplo, os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem – e ainda a realização de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, articulação de ações intersetoriais, desenvolvimento de ações de educação permanente e continuada. (BRASIL, 2017)

Nessa perspectiva, a enfermeira possui uma multiplicidade de responsabilidades, que possibilita coordenar o cuidado, se aproximando do paciente e estabelecendo uma relação que se destaca pela capacidade de acolher e compreender o ser humano como um todo. Mas é no campo gerencial que a enfermeira ganha notoriedade, numa atuação que vai além dos saberes técnico-científicos para uma dinâmica de trabalho que leva em consideração as relações entre membros da equipe e entre equipe e comunidade, transitando pelos diferentes campos do conhecimento. Haja vista que o trabalho da enfermeira é indissociavelmente assistencial-gerencial. (LEAL; MELO, 2021)

Desta forma, as enfermeiras que conseguem fazer um melhor planejamento e execução das suas tarefas, além de envolver a sua equipe em prol do que é mais importante para os usuários do sistema de saúde, alcançam os melhores resultados, refletindo num maior grau de satisfação da equipe e da comunidade.

Mas quase nunca é fácil desenvolver tantas responsabilidades dentro da ESF, os desafios diários são grandes, a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos humanos e materiais e ainda o crescente número de famílias sob a responsabilidade de uma única unidade exigem do processo de trabalho da enfermeira muito protagonismo e desenvolvimento de diversas competências. Porém, mesmo diante de tantos desafios, a enfermeira da atenção básica posiciona-se como pilar da referida estratégia. (SOUZA; SOUZA, 2020)

A consulta de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

A APS no Brasil vem se estabelecendo como importante espaço de mudanças nas práticas de atenção à saúde no SUS. Neste espaço, a atuação da enfermeira procura responder às demandas de saúde

da população a partir da proposta do novo modelo de assistência à saúde, centrado na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças, na promoção da saúde e da qualidade de vida dos usuários e população. (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018)

Nesse sentido, a assistência de Enfermagem precisa acontecer a partir do conhecimento e reconhecimento das situações de saúde e de doença do paciente, da família e da comunidade assistida, do mesmo modo a adoção das medidas que contribuam para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde. (SANTOS et al., 2020)

Dentre as ações que sistematizam essa assistência está a consulta de Enfermagem, uma atividade privativa do enfermeiro, realizada em todos os níveis de atenção à saúde pública ou privada. A realização da consulta de Enfermagem deve acontecer de forma ordenada de maneira a contemplar o histórico do processo saúde/doença para além dos aspectos biológicos. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; SANTOS et al., 2008)

Na condição de um atendimento individual, a consulta de Enfermagem possibilita à enfermeira conhecer os anseios do próprio paciente atendido, os problemas que acometem a sua saúde e da comunidade e sua magnitude, assim como a criação de vínculo que pode ser estabelecido a partir desse momento de encontro/cuidado. Nessa assertiva, tal trabalhadora tem a oportunidade de estabelecer as relações entre processo saúde-doença e o social e, somados a análise dos dados epidemiológicos, elementos primordiais, elaborar e realizar ações de cuidado que possam vir a responder positivamente às necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo do cuidado a população. (ACIOLI et al., 2014; SANTOS et al., 2008)

A consulta de Enfermagem, mesmo sendo considerada uma das mais relevantes atividades realizadas na APS e tendo em vista a pluralidade da atuação do enfermeiro na realização dela, estudos apontam dificuldades e limitações para sua prática. (CAVALHEIRO; SILVA; VERÍSSIMO, 2021; MATUMOTO, 2011; NAUDERER; LIMA, 2008)

Algumas situações comprometem a execução da consulta de Enfermagem, dentre elas: a ausência de espaços e de condições arquitetônicas nos estabelecimentos de saúde para a oferta do atendimento; o incipiente número de profissionais de Enfermagem nas unidades de saúde e a falta de qualificação desses profissionais para a consulta de Enfermagem nas diversas áreas de abrangência da APS. (BARATIERY; MARCON, 2012; CAÇADOR et al., 2015; MATUMOTO, 2011)

Em adição a sobrecarga de trabalho, o acúmulo de demandas sempre urgentes, as metas, os pactos e os indicadores estabelecidos a serem alcançados pelo serviço de saúde são circunstâncias que acarretam o afastamento das enfermeiras da assistência direta, especialmente da consulta de Enfermagem da realidade dos territórios e das necessidades de saúde da população. (CAÇADOR et al., 2015; BARATIERY; MARCON, 2012)

O registro da enfermeira na Estratégia Saúde da Família

No campo de trabalho em Enfermagem é regulamentada a responsabilidade e dever dos profissionais deste campo em registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, conforme Resolução nº 429/2012 do Conselho Federal de Enfermagem. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012)

O prontuário é um instrumento empregado pelos profissionais de saúde para registrar, armazenar e colher informações referentes ao paciente. Os registros da equipe de Enfermagem se configuram como uma das principais formas de comunicação entre os trabalhadores de saúde, nos quais as informações são fornecidas para toda a equipe, de modo que as necessidades dos usuários/indivíduos sejam observadas, compreendidas e atendidas. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012)

O prontuário, além de acompanhar a evolução do paciente, também constitui um documento legal, tanto para trabalhadores quanto

para usuários atendidos, pois, segundo a Resolução COFEN nº 514/2016, os registros realizados no prontuário do paciente servem de documento legal de defesa dos profissionais, por refletirem todo o empenho e força de trabalho da equipe de Enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente.

A importância do registro de Enfermagem, sejam eles realizados pela enfermeira, técnico ou auxiliar de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros. (BARRETO et al., 2019)

Na APS, o prontuário do paciente, seja ele eletrônico ou manual, individual ou da família, reúne diversos registros e anotações como anamnese, histórico, evolução de Enfermagem, além de documentação sobre visita domiciliar realizada para monitoramento do paciente, fichas de referência e contrarreferência, exames, plano de cuidado e orientações.

Na evolução de Enfermagem, a enfermeira aplica o PE, que pode ser compreendido como a expressão do método clínico, que tem se configurado como uma das formas de sistematizar a assistência de Enfermagem, de modo a identificar e solucionar situações, considerando um dado contexto, num determinado período de tempo, visando produção de resultados positivos para a saúde de um indivíduo ou comunidade. (CARVALHO et al., 2007)

Seguindo as cinco etapas padronizadas do PE, a enfermeira deve proceder em cada evolução com: 1. coleta de dados; 2. diagnóstico de Enfermagem; 3. planejamento de Enfermagem; 4. implementação; 5. avaliação de Enfermagem, considerando as linhas de cuidados, na assistência à saúde de grupos populacionais específicos e ou população geral, na qual o registro evolutivo da situação é relevante.

O sistema e-SUS AB com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

Para a reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), incluindo as informações da AB, foi desenvolvida a estratégia do e-SUS AB, com o objetivo de concretizar um novo modelo de gestão de informação para apoiar municípios e serviços de saúde na gestão efetiva da AB e na qualificação do cuidado dos usuários. O sistema e-SUS preconiza individualizar o registro, integrar a informação, reduzir o trabalho na coleta de dados, além da gestão e da coordenação do cuidado. (BRASIL, 2020)

Um dos meios de registro do e-SUS AB utilizado é o PEC, que usa como forma de identificação do registro dos atendimentos o Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), promovendo a efetiva coordenação e gestão do cuidado do cidadão, além de possibilitar o compartilhamento de informações com outros serviços de saúde. (BRASIL, 2020)

O registro da prática clínica na AB, bem como sua organização no processo do cuidar, tem especificidades oriundas dos atributos essenciais da APS e da própria ESF, tais como a atenção à saúde no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Nesta perspectiva, todos os registros dos atendimentos dos profissionais que atuam na AB serão feitos através desse sistema, incluindo a consulta de Enfermagem.

A prática clínica, dentro de um conjunto integrado e articulado de atividades e ações que visam promover uma atenção integral à saúde, através da gestão do processo clínico individual, da gestão do processo familiar e da gestão da prática clínica, associado ao modelo de Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) e em conjunto com a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), tem a capacidade de organizar e padronizar a informação, buscando garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliando na comunicação e tomada de decisão, em equipe, permitindo um arquivo de dados-base das pessoas e famílias em acompanhamento,

fornecendo eventualmente também dados para investigação científica ou prova para diligências legais. (BRASIL, 2020)

O modelo de RCOP foi adotado pelo sistema e-SUS AB para estruturação da funcionalidade do PEC, que traz como elemento central da forma de registro do cuidado, o método SOAP. Ao longo do tempo, cada registro irá compor a história clínica do cidadão, que será organizada por problema, que, dentro do conceito para uma abordagem multiprofissional, “é tudo aquilo que requer ou pode requerer uma ação da equipe de saúde e, em consequência, motivará um plano de intervenção”.

Este modelo RCOP é composto por quatro componentes: a base de dados, a lista de problemas (folha de rosto), a evolução (utilizando o método SOAP) e a folha de acompanhamento (fichas de resumo e fluxograma).

A sua base de dados é composta pelos dados da primeira consulta ao cidadão, que inclui a identificação, os antecedentes pessoais e familiares, os exames clínicos e os fatores de risco, que devem ser atualizados sempre que possível.

Na sua sessão de lista de problemas propõe a ideia de antepor o prontuário clínico com uma folha de rosto, listando os problemas de saúde do paciente, que é composta pelos problemas crônicos de saúde, chamados de Problemas Ativos (que requerem ação terapêutica contínua) e os Inativos ou Resolvidos (que não requerem ações terapêuticas imediatas).

No item evolução, utiliza o método SOAP para organizar as notas de evolução no atendimento ao cidadão. Esta é uma forma prática e padronizada de registro, organizada em quatro itens sequenciais titulados pela primeira letra de cada item.

Assim, a interpretação da sigla SOAP deve ser entendida da seguinte forma, o “S” significa subjetivo (registra o que é o relatado pelo paciente), o “O” constitui o objetivo (anota os achados da observação do profissional de saúde, do exame físico e dos exames laboratoriais), o “A” é para avaliação (registra o juízo que o profissional de saúde estabelece à luz das queixas, dos achados e do raciocínio clínico, através das especulações, inferências e conclusões) e o “P”,

de plano (anota a conduta, seja solicitando exames, recomendando medicamento ou aconselhamento).

O sistema e-SUS AB com PEC é um sistema de *software* que auxilia nas ações de gerenciamento de UBS; na organização da agenda e processo de trabalho; no registro e organização, em formato de prontuário eletrônico, para os profissionais de saúde; no registro e organização, em formato de Coleta de Dados Simplificada (módulo CDS), por meio de fichas e processo de digitação destas; no monitoramento e avaliação das ações de saúde no território; entre outras.

Como o método SOAP pode ser utilizado como referencial teórico para sistematizar a assistência

O método SOAP, utilizado como referencial teórico para o registro no PEC e-SUS, viabiliza a aplicabilidade da SAE/PE na APS e organiza a sequência de registros de Enfermagem compatibilizando com os diagnósticos e intervenções de Enfermagem, além de permitir a comunicação da CIPE e o CIAP.

De acordo com Massad, Marin e Azevedo Neto (2003), em 1969, Lawrence Weed introduziu a ideia de prontuário orientado pelo problema, no qual os problemas de saúde de cada paciente e as anotações são registradas e acompanhadas, de acordo com uma estrutura sistemática de registro de dados denominada SOAP pelo seu acrônimo em inglês (S = queixas; O = achados; A = testes e conclusões; P = plano de cuidado).

Após essas mudanças, o prontuário passou a ter as seguintes funções: apoiar o processo de atenção à saúde, servindo de fonte de informação clínica e administrativa para tomada de decisão e meio de comunicação compartilhado entre todos os profissionais; permitir o registro legal das ações médicas; apoiar a pesquisa; promover o ensino e gerenciamento dos serviços, fornecendo dados para cobranças e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e gerenciamento do custo. (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003)

Nesse contexto, a inclusão do SOAP por meio de registros eletrônicos colabora com a integração dos sistemas de registros da APS, uma vez que diante de algumas notas técnicas, pareceres que fazem referências a experiências de diversos COREN, com protocolos de Enfermagem na APS compatibilizando CIPE e CIAP/SOAP, assim como diagnósticos de Enfermagem e intervenções de Enfermagem. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL, 2020; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2013, 2015)

O SOAP tem objetividade, organização, maior facilidade de acesso às informações para tomada de decisões e pela descrição sistemática das evidências e das razões que apoiam as conclusões e os planos diagnósticos e terapêuticos durante o acompanhamento do paciente.

O referencial assertivo sobre SOAP, apresentado por Borsoi (2018), no qual correlaciona com os códigos da CIAP, descrevendo que o “S” do motivo da consulta se correlaciona com o componente 1 da CIAP (1 ao 29) e Solicitação de medicamentos/procedimentos componentes 2 e 3 (30 a 59); indica que o “O” do resultado de exames com o componente 4 (60 e 61) e faz a ressalva que os achados do exame físico não são codificáveis pela CIAP; para letra “A” descreve a hipótese sindrômicas ou diagnósticas, corresponde ao componente 7 (70 ao 99) e o “P”, administrativos/encaminhamentos com os componentes 5 e 6 (62 a 69) plano-componentes 2, 3 e 6.

A CIAP está na segunda edição (2009) e engloba os problemas mais frequentes na APS, o foco na pessoa e não na doença, permitindo a utilização de diferentes códigos em diferentes etapas da consulta – SOAP, além de identificar ou codificar o motivo da consulta, subsidiar estudos de demanda, identifica sentimentos do paciente. O código CIAP não é médico-específico e é digno de nota que 50% das consultas em APS não têm elementos suficientes – diagnóstico determinado. (CROMBIE, 1963)

Por isso, foi proposto neste capítulo elucidar o comparativo do método SOAP com as etapas do PE e CIPE.

De maneira exemplificada, demonstramos como referência o modelo da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que

orienta a integração dos sistemas de registro com o PE, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1. Comparativo - SOAP/ Etapas do Processo de Enfermagem/CIPE

Etapa	SOAP	Processo de Enfermagem	CIPE
S – Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)	
O – Objetivo	Dados do exame físico, exames complementares laboratoriais	Histórico de Enfermagem (exame físico)	
A – Avaliação	Avaliação dos problemas – utilização de um sistema de classificação	Diagnóstico de Enfermagem; planejamento de Enfermagem; avaliação de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem; resultado de Enfermagem
P – Plano	Plano de cuidados/condutas	Implementação	Intervenções de Enfermagem

Fonte: Florianópolis (2015).

No âmbito do SUS, para registro das atividades/procedimentos/consultas, é utilizado o método SOAP, também utilizado no PEC e-SUS, e já testado em outras experiências. (FLORIANÓPOLIS, 2015) Consideramos que existe possibilidade de compatibilização das diferentes linguagens, nos sistemas utilizados no SUS para integrar o PE e aplicabilidade para ser reproduzido em outras realidades

O SISAB adota CIAP-2 como item de preenchimento obrigatório, tendo possibilidade de ser utilizado como um sistema de classificação de problemas, complementando os demais sistemas de classificação diagnóstica utilizados pelas enfermeiras, como a CIPE.

Neste contexto, a integração da SAE/PE no PEC e-SUS pode ser considerada como desafio, contudo direcionamos alguns caminhos

visando criar condições efetivas para compatibilizar e integrar a linguagem de Enfermagem.

Sob este ponto de vista propõem-se o uso do método SOAP na aplicação do diagnóstico de Enfermagem no PEC, oferecendo subsídio à compatibilização das linguagens de Enfermagem CIPE com CIAP e o PE.

O diagnóstico de Enfermagem por meio da CIPE com inserção do PE no SOAP, em um campo de digitação manual pode ser considerado por alguns profissionais como desafios, uma vez que se faz necessário aprofundar os conhecimentos técnicos científicos sobre a temática de forma a embasar o profissional na operacionalização.

Uma estratégia apresentada é a inserção de um *link* ou janela com filtros em uma aba, de modo a facilitar a identificação pelo profissional de saúde.

O PEC contém campo para a utilização de diagnósticos de Enfermagem que são indispensáveis para atender ao previsto na Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

No âmbito do SUS é apresentado como sugestão para registro das atividades/procedimentos/consultas, o método, também utilizado no PEC e-SUS.

O SOAP Modelo Weed, criado na década de 1960, traduz objetividade, organização, maior facilidade de acesso às informações para tomada de decisões e pela descrição sistemática das evidências e das razões que apoiam as conclusões e os planos diagnósticos e terapêuticos durante o acompanhamento do paciente.

A CIAP-2 oferece nomenclaturas que contemplam todas as profissões, cabendo à enfermeira utilizar as classificações no âmbito de sua atuação profissional. Baseia-se num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de Enfermagem, assim sendo, contempla o PE e pode ser utilizado para registro no prontuário. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2013)

A CIAP permite realizar a classificação dos problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde e dos motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe seguindo uma sistematização desenvolvida por Lawrence Weed denominada de SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) e a CIAP-2 significa um sistema de classificação mais abrangente que aborda questões psicossociais e outras situações de vulnerabilidade vivenciadas na AB e a utilização do método SOAP utilizadas no e-SUS/SISAB favorece a aplicabilidade no PE.

Neste sentido, a CIAP-2 se configura em um sistema de classificação mais abrangente, abordando questões psicossociais e outras situações de vulnerabilidade vivenciadas na AB e possibilita o entendimento quanto a utilização do método SOAP no PE.

Mediante ao exposto, identificamos que o caminho para direcionar o processo de trabalho, visando a implementação da SAE na ESF a partir da compatibilização de registro de Enfermagem do PEC, percorre um longo caminho, passando pela busca de conhecimentos sobre o papel da enfermeira na ESF, consulta de Enfermagem na APS e os registros, ampliando os saberes sobre sistema e-SUS AB, PEC, identificando assim o meio em compatibilizar a linguagem de Enfermagem no SUS para integrar a SAE/PE por meio do método SOAP.

Referências

ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidad en el trabajo del enfermero: identificando dificultades y perspectivas de transformación. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, 2012.

BARRETO, J. de J. S. *et al.* Registros de enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 23, p. 1-8, 2019.

BORSOI, M. Telessaúde Mato Grosso do Sul. SOAP e a CIAP na prática da ESF. Disponível em: <https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/5150122012020153225.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Manual de uso do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC v3.2*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/esus/download>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CARVALHO, E. M. de *et al.* Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. *Revista de Enfermagem UFPE On line*; Recife, v. 1, n. 1, p. 95-99, jul./set. 2007.

CAÇADOR, B. S. *et al.* Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 612-626, jul./set. 2015.

CAVALHEIRO, A. P. G.; SILVA, C. L. da; VERÍSSIMO, M. de La Ó. Ramalho. Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 12, n. 3, p. 540-545, 2021.

CROMBIE, D. L. Diagnostic Process. *The Journal of the College of General Practitioners*, London, v. 6, n. 4, p. 579-589, 1963.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 maio 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.htm. Acesso em: 11 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução Cofen nº 514/2016*. Aprova o Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295. Acesso em: 10 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de 2009. Dispõe sobre a Resolução da Assistência de Enfermagem e de Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out. 2009.

COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA WONCA. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2a. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. *Resposta técnica nº 002/2020 - CT. Utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem (PE)*. Brasília, DF, 10 jul. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Parecer COREN-SP 056/2013 - CT. Utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem*. São Paulo, 30 ago. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Parecer COREN-SP 010/2015 - CT. Uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) por Enfermeiros que atuam em Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família*. São Paulo, 20 out. 2015.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The Complexity of the Work of Nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, p. 704-709, 2018.

FLORIANÓPOLIS (SC). Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolos de enfermagem: volume 1: hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares*. Florianópolis, 2015. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_01_2020_13.13.01.d79094d25246fcb4b4a021e63dc27a7d.pdf. Acesso em: 6 fev. 2022.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. de. *Processo de Trabalho da Enfermeira*. Curitiba: Appris, 2021.

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2003.

MATUMOTO, S. *et al.* Nurses; Clinical Practice in Primary Care: A Process Under Construction. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, fev. 2011.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. da S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 889-894, 2008.

SANTOS, K. C. dos *et al.* Atenção à saúde do homem: construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, n. 3, p. 1-10, 2020.

SANTOS, S. M. dos R. *et al.* A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-130, 2008.

SOUZA, L. P. S. e; SOUZA, A. G. de. *et al.* Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 10, n. 4, p. 1-13, 2020.

CAPÍTULO 6

APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Láís Fumincelli
Sofia Selpis Castilho

Introdução

Diante do atual contexto de pandemia do novo vírus SARS-CoV-2 (Severe Acute Syndrome Coronavirus-2), ocasionando a doença respiratória conhecida por covid-19 (Coronavirus Disease), observam-se casos mais graves e de maior letalidade entre idosos e em pessoas com comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença pulmonar crônica, câncer, entre outras. (ZHOU et al., 2020) Faz-se necessário um olhar para os indivíduos acometidos por doenças crônicas ou com comorbidades incapacitantes das atividades de vida diária. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020)

Nas últimas décadas, houve um crescente número de comorbidades e incapacidades crônicas das atividades de vida diária na população adulta. (MAYER et al., 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) Nesse sentido, no contexto da atenção integral à saúde do adulto, o foco principal de atuação, nas condições específicas a esse público, se constitui como uma das iniciativas do Ministério da Saúde que prioriza condições pautadas no perfil epidemiológico desta população, com o intuito de articular ações de caráter individual e coletivo. (BRASIL, 2014) Observa-se uma queda dos

óbitos decorrentes de doenças infecciosas e o aumento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes e neoplasias. Tais doenças têm sido denominadas não infecciosas, crônicas, não transmissíveis ou crônico-degenerativas, por serem identificadas pela ausência de microrganismos no modelo epidemiológico, pela não transmissibilidade ao longo do curso clínico e por sua irreversibilidade. (BRASIL, 2014; MATUMOTO et al., 2012)

Dados anteriores ao quadro de pandemia já detectavam, pelo Vigitel Brasil 2010 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), que 6,3% dos adultos entrevistados afirmaram ter diagnóstico de diabetes mellitus, e 23,3% dos adultos brasileiros afirmaram já terem sido diagnosticados com hipertensão arterial. Desses, 25,5% foram mulheres e 20,7% homens. (BRASIL, 2013) O aumento da expectativa de vida e a proporção de idosos na composição populacional alteram o perfil de morbidade e mortalidade dos brasileiros. As doenças cardiovasculares, que têm a hipertensão e diabetes como um importante fator de risco para seu desenvolvimento, representam a principal causa de mortalidade no país. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020) Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte associação de morbidades relacionadas, pois são responsáveis por um número expressivo de internações e estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas, o que leva a perda significativa da qualidade de vida, aprofundando-se à medida que a doença se agrava. (BRASIL, 2013)

Diante deste cenário, é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado para a assistência integral e contínua ao paciente adulto, de forma interdisciplinar, quer em nível de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação da doença. Entre as profissões de saúde, a Enfermagem tem sido reconhecida como essencial na linha de frente no combate à covid-19, com atuação em diversos setores da área da saúde. (CLEMENTINO et al., 2020) Portanto, a prática da Enfermagem proporciona importantes contribuições nas percepções da saúde do paciente adulto, sendo sua ferramenta essencial o Processo de Enfermagem (PE). O PE subsidia essa prática profissional

do enfermeiro nos diversos ambientes de atuação, como hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, escolas, domicílios. (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017)

A aplicação do PE facilita a tomada de decisões, por ser dinâmico e sistemático ao identificar, compreender, descrever, prever e avaliar as respostas humanas a respeito da assistência de Enfermagem ao paciente, à família e à comunidade. Além disso, impulsiona o enfermeiro a analisar constantemente suas ações e a estudar como poderia realizá-las melhor, ou seja, possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico e o fundamento do raciocínio clínico profissional. É uma maneira sistemática e dinâmica de prestar cuidados de Enfermagem, promovendo o cuidado humanizado, orientado a resultados e de baixo custo. (ALFARO-LEFREVE, 2014; CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017)

Trata-se de uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando a prescrição e implementação das ações da assistência de Enfermagem, que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo geral abordar o PE aplicado aos pacientes adultos hospitalizados em média e alta complexidade. Apresenta também como objetivos específicos, identificar as comorbidades prevalentes na faixa etária adulta e fatores de risco associados; descrever a utilização do raciocínio clínico para o estabelecimento do PE; e apresentar a avaliação integral do enfermeiro nessas situações junto ao paciente, à família e à comunidade por meio da aplicação das classificações de Enfermagem – tais como North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC – Nursing Interventions Classification) e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC – Nursing Outcomes Classification) – para esses pacientes.

Contexto da população adulta no Brasil

A saúde brasileira vem mudando e hoje se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças, as quais englobam doenças infecciosas e carenciais, causas externas e presença de condições crônicas. Além do cenário atual de pandemia da covid-19, é importante compreender o adulto brasileiro com critério epidemiológico por meio da composição de doenças no panorama de saúde nacional e as mudanças na composição da população global. (PAULA et al., 2020; SANTOS et al., 2022)

O aumento da expectativa de vida e a proporção de idosos na composição populacional alteram o perfil de morbidade e mortalidade dos adultos brasileiros. (SANTOS et al., 2022) Na perspectiva geracional, adulto é aquele com condições de ser filho(a), pai/mãe ou avô(ó), que se encontra no ciclo da vida situado entre a adolescência e a velhice, com peculiaridades como ser biológico, psicológico, social, cultural e político. No Brasil, tendo como parâmetro as idades cronológicas que estabelecem os direitos da criança, do adolescente e do idoso, por meio dos respectivos Estatutos da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) e do Idoso (Lei nº 10.741/2003), está na fase adulta a pessoa que tem entre 19 e 59 anos de idade.

No contexto do agravo crônico, o modo pelo qual as pessoas reagem e lidam com a doença crônica é, em geral, similar ao modo pelo qual elas reagem a outros eventos em suas vidas, dependendo, em parte, da compreensão que têm da condição e da percepção de seu impacto potencial sobre suas vidas e sobre a vida dos membros da família. As condições da cronicidade são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade. (SIQUEIRA et al., 2017)

Dentre os vários fatores de risco para o desenvolvimento de uma doença crônica, pode-se citar hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, sedentarismo, sobrepeso e obesidade, estresse, álcool,

diabetes mellitus, hereditariedade, tabagismo e consumo excessivo de sal. (PELOSI et al., 2021; SIQUEIRA et al., 2017) No Brasil, esses fatores de risco são monitorados por meio de diferentes inquéritos de saúde, com destaque para o monitoramento realizado pelo Vigitel. (BRASIL, 2013)

Os cuidados de Enfermagem aos pacientes com doenças crônicas são variados e ocorrem em diversos ambientes, sendo a hospitalização um dos cenários de tratamento das condições e complicações das patologias. No cenário hospitalar, a observação e pensamento crítico da equipe de Enfermagem, liderados pelo enfermeiro, são vitais para o reconhecimento e o manejo precoce das possíveis complicações em saúde do adulto. (PEREIRA et al., 2021) O enfermeiro deve ser capaz de avaliar a situação e iniciar a ação adequada imediatamente. A avaliação precisa e as principais intervenções de Enfermagem ao paciente adulto hospitalizado podem ser classificadas e organizadas pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). (PAULA et al., 2020)

Raciocínio clínico para o estabelecimento do Processo de Enfermagem ao paciente adulto hospitalizado

O PE compreende um método científico da profissão e orienta-se pela SAE para o desenvolvimento e a coordenação do trabalho da equipe de Enfermagem. (ALFARO-LEFEVRE, 2014) No Brasil, a inserção da SAE teve início, com maior evidência, em alguns serviços com equipe de Enfermagem, nas décadas de 1970 e 1980, por influência dos escritos de Wanda de Aguiar Horta. Nesse sentido, conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009, a “Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem”.

O uso do PE é o fundamento para o raciocínio clínico, o qual é essencial para um cuidado de saúde seguro e eficaz. O raciocínio clínico trata-se de um termo específico, que se refere à investigação

e controle dos problemas do paciente no local do atendimento. Por exemplo, o enfermeiro como profissional de saúde precisa se respaldar no conhecimento científico e em habilidades que lhe permitam contemplar, na visão holística, a integralidade do ser humano e na condição atual do paciente. Além disso, necessita estar ciente de que, quando uma relação pessoal e de confiança é estabelecida entre os profissionais de saúde e o ser humano doente, tal relação interfere favoravelmente em sua recuperação. Portanto, cuidar integralmente de um ou mais pacientes, reunindo o conhecimento reflexivo e crítico, exige do enfermeiro o uso do raciocínio clínico para identificar e direcionar os atos de cuidado de Enfermagem, de acordo com as necessidades por ele diagnosticadas. (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS; 2017; ALFARO-LEFEVRE, 2014)

O raciocínio clínico e a destreza mental do enfermeiro em benefício do ser humano devem estar presentes em todas as etapas do PE como um pensar lógico que norteia a conduta profissional. As etapas são compostas pela investigação, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. (ALFARO-LEFEVRE, 2014) Para isso, o profissional precisará: reconhecer evidências sobre a situação que está investigando; conseguir diferenciar uma situação de outra similar ou parecida; e concluir o seu pensamento a partir de dois ou mais juízos relacionados, previamente conhecidos (raciocínio clínico). É responsabilidade do enfermeiro interpretar as respostas humanas de modo preciso para selecionar as intervenções apropriadas e avaliar o resultado alcançado. (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017)

Conforme reflexão apresentada sobre o tema por Carvalho, Oliveira-Kumakura e Morais (2017), ao se considerar o ato de cuidar, desde o momento da investigação, realiza-se tanto apreensão de evidências como também julgamentos. O julgamento pode ser compreendido como a capacidade flexível e diferenciada para reconhecer dados relevantes de uma situação clínica indefinida, interpretar seus significados e dar uma resposta apropriada. O cuidado em saúde ao ser humano ou aos grupos populacionais requer atitudes de corresponsabilidade entre os distintos atores envolvidos: profissionais

de saúde (em especial os enfermeiros), usuários, familiares e comunidade. Todo tratamento começa com o encontro, o olhar, o ouvir e o tocar. É especialmente no toque e na atitude curiosa em conhecer aquela experiência de viver a doença, ao examinar o corpo que é desconhecido, que o distanciamento entre o profissional e o usuário poderá ser abolido.

Nesse contexto, conforme as autoras, ao realizar um julgamento, o enfermeiro utiliza o seu pensamento crítico. Este já envolve um conjunto de habilidades aprendidas e atitudes necessárias para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Essas habilidades podem ser divididas em três categorias: habilidades cognitivas (análise), habilidades comportamentais (análise, autoconfiança e sistematização) e hábitos da mente (compreensão, confiança, criatividade, curiosidade, flexibilidade, integridade intelectual, intuição, perseverança, perspectiva intelectual e reflexão). Desse modo, o resultado do raciocínio clínico guiará a tomada de decisão, que poderá ser diagnóstica ou terapêutica. Ela envolve, portanto, a escolha de um comportamento, dentre uma ou mais alternativas, com a intenção de aproximar-se de algum objetivo desejado. Vários fatores podem interferir no processo de tomada de decisão: o conhecimento teórico, a experiência adquirida na prática, a capacidade de julgamento e de raciocínio e o bom senso. (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017)

Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2013) revelam que se um paciente não é capaz de escolher ou recusar um tratamento, então, um hospital, um médico ou um membro da família podem, justificadamente, ser investidos do papel de decisores ou recorrer a um tribunal ou a outra autoridade para buscar a solução das pendências, visando a implantar uma tomada de decisão. Carpenito-Moyet (2011) considera que o enfermeiro tem um papel importante no auxílio a pacientes e família, sobretudo, no que tange à tomada de decisão, visto que os enfermeiros não se beneficiam financeiramente de decisões tomadas em relação aos tratamentos e às transferências, o que os torna profissionais que estão em uma posição ideal para ajudar a decidir.

O desenvolvimento dessas habilidades é fundamental para o enfermeiro construir o seu raciocínio clínico. Conforme estudo de revisão integrativa (CERULLO; CRUZ, 2010), o raciocínio clínico está presente em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro, como no diagnóstico dos fenômenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos. A formulação diagnóstica contém as expectativas de intervenções e resultados possíveis, em dado contexto, e depende das pessoas envolvidas (enfermeiro, paciente, família e comunidade) e dos relacionamentos que são estabelecidos entre as pessoas. Por sua vez, o processo diagnóstico é um componente importante da expertise em diferentes campos de atuação profissional.

As habilidades e capacidades envolvidas no raciocínio clínico são fatores intervenientes para se determinar as ações e decisões nas diferentes etapas do PE. Nesse sentido, os desafios relacionados à SAE e ao PE estão vinculados a formação acadêmica que propicie o conhecimento e aplicação da SAE e do PE no contexto dos diferentes níveis de saúde; uma maior produção científica sobre a temática na área da Enfermagem; serviços de saúde que tenham todas as etapas do PE implementadas e que realizem e incentivem a educação permanente dos enfermeiros. Desse modo percebe-se que o raciocínio clínico é imprescindível à atividade do enfermeiro, uma vez que a qualidade da assistência depende substancialmente das suas habilidades de entendimento. Além disso, o raciocínio clínico é um instrumento indispensável para converter o objetivo e atingir a finalidade do seu processo de trabalho; ressalta-se, pois, que o raciocínio clínico é entendido neste estudo como tecnologia instrumental para o cuidado. (ALFARO-LEFEVRE, 2014; CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017)

Em suma, é por meio dele que se orienta a coleta de informações relevantes para a avaliação de Enfermagem, norteando a interpretação das respostas humanas (reações) aos problemas de saúde e processos de vida, o que auxilia a tomada de decisão referente às intervenções que devem ser implementadas e contribui tanto para a evolução do indivíduo quanto na avaliação do planejamento da

assistência. Estimular o raciocínio clínico desde o início das atividades acadêmicas, contribuirá para se ter gerações com maior desempenho nas habilidades imprescindíveis para o bom desempenho profissional e nas decisões da vida diária.

Avaliação integral do enfermeiro ao paciente adulto, a família e a comunidade

O PE é uma ferramenta e o pensamento crítico é o modo que essa ferramenta é utilizada. O enfermeiro aplica o pensamento crítico, um processo contínuo caracterizado pela indagação contínua e perseverança, combinada com a vontade de olhar para cada situação única do paciente e determinar quais as premissas identificadas são verdadeiras e relevantes. O pensamento crítico envolve reconhecer que há um problema, analisar as informações sobre o problema, avaliar as informações (revisar os pressupostos e evidências) e tirar conclusões. (ALFARO-LEFEVRE, 2014)

Um pensador crítico considera o que é importante em cada situação clínica, imagina e explora alternativas, considera princípios éticos e toma decisões informadas sobre o cuidado dos clientes. O uso do conhecimento baseado em evidências faz do(a) enfermeiro(a) um pensador crítico e esclarecido. Portanto, pensar criticamente é o centro da competência profissional em Enfermagem e, aliado ao PE, permite uma tomada de decisão de qualidade sobre o cuidado a ser realizado ao paciente. (POTTER; PERRY, 2013)

Nesse contexto, neste capítulo utiliza-se o referencial da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979) e por base na taxonomia de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I. (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021) Assim, a Enfermagem, como ciência e arte, compreende assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência. Proposta baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, todavia na Enfermagem prefere-se utilizar a denominação de João Mohana das necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Todas as necessidades

estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. (HORTA, 1979)

No ambiente hospitalar, em uma situação de doença, a reação do indivíduo ao diagnóstico é essencial para a realização do tratamento de forma integral. Essa reação é afetada positiva ou negativamente pela capacidade de acolhimento e vínculo do profissional e dos estímulos do ambiente sociocultural. Portanto, o olhar do profissional de Enfermagem deve estender-se para além do adulto hospitalizado, sendo necessário avançar até o familiar e as redes de apoio (seu entorno), a fim de agregar o meio em que está inserido, e considerar os problemas desencadeados pela situação de doença do paciente.

Iniciando pela investigação, este é um processo permanente que inicia na admissão do paciente e continua até a alta. Primeiramente coleta-se as informações sobre o estado de saúde do paciente, atual e precedente, por meio das pessoas significativas (familiares, profissionais de saúde, entre outros), registros clínicos anteriores, entrevista e exame físico. Após, identifica-se os dados significativos e as partes relacionadas das informações obtidas são agrupadas para ajudar a identificar e decidir como estabelecer as prioridades conforme as necessidades básicas do indivíduo. Assim, se realiza o registro dos dados iniciais de admissão, os achados anormais e o registro no prontuário do paciente conforme as políticas e os procedimentos. Em todo processo aplica-se o pensamento crítico do enfermeiro na análise, síntese, reflexão e conclusões iniciais para a próxima etapa, o diagnóstico de Enfermagem. (ALFARO-LEFEVRE, 2014; POTTER; PERRY, 2013)

No contexto do indivíduo adulto, é importante considerar várias características ao analisar a saúde integral do adulto: escolaridade, renda, acesso aos serviços de saúde, autocuidado, hábitos de vida, trabalho, lazer, sociabilidade, nutrição, entre outras. Os serviços que destinam atendimento à saúde para o adulto no Brasil ainda estão centrados no atendimento curativo, baseando-se na resolução de queixas em detrimento do modelo de atenção focalizado na promoção da saúde e prevenção de doenças. Dessa maneira, os níveis de atenção são, majoritariamente, realizados com diagnósticos tardios nos ambulatórios de especialidades, prontos-socorros e hospitais de

referência, ou seja, nos níveis secundários e terciários da assistência. (BRASIL, 2014)

O enfermeiro tem uma função fundamental na equipe de saúde, já que, por meio da avaliação clínica diária/constante do paciente, poderá realizar o levantamento dos vários fenômenos, seja na aparência externa ou na subjetividade da multidimensionalidade do ser humano. Igualmente poderá providenciar para que o paciente seja atendido nos mais diferentes segmentos da equipe de saúde e/ou de Enfermagem. O cuidado deve compreender um conjunto de princípios, valores e atitudes, quer na dimensão pessoal quer na social, sendo isto uma virtude que integra os valores identificadores da profissão de Enfermagem. Nessa perspectiva, leva-se em consideração o direito do exercício da autonomia do paciente e sua família e o dever da beneficência por parte dos profissionais. (PEREIRA et al., 2021)

Nesse sentido, a SAE vem sendo implementada na prática assistencial do enfermeiro, e confere maior segurança aos pacientes, melhora a qualidade da assistência e a autonomia aos profissionais de Enfermagem, por organizar o trabalho quanto ao método, número de pessoas e adequação de instrumentos, além de viabilizar a operacionalização do PE. Neste contexto, a utilização da SAE garante um cuidado humano, individualizado e centrado nas necessidades humanas básicas, além de garantir um plano de cuidado ao paciente e nortear as ações do enfermeiro e equipe de Enfermagem. (ALFARO-LEFEVRE, 2014)

Ao analisar os dados e sinais e sintomas do paciente adulto, segue-se para o diagnóstico de Enfermagem a fim de esclarecer a natureza exata dos problemas reais e potenciais e os fatores de risco que devem ser abordados para que sejam atingidos os resultados gerais esperados do cuidado. (ALFARO-LEFEVRE, 2014) Através da análise dos dados coletados são identificadas as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do paciente em relação à Enfermagem, para o seu atendimento. (HORTA, 1979) Trata-se de um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais e aos processos de vida. Fornecem a base para a seleção de intervenções de

Enfermagem para que sejam alcançados os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. (ALFARO-LEFEVRE, 2014)

Dentre as classificações utilizadas, o enfermeiro pode apoiar-se nos diagnósticos de Enfermagem prioritários, estabelecidos com base na Taxonomia da NANDA-I, que os definem como um julgamento clínico do enfermeiro sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma suscetibilidade a tal resposta, de um indivíduo, um cuidador, uma família, um grupo ou uma comunidade. Um diagnóstico de Enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de Enfermagem para que sejam alcançados os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021)

No caso do paciente adulto hospitalizado, em média, os problemas prevalentes de doenças cardiovasculares, podem compreender os diagnósticos de Enfermagem: risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, risco de perfusão tissular periférica diminuída, risco de infecção, dentição prejudicada, estilo de vida sedentário, autocontrole ineficaz da saúde, intolerância à atividade, conhecimento deficiente, débito cardíaco diminuído, risco de trauma vascular, padrão de sono prejudicado, nutrição desequilibrada: mais do que necessidades corporais, tristeza crônica, dor aguda, ansiedade, entre outros. (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021)

Estabelecidos os diagnósticos de Enfermagem, segue-se para o plano de cuidados registrado para garantir um cuidado seguro, de qualidade e efetivo. Trata-se de atender as prioridades urgentes, esclarecer as metas e os resultados esperados, decidir sobre os problemas que devem ser registrados, determinar as intervenções de Enfermagem individualizadas e garantir que o plano seja adequadamente registrado. Isto é, tomar as decisões clínicas que sejam do melhor interesse do paciente. Por meio do método de necessidades humanas básicas, prioriza-se os cuidados pelas necessidades afetadas e potencialmente em risco. (ALFARO-LEFEVRE, 2014)

Com a meta proposta, busca-se evitar a doença ou as consequências desta e promover, manter e recuperar a saúde. Maximiza-se a sensação de bem-estar, conforto, independência e qualidade de

vida do paciente por meio de um cuidado eficiente e que atenda às necessidades básicas do indivíduo. Nesse sentido, é necessário trabalhar continuamente para melhorar os resultados esperados do paciente, as práticas de atendimento e a satisfação do paciente, família e comunidade. Um resultado esperado do paciente, segundo a NOC, é “[...] um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, da família ou da comunidade, medido ao longo de um continuum na resposta a uma intervenção ou intervenções de enfermagem”. (MOORHEAD et al., 2020, p. 2)

Quanto aos resultados esperados, são instrumentos de medida para o plano de cuidados e dirigem-se às intervenções. Os planos de cuidados precisam ser dinâmicos, assim como a vida das pessoas e seu contexto. E, para que permaneçam adequados e em direção ao alcance dos objetivos, precisam ser monitorados e feitos reajustes às intervenções, se for o caso. O cuidado de manutenção do enfermeiro envolve monitorização constante, ensino, aconselhamento e gerenciamento do caso. Nesse sentido, após estabelecer os resultados esperados pela NOC, segue-se para a indicação das possíveis intervenções de Enfermagem por meio da NIC. Trata-se de uma classificação abrangente e padronizada das intervenções realizadas pelos enfermeiros de cuidado direto e indireto do paciente. (BULECHEK et al., 2020)

As intervenções diretas ou indiretas têm o objetivo de detectar, prevenir e controlar problemas de saúde e riscos. Promovem o funcionamento ideal, independência, sensação de bem-estar e qualidade de vida. Também alcançam os resultados esperados com segurança e eficiência. Na prescrição das intervenções de Enfermagem deve incluir: data, verbo (ação a ser realizada), sujeito, frase descritiva (como, quando, onde, com que frequência, por quanto tempo ou quanto) e assinatura. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016)

Vale ressaltar que essas etapas também se fazem necessárias nos cuidados críticos e em algumas situações também se faz necessária, por exemplo ao se tratar de um método artificial para manutenção da ventilação em pacientes impossibilitados de respirar espontaneamente por meio de introdução de prótese na via aérea

do adulto (tubos orotraqueais ou traqueostomia) e mediante ventiladores mecânicos, capazes de fornecer uma pressão positiva ao sistema respiratório para expansão pulmonar. O planejamento dos cuidados de Enfermagem tem o objetivo de reconhecer o equipamento e seus acessórios, assegurar o bom funcionamento do aparelho, conferir os parâmetros ventilatórios e ajustes de alarmes juntamente com equipe interdisciplinar, checar sincronismo ventilador/paciente, monitorar ventilação e padrão respiratório, reconhecer sinais de hipoxemia e hipercapnia, interpretar os valores gasométricos e prevenir complicações relacionadas à ventilação mecânica (barotrauma, pneumonia, atelectasia, alterações hemodinâmicas). (VIANA; RAMALHO NETO, 2021)

Desse modo, a prescrição de Enfermagem posta em ação é a fase de implementação, ou seja, colocar o plano de cuidados em prática e avaliar. Concentra-se nas seguintes atividades principais: realizar as intervenções e reinvestigar para determinar as respostas; fazer mudanças imediatas (revisando as abordagens), conforme necessário; registrar no prontuário, monitorando a evolução e comunicando o cuidado. Nesta fase de implementação dos cuidados, a realização das intervenções envolve preparar-se, executar as intervenções, determinar as respostas, neste sentido, engloba o conceito de ser proativo para promover segurança, conforto, eficiência e melhor qualidade de vida ao paciente. (ALFARO-LEFEVRE, 2014)

A fase de avaliação envolve o exame de todas as outras etapas do PE. A avaliação crítica é a chave para a excelência na Enfermagem, ou seja, uma avaliação cuidadosa, deliberada, dos vários aspectos para o paciente com alcance de um plano de cuidado individualizado, qualificado e eficaz. Enfatiza-se a determinação de se obter os resultados, além disso identificar as variáveis/fatores que afetam a obtenção do resultado. Decide-se também sobre a alta do paciente, a continuação do plano ou a sua modificação. Esta fase envolve a melhoria da qualidade do serviço por meio de três tipos de avaliação: avaliação de resultados que estuda os resultados do atendimento; avaliação do processo, como foi prestado o cuidado; e avaliação da estrutura, o ambiente em que ocorreu o cuidado.

Conclusão

Diante do exposto, o reconhecimento das comorbidades no paciente adulto e o PE no período de hospitalização compreende resposta a sérios questionamentos referentes à qualidade do cuidado e ao desenvolvimento científico da profissão. A identificação dos principais fatores de risco responsáveis pela ocorrência de hospitalizações na população adulta e o grande avanço tecnológico e científico possibilitam instrumentos valiosos para intervenção sobre essa realidade para a aplicação do PE pelo enfermeiro.

Destaca-se que o maior desafio para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes adultos compreende as práticas assistenciais, educativas e preventivas do trabalho do enfermeiro. No ambiente hospitalar, o enfermeiro precisa estar atento para o seu papel de educador, uma vez que, perante eventos evitáveis, a equipe pode trabalhar em processos de detecção de sinais de alerta e de prevenção de situações emergenciais junto à criança e sua família no processo de recuperação nas instituições e de outras maneiras para a comunidade.

Ressalta-se também que os desafios relacionados à SAE e ao PE estão vinculados à formação acadêmica que propicie o conhecimento e aplicação da SAE e do PE no contexto de saúde; uma maior produção científica sobre a temática na área da Enfermagem na saúde do adulto; e serviços que tenham todas as etapas do PE implementadas e que realizem e incentivem a educação permanente dos enfermeiros para uso de taxonomias, como NANDA-I, NOC e NIC.

Referências

- ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARUTO, G.; LANZONI, G. M. de M.; MEIRELLES, B. H. S. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 21, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45648>. Acesso em: 5 jul. 2022.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th. ed. New York: Oxford University Press, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 5 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Epidemiológicas e morbidade*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acesso em: 8 abr. 2020.

BULECHEK, G. M. *et al. NIC- Classificação das intervenções de enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

CARPENITO-MOYET, L. J. *Manual de diagnósticos de enfermagem*. Tradução Regina Machado Garcez. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CARVALHO, E. de C.; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. de S.; MORAIS, S. C. R. V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 70, n. 3, p. 662-668, maio/jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>. Acesso em: 5 jul. 2022.

CERULLO, J. A. da S. B., CRUZ, D. A. L. M. da. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 1-6, jan./fev. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019>. Acesso em: 5 jul. 2022.

CLEMENTINO, F. S. *et al.* Enfermagem na atenção às pessoas com COVID-19: desafios na atuação do sistema COFEN/CORENS. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0251>. Acesso em: 6 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Guia de Recomendações para registro de enfermagem e outros documentos de enfermagem*, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COREN). *Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html/print/. Acesso em: 13 abr. 2023.

COSTA, C. P. V. da; LUZ, M. H. B. A. Produção científica da enfermagem sobre raciocínio diagnóstico: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 10, n. 1, p. 152-162, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i1a10933p152-162-2016>. Acesso em: 6 jul. 2022.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023*. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

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

MATUMOTO, S. *et al.* Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 20, n. 4, p. 710-717, ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/R8rDmYmGLrjH9BKc4wCxs3m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2022

MAYER, B. L. D. *et al.* O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente: reflexão teórica. *REME: revista mineira de enfermagem*, Belo Horizonte p. 1-5, v. 3, jan. 2019. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1334#>. Acesso em: 6 jul. 2022.

MOORHEAD, S. *et al.* *NOC - Classificação dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019*. Brasil, 9 dez. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>. Acesso em: 13 abr. 2023.

PAULA, P. H. A. de *et al.* As dimensões do ser humano e o cuidado de enfermagem no contexto pandêmico da COVID-19. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1-7, 2020. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0321>. Acesso em: 5 jul. 2022.

- PELOSI, G. *et al.* Study on The Prevalence of Neurogenic Bladder in Brazilians With Traumatic and Non-Traumatic Spinal Cord Injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, Abingdon, v. 2, p. 1-5, 2021. Disponível em: 10.1080/10790268.2021.1981715. Acesso em: 5 jul. 2022.
- PEREIRA, L. A. *et al.* O processo de construção do enfermeiro: abordagem etnográfica. *Revista de Pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1-7, jan./dez. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.6948>. Acesso em: 6 jul. 2022.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2013.
- SANTOS, F. G. T. dos *et al.* Competência de idosos cuidadores informais de pessoas em assistência domiciliar. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0288>. Acesso em: 6 jul. 2022.
- SIQUEIRA, A. de S. E. *et al.* Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20170068>. Acesso em: 22 jul. 2022.
- VIANA, R. A. P. P.; RAMALHO NETO, J. M. *Enfermagem em terapia intensiva: prática baseada em evidências*. 2. ed. São Paulo: Atheneu: AMIB, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Coronavirus disease (COVID-19)*. Geneva, 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1. Acesso em: 5 jul. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on noncommunicable disease 2014*. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf. Acesso em: 5 jul. 2022.
- ZHOU, F. *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adults in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, London, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, Mar. 2020. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620305663?via%3Dihub>. Acesso em: 5 jul. 2022.

CAPÍTULO 7

PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM um olhar para terapia intensiva

Joseneida Silva do Nascimento

Elaine Guedes Fontoura

Rudval Souza da Silva

Marluce Alves Nunes Oliveira

Adriana Braitt Lima

Darci de Oliveira Santa Rosa

Introdução

Este capítulo tem por objetivo apresentar concepções, limites e possibilidades sobre o Processo de Enfermagem (PE) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no que tange à Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A Enfermagem é um campo profissional que desenvolve atividades respaldadas em um corpo de conhecimentos técnicos e científicos específicos para o alcance de resultados, mas também realiza ações interdisciplinares e algumas vezes interdependentes. No exercício profissional, a equipe de Enfermagem liderada pela enfermeira precisa utilizar de instrumentos no planejamento assistencial, a fim de desempenhar um atendimento de qualidade que venha a suprir as necessidades humanas alteradas nos usuários da unidade de saúde.

Nesse contexto, falar de assistência de Enfermagem organizada remete à SAE que, para o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN),

trata de uma estratégia que visa “organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos”. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2016, p. 3)

Como método para implementação da SAE utiliza-se o PE, e considera-se que este tem como foco a assistência ao indivíduo, o cuidado individualizado, por meio da prática das cinco etapas: coleta de dados de Enfermagem (ou histórico de Enfermagem), diagnóstico de Enfermagem, planejamento de Enfermagem, implementação e avaliação de Enfermagem. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2016)

Nessa perspectiva, a Resolução nº 358/2009, do COFEN, dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em todas as instituições que prestem cuidados de Enfermagem à saúde, quer sejam públicas ou privadas.

A fim de descrever funções e delimitá-las, estabelecendo a quem pertence as obrigações frente ao PE no serviço de saúde, a Lei do Exercício Profissional mostra no artigo nº 8 que é privativo ao enfermeiro, “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem”, bem como “prescrição da assistência de Enfermagem” e consulta de Enfermagem. (BRASIL, 1986, p. 45)

Pode-se inferir que na formação se apresenta a SAE e o PE como instrumentos para qualidade da assistência e uma estratégia para a autonomia do profissional enfermeiro; porém, devido à superficialidade com a qual o tema é tratado e a descontinuidade da utilização durante a graduação, nem sempre se consegue o fortalecimento da identidade profissional que inclua a SAE e o PE como algo importante e inerente à prática.

Com isso, é importante saber como as enfermeiras têm percebido a SAE e o PE, visto que o êxito da implementação de qualquer instrumento, está relacionado à forma como os profissionais compreendem o uso daquela tecnologia na sua prática diária. Além das enfermeiras, os técnicos e auxiliares de Enfermagem são parceiros de trabalho destas e devem ser vistos como participantes estratégicos no PE, pois as prescrições serão executadas por eles com mais

facilidade ou não, a depender de sua compreensão do que está sendo proposto.

Refletir sobre a SAE e o PE no ambiente hospitalar parte da ideia de desmistificá-la como uma atividade extra, acumulada às funções da equipe. Para Dotto e demais autores (2017), o cuidado não deve ser feito por obrigação, pois se torna mecânico, para cumprir normas e não conseguem alcançar os resultados.

Existem instituições de saúde que ainda não utilizam o PE em sua totalidade, mesmo com a regulamentação da obrigatoriedade pelo COFEN; no cotidiano dos serviços encontramos debates, inquietações sobre os limites e possibilidades que envolvem esta situação.

Em relação aos setores em que a equipe de Enfermagem atua, entende-se que a UTI, corresponde a unidade em que o PE pode favorecer totalmente a melhoria da qualidade da assistência no que se refere à sistematização. A UTI consiste em unidade de cuidados intensivos, que exige tecnologias de ponta e que possui equipe multidisciplinar treinada e especializada. (FERNANDES et al., 2011) A unidade possui uma equipe de Enfermagem menor e com atividades especializadas, que contribui para o uso do PE em todas as suas etapas.

Em UTI, a equipe deve ter por característica a perspicácia na descoberta das necessidades de saúde do paciente, bem como alterações clínicas, já que as internações neste local são decorrentes de agravos complexos e instáveis. É necessário, portanto, o espaço para a partilha de saberes pela equipe multiprofissional, a fim de promover uma assistência integrada. (FERREIRA et al., 2016)

A pesquisa original que respalda as discussões deste capítulo caracteriza-se como exploratória de abordagem qualitativa, recorte de uma dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), cuja técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas em local privativo, no período de maio a junho de 2019 e áudio gravadas, a fim de obter dados fidedignos. Como critérios de inclusão: os participantes deveriam estar em pleno exercício profissional no período da coleta, serem funcionários da UTI há mais de 6 meses, e como

critérios de exclusão: estarem de férias ou qualquer tipo de licença, ou afastamento.

Participaram do estudo 4 enfermeiras, 6 técnicas de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem, que trabalhavam prestando cuidados diretos aos pacientes de uma UTI de uma cidade do interior da Bahia. Todas as entrevistadas eram do sexo feminino, com idade entre 30 e 48 anos. Em relação a pós-graduação, 4 enfermeiras possuíam na área; 3 eram provenientes de formação em instituição pública de ensino, formando-se 3 delas em anos inferiores a 2000; enquanto as demais concluíram no período entre 2005 e 2012.

Quanto ao tempo de serviço em UTI, 8 trabalhavam há mais de 5 anos; 1 por aproximadamente 5 anos; e 2 por um período de 4 anos. Todas trabalhavam numa carga horária de 180 horas mensais, gerando 36 horas semanais, sendo que apenas 3 não possuíam outro vínculo empregatício, e um total de 2 participantes trabalhavam em outra UTI. Entre elas, 8 nunca participaram de eventos sobre SAE ou PE.

As enfermeiras foram caracterizadas através de código, inicial E, seguida do número correspondente à ordem das entrevistas (E1, E2 etc.), enquanto as técnicas e auxiliar de enfermagem receberam a identificação da letra T, seguida do número equivalente a entrevista (T1, T2 etc.). A letra T inclui a auxiliar de enfermagem, tendo em vista a manutenção do sigilo quanto às informações fornecidas por esta.

Para análise das entrevistas, utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin, que consta das fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Foi realizada leitura exaustiva, decodificação dos dados e criação de categorias de análise de acordo com os eixos temáticos relevantes. (BARDIN, 2016) Para a entrevista foram utilizados os questionamentos: o que você entende por SAE e PE? De que forma o PE pode contribuir para qualidade do cuidado e do serviço de Enfermagem? Fale-me sobre os limites e possibilidades para implantação do PE na UTI.

O estudo respeitou os aspectos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido submetida sob CAAE nº 06701219.7.0000.0053, e, após apreciação e aprovação

pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, emitido parecer de número 3.194.301.

Concepções sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem

Os conceitos de SAE e PE foram semelhantes entre si em alguns momentos, com a percepção de que a SAE consiste em um plano de cuidados, que como o PE otimiza a assistência, favorecendo um trabalho mais homogêneo, organizado por meio de protocolos e seguindo uma rotina.

Sistematização é a gente traçar um plano de cuidado em cima da patologia do paciente [...] depois buscar os resultados [...] do plano que a gente traçou pra esse paciente, né? (E1)

Sistematização de Enfermagem pra mim é... A gente criar... Estratégias pra que todo mundo trabalhe da mesma maneira, pra todo mundo trabalhar da forma igual. (E2)

Sistematização da assistência, eu entendo que é pra otimizar a assistência. (E4)

A SAE na verdade é um [...] modelo que tem de protocolo, né? da Enfermagem, [...] consiste em os cuidados, [...] e manejos que a gente tem que ter com o paciente. (T1)

Por outro lado, o PE também é compreendido como realização do exame físico e anamnese, além da participação em cursos e atualizações ou é desconhecido por alguns profissionais de Enfermagem da UTI.

[...] porque tá dentro do exame físico, tá dentro da anamnese do paciente, né? faz parte. (T1)

O processo de... da Enfermagem eu acho que é investimentos, em cursos, em conhecimento, atualização [...]. (T2)

E Processo de Enfermagem? Não sei, pula essa. (T6)

Existe ainda a compreensão de que o PE pode aumentar a qualidade do serviço caso a equipe seja comprometida, tenha responsabilidade e exercite o trabalho em equipe.

[...] a gente não vai ter uns bons resultados, se a equipe de Enfermagem não for comprometida [...]. (E1)

[...] Um depende do outro, né? o técnico depende do enfermeiro, o enfermeiro depende do médico, né? então é conjunto, cada um faz sua parte, eu acho que... (T7)

O entendimento da equipe de Enfermagem sobre o PE abrange também a concepção de que este reduz o tempo de internamento e agravos, agiliza a assistência e otimiza o serviço, colaborando para melhoria do estado de saúde do paciente.

Eu acho que no momento que todo mundo trabalha da mesma maneira [...] a gente consegue alcançar os objetivos mais rapidamente. Né? é... O mesmo cuidado, se todo mundo fizer as mudanças de decúbito no tempo correto, [...] Questão de diluição, [...] diminui o tempo de internamento do paciente, diminui os agravos pra esse paciente. (E2)

Também agiliza o processo da assistência, né? a gente não fica indo e voltando, [...] e do serviço de Enfermagem é isso, é... Acho que agiliza nossa vida, entendeu? A gente otimiza mais o serviço. (E3)

A SAE é sinônimo de qualidade e o PE fornece um modelo padrão para SAE na percepção de muitos profissionais de Enfermagem, com a associação entre a qualidade da assistência trazida pelo PE a cursos e atualizações.

Contribui sim, porque aí você vai ter [...]. Um modelo já pronto de como é que vai ser aplicado a SAE naquele, naquele setor, então é muito importante, principalmente na UTI. [...] Seria bom.

Pra melhoria. Todo, tudo, da assistência, do cuidado, e, e, em relação ao paciente. (T1)

Eu acho que é qualificando e capacitando o profissional né, dando a ele ferramentas de conhecimento, porque muitas vezes a gente tá ali fazendo as coisas [...] de forma errada, então a partir do momento que [...] nos capacita, [...] Melhor qualidade. (T2)

[...] Atualização [...] Cursos mesmo, palestras, acho que é isso. (T5)

[...] onde foi que a gente viu a sistematização? Só na faculdade, assim, na prática a gente não faz [...]. (E1)

[...] é uma coisa que a gente ouve muito, mas que a gente não pratica, então eu lembro do que vi na época de faculdade, da época de pós, muito pouco na pós, mas não é uma coisa assim que tá no meu cotidiano [...]. (E2)

Limites e possibilidades sobre o Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem no que tange à Unidade de Terapia Intensiva

Percebe-se que há dificuldade de enfermeiras atuantes em UTI em conceituar SAE e PE, inclusive atribuindo conceitos iguais para ambos. A fala da E1 apresenta um pensamento lógico e conhecimento geral sobre a temática, descreve as etapas do PE como o plano de cuidados que permite alcançar os resultados, mas o conceito ainda não está bem definido, tendo em vista que a SAE é uma estratégia gerencial utilizada para organizar a assistência por meio do PE.

Estudo realizado em uma cidade do Rio Grande do Norte, com enfermeiros, apontou que os entrevistados também mencionavam etapas do PE como a própria SAE, e desenvolviam parcialmente o que é proposto para implementação deste. (CASTRO et al., 2016)

Ainda em relação à SAE, pesquisa realizada em um serviço hospitalar da Bahia, mostrou que existe conhecimento superficial por parte dos enfermeiros e que a discussão na formação dos técnicos de enfermagem encontrava-se ausente. (SILVA et al., 2016)

Conforme confirma as falas de T5 e T6, existe por parte dos técnicos de enfermagem o desconhecimento sobre o assunto, informando inclusive o PE como participação em cursos. Porém há uma divergência encontrada na fala de T1, que, por estar em curso de graduação em Enfermagem, tem noção das fases de coleta de dados, mencionando exame físico e anamnese, assim como informa modelo pronto, que promove melhoria para a assistência.

Conhecer a SAE e o PE estimula a equipe a exercitar um raciocínio científico voltado para as necessidades do paciente. A assistência não acontecerá fundamentada apenas na prescrição médica, mas permitirá ao enfermeiro e sua equipe planejarem de forma criteriosa os cuidados, implementá-los e avaliarem a eficácia. Nesse sentido, pode-se dizer que entender sobre SAE intervém no cuidado prestado de forma individual e integral, lembrando que desconhecer sobre o assunto, desconsiderando embasamento teórico, torna a assistência mecânica. (MOLA et al., 2019)

Mesmo sem conhecer profundamente a SAE e PE, as entrevistadas relacionaram sua implementação com o que chamaram de “otimizar” a assistência, conforme fala de E4, expressando a possibilidade de garantia de um trabalho pautado em protocolos, alcançando um padrão de conduta no manejo dos pacientes e conferindo uma assistência mais independente e autônoma.

É interessante discutir ainda, que as ações da equipe de Enfermagem são lideradas pelo enfermeiro, respaldadas por sua competência técnica e conhecimento específico. Assim, existem as ações independentes as quais são realizadas de forma autônoma, com base científica sem a necessidade de prescrição ou orientação de outros profissionais. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2016) Em se tratando da UTI e sua dinâmica de ações, podemos considerar que o enfermeiro realizaria como ações independentes o histórico, a elaboração de diagnósticos e prescrição de Enfermagem, inseridas no PE.

Embora desenvolvesse algumas ações independentes, por exemplo a coleta de dados, foi perceptível que o enfermeiro não realizava de forma sistemática o registro daquelas, o que dificultava a

identificação do processo e das atividades privativas no serviço de saúde. Esta informação pôde ser identificada na fala de E1, quando afirmou ter vivenciado a SAE e PE apenas na graduação. Ressalta-se que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no capítulo II dos deveres, determina no art. 37, que se deve “documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal”. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017, p. 69)

Sendo assim, verifica-se a importância da SAE e PE para estabelecer a dinâmica do cuidado de Enfermagem na UTI, promovendo qualidade, assistência personalizada e integral. Entrevistadas, técnico de enfermagem, conceituaram o PE como exame físico e anamnese, participação em cursos e atualizações, o que se inclui no grupo de outras que desconheciam completamente sobre o assunto.

No que se refere à participação em eventos, o estudo de Silva e demais autores (2016) aponta que são necessárias formações acerca da temática, tendo em vista o alto índice de desconhecimento sobre ou a dificuldade de abordar o tema; o que não significa que o processo seja a própria fonte de atualização.

Relembra-se que o PE é “um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p. 1), então o exame físico e anamnese estão contidos no processo. Vale destacar que as enfermeiras entrevistadas mencionaram conhecer ou já ter ouvido falar do PE, mas não utilizavam na prática cotidiana. Isso nos leva a refletir o porquê de o PE ser considerado de implementação complexa. Esta afirmativa encontrada nos discursos está em consonância com a pesquisa realizada em hospitais públicos e privados no Maranhão, mostrando que a falta de conhecimento sobre a SAE foi um dos motivos para não a utilizar, fato que cabe reflexão quanto à complexidade da SAE, mas consideram que “a SAE é importante na aplicabilidade da assistência, mesmo a maioria nunca ter realizado a implementação desta”. (CHAVES et al., 2016, p. 1284)

Estudo realizado com 105 profissionais de Enfermagem assistenciais, em um hospital universitário, apontou o desconhecimento

quanto às teorias de Enfermagem e ordenação das fases do PE, embora os enfermeiros reconhecessem a prescrição de Enfermagem como atribuição própria e ambas as categorias soubessem da obrigatoriedade de implantação nos serviços de saúde. (RACHEL et al., 2019)

Tanto enfermeiras quanto as técnicas e auxiliar de enfermagem participantes da pesquisa consideraram o PE como uma ferramenta de melhoria da qualidade do serviço, caso a equipe esteja comprometida, com responsabilidade e exerce o trabalho em equipe. O trabalho em equipe favorece a realização das intervenções de Enfermagem com mais presteza, conferindo ao processo maior resolutividade. Desenvolver uma assistência personalizada, de acordo com as necessidades alteradas é o que busca a implementação do PE, por consequência, tendo-se como resultado o alcance dos objetivos com qualidade; e a compreensão de cada um sobre a importância da realização do PE na promoção de um cuidado de qualidade é fundamental, gerando compromisso e responsabilidade sobre o processo.

Com isso, é importante não apenas o envolvimento da enfermeira no processo, como também a inclusão do técnico e auxiliar de enfermagem, tendo em vista que estes executam as ações em conjunto. Pode-se afirmar, então, que “é necessário que toda equipe de enfermagem, envolvida no processo de implementação desse sistema, saiba quais são os seus passos e, principalmente, como cada um destes deve ser implementado em sua prática diária”. (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009, p. 57)

A dificuldade de abordagem sobre a temática na formação dos técnicos e auxiliares de enfermagem é relatada em um estudo de Salvador e demais autores (2017) com docentes e técnicos de enfermagem, no qual os primeiros informaram não saber de que forma poderia ser incluído o assunto no processo formativo técnico; os autores em contrapartida, expressam o quão válida é a participação do técnico de enfermagem no PE, em virtude da divisão do trabalho que envolve as ações de enfermeiros e técnicos. Além disso, os técnicos participantes relataram também o desconhecimento do PE.

Nesse contexto, é possível refletir sobre a existência de dificuldade no entrosamento dos técnicos e auxiliares de enfermagem na busca

do cuidado personalizado e sistematizado por meio do PE, tendo em vista o pouco conhecimento dessa categoria sobre o assunto.

Conforme afirma o COFEN (2016), os técnicos e auxiliares podem/devem participar ativamente da coleta de dados, bem como da implementação e avaliação de Enfermagem, estando assim inseridos no PE. Porém, estudo de Camargo e demais autores (2015) abordou que 90% dos enfermeiros entrevistados afirmaram a necessidade de se modificar a forma de ensino-aprendizagem dos técnicos e auxiliares e 68% observaram que o compromisso deles com o paciente e profissionais da equipe era inadequado.

Para Manguiera e Fontes (2008), as escolas para técnicos de enfermagem não incluem em sua matriz curricular assuntos ou disciplinas que tenham como foco o PE, embora algumas disciplinas falem sobre método de aplicação. Sendo assim, pelas melhorias que podem ser alcançadas para pacientes, equipe e serviço, este assunto deveria ser valorizado desde a formação.

O PE como estratégia de sistematização pode trazer benefícios aos pacientes, além de promover a assistência personalizada, de acordo com as necessidades alteradas. Como afirmam Castro e demais autores (2016), a existência da SAE promove melhoria da qualidade uma vez que organiza o trabalho, tornando-o mais resolutivo. Isso confirma a fala de E2 que atribuiu uma vantagem ao PE, melhorando os resultados clínicos e favorecendo a alta.

Em contrapartida, pode-se notar que a falta de conhecimento sobre o PE, abordando SAE e prescrição de Enfermagem como totalmente distintos, promove a elaboração equivocada de cuidados padronizados, conferindo uma assistência generalizada e não individual. É preciso lembrar que o PE é um modo de pensar o cuidado, não apenas um protocolo.

Conforme afirma o COFEN (2016), o PE exige raciocínio crítico frente aos pacientes atendidos, como meio de elaborar uma prescrição de cuidados individualizada. É necessário interpretar os achados a partir de uma literatura apropriada, lembrando sempre que o plano de cuidados deve atender não apenas as demandas da instituição, mas, principalmente, as necessidades alteradas do paciente.

Com isso, o PE é um aspecto positivo para equipe, paciente e instituição de saúde que o utilizam. Quanto à equipe, favorece a comunicação por meio da realização de registros consistentes, conferindo reconhecimento profissional, autonomia e subsídios para ensino e pesquisa. Em relação aos pacientes, promove a qualidade do cuidado, efetivando assistência personalizada e segura. Para a instituição, promove redução do tempo de internamento, bem como de custos. (DUTRA et al., 2016)

Considerações finais

Existem dificuldades para os profissionais de Enfermagem de UTI em conceituarem e diferenciarem SAE e PE, e neste estudo, os profissionais entrevistados apresentaram os conceitos de forma superficial confundindo a SAE com o próprio PE. Verificou-se que a dificuldade na formação dos técnicos e a superficialidade da abordagem acadêmica na graduação das enfermeiras podem ser causas para estes resultados observados. É notória, então, a necessidade de capacitação sobre a legislação vigente e sobre os conceitos de SAE e PE, bem como sobre a maneira de implementá-los.

Observou-se ainda que a equipe percebe a SAE e o PE como meio de promoção da qualidade da assistência, e isso pode favorecer a implementação dessa estratégia na unidade, visto que na prática atual das participantes realizam-se partes do processo, mas sem um registro formal e institucional.

Além disso, o dimensionamento de pessoal e sobrecarga de trabalho foram citados como limites, e, conforme as leis e portarias que regulamentam o funcionamento da UTI em relação aos recursos humanos, existe necessidade de alinhar o subdimensionamento.

A realização de trabalho em equipe foi considerada como peça-chave para o desenvolvimento de ações assistenciais coordenadas e qualificadas; porém é necessário pensamento crítico e conhecimento científico frente a execução do PE como um todo, a fim de que os impressos relativos ao processo não sejam considerados um empecilho para a implantação.

Referências

- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007. Acesso em: 11 jun. 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: 6 ago. 2018.
- CAMARGO, R. A. A. de *et al.* Avaliação da formação do técnico de enfermagem por enfermeiros da prática hospitalar. *Reme: revista mineira de enfermagem*, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 951-957, out/dez. 2015. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1052>. Acesso em: 4 dez. 2019.
- CASTRO, R. R. *et al.* Compreensões e desafios acerca da sistematização da assistência de enfermagem *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1-6, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a17.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- CHAVES, R. R. G. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: visão geral dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, Recife, v. 10, n. 4, p. 1280-1285, abr. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistaenfermagem/article/download>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, DF, 18 abr. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 29 set. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução nº 564, de 06 de novembro de 2017*. Código de ética dos profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, 6 nov. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 26 set. 2019

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 24 fev. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. *SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: um guia para a prática*. Organizações Ieda Maria Fonseca Santos *et al.* Salvador: COREN - BA, 2016. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/GUIA_PRATICO_148X210_COREN.pdf. Acesso em: 16 maio 2018.

DOTTO, J. I. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: ordem, desordem ou (re)organização? *Revista de Enfermagem UFPE On line*, Recife, v. 11, n. 10, p. 3821-3829, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25235/24301>. Acesso em: 26 set. 2019.

DUTRA, H. da S. *et al.* Utilização do processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 42, n. 4, p. 245-252, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/download>. Acesso em: 30 set. 2019.

FERNANDES, H. S. *et al.* Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 129-137, mar./abr. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1829.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

FERREIRA, A. M. *et al.* Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 69, n. 2, p. 285-293, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200307&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 26 set. 2019.

MANGUEIRA, S. de O.; FONTES, W. D. de. O processo de enfermagem na matriz curricular de escolas formadoras de técnicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 438-447, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a15.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2019.

MOLA, R. *et al.* Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 887-893, jul./set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.887-893>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/tes/resource/pt/biblio-1005652> Acesso em: 26 set. 2019.

SALVADOR, P. T. de C. O. *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem acerca da integração do técnico de enfermagem na sistematização da assistência. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200207&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 13 jun. 2019.

SILVA, R. S. da *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 32-36, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803>. Acesso em: 13 jun. 2019.

CAPÍTULO 8

EXPERIÊNCIA EXITOSA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE A APLICABILIDADE DA SAE NA GESTÃO HOSPITALAR

Rebecca Maria Oliveira de Góis

Gilberto Tadeu Reis da Silva

Maria Lúcia Silva Servo

Fernanda Costa Martins Gallotti

Manuela Carvalho de Vieira Martins

Maria da Pureza Ramos de Santa Rosa

Introdução

Os desafios para o enfermeiro na gestão do cuidado são diversos. Um deles é a priorização do tempo à beira leito junto aos pacientes hospitalizados, sobretudo pelo progressivo aumento das demandas operacionais e gerenciais na gestão do cuidado, que interferem diretamente no gerenciamento do tempo. Nesse contexto, faz-se premente oferecer uma melhor qualificação profissional para o enfermeiro. (SHELLEY, 2020)

A utilização de tecnologias do cuidado é válida para otimizar o gerenciamento do tempo, melhorar a assistência de enfermagem prestada e, conseqüentemente, a satisfação dos pacientes sobre o processo de hospitalização. Entre elas, encontram-se os instrumentos relacionados à gestão do cuidado no ambiente hospitalar, os quais incluem práticas para passagem de plantão, estratégias de implementação do cuidado, gerenciamento de riscos, supervisão clínica e uso do Processo de Enfermagem (PE) na Sistematização da

Assistência de Enfermagem (SAE). São estratégias importantes, que podem levar à sustentabilidade de uma prática da gestão do cuidado bem-sucedida. (DORVIL, 2018; SILVA et al., 2021)

Destaca-se que avanços no conhecimento de Enfermagem fortalecem a produção de cuidados fundamentados em uma prática científica. Assim, a SAE e o PE são exercidos na prática profissional, de modo que a sistematização está relacionada aos aspectos organizativos do processo de trabalho e ao próprio ambiente no qual o serviço é operacionalizado, e o processo, às orientações na gestão do cuidado, ao registro e à implementação. (SANTOS et al., 2021)

Diante desse cenário, fundamentar a prática na filosofia da Enfermagem, deve ser ponto essencial desde a formação acadêmica, para formar profissionais qualificados para a assistir de modo integral. (SANTOS et al., 2019) Assim, fica evidente a necessidade de discussões e reflexões quanto às contribuições e importância da SAE e do PE para as práticas do cuidado de Enfermagem, vistas à melhoria da assistência prestada e à satisfação do paciente.

Nesse sentido, o estudo traz um relato da experiência de docentes com a aplicação da SAE e do PE durante os ensinamentos clínicos do componente curricular Enfermagem em Gestão Hospitalar, momento em que são desenvolvidas as habilidades práticas da disciplina, dentro do hospital, para os acadêmicos do 7º semestre do curso de Enfermagem de uma universidade particular do Nordeste brasileiro. O objetivo é relatar as práticas obtidas por meio do ensino clínico deste componente, descrever o uso da SAE e do PE, identificar as potencialidades e dificuldades na aplicabilidade da SAE e do PE em atividades acadêmicas da Enfermagem em Gestão Hospitalar.

Desenvolvimento metodológico

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, de caráter descritivo, que analisou práticas exitosas na aplicabilidade da SAE e do PE no ensino clínico do componente curricular Enfermagem em Gestão Hospitalar ofertado pelo curso de Enfermagem de uma universidade particular no Nordeste brasileiro.

Destaca-se que o referido componente tem carga horária total de 120 horas, divididas em 80 horas teóricas e 40 horas de atividade prática, realizadas em campo hospitalar durante o desenvolvimento do ensino clínico. Essas práticas são supervisionadas por um professor, que tem graduação em Enfermagem e experiência profissional em gerenciamento de hospitais considerados referências do estado e na região.

Este estudo traz a pergunta norteadora sistematizada com base na estratégia PICO, em que P: população – acadêmicos de enfermagem; I: intervenção – aplicação da SAE e do PE; e Co: contexto – ensino clínico do componente curricular Enfermagem na Gestão Hospitalar. Mediante este contexto, formulou-se a seguinte pergunta norteadora para a construção deste relato de experiência: Como a SAE e o PE podem contribuir e fortalecer a gestão do cuidado no ensino do componente curricular Enfermagem em Gestão Hospitalar?

Planejamento e aplicação da experiência

As práticas clínicas de Enfermagem em gestão hospitalar são organizadas em dez dias, com sessões de quatro horas cada, de segunda a sexta, ao longo de duas semanas consecutivas. São realizadas em instituições hospitalares de média e alta complexidade que possuem parceria com a universidade.

A estruturação do Plano de Ensino e Aprendizagem deste componente curricular na formação acadêmica tem como principal objetivo compreender os processos dinâmicos da gestão do cuidado em Enfermagem, a fim de desenvolver competências e habilidades para o exercício profissional mediante o estímulo ao pensamento crítico e raciocínio clínico. Destacam-se como competências gerenciais desenvolvidas para o exercício profissional do enfermeiro: tomada de decisões, comunicação, trabalho em equipe, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança.

Por entender que o conhecimento científico deve estar articulado à prática profissional, a vivência desenvolvida pelo discente ao longo

dessa prática clínica no ambiente hospitalar possibilita a aproximação da dimensão cuidar/gerenciar, associada ao cuidar/assistir, cuidar/pesquisar, cuidar/ensinar e cuidar/agir politicamente.

Essas dimensões do cuidado associadas ao processo de trabalho do enfermeiro devem estar organizadas como um mosaico de saberes que fundamentam a tomada de decisão deste profissional durante a produção de cuidados nos serviços de saúde/Enfermagem.

Em busca de atender este fim, o ensino clínico do componente curricular Enfermagem em Gestão Hospitalar, no período de 2016-2019 e, após um pequeno intervalo, de fevereiro de 2021 e 2022, foi estruturado através de alguns conhecimentos teórico-práticos. São eles: apresentação da unidade hospitalar visando à articulação dos saberes que vão desde as Teorias Administrativas em Enfermagem, em interface com as Teorias: Clássica, Científica, de Relações Humanas, Burocrática, Comportamental, Teoria de Sistemas, Contingencial e da Teoria da Qualidade Total, e confronto da realidade mediante a análise crítica dos protocolos assistenciais e organizacionais, conforme as resoluções que regulamentam o funcionamento das unidades de produção no ambiente hospitalar.

Ressalta-se que, em virtude do isolamento social decorrente da pandemia da covid-19 e do decreto do Ministério da Educação estabelecendo o ensino remoto emergencial para as aulas teóricas e a suspensão das atividades práticas, a presente pesquisa não contempla o período de 2020 até janeiro de 2021.

Como metodologia de ensino e aprendizagem aplicada ao componente curricular, além da problematização a partir da imersão na vivência profissional nos serviços de saúde, o corpo docente utiliza os métodos de sala de aula invertida e simulação realística, por contribuir para o desenvolvimento do pensamento crítico e raciocínio clínico.

A simulação realística é aplicada no centro de simulação realística da universidade, antes da aproximação com o campo de prática hospitalar, no intuito de aproximar o conhecimento teórico e a prática no ambiente hospitalar de forma controlada e segura. Para a execução do

método de simulação realística são utilizados atores padronizados ou robôs de alta fidelidade, tanto no papel de paciente e/ou acompanhante como no de membro da equipe multidisciplinar.

Para o alcance dos resultados, os docentes construíram cenários envolvendo diversas situações do contexto hospitalar direcionadas ao gerenciamento do cuidado à beira leito. Tais cenários foram criados para a abordagem de temas como segurança do paciente, gerenciamento de riscos no ambiente hospitalar, identificação de eventos adversos, desenvolvimento da supervisão clínica do cuidado, SAE, passagem de plantão e comunicação efetiva.

Para melhor visualização do planejamento das atividades/estratégias aplicadas no ensino clínico de Enfermagem em Gestão Hospitalar foi elaborado o Quadro 1.

Quadro 1. Planejamento das atividades/estratégias aplicadas no ensino clínico de Enfermagem em Gestão Hospitalar

	Metodologia	Objetivos de aprendizagem
1°	Sala de aula invertida / Problematização	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o pensamento crítico para que o discente desenvolva habilidades para utilização dos instrumentos de trabalho do enfermeiro.
2°	Simulação realística de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar os discentes quanto à importância do desenvolvimento das competências gerenciais no processo de trabalho do enfermeiro e da gestão do cuidado. • Planejar a gestão do cuidado com base na SAE de acordo com as necessidades do paciente. • Compreender os instrumentos do processo de trabalho (instrumento de passagem de plantão, registro de ocorrências, escala de atribuição, entre outros) do enfermeiro e da gestão do cuidado. • Compreender a importância do desenvolvimento das competências gerenciais no processo de trabalho do enfermeiro.

(Continua)

	Metodologia	Objetivos de aprendizagem
3°	Atividade prática no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver no discente o senso crítico diante da realidade encontrada. • Compreender os instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro. • Compreender a importância do desenvolvimento das competências gerenciais no processo de trabalho do enfermeiro.
4°	Atividade prática no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver o gerenciamento do cuidado direto e indireto. • Reforçar a importância da SAE no processo de gestão à beira leito para gerenciamento de riscos. • Aplicar o Processo de Enfermagem. • Desenvolver a comunicação efetiva em Enfermagem.
5°	Atividade prática no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver o gerenciamento do cuidado direto e indireto. • Aplicar o Processo de Enfermagem. • Quantificar e distribuir adequadamente os profissionais de Enfermagem. • Distribuir o quantitativo de profissionais no mês e por turno. • Verificar a qualidade da assistência e o controle de custos.
6°	Atividade prática no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cálculo da taxa de ocupação da unidade de internação de acordo com os dados coletados durante a semana, através do SCP – Escala de Fugulin. • Apresentar a classificação por grau de dependência dos pacientes internados durante a vivência do ensino clínico. • Realizar o cálculo de dimensionamento da equipe de Enfermagem de acordo com a resolução vigente. • Analisar criticamente os resultados obtidos entre a situação real e a ideal. • Elaborar uma escala de revezamento do técnico de enfermagem e do enfermeiro.

	Metodologia	Objetivos de aprendizagem
7º	Atividade prática no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar as ferramentas da qualidade na resolução de problemas de natureza organizacional nas unidades de internação. • Compreender o papel do enfermeiro no gerenciamento de risco e na notificação dos eventos adversos. • Compreender o papel do enfermeiro na construção dos indicadores de qualidade nos serviços de saúde.
8º	Atividade prática no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar as ferramentas da qualidade na resolução de problemas de natureza organizacional nas unidades de internação. • Apresentar a definição da auditoria em Enfermagem. • Discutir os tipos de auditoria na saúde. • Expor o perfil do enfermeiro-auditor. • Demonstrar os tipos de glosas e seus principais motivos. • Correlacionar a auditoria com a gestão do cuidado na enfermagem.
9º	Problematização	<ul style="list-style-type: none"> • Interligar conhecimentos do ensino clínico com a teoria, demonstrando a importância do uso do Processo de Enfermagem e das ferramentas da qualidade para organização do processo de trabalho e solução de problemas.
10º	Simulação realística	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a prática da gestão do cuidado à beira leito, na identificação dos principais riscos assistenciais, possíveis eventos adversos, priorização do cuidado de Enfermagem e fornecer orientações de acordo com o caso abordado, utilizando da sistematização do cuidado como metodologia para o cuidado em Enfermagem.

Fonte: elaborado pelos autores.

Após a vivência por meio da simulação realística da gestão do cuidado à beira leito, conhecer o hospital de uma maneira geral possi-

bilita a consolidação dessa aprendizagem durante o terceiro dia de ensino clínico. Neste momento, o reconhecimento de cada setor do hospital é de suma importância e visa estabelecer conexões com o conhecimento acerca da Teoria dos Sistemas, com a gestão da qualidade, observando que cada setor tem a sua própria interface com o cuidado prestado como uma linha de produção.

Além disso, são apresentados os principais protocolos clínicos e organizacionais relacionados ao processo de trabalho do enfermeiro, bem como a rotina da unidade de produção, juntamente com os principais instrumentos gerenciais utilizados pelo enfermeiro. São eles: instrumento de passagem de plantão, livro de ordens e ocorrências, *checklist* de conferência do carrinho de emergência, *checklist* de conferência do controle de temperatura da geladeira para o armazenamento de insumos na unidade de internação, mapa de pacientes, censo hospitalar, instrumento de escala de atribuição e *kanban*.

Após esta apresentação e reconhecimento da unidade de internação onde os discentes cumprirão parte da carga horária da prática, eles praticam, entre o quarto e o sétimo dia, a gestão do cuidado à beira leito, aproximando-se da realidade do processo de trabalho do enfermeiro na unidade de internação.

Desse modo, objetiva-se que o discente se aproxime da vivência prática através da execução da passagem de plantão, de priorizar o cuidado dos seus pacientes, classificar o grau de dependência destes, elaborar uma escala de atribuições e conhecer a rotina de trabalho desde o início do plantão até o fechamento das atividades.

Em seguida, no oitavo dia de ensino clínico, a prática de auditoria é desenvolvida por meio da aproximação com contas hospitalares de pacientes, de modo que o discente possa executar a conferência de itens que devem ser computados na conta ou mesmo que possam sofrer glosas hospitalares, bem como identificar não conformidades no registro da equipe multidisciplinar. O objetivo é aproximá-lo da atuação de enfermeiros auditores no ambiente hospitalar, fundamentando o entendimento de uma prática que não está dissociada da assistência à beira leito.

No nono dia de atividades, o ciclo PDCA (Planejar, Desenvolver, Checar e Atuar) é trabalhado no formato de exposição dialogada. Neste momento, os discentes apresentam o produto da observação durante os dias de ensino clínico sobre a perspectiva da construção de um diagnóstico situacional da unidade de produção, através da análise de indicadores, da supervisão hospitalar e da observação *in loco*, de modo a ampliar os conhecimentos acerca da gestão do cuidado, envolvendo os cuidados diretos e indiretos de modo não dissociados.

Dessa forma, dentro da metodologia do PDCA, outras ferramentas da qualidade são apresentadas, tais como o *Brainstorm*, o diagrama de Ishikawa, a matriz de GUT e o 5W3H. A escolha dessas ferramentas fundamenta-se na perspectiva da sistematização que engloba o diagnóstico situacional do serviço, a descrição do problema e dos atores sociais envolvidos na fase exploratória e a análise do fenômeno, para que, posteriormente, as metas, os indicadores e um plano de ação sejam propostos no enfrentamento de um dado problema organizacional.

Acredita-se que esse olhar poderá incutir no discente do curso de Enfermagem uma visão crítica através dessa aproximação teórica e prática da gestão hospitalar na perspectiva da atuação do enfermeiro assistencial.

No último dia deste ensino clínico está proposta uma prova de habilidades em laboratório, elaborada com base nas situações vivenciadas durante a experiência prática no hospital. Nela, são abordados pontos como passagem de plantão, visita à beira leito, gerenciamento de riscos, escala de atribuição, levantamento de diagnósticos e plano de cuidados relacionados ao caso apresentado.

Além disso, há a entrega e discussão de um PE no último dia de atividade, o qual é elaborado pelo discente, sendo esta uma importante atividade de fundamentação de saberes relacionados à gestão do cuidado à beira leito. A escolha do paciente também é feita pelo próprio discente e, para tanto, ele realiza a coleta de dados no prontuário e na visita à beira leito para, em seguida, levantar os diagnósticos de Enfermagem e propor o plano de cuidados.

Aspectos do processo de trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar: da formação profissional à prática na gestão de cuidados em saúde/Enfermagem

O enfermeiro no processo de trabalho interage com a equipe multiprofissional no ambiente hospitalar, realiza a gestão do cuidado junto aos pacientes. Nesse sentido, trabalha como articulador dos cuidados prestados, identificando as necessidades dos pacientes, atendendo, inclusive, a um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que envolve a integralidade do cuidado.

A produção de cuidados em saúde/Enfermagem é realizada por meio da soma dos cuidados prestados pela equipe multiprofissional, com o objetivo de proporcionar uma assistência em saúde livre de danos, respeitando, assim, a segurança do paciente. Para além da ideia de produzir cuidados, vale ressaltar que o trabalhador em saúde deve ser observado sob a perspectiva de alguém que cuida e que, nesse processo, também precisa ser cuidado.

Destaca-se que o processo de trabalho do enfermeiro envolve as várias dimensões do cuidado, estando este desenhado como um mosaico de saberes que integram, de modo não dissociado, o cuidar/assistir, cuidar/gerenciar, cuidar/ensinar, cuidar/pesquisar e o cuidar/agir politicamente. (SANNA, 2007) Nesse sentido, alerta-se, desde a formação acadêmica, para a importância do cuidado integral em saúde e não do entendimento que exista a dicotomia do cuidar/assistir e do cuidar/gerenciar, pois essas dimensões são indissociáveis sob a perspectiva da gestão do cuidado em saúde/Enfermagem. (SANTOS et al., 2019)

A partir desse entendimento, nota-se que a supervisão, quando inserida nesse contexto, é considerada uma importante ferramenta gerencial na produção de cuidados em saúde/Enfermagem, que envolve o desenvolvimento do colaborador, a motivação do grupo e os aspectos de melhoria na gestão do cuidado.

Destaca-se nesse contexto, ainda a definição de supervisão clínica como um processo sistemático de acompanhamento do exercício profissional, que objetiva a tomada de decisão autônoma, baseado na

análise clínica do cuidado, de modo a prestar uma assistência segura e, sobretudo, livre de danos. (CUTCLIFFE; SLOAN; BASHAW, 2018; ROCHA; PINTO; CARVALHO, 2021)

Nota-se que, embora no ambiente prático ainda existam equívocos a respeito da importância da supervisão desenvolvida por enfermeiros no contexto hospitalar, esta prática, ao longo do tempo, aprimorou o exercício profissional e proporcionou ganhos importantes para a assistência. Dessa forma, estabeleceu-se como uma das dimensões relevantes dos processos da qualidade e da acreditação.

O processo de trabalho do enfermeiro exige que este desenvolva um conjunto de habilidades e competências específicas para atuação dentro da perspectiva da gestão de cuidados em saúde. De modo que constantemente o ensino se faz presente no cotidiano do enfermeiro, seja junto aos pacientes, família ou comunidade ou até mesmo junto a outros enfermeiros/estudantes de Enfermagem/equipe de técnicos ou membros da equipe multiprofissional. (CHICARO et al., 2021)

Gestão de cuidados em saúde/Enfermagem: aplicabilidade da SAE e do PE no ensino da gestão hospitalar

A SAE e o PE estão regulamentados pela Resolução COFEN nº 358/2009, que explicita a obrigatoriedade da implementação do processo em todos os serviços de saúde em que ocorrem cuidados de Enfermagem, tanto públicos como privados. Salienta-se que o PE é composto de cinco etapas (histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, planejamento de Enfermagem, implementação e avaliação de Enfermagem) inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009)

Na primeira etapa do PE, identificada como histórico de Enfermagem, é fundamental coletar dados através da anamnese e do exame físico, a fim de avaliar as necessidades afetadas do indivíduo (diagnósticos de Enfermagem) na segunda fase. A partir daí, o enfermeiro irá planejar a assistência, prescrevendo os cuidados e estabelecendo os resultados esperados. Em seguida, tem-se a etapa da implementa-

ção, da qual toda a equipe de Enfermagem participa, executando os cuidados que foram prescritos pelo enfermeiro. Por fim, realiza-se a avaliação de Enfermagem, com vistas a identificar se o planejamento estabelecido possibilitou a obtenção dos resultados esperados.

Nesse sentido, ao aplicar as etapas do processo, o enfermeiro utilizará o pensamento crítico e o raciocínio clínico para prestar assistência integralizada e individualizada ao seu cliente. Tal processo, vale lembrar, é exclusivo da prática profissional de Enfermagem e permite aos enfermeiros diagnosticar os problemas (clínicos, psíquicos e culturais, por exemplo), reais ou potenciais dos pacientes, para que possam ser prestados os cuidados adequados. (POTTER; PERRY, 2018)

Partindo do pressuposto de que o enfermeiro tem como uma de suas responsabilidades assistir o paciente, é crucial que o ensino do PE seja realizado de maneira efetiva e preferencialmente considerando a transversalidade durante toda a graduação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem enfatizam que o profissional enfermeiro deve ter como competências gerais a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento. Para que essas competências sejam alcançadas, recomenda-se a inserção de conteúdos que envolvam o ensino da assistência e administração de Enfermagem. (BRASIL, 2001) Nessa perspectiva, a disciplina de gestão hospitalar possibilita ao discente adquirir boa parte dessas habilidades, uma vez que esse componente curricular proporciona aproximação tanto de atividades de Sistematização da Assistência como de implementação de cuidados.

Ressalta-se ainda que, no contexto do ensino da SAE e do PE na gestão hospitalar, é necessário romper com o modelo tradicional de ensino e investir nas metodologias ativas para despertar no aluno o protagonismo acadêmico. Além disso, aproximar o discente dos serviços de saúde permite a associação teoria-prática potencializando o desenvolvimento de habilidades e competências, o que fortalece a aprendizagem, auxilia na formação de aptidões comportamentais, a exemplo da ética, postura profissional e relacionamentos interpessoais, em cenários globais. (ADAMY et al., 2020)

Neste sentido, observa-se o quanto é desafiador para o docente o ensino da assistência de Enfermagem, incentivando o docente a utilizar estratégias inovadoras para assegurar o processo ensino-aprendizagem, para que esse aprenda de forma crítica e reflexiva, assimilando o conhecimento dentro de sua prática na gestão dos cuidados em saúde. (BITENCOURT et al., 2021)

Considerações finais

A experiência permitiu trabalhar saberes inerentes à prática profissional do enfermeiro de forma intencional, considerando os objetivos de aprendizagem previamente estabelecidos, habilidades e competências esperadas. Durante a experiência aplicada, pôde-se observar o quanto se faz necessário o ensino da SAE no contexto acadêmico de forma transversal e suas implicações na desenvoltura dos discentes.

Destaca-se a necessidade de aprimorar a formação acadêmica dos discentes no ensino da aplicabilidade da SAE e do PE, no sentido de agregar iniciativas emancipatórias na gestão do cuidado, fortalecendo assim a atuação do enfermeiro no ambiente hospitalar, no que se refere à construção da autonomia e da identidade profissional.

Ainda nesta perspectiva, salienta-se que o ensino da SAE dentro da gestão de cuidados em Enfermagem exige do docente estratégias diferenciadas, com uso de metodologias ativas, para que este busque alcançar os objetivos de aprendizagem do componente curricular em questão.

Tal cenário dentro da prática do ensino da SAE e do PE na gestão hospitalar é desafiador e instigante para o docente, necessitando assim, o amadurecimento e discussões constantes na melhoria contínua do processo de ensino e aprendizagem junto aos docentes e discentes do curso de Enfermagem, objetivando assim, proporcionar uma melhor formação pautada principalmente nos princípios norteadores do SUS e da segurança do paciente.

Sabe-se que são as constantes inquietações que motivam a melhoria nos processos de ensino e aprendizagem e é nessa perspectiva que

este relato de experiência buscou trazer as discussões sobre o processo de formação dos acadêmicos que cursaram o componente curricular Enfermagem em Gestão Hospitalar, sobre a aplicabilidade da SAE na gestão do cuidado à beira leito no ambiente hospitalar.

Referências

- ADAMY, E. K. *et al.* Ensino do processo de enfermagem: o que as produções científicas proferem. *Revista de Pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 800-807, jan./dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7502>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7502>. Acesso em: 4 jun. 2021.
- BITENCOURT, J. V. de O. V. *et al.* Uma perspectiva histórico dialética na formação para ensinar a assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1-6, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.57856>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/57856>. Acesso em: 4 maio 2022.
- CHICARO, S. C. R. *et al.* Significado de competências pedagógicas na formação docente de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.62701>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/62701> Acesso em: 4 maio 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 out. 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 9 nov. 2001.
- CUTCLIFFE, J. R.; SLOAN, G.; BASHAW, M. A Systematic Review of Clinical Supervision Evaluation Studies in Nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, Carlton, v. 27, n. 5, p. 1344-1363, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.12443>. Acesso em: 23 fev. 2021.

DORVIL, B. The Secrets to Successful Nurse Bedside Shift Report Implementation and Sustainability. *Nursing Management*, Chicago, v. 49, n. 6, p. 20-25, 2018. DOI: 10.1097/O1.NUMA.0000533770.12758.44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5976230/>. Acesso em: 4 maio 2021.

POTTER, P.; PERRY, A. G. *Fundamentos de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

ROCHA, I. A. da R. e S.; PINTO, C. M. C. B.; CARVALHO, A. L. R. F. de. Impact of Clinical Supervision on Job Satisfaction and Emotional Competence of Nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 74, n. 4, p. 1-8, 2021.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tdR5hDyyjjGRqZ8ytgGqHsz/> Acesso em: 4 mar. 2021.

SANTOS, G. L. A. *et al.* Implications of Nursing Care Systematization in Brazilian professional practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 55, p. 1-8, 2021. DOI: 10.1590/S1980-220X2020023003766. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/192679>. Acesso em: 4 jun. 2022.

SANTOS, A. T. S. *et al.* Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 10, n. 1, p. 122-126, 2019.

SHELLEY, K. A. Leveraging Technology to Measure, Evaluate, and Adjust Nursing Interventions. *Nursing Management*, Chicago, v. 51, n. 1, p. 26-33, 2020. DOI: 10.1097/O1.NUMA.0000617012.12271.57. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingmanagement/fulltext/2020/01000/leveraging_technology_to_measure,_evaluate,_and.7.aspx. Acesso em: 4 maio 2021.

SILVA, G. T. R. da *et al.* Evidências sobre modelos de gestão em enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, p. 1-9, 2021.

CAPÍTULO 9

PROCESSO DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE PORTE E NATUREZA DISTINTOS **desafios entre o ideal e o real para a segurança do paciente**

Fernanda Gomes Araújo

Juliana Alves Leite Leal

Aline Mota de Almeida

Daniela Cunha de Oliveira

Maria Manuela de Lima Cordeiro São Paulo

Luyse Pedreira Rocha

Introdução

Neste capítulo pretende-se tratar da relação do trabalho da enfermeira no ambiente hospitalar e dos elementos do Processo de Enfermagem (PE) e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para garantir a segurança do paciente de modo teórico-prático.

Entende-se que a enfermeira possui uma expertise para a gestão e assistência, o que a coloca em posição central para desencadear processos de mudanças e implementação de ações relacionadas, dentre elas à implantação de núcleos de segurança do paciente nestes ambientes.

As enfermeiras garantem o funcionamento dos hospitais 24 horas e coordenam os processos de trabalho dos trabalhadores que diretamente atuam na prestação dos cuidados aos pacientes. Esta condição lhe confere protagonismo essencial no processo de assistência à saúde e na melhoria de indicadores de qualidade relacionados ao

cuidar, tornando essa trabalhadora imprescindível para a execução das práticas de saúde para a segurança do paciente.

Trataremos dos conceitos da SAE e do PE, como seus conceitos são discutidos e refletiremos, à luz da legislação vigente, e pretendemos apresentar exemplos práticos a partir da vivência de quatro mestrandas e trabalhadoras de ambiente hospitalar privado e público acerca dos padrões de cuidados da assistência prestada *versus* situações de erros e eventos adversos não intencionais e que podem ser evitáveis.

E, também, discutir as potencialidades do processo de trabalho em Enfermagem no serviço hospitalar, haja vista que a enfermeira é a responsável pela equipe de Enfermagem – incluindo os técnicos e auxiliares –, orienta a execução das tarefas, e é responsável pelas decisões e atitudes para o bom andamento do setor e, por conseguinte pela segurança do paciente.

O PE é um dos instrumentos do processo de trabalho da enfermeira, mas não é o único, haja vista que a natureza do trabalho da enfermeira é, ao mesmo tempo, gerencial e assistencial. Pois, o processo de trabalho é constituído de três elementos: a atividade adequada a um fim (trabalho); a matéria a que se aplica o trabalho (objeto de trabalho) e meios e instrumentos que facilitam o trabalho. (MARX, 2013)

No seu processo de trabalho, a enfermeira atua possibilitando a articulação entre os corpos dos usuários que demandam serviços de saúde, a força de trabalho dos trabalhadores da saúde e o ambiente da organização de saúde. Assim, ela ocupa um lugar singular no processo de trabalho em saúde que permite que ela responda, ao mesmo tempo, às demandas da organização de saúde e às demandas dos pacientes. Esta característica de articulação e direcionamento do processo de trabalho em saúde, somada à natureza indissociavelmente assistencial e gerencial do processo de trabalho da enfermeira, confere singularidade ao seu trabalho. (LEAL; MELO, 2021; MELO; SANTOS; LEAL, 2015)

Assim, tomando como conceito que o processo de trabalho da enfermeira é caracterizado pelo modo indissociável como ela conduz seu trabalho, executando atividades e tarefas assistenciais e geren-

ciais, mediadas por relações de poder (LEAL; MELO, 2021), compreendemos que quando na gestão do cuidado dos indivíduos adoevidos, a utilização do chamado PE ganha relevância, pois coordena a prestação de serviço ao paciente, fomentando o raciocínio clínico e crítico para produzir a assistência adequada sobre ele.

O PE é um instrumento metodológico que proporciona um planejamento eficaz de cuidados deliberado, personalizado e sistemático, que assume uma conduta de solução de problemas por meio dos cuidados de Enfermagem. Organizado em cinco etapas: coleta de dados ou histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de Enfermagem. (CRUZ, 2009)

Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem publicou a Resolução nº 358, que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em todos os locais em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Segundo essa normativa, o PE deve ser executado de modo sistemático, deliberado, organizado em cinco etapas que são dinâmicas, flexíveis, sistêmicas e interativas. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2021)

A resolução citada ainda esclarece sobre a diferença entre a SAE e o PE na medida em que indica que a SAE deve ser utilizada para organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE.

O PE permite à enfermeira além da autonomia, organização e decisão sobre sua assistência que será executada, a deliberação e direção do processo do cuidar para a equipe a qual é responsável diretamente – técnicos e auxiliares de enfermagem, estes são a parte que contribuirá para a execução deste plano de ação. (ALFARO-LEFEVRE, 2005)

Por isso, o PE é dito como instrumento metodológico de trabalho, por possibilitar à enfermeira um planejamento personalizado para o paciente, no qual a família também está diretamente inserida nesse processo do cuidar; e por ser estabelecido e planejado permite que a enfermeira identifique riscos potenciais, riscos que possibilitam intervenções para a diminuição de agravos diante da situação clínica do paciente, seja esta ação de prevenção, promoção ou reabili-

tação; atendendo as necessidades, com conhecimento, habilidades e atitudes sempre embasados na responsabilidade e ética profissional. (MACHADO et al., 2019)

Neste contexto, as cinco etapas do PE devem ser desenvolvidas de forma sincronizada, obedecendo à ordem de execução de cada uma delas, para que se possa não apenas desenvolver a metodologia correta, como também obter um plano de cuidado no qual se obtenha assistência adequada para o paciente com participação de seu familiar. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2021)

Na primeira etapa, coleta de dados ou histórico de Enfermagem, a enfermeira realiza a anamnese, que deve ser feita em um lugar calmo, tranquilo, que proporcione conforto ao paciente, para que este sintase seguro com suas respostas, diante das perguntas bem elaboradas; com isso, a enfermeira irá conhecer necessidades, valores e problemas de saúde do paciente, através deste e seus familiares, e realizar o exame físico, utilizando os instrumentos específicos como balança, fita métrica, estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro. Na segunda etapa, diagnóstico de Enfermagem, momento para o julgamento clínico a partir das respostas dos indivíduos aos problemas de saúde reais ou potenciais, a enfermeira utiliza de raciocínio científico para decidir qual diagnóstico ou possível diagnóstico será determinado. Na terceira etapa, chamada de planejamento de Enfermagem, a enfermeira traça objetivos, intervenções, prescreve ações de Enfermagem diante dos diagnósticos e dos problemas identificados. Após a construção do plano de cuidados, a enfermeira inicia a etapa seguinte, a intervenção, na qual oferece suporte para melhorar as condições clínicas do paciente. Na última etapa, a avaliação, é possível observar se o PE foi aplicado de forma eficaz, ou seja, analisar, a partir da evolução do paciente, se houve melhora nas condições clínicas e no bem-estar a partir da assistência prestada. (POTTER; PERRY, 2009)

A SAE proporciona a esta trabalhadora uma organização e gerenciamento de seus serviços, além de ser a metodologia de trabalho da equipe de Enfermagem em ambiente de promoção e prevenção à

saúde. No cotidiano de trabalho da enfermeira em unidades hospitalares, a SAE organiza e direciona as atividades e ações da equipe de Enfermagem e promove aplicação de técnicas e conhecimentos científicos no intuito de determinar uma assistência resolutiva e de qualidade. (MACHADO et al., 2019)

Em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na Resolução nº 272, regulamentou a implementação da SAE para todas as instituições de saúde do Brasil, subsidiando as ações da assistência de Enfermagem que possam contribuir para prevenção, promoção, recuperação da saúde do paciente e família. (MACHADO et al., 2019)

A aplicação e o desenvolvimento do PE é um dos principais avanços nas últimas décadas, por oferecer uma estrutura para aplicação do conhecimento e das habilidades de modo organizado e orientado para o objetivo, além de estimular o profissional de Enfermagem a pensar de modo crítico, a resolver problemas e a tomar decisões sobre os cuidados de acordo com as necessidades de cada paciente, proporcionando, assim, à trabalhadora enfermeira, realizar intervenções sempre que se fizer necessário e estar constantemente atenta a evolução clínica do paciente e suas necessidades. (LUNNEY, 2004)

A enfermeira que conhece e aplica corretamente todas as etapas do PE, consegue proporcionar mais segurança durante toda a assistência prestada ao paciente. Atualmente muito se discute sobre os eventos adversos causados aos pacientes durante a prestação de cuidados em instituições de saúde; através de vários estudos e pesquisas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) chegou à conclusão de que a grande maioria desses eventos é evitável, ou seja, existe uma falha no planejamento destes cuidados; este fator proporciona o aumento de erros na assistência prestada. (CUNHA et al., 2020)

O PE é, assim, uma ferramenta indispensável, pois é constituído de várias etapas que permitem organizar e priorizar os cuidados, centralizando assim no paciente e garantindo que suas necessidades básicas de saúde e sua evolução clínica sejam o foco do tratamento. Proporciona ainda conhecer o paciente como um todo, sendo perspicaz no planejamento, prevendo resultados durante a assistência, ocasionando com isso uma flexibilização nas metas traçadas, que pode-

rão ser mudadas sempre que necessário para uma melhor assistência e segurança do paciente, além de envolver familiares nesta prestação de cuidados, tornando-os atores importantes no processo do cuidar. (POTTER; PERRY, 2009)

Na gestão do cuidado, as enfermeiras guardam características singulares, como serem responsáveis pela continuidade, a permanência, a regularidade, a vigilância e a indissociabilidade entre atividades assistenciais e atividades gerenciais. (LEAL; MELO, 2021) As enfermeiras, assim, são referência para o cuidado do paciente, além de serem também responsáveis por proporcionar um ambiente seguro para que os demais profissionais de saúde executem suas funções. (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009)

Podemos dizer que a enfermeira determina como será a assistência prestada ao paciente por meio do PE que proporciona um cuidado sistemático, personalizado e contínuo, porque dispõe dos conhecimentos científicos, além de recursos de tecnologia para uma assistência de qualidade com o objetivo de melhorar as condições clínicas do paciente. Estes últimos, também dependentes das condições de trabalho proporcionadas pelas instituições de saúde. (LEMOS et al., 2018)

Neste sentido, a boa execução do PE, seguindo todas as suas etapas, pode proporcionar diminuição de complicações do quadro clínico do paciente, número de eventos adversos, riscos aos quais estão expostos, consequentemente proporcionando de forma eficaz a segurança do paciente. (SANTOS et al., 2020)

Assim, neste capítulo analisaremos o PE para garantia da segurança do paciente a partir da experiência de enfermeiras que atuam em diferentes funções, da gestão à assistência, em hospitais de pequeno, médio e de grande porte em municípios do estado da Bahia.

Processo de Enfermagem em um hospital público de pequeno porte: entraves entre o estrutural, o operacional e o real

A primeira experiência a ser relatada refere-se a um hospital de pequeno porte do interior da Bahia que, como muitos outros, apresenta limitações quanto à capacidade estrutural e operacional para implantação de alguns processos. Na realidade deste hospital pode-se verificar um conjunto de fragilidades no âmbito assistencial, gerencial e educacional da equipe de Enfermagem. A condição de trabalhadora deste local revela, na prática diária, que restrições como a limitação de equipamentos, materiais e recursos humanos associado a outras necessidades financeiras e organizacionais, muitas vezes, prejudicam a implantação da SAE e o melhor uso do PE.

No contexto hospitalar considerado para a análise nota-se que operacionalmente a SAE está pautada por protocolos, manuais de normas e rotinas e demais documentos que organizam as atividades da equipe de Enfermagem. E que a execução do PE em sua complexidade, ainda é uma realidade distante de ser aplicada e sustentada na rotina de trabalho. Pelo olhar enquanto mestrande e também pós-graduanda, essa condição ocorre pela falta de capacitação da equipe de Enfermagem, pouco envolvimento da equipe na implantação e implementação das atividades e etapas do PE.

É importante registrar que na prática cotidiana em um hospital de pequeno porte a falta de equipamentos tecnológicos, como computadores, por exemplo, é um dos fatores limitantes da aplicação do PE, associado à falta de capacitação da equipe de Enfermagem e a sobrecarga de trabalho destes profissionais, o que dificulta os registros das ações realizadas e efetiva implementação deste processo de trabalho, pois há alegação de componentes da equipe que os registros das atividades diárias, respeitando as etapas do PE, sobrecarregam os profissionais que já possuem muitas atribuições e responsabilidades.

Na realidade do hospital, vivenciada por uma das pós-graduandas do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), a SAE é estruturada em Procedimento

Operacional Padrão (POP), manual de normas e rotinas desatualizado, e apenas uma das etapas do PE – coleta de dados ou histórico de Enfermagem – é documentada; as demais etapas acontecem nas práticas timidamente, sem registro sistematizado, o que revela uma assistência fragilizada e uma gestão de Enfermagem que enfrenta uma realidade defasada, não respeitando a legislação vigente que obriga a implantação e implementação da SAE, de acordo com Resolução COFEN nº 358/2009 para operacionalização do PE.

A baixa valorização salarial, carga horária excessiva e equipe mínima, leva a um desgaste emocional e físico destes profissionais de Enfermagem e conseqüentemente reflete negativamente no processo de trabalho, seja na manutenção da SAE ou na implantação ou implementação do PE. No cotidiano do trabalho, a condução do trabalho da enfermeira, frente à equipe de Enfermagem, no sentido de estabelecer um modelo de coordenação coparticipativa e não com imposição de mudanças no sistema organizacional, ainda é um desafio para que as especificidades de cada unidade de produção de serviço hospitalar sejam tratadas de modo particular e alcance maior engajamento e resolutividade.

Tais desafios também são revelados em outras pesquisas. No estudo de Barreto e demais autores (2020) identifica-se que as enfermeiras inseridas em unidades hospitalares de pequeno porte enfrentam inúmeros desafios, sobretudo aquelas que buscam implementar a SAE no cotidiano de trabalho. Outrossim, ainda precisam de mais estudos na perspectiva contrária, visto que ainda são escassas pesquisas que apontem as estratégias facilitadoras implementadas por estas para conseguirem, ao menos em parte, desenvolvê-las.

É preciso mais do que vontade de fazer, pois a implantação e implementação da SAE e do PE não se limita ao desejo, mas a um conjunto de medidas e ações pautadas em bases científicas que se sustentam através de um arcabouço tecnológico, estrutural e organizacional, e se mantém pela prática diária do trabalho da equipe técnica, assistencial e gerencial de Enfermagem.

Alguns autores, como Santos e demais autores (2020), apontam para alguns desafios. Estes autores afirmam que o PE, apesar de ser

um método muito eficaz para a qualidade da assistência prestada, encontra dificuldades para ser implantado, sendo as mais comuns: o dimensionamento incorreto da equipe de Enfermagem, já que requer da enfermeira uma maior disponibilidade de tempo para sua execução; a falta de conhecimento científico por parte da enfermeira, para que o planejamento do cuidar seja embasado na cientificidade; desconhecimento do funcionamento do PE; e falta de entendimento por parte dos gestores sobre a importância desse processo, para apoio e disponibilidade de recursos.

Nesse sentido entender como as enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem vivenciam essa aplicação ou não da SAE e do PE pode dar subsídios para compreender e explorar os motivos que dificultam ou que podem facilitar o processo de trabalho pautado nesta SAE e aplicação do PE, cumprindo as etapas e determinando os cuidados de Enfermagem para uma assistência segura e de qualidade.

Diante dessa realidade o que podemos verificar é a necessidade de uma mudança expressiva nestas unidades hospitalares, começando pela sensibilização dos gestores maiores, mostrando as necessidades de ampliação de financiamento para aquisição de equipamentos e contratação de novos profissionais de Enfermagem, bem como a capacitação contínua destes.

Também cabe a esta trabalhadora, por ser a profissional autora da avaliação, identificação e intervenção de Enfermagem, embasada nos conhecimentos científicos, mensurar e avaliar a prestação de cuidados por meio de indicadores que mostram a diminuição ou inexistência de eventos adversos, através de protocolos, fichas de notificação e treinamentos, proporcionando flexibilidade nas tomadas de decisões sempre que necessário para a prestação da assistência, maior bem-estar e segurança ao paciente.

Processo de Enfermagem em um hospital privado de médio porte: a intensificação do trabalho e o impacto na segurança do paciente

Partindo do pressuposto de que o lugar da enfermeira é de articulação, porque ela organiza o processo de trabalho em saúde e coordena o trabalho das técnicas e auxiliares de enfermagem e por isso lida com conflitos na organização do trabalho em saúde e coordenação do processo de trabalho em Enfermagem. (LEAL; MELO, 2021) A implantação de novos modos organizativos e em especial a implantação da SAE e do PE em hospitais, que impactam diretamente o cuidado e o processo de trabalho em Enfermagem, requer atuação ativa da enfermeira para efetivação dessa ação, mas não única ação determinante, pois elementos externos ao processo de trabalho da enfermeira também interferem na efetivação de novos processos operacionais como condições de trabalho, dimensionamento de pessoal entre outros.

No hospital as enfermeiras desenvolvem algumas atividades que merecem destaque para nossa observação. Em unidades abertas de internação podemos citar como exemplos elaborar escalas mensais e diárias de trabalho das técnicas/auxiliares de enfermagem; aprazar medicações prescritas, solicitar insumos e medicamentos, aplicar a SAE, realizar procedimentos tidos como complexos ou invasivos, comunicar-se com outros profissionais ou setores do hospital para assegurar assistência aos pacientes, articular o trabalho dos médicos e das trabalhadoras de Enfermagem, participar de reuniões, dentre outras atividades. (LEAL, 2022)

A experiência de uma mestranda em um hospital privado de médio porte do interior da Bahia aponta para reflexões sobre as dificuldades de se implantar o PE nos hospitais privados também.

A prática hospitalar indica que, ao longo do caminho para implantação e implementação do PE nas instituições, é necessário haver a sensibilização por parte dos profissionais de saúde e de seus gestores.

No processo de implantação, a enfermeira, enquanto articuladora do trabalho em saúde, organiza seu trabalho de modo a criar

elementos para que o PE seja colocado em ação. Elementos como sensibilização dos trabalhadores da equipe de Enfermagem, organização do serviço de forma a agilizar seu trabalho e priorizar suas demandas, o dimensionamento de pessoal para atuar nas unidades de produção do serviço e parceria de gestores hospitalares em proporcionar condições para a execução do PE, são exemplos de aspectos intrínsecos e extrínsecos ao trabalho da enfermeira e que são potencializadores de cuidados para gerar a segurança do paciente.

Neste contexto, vale destacar que algo comum e visível, principalmente no ambiente hospitalar, é a função que foi dada a enfermeira de criar um ambiente de trabalho que proporcione aos demais trabalhadores de saúde um lugar seguro e agradável para o desenvolvimento de suas funções. Esta trabalhadora tem imbuída em sua prática atividades assistenciais, e a gerência que é algo intrínseco a esta profissional, sendo sempre vista como a responsável pelo andamento do plantão, nomeada popularmente como a “chefe do plantão”, pois tudo é centralizado e diretamente delegado para enfermeira, desde sua habilidade técnica a providenciar um profissional para troca de uma lâmpada.

Mesmo entendendo que a segurança do paciente seja uma responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados, cabe à enfermeira a figura de direcionadora, por ser identificada pelos demais profissionais de saúde como a trabalhadora incumbida de proporcionar um ambiente seguro, além de ser a autora da grande maioria dos protocolos criados para a segurança do paciente, treinamentos das equipes multiprofissionais, preenchimento das fichas de notificação e por ser a equipe de Enfermagem a maior em número de profissionais (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) presentes nas unidades hospitalares durante as 24 horas. (RIBEIRO; SERVO; SILVA FILHO, 2021)

Outro fator que desestimula e impede a implantação de processos de melhoria de segurança do paciente, como é a SAE e o PE, são os vários fatores que interferem na execução do trabalho, seja com aumento da intensidade deste, seja pela dificuldade de dispor de recursos adequados para a sua execução.

As várias demandas atribuídas às enfermeiras podem acarretar diminuição de seu desempenho profissional, já que as impedem de criar e executar um plano de cuidados, nos quais a enfermeira tem autonomia para a realização de mudanças durante sua assistência sempre que se fizer necessário, impactando diretamente na segurança do paciente.

Neste sentido, Moser e demais autores (2018) indicam que a importância do apoio institucional se faz imprescindível para a reorganização do serviço, alocação de recursos humanos e materiais. Ainda afirmam que as vantagens do PE devem ser valorizadas na formação para que se amplie a percepção por parte da maioria das enfermeiras que atuam em hospitais.

Processo de Enfermagem em um hospital público de grande porte: desafio de produzir melhorias em relação ao pessoal, instrumentos e método

Na vivência relatada em um hospital público de grande porte, a pós-graduanda do Mestrado Profissional em Enfermagem na UEFS apresenta que a experiência de gestão em Enfermagem na implementação do PE, indica algumas estratégias e desafios para a conquista, pois estes vão além de seguir a legislação detalha, pautada em teorias de Enfermagem e taxonomias estabelecidas.

Sobretudo, tal implementação depende de estrutura física, materiais permanentes como computadores, educação permanente, participação da equipe de Enfermagem como um todo (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), definição de protocolos e estabelecimento de normas e rotinas e dimensionamento de pessoal adequado para prestação de uma assistência de Enfermagem de qualidade e segura.

Portanto, como pontos de destaque, ressaltam-se: os investimentos para aumentar o quantitativo de pessoal de Enfermagem através de oficinas de dimensionamento de Enfermagem baseadas na Resolução COFEN nº 543/2017; os encaminhamentos de relatórios aos

órgãos competentes; a sensibilização dos gestores e, que no decorrer da implantação, houve aumento do quantitativo de pessoal, possibilitando melhorias dos processos de trabalho em Enfermagem e consequentemente da assistência.

Nesse íterim, houve a possibilidade de padronização de instrumentos, como histórico de Enfermagem, admissão de Enfermagem, evolução de Enfermagem, tabelas de diluição, organização de carrinhos de emergência, implementação de escalas de Enfermagem.

Observamos também que os aspectos mencionados acima coadunam com as ações de segurança ao paciente que impactam numa assistência mais livre de danos e segura, bem como estabelecimento de uma cultura de notificação de não conformidades como algo que favorece a educação e correção de atitudes que podem levar ao erro, descortinando a ideia de punição que possa estar atrelada às ações de notificação.

No entanto, observa-se que a implementação do PE percorrerá um longo caminho pois ainda que haja um dimensionamento mais condizente com a Resolução COFEN, as condições de trabalho do profissional de Enfermagem são permeadas por sobrecarga devido ao acúmulo de vários vínculos de trabalho, estimulado por baixos salários e falta de valorização profissional.

Como afirmam Peduzzi e Anselmi (2002), é necessário entender a importância do processo de trabalho da enfermeira no hospital, já que muitas atribuições são delegadas a esta trabalhadora, onde com maestria, apesar da sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento – não apenas financeiro – e do dimensionamento insuficiente de pessoal, exerce suas múltiplas funções proporcionando não apenas uma assistência de qualidade para o paciente, mas coordenando para proporcionar um ambiente onde todos os outros profissionais de saúde exerçam suas funções da forma como se é esperado pela instituição de saúde e a sociedade.

Um cenário de desvalorização e desmotivação implica em baixo empoderamento da categoria, robotização de ações, sem reflexão sobre cada prática de Enfermagem estabelecida, repetição de ideias, indo na contramão do PE, que deve ser individualizado, coerente

com as necessidades individuais, com plano terapêutico específico e resolutivo.

Portanto, é necessário que entre gestores, gerentes e executores prevaleça o pensamento de que para a implementação do PE seja real e não uma repetição de ideias, devemos primeiro impactar as bases da SAE (Pessoal, Instrumentos e Método), sensibilizar trabalhadores através de um processo intenso de educação permanente, e atuar na militância em torno das melhorias das condições de trabalho com um dimensionamento adequado e sobretudo teto salarial e carga horária estabelecidos por lei.

E quando o serviço hospitalar é exigido ao máximo de sua capacidade instalada, quando a segurança do paciente é também a vida dos indivíduos, trabalhadores e familiares de ambos? A enfermeira que atua sobre o desafio de orquestrar o trabalho em saúde e coordenar o processo de trabalho em Enfermagem, contínuo, vigilante, parece ser vista, reconhecida pelo lugar que ocupa e pelo produto que pode produzir: vida.

A demanda pelos serviços de saúde, e dentre eles os serviços hospitalares, provocada pela pandemia por covid-19 demonstraram como a assistência à saúde precisa de trabalhadores bem instrumentalizados, seja estruturalmente e operacionalmente. Por isso, trazemos ao final do capítulo a experiência de mais uma mestranda que atuou, neste período, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público de grande porte na Bahia e os desafios para o PE.

Levando-se em consideração o processo de trabalho da enfermeira e a atuação de uma gerente de UTI que vivenciou a linha de frente no enfrentamento da pandemia por covid-19, discute-se que a segurança do paciente e da equipe de trabalhadores foi algo extremamente exaustivo de lidar, uma vez que tal situação demandou condutas e tomadas de decisão com atualização constante e em curto espaço de tempo, além de ser uma realidade desconhecida, de caráter mundial que afetou diretamente às instituições de saúde.

A execução da educação em serviço com treinamentos diariamente à beira leito sobre as mais diversas abordagens como uso adequado de equipamentos de proteção universal, paramentação e des-

paramentação, pronação, sequência rápida de intubação, preparo de drogas sedativas, foram assunto enfatizados no dia a dia, valorizando a segurança máxima do paciente e do trabalhador da equipe multiprofissional de terapia intensiva.

Na ordem administrativa, desde a participação na escolha dos óculos de proteção mais adequado, da gramatura da capa descartável, da *face shield* a ser usada, a nova provisão de materiais e insumos da unidade foram recalculados baseados nas Normas Regulamentadoras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e com critérios internos que garantem a segurança do paciente e da equipe de forma a ocorrerem menor número possível de adoecimento por infecção adquirida no trabalho. A comunicação com os setores pares foi fortalecida exigindo uma maior organização e definição de fluxos internos.

Dentre as experiências relatadas, ficaram aprendizados de que sempre há espaço para criação de oportunidade para o alcance de melhorias evidenciadas em processos de reconstrução. A aproximação dos trabalhadores, acolhimento de seus medos e inseguranças, foram também alguns dos grandes desafios para a enfermeira que, como falamos no início, tem seu trabalho assistencial indissociado do trabalho gerencial.

Considerações finais

Diante do relato de experiência das autoras deste capítulo, mesmo estas trabalhadoras enfermeiras exercerem seu ofício em hospitais diferentes quanto ao porte e a rede, é possível perceber que o PE é algo não implantado e nem tão pouco implementado, como rege a Resolução nº 358/2022.

Nota-se que apesar de todo esforço por parte da trabalhadora enfermeira, no sentido de garantir uma assistência de qualidade ao paciente, livre de danos e eventos adversos, elas se deparam com problemas comuns a todas: dimensionamento de pessoal incorreto, falta de sensibilização por parte dos gestores, e por isso o PE não ocorre em sua plenitude.

Apesar de toda a batalha diária por reconhecimento – seja ele de forma salarial, seja ele de forma quanto a cientificidade do campo de conhecimento em Enfermagem –, percebe-se que ainda existe um longo caminho a ser percorrido.

A discussão sobre SAE e PE, como instrumentos para direcionar e qualificar a assistência, não pode perder de vista os determinantes externos à natureza do trabalho da enfermeira e, para isso, trazer à tona a necessidade de análise da conjuntura proporcionada pela organização do trabalho e o contexto em que as enfermeiras estão inseridas em seu processo de trabalho é necessária para complexidade do assunto em questão.

Referências

- ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- BARRETO, M. da S. *et al.* Sistematização da assistência: práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. *Escola Ana Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1-8, 2020.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Processo de enfermagem: guia para a prática*. 2. ed. São Paulo: COREN-SP, 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 358, 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução nº 543, de 12 de maio de 2017*. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 23 fev. 2022.
- CUNHA, D. C. *et al.* A percepção da equipe de enfermagem sobre a importância da segurança do paciente em um hospital público do Norte. *Nursing*, São Paulo, v. 23, n. 260, p. 3512-3515, jan. 2020.

CRUZ, I. C. F. *Planejamento de cuidado de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto*, São Paulo, v. 18, n. 2, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200008>. Acesso em: 23 fev. 2022.

LEAL, J. A. L. Processo de trabalho da enfermeira em unidades básicas e hospitalar. In: ARAÚJO, M. O. et al. (org.). *Gerenciamento em enfermagem: teoria e prática em diferentes contextos*. Curitiba: CRV, 2022. v. 1, p. 55-75.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. de. *Processo de trabalho da enfermeira*. Curitiba: Appris, 2021.

LEMONS, G. de C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, Divinópolis, v. 1, p. 1-10, 2018. DOI: 10.19175/recom.v710.2600. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2600> Acesso em: 5 abr. 2022

LUNNEY, M. *Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem: estudos de caso e análises*. Tradução Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MACHADO, J. P. da C. et al. Percepção de enfermeiros de unidades de internação clínica sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Nursing*, São Paulo, v. 22, n. 257, p. 3220-3225, 2019.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A.; LEAL, J. A. L. Processo de trabalho assistencial-gerencial da enfermeira. In: VALE, E. G.; PERUZZO, S. A.; FELLI, V. E. A. (org.). *PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: gestão: ciclo 4*. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 45-75

MOSER, D. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 998-1007, out./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.998-1007>. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6296/pdf_1. Acesso em: 5 abr. 2022.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RIBEIRO, R.; SERVO, M. L.; SILVA FILHO, A. M. da. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público, *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 12, n. 3, p. 504-511, 2021. DOI: 10.21675/2357-707x.2021.v12.n2.4240. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4240>. Acesso em: 4 maio 2022.

SANTOS, F. C. *et al.* Sistematização da assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital público do norte do Brasil. *Nursing*, São Paulo, v. 22, n. 256, p. 3155-3159, 2020.



Parte III

Oportunidades e perspectivas para o campo da Enfermagem



CAPÍTULO 10

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR perspectivas operacionais para a efetiva implementação

Jocelio Matos Amaral

Hudson Soares da Silva

Deybson Borba de Almeida

Fabricia Cristine Santos Leite

Laiane da Silva Santana

Josse Maria Melo Lima

Ohana Cunha do Nascimento

Dailey Oliveira Carvalho

Introdução

A Enfermagem é um campo de conhecimento com dimensões estéticas, éticas, científicas e políticas, construído a partir de vários referenciais teóricos e metodológicos que permitem a organização e sistematização do cuidado a indivíduos e coletividades nos diversos âmbitos de atenção à saúde. (GARCIA; NÓBREGA, 2009; SOARES et al., 2015) Ao se discutir esses referenciais, o Processo de Enfermagem (PE) surge como importante método organizador do cuidado, através do raciocínio clínico, legal, ético e científico, bem como de documentação da prática profissional. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2021; SILVA et al., 2020)

O PE é uma exigência contemplada em diversos padrões internacionais de qualificação e certificação em saúde, visto por órgãos de

muitos países como importante método para a promoção de um cuidado qualificado, seguro e humanizado, com possibilidade de englobar elementos necessários para uma tomada de decisão assertiva e adequada às demandas da sociedade. (ALFARO-LEFREVE, 2014; DOMINGOS et al., 2017)

No Brasil, o PE é datado da década de 1970, por meio de Wanda de Aguiar Horta (1979), como fundamento do ensino e da prática da Enfermagem. Entretanto, somente algumas décadas depois, em 2002, foi aprovada a primeira regulamentação sobre o assunto, através da Resolução nº 272 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Essa foi a base legal sobre a temática, em que o PE se configurou como importante método organizador do trabalho da Enfermagem e como elemento integrativo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Após alguns anos, em 2009, através da Resolução nº 358/2009, o COFEN especificou as exigências legais de implementação do PE para todos os espaços em que houvesse o cuidado da Enfermagem. Essa resolução também foi importante para destacar a necessidade de atenção às fases do PE, desde a coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, entre outras considerações, todas edificadas em um referencial teórico pertinente. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; SANTOS et al., 2014)

Assim, o PE, devidamente pautado em um modelo teórico (teoria do autocuidado, necessidades humanas, sistemas de adaptação, entre outros), deve ser aplicado à prática, por permitir uma maior qualificação do cuidado e da sua humanização (NÓBREGA; SILVA, 2009) e por fazer emergir a necessidade do raciocínio clínico e pensamento crítico, seja através da investigação dos problemas dos pacientes, identificação de riscos ou da organização do cuidado com foco nos resultados. (ALFARO-LEFREVE, 2014; AZEVEDO et al., 2019)

Cabe destacar que a utilização inadequada das teorias pode influenciar sobremaneira na execução de cuidados, que cotidianamente são mais tecnicistas, centralizados no modelo biomédico. Nesse contexto, Riegel, Crossetti e Siqueira (2018) reafirmam a necessidade de se abordar aspectos relacionados às crenças e valores,

à espiritualidade e diferentes culturas, compreendendo o ser humano em sua complexidade, conferindo acurácia e fidedignidade ao PE.

O PE pode ser definido em três dimensões: propósito, organização e propriedade. O propósito é focado na individualidade, em que as enfermeiras interagem com os clientes e confirmam suas observações de forma mútua, para juntos, utilizarem o PE. A organização refere-se às fases distintas, independentes e inter-relacionadas entre si. Por fim, as propriedades são descritas como intencionais, sistemáticas, dinâmicas, interativas, flexíveis e baseadas em teorias. (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013) Nessa perspectiva, Silva e demais autores (2015) entendem e enfatizam a importância da participação efetiva do sujeito na produção de saúde, o que contribui para o exercício da cidadania, com o posicionamento do cidadão na *cocondução* do processo de planejamento em saúde.

Apesar dos já reconhecidos benefícios da implementação do PE nos serviços de saúde, sabe-se que essa não é uma realidade consistente no Brasil, especialmente nos hospitais. Frequentemente, os estudos abordam que essa implementação é fragmentada e dissociada das realidades locais, o que dificulta a adesão da equipe de Enfermagem, limita o envolvimento dos profissionais no uso do método, fragiliza o reconhecimento social da sua importância e restringe a valorização por parte da gestão institucional. Ao mesmo tempo, associa-se também a falta de indicadores de resultados específicos sobre os impactos do uso do PE na qualificação do cuidado a médio e longo prazo. (AZEVEDO et al., 2019; SANTOS et al., 2014)

Isso acontece, pois o ambiente hospitalar ainda representa um espaço desafiador para a adequada operacionalização do PE, como: dificuldades operacionais inerentes à instituição; desinteresse e desconhecimento por parte da gestão e dos próprios profissionais; fragilidade no estabelecimento de prioridades organizacionais; carência de força de trabalho; dificuldades de aceitação por parte dos demais membros da equipe multiprofissional; falta de capacitações em serviço; além de resistência às mudanças. (MARTINS; CHIANCA, 2016; MASSAROLI et al., 2015; SOUSA, B. et al., 2020)

Assim, nota-se que os desafios para execução adequada do PE são frequentes, inclusive no ambiente hospitalar, que foi um dos primeiros serviços a consolidar iniciativas de incorporação dessa metodologia à sua prática institucional. Por ser uma área que exige agilidade e tomada de decisões rápidas, ainda há uma percepção de que as atividades práticas têm maior relevância do que as atividades de planejamento do cuidado. Por isso, muitas ações que poderiam ter maior fundamentação científica e com maior probabilidade de impacto qualitativo na saúde dos pacientes não são desenvolvidas. (CAVEIÃO; HEY; MONTEZELI, 2013; MASSAROLI et al., 2015; NUNES et al., 2019)

Diante deste cenário, surge o seguinte questionamento: quais as perspectivas de operacionalização recomendadas para implementação do PE no contexto hospitalar? Assim, no intuito de responder essa questão, objetivou-se mapear as perspectivas de operacionalização recomendadas para implementação do PE no contexto hospitalar.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade em apontar perspectivas de implementação adequada do PE no contexto hospitalar, visto que, mesmo após duas décadas, ainda existem fragilidades que impedem a sua efetiva execução. Assim, essa discussão pode contribuir para consolidação e valorização do método por parte de gestores, pesquisadores e profissionais de Enfermagem.

Para atingir o objetivo proposto, foi realizado um levantamento bibliográfico para reunião das informações através de busca *on-line* de artigos nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Nacional de Saúde (PUBMED), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Cumulative Index to Nursing and Allied and Health Literature (CINAHL) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) através dos descritores “processo de enfermagem”, “sistematização da assistência de enfermagem”, “hospitais” e “serviço hospitalar de enfermagem” e

suas respectivas traduções padronizadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Quanto aos critérios de inclusão, foram consideradas publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, em formato de trabalho completo resultantes de investigações primárias ou secundárias, qualitativas, quantitativas ou relatos de experiência, publicadas no período de 2013 a 2022 e que respondessem aos propósitos da pesquisa.

Assim, as seguintes etapas de seleção dos estudos foram adotadas:

1. identificação: pesquisa nas plataformas através dos descritores selecionados em que se identificou 324 estudos;
2. seleção: leitura dos títulos e resumos dos trabalhos para triagem dos estudos consonantes ao objetivo da revisão, em que se identificou 79 estudos;
3. elegibilidade: seleção após leitura completa dos produtos selecionados. Nessa etapa foram excluídos os artigos duplicados ou dissonantes aos propósitos da pesquisa, o que resultou em 18 estudos;
4. inclusão: definição dos estudos selecionados, que finalizou a seleção em 11 estudos.

Os resultados obtidos foram estruturados no Quadro 1, a seguir, com as principais informações acerca dos estudos e os resultados identificados.

Quadro 1. Apresentação e caracterização dos artigos selecionados: base de dados, autor(es), título do trabalho, ano e principais resultados da pesquisa. Feira de Santana (BA), 2022

N	Base de dados	Autor(es)	Título do trabalho	Ano	Principais resultados
I	CAPES	TRINDADE et al.	Processo de enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros	2016	O estudo aponta perspectivas sobre aspectos a serem observados para a consolidação do PE no âmbito hospitalar: maior aproximação entre as universidades e o serviço de saúde, investimento em dimensionamento de pessoal adequado e recursos materiais, educação permanente em saúde, sensibilização de todos os membros da equipe, maior apoio da gestão institucional, revisão de protocolos que auxiliem na organização das ações do processo de trabalho, uso de tecnologias, consolidação de suporte teórico que oriente as etapas do PE e fortalecimento do ensino do PE durante o período de formação profissional.
II	PUBMED	SOUZA; SANTOS; MONTEIRO	O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino	2013	O estudo aborda a necessidade de melhorias na implementação das etapas do PE, de forma a enfrentar as rotinas tecnicistas existentes, bem como aborda a necessidade de maior inclusão de todos os membros da equipe de Enfermagem na implementação do PE. A necessidade do fortalecimento das ações de educação permanente sobre o PE também é destacada.
III	PUBMED	ALMEIDA; SASSO; BARRA	Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: ergonomia e usabilidade	2016	O uso de tecnologias, como sistemas informatizados para a execução do PE, foi bem avaliado por enfermeiros, professores e programadores e apontado como estratégia promissora para a consolidação do PE.

(Continua)

(Continuação)

N	Base de dados	Autor(es)	Título do trabalho	Ano	Principais resultados
IV	PUBMED	ALMEIDA et al.	Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem	2019	Foi identificada atitude favorável dos enfermeiros perante o PE, mas ao mesmo tempo, uma deficiência de conhecimento sobre o assunto. Assim, foi apontada a demanda de aulas, eventos e capacitações sobre a temática para os profissionais que já ingressaram no serviço hospitalar.
V	LILACS	MACHADO et al.	Aplicabilidade do processo de enfermagem na atenção hospitalar: interface com as melhores práticas	2022	Foram identificados alguns aspectos a serem melhorados para a consolidação do PE na unidade, como correção das deficiências de conhecimento acerca das teorias de Enfermagem, bem como aperfeiçoamento dos registros no prontuário.
VI	LILACS	FARUCH et al.	Avaliação da implementação do processo de enfermagem em um hospital universitário	2021	O estudo aponta que nem todos os aspectos da implementação do PE estão consolidados no serviço. Há a necessidade de fortalecimento das ações de educação permanente e de fixação de profissionais na unidade.

(Continuação)

N	Base de dados	Autor(es)	Título do trabalho	Ano	Principais resultados
VII	CINAHL	RIBEIRO et al.	A pesquisa-ação na reconstrução do conhecimento de enfermeiros sobre processo de enfermagem na área hospitalar	2020	Os enfermeiros apontaram aspectos a serem corrigidos sobre o PE no contexto hospitalar, como: necessidade de implementação completa de todas as etapas do PE, correções no dimensionamento de pessoal e atenção à sobrecarga de trabalho, investimento em tecnologias e sistemas de informação que facilitem o registro das fases do PE.
VIII	SCIELO	OLIVEIRA et al.	Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem brasileira	2019	Neste estudo, a aplicação do PE foi associada a um maior nível de educação permanente, apontando esta como estratégia importante para solidificação do método. Entretanto, ainda foram identificadas deficiências a serem corrigidas na aplicação do PE, principalmente na fase do planejamento de Enfermagem.
IX	CAPES	CHIAVONE et al.	Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo	2021	A pesquisa aponta que a inserção de tecnologias para apoio ao Processo de Enfermagem é crescente, principalmente <i>softwares</i> , embora ainda tenha mais foco para o ensino.

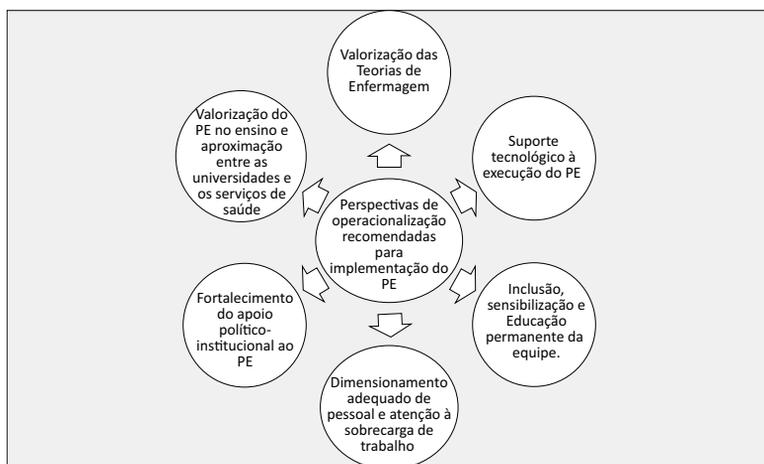
(Conclusão)

N	Base de dados	Autor(es)	Título do trabalho	Ano	Principais resultados
X	BVS	MOREIRA et al.	Processo de enfermagem no ambiente hospitalar: potencialidades, fragilidades e estratégias vivenciadas por enfermeiros	2021	A perspectiva é de ajustes das dificuldades operacionais ainda existentes para execução do PE, como: investimento na resolução de fragilidades dos instrumentos e da fragmentação das etapas do PE, planos de sensibilização e educação permanente dos profissionais, melhoria do dimensionamento de pessoal e atenção à sobrecarga de trabalho.
XI	CAPEs	SANTOS et al.	Saberes, desafios e perspectivas sobre a sistematização da assistência de enfermagem	2020	Segundo o estudo, os enfermeiros necessitam de mais aprofundamento teórico sobre o PE. Além disso, identifica-se a necessidade de capacitações, apoio institucional, mais computadores e outros recursos tecnológicos para a execução do PE. Ao mesmo tempo, a resolução de problemas relacionados a dimensionamento de pessoal, sobrecarga de trabalho e pouca fixação de profissionais no serviço é apontada como imprescindível para uma perspectiva positiva de implementação efetiva do PE no contexto hospitalar.

Fonte: elaborado pelos autores.

Diante dos dados apresentados no Quadro 1, identifica-se que as perspectivas de operacionalização para a efetiva implementação do PE no contexto hospitalar perpassam por recomendações de aprimoramento de alguns aspectos que envolvem o ensino, implementação e execução do método. Assim, embora grande parte dos serviços hospitalares já tenha iniciado a implementação do PE, amolda-se a necessidade de observância às perspectivas que possam contribuir para a resolução dos entraves existentes. Abaixo, o consolidado dos principais aspectos a serem observados para esse aprimoramento, construído a partir do Quadro 1:

Figura 1. Perspectivas de operacionalização recomendadas para implantação do PE no contexto hospitalar. Feira de Santana (BA), 2022



Fonte: elaborada pelos autores.

Valorização das Teorias de Enfermagem

Os resultados sinalizam destaque para o déficit de conhecimento da equipe de Enfermagem sobre o aporte teórico que deve envolver o PE. (MACHADO et al., 2022; TRINDADE et al., 2016) Assim, torna-se importante valorizar o estudo das Teorias de Enfermagem e sua aplicabilidade no contexto do cuidado sistematizado, uma vez que

desde a graduação, frequentemente são ensinadas em formato fragmentado e pontual, sem perspectiva horizontal à matriz curricular, o que pode contribuir para a formação de profissionais com baixa autonomia e sem pensamento crítico-reflexivo. (ALVES et al., 2021; MATOS et al., 2011)

A execução do PE deve ser fundamentada por Teorias de Enfermagem (TE), que consistem na valorização do saber científico e pensamento crítico. Assim, representam um modo de pensar sobre determinado problema, em busca de solucioná-lo sob uma profundidade lógica. As TE representam um arcabouço científico que deve ser aplicado no cotidiano para que as teorias e os conceitos sejam propagados na prática clínica da Enfermagem. (BUGS et al., 2018)

As teorias direcionam exercícios de reflexões sobre os problemas da Enfermagem, capazes de permitir ao enfermeiro uma maior autonomia no planejamento e execução dos cuidados prestados. Indiscutivelmente a adoção das TE consegue promover melhorias da qualidade assistencial, pois o enfermeiro deixa de ser um simples executor de tarefas repetidas e passa a ser um sujeito ativo e protagonista do processo de cuidar. (BRANDÃO et al., 2019)

É preciso que se compreenda, portanto, que as boas práticas do enfermeiro não perpassam apenas pela dimensão técnica do “fazer”, mas principalmente pelo planejamento, descrição e prescrição das ações de cuidado em saúde de forma crítica e de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. Isto porque a execução técnica do cuidado depende de uma base teórica bem alicerçada para que esta seja realizada de forma integral. Logo pode-se dizer que a prática do cuidado deve ser sustentada por evidências científicas, visto que o exercício profissional da Enfermagem tem sua voz ancorada em aspectos teórico-científicos. (BRANDÃO et al., 2019)

Desta forma, vale acrescentar que a valorização do processo de trabalho da enfermeira depende da aplicação apropriada do PE ancorado em uma teoria da área, visto que são estas teorias as responsáveis pelo arcabouço científico dos fenômenos do cuidado. Assim, podemos defini-las como a busca pelo reconhecimento de um saber científico próprio da Enfermagem. Todavia, esta busca depende,

ainda, do abandono da ótica biomédica/tecnicista que não valoriza a especificidade do trabalho do enfermeiro nem proporciona avanço em conhecimento para a Enfermagem. (SANTOS et al., 2019)

Suporte tecnológico à execução do Processo de Enfermagem

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) foram apontadas como promissoras para apoio à execução do PE, pois, entre outros fatores, podem colaborar com a otimização da organização e planejamento do cuidado, facilitar a coleta de dados, auxiliar no uso de linguagens e promover o acesso dinâmico às informações pela equipe de Enfermagem, principalmente no ambiente hospitalar, que possui um perfil variado de pacientes e fluxos complexos de trabalho. (ALMEIDA; SASSO; BARRA, 2016; TRINDADE et al., 2016; RIBEIRO et al., 2020; SANTOS et al., 2020)

As tecnologias promissoras para apoio ao PE se apresentam de diversas formas: *softwares*, aplicativos, instrumentos validados, ambientes virtuais de aprendizagem, entre outras. Estas estão em amplo processo de desenvolvimento, inclusive no Brasil, com o objetivo de potencializar o cuidado de Enfermagem, tornando-o mais qualificado, efetivo e valorizado. (CHIAVONE et al., 2021)

A ideia central é que os tradicionais “impressos” sejam substituídos por sistemas dinâmicos que consigam incorporar as especificidades do serviço e facilitar a viabilidade do PE, principalmente no contexto hospitalar. Entretanto, é necessário destacar que o sistema eletrônico não deve “substituir” o raciocínio clínico e a tomada de decisão da enfermeira. (ALMEIDA; SASSO; BARRA, 2016; CHIAVONE et al., 2021)

Logo, para que esses sistemas dinâmicos possam ser eficazes precisam mostrar-se compatíveis com as etapas do PE, portanto, informatiza-se o processo, mas deve-se permitir que a enfermeira adapte as indicações do *software* às necessidades individuais de cada pessoa cuidada. Dessa forma, as tecnologias poderiam gerar e monitorar indicadores importantes no processo de cuidado sendo capazes,

ainda, de resgatar dados pregressos e destacar informações. Todavia, para que as implementações de *softwares* sejam possíveis é necessário que haja uma atuação conjunta das “frentes” acadêmicas – no que concerne à Enfermagem e às ciências da computação – e da gestão administrativa, para que esta ferramenta possa ser planejada em equipe e pensada para funcionar de forma integrada aos outros sistemas institucionais. (SILVA et al., 2019)

Inclusão, sensibilização e educação permanente da equipe

Os resultados da pesquisa apontaram também para a importância de incluir todos os membros da equipe de Enfermagem na implantação e execução do PE. Isso cabe destaque porque frequentemente o PE é centrado apenas nas enfermeiras, sem a devida inclusão do técnico/auxiliar de enfermagem, o que dificulta a efetiva operacionalização do método. Embora algumas etapas (diagnóstico e prescrição) sejam privativas da enfermeira, as demais categorias participam das outras etapas e, portanto, configuram peças-chave para a oferta de um cuidado sistematizado com qualidade. (MOREIRA et al., 2021; TRINDADE et al., 2016)

Assim, para a efetivação do PE é necessária a integração do técnico/auxiliar de enfermagem, em busca da superação da dicotomia entre o pensar e o executar, uma vez que a consolidação de atividades em saúde, em qualquer grau, exige preparo teórico e prático, portanto, prescinde a visão dualística de executar e pensar, tendo em vista que tais aspectos são ações interdependentes. Portanto, embora o técnico/auxiliar esteja sob supervisão da enfermeira, precisa também ser estimulado ao pensar crítico-reflexivo das suas ações, já que é uma categoria pautada em assistência direta e essa precisa ser feita de forma consciente e embasada, para segurança do paciente. (SALVADOR et al., 2019; SALVADOR; SANTOS, 2013)

O conhecimento bem fundamentado das etapas do PE é imprescindível para toda a equipe de Enfermagem, uma vez que o PE confere visibilidade à Enfermagem como ciência através da valorização

de seus saberes específicos e da racionalidade aplicada às tomadas de decisões no cuidado que abarcam não só as atribuições da enfermeira, mas também o saber das outras categorias pertencentes à Enfermagem, uma vez que o fazer técnico também precisa de embasamento e pensamento crítico. (ADAMY; ZOCCHÉ; ALMEIDA, 2019; ALMEIDA et al., 2022)

Ao mesmo tempo, os resultados apontaram também para a importância da sensibilização da equipe na implementação e execução do PE. (MOREIRA et al., 2021; TRINDADE et al., 2016) Essa sensibilização precisa acontecer com os profissionais do serviço em todos os passos/etapas do método, pois, medidas de implementação impositivas tendem a ter pouca compreensão e adesão da equipe. (DOMINGOS et al., 2017; NEVES; SHIMIRU, 2010)

Outro aspecto presente nos resultados da revisão foi a importância das atividades de educação permanente sobre o PE. (FARUCH et al., 2021; MOREIRA et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2019; SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013; TRINDADE et al., 2016) Os profissionais relataram que após o ingresso no serviço, as atividades/discussões sobre a temática não se mantêm frequentes. (ALMEIDA et al., 2019) Aqui, percebe-se que as atividades de educação permanente, quando existentes, cumprem não apenas a função de atualização ou de problematização sobre o assunto, mas também de *ensino* para suprir as lacunas da graduação, uma vez que o desconhecimento sobre o PE costuma ser comum, pois a abordagem da temática no período de formação frequentemente é incipiente.

Desta forma, vê-se a necessidade de educação permanente nos serviços voltada ao entendimento da importância do PE para o processo de trabalho de toda a equipe de Enfermagem, pois o déficit de conhecimento sobre a temática torna frágil a aplicação do PE, visto que desde a academia os profissionais de Enfermagem frequentemente são preparados inadequadamente para pensarem criticamente sobre o tema. Assim, salienta-se que o PE é a base da organização do trabalho da equipe de Enfermagem por promover assistência fundamentada em evidências científicas e fornecer segurança no planejamento e tomada de decisões trazendo, por conseguinte, visi-

bilidade para a equipe de Enfermagem e para o papel gerencial da enfermeira, resguardando sua autonomia para o cuidado. (ALMEIDA et al., 2022)

Dimensionamento adequado de pessoal e atenção à sobrecarga de trabalho

A perspectiva em atender a um dimensionamento adequado da equipe de Enfermagem para uma melhor operacionalização do PE foi frequentemente apontada pelos estudos selecionados. (MOREIRA et al., 2021; RIBEIRO et al., 2020; SANTOS et al., 2020; TRINDADE et al., 2016) A insuficiência no quantitativo de pessoal é destacada como um dos principais entraves para a execução do PE, principalmente no contexto hospitalar em que o fluxo de pacientes numericamente costuma ser significativo. (MACHADO et al., 2019; SANTOS et al., 2014)

Com um dimensionamento de pessoal compatível com as necessidades de cada unidade, a enfermeira tem mais tempo hábil para organizar, executar e avaliar os planos de cuidado. Isso tende a propiciar a autodeterminação de suas funções e consequente aprimoramento dos planos assistenciais, conforme o PE estruturado. (MAYA; SIMÕES, 2011)

Associada à questão do dimensionamento de pessoal, a sobrecarga de trabalho surge como um problema importante a ser debatido no contexto da Enfermagem, por ser comum na maioria dos hospitais públicos, o que resulta em um cenário no qual a equipe de Enfermagem assume múltiplas funções e se sobrecarrega. (SOUSA, A. et al., 2020) Assim, é imprescindível que as condições de trabalho e de pessoal sejam adequadamente garantidas para que a equipe de Enfermagem possa solidificar o PE na prática profissional.

Sendo assim, vale destacar a importância de instrumentos que auxiliem no dimensionamento adequado de pessoal, com foco no objeto de trabalho das enfermeiras, que é a gestão do processo de cuidar. Isso dá respaldo para a necessidade de assistência das

comunidades em quaisquer que sejam os serviços de saúde oferecidos, visto que prevê o quantitativo adequado da equipe de Enfermagem e conseqüentemente, viabiliza mais qualidade à assistência. (SANTOS; ANDRADE; SPIRI, 2019)

Fortalecimento do apoio político-institucional ao Processo de Enfermagem

Os estudos selecionados destacaram a importância do fortalecimento do apoio político-institucional ao PE. O apoio da gestão institucional e das lideranças em Enfermagem é fundamental, pois, sem estes, a equipe de Enfermagem tem ainda mais empecilhos para implementar e consolidar o PE em todas as suas etapas. (SANTOS et al., 2020; TRINDADE et al., 2016)

Desta forma, apoiar o PE a nível institucional tem um significado que transpõe a perspectiva de um cumprimento legal. E priorizar a sistematização do cuidado de Enfermagem no contexto de trabalho, representa uma mudança cultural na valorização da categoria dentro do ambiente organizacional. Assim é preciso que a gestão institucional reconheça o método e some esforços para uma implementação e funcionamento adequado dos serviços de saúde, independentemente dos paradigmas existentes. (TADZONG-AWASUM; DUFASHWENAYESUB, 2021)

Neste ensejo, é preciso ainda que a gestão institucional promova discussões contínuas com a Enfermagem, e com as demais profissões da saúde sobre o que é e para que serve o PE e como este influencia no prognóstico do paciente, para que estes profissionais também reconheçam a importância da sua aplicabilidade de forma bem estruturada para a garantia de uma melhor assistência nas instituições. O PE é uma ferramenta do processo de gestão do cuidado da enfermeira e permite que esta profissional possa tomar decisões mais assertivas, de forma crítica e embasada, e avaliar as ações da equipe de forma a impactar positivamente na assistência promovendo o planejamento e execução do cuidado direto e indireto ao paciente. (ALMEIDA et al., 2022)

Desse modo, percebe-se que existem muitos paradigmas que nos possibilitam a abordagem da pessoa no processo de saúde doença. Na abordagem holística, por exemplo, acredita-se que as enfermeiras devem contextualizar a doença, a fim de desenvolver técnicas e métodos que enfoquem a continuidade dos cuidados com direcionalidade para qualidade de vida. (CAIRES; SANTOS, 2020; RIEGEL; CROSSETTI; SIQUEIRA, 2018)

Por fim, entende-se que a mudança nos paradigmas dominantes, no que tange ao pensamento linear, pode representar uma interface no campo da Enfermagem, sendo o PE guiado por teorias uma possibilidade neste enfrentamento, assim como, o ensino e a pesquisa são espaços do agir político do enfermeiro em prol de uma profissão que se ocupa do cuidado e confira à pessoa cuidada a sua centralidade.

Valorização do Processo de Enfermagem no ensino e aproximação das universidades e os serviços de saúde

Outro aspecto emergido pelos estudos foi a necessidade de valorização do PE no ensino de graduação em Enfermagem, uma vez que o conhecimento dos profissionais sobre a exequibilidade do PE é frequentemente insuficiente. Isso acontece devido à fragilidade nas abordagens das universidades e a falta da utilização de teorias pelas enfermeiras em sua prática hospitalar. (ALMEIDA et al., 2019; SANTOS et al., 2020; TRINDADE et al., 2016)

O PE deve ser inserido desde a base da formação – não apenas um componente curricular pontual – e ser ofertado horizontalmente durante o processo de aprendizagem, por meio de práticas interdisciplinares inovadoras e metodologias ativas, além de contínua qualificação docente para o exercício desse ensino, visando assim construir profissionais críticos e reflexivos para atuarem nos serviços de saúde. (SILVA et al., 2018)

Além disso, vê-se uma necessidade crescente e contínua da “presença” das universidades dentro dos espaços de saúde, inclusive para auxiliar na implementação e execução do PE. Assim, espera-se

contínuos investimentos em pesquisas e projetos sobre a temática, realizados em conjunto por docentes, profissionais e acadêmicos, o que propicia o aprimoramento do conhecimento teórico-prático, bem como possibilita transformações para uma postura mais flexível e favorável dos profissionais e instituições em relação à condução do processo de trabalho. (TRINDADE et al., 2016)

Considerações finais

Diante dos resultados discutidos identifica-se a existência de recomendações acerca de aspectos operacionais a serem aprimorados para a efetiva implementação do PE no contexto hospitalar. Os avanços na consolidação do PE são evidentes. Entretanto, ainda existem percalços políticos, institucionais, logísticos, culturais, de formação e ensino.

As recomendações identificadas perpassam pela resolução de problemas centrais existentes na área da Enfermagem e estão alicerçadas na valorização das TE; no investimento em suporte tecnológico para execução do PE; na inclusão, sensibilização e educação permanente da equipe; no dimensionamento adequado de pessoal e atenção à sobrecarga de trabalho; no fortalecimento do apoio político-institucional ao PE e na valorização do PE no ensino, além da aproximação entre as universidades e os serviços de saúde.

Neste contexto, identifica-se a necessidade de um engajamento político – profissionais, instituições e sociedade – em prol da efetiva implementação do PE como proposta metodológica cientificamente estudada e adequada aos serviços de saúde, inclusive hospitalar. O PE precisa ser valorizado em todas as instâncias sociais, institucionais e políticas pelo seu efeito norteador e qualificador do cuidado de Enfermagem e conseqüentemente, pelo seu impacto positivo na qualidade dos serviços de saúde.

Por fim, as possibilidades de implementação estão vinculadas a práticas e modelos de gestão e atenção à saúde mais ampliados, democráticos, participativos e que atentem para os princípios nor-

teadores do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como estratégia primordial a educação permanente e seu quadrilátero (ensino, gestão, atenção e controle social). Precisa-se ter uma prática democrática e inclusiva quando os primeiros passos forem efetivados em direção à implementação do PE guiado por teorias.

Outro aspecto importante é “libertar” o PE de nomenclaturas, sistemas e padronização de linguagens, com vistas a possibilitar às enfermeiras a oportunidade de atuar com pensamento crítico, respaldadas em uma teoria, a partir dos diversos conhecimentos apreendidos no processo formativo, com vistas a aplicar o PE sem precisar de práticas de ritualização.

Outrossim, é importante criar dispositivos que monitorem e avaliem a implementação do PE. As possibilidades de comissões e grupos técnicos, apoio matricial, auditoria, acreditação hospitalar são elos importantes para garantir a excelência na implementação da proposta e a consecução de resultados mais efetivos.

Assim, espera-se que a implementação do PE seja valorizada e avaliada como estratégia institucional nos serviços de saúde, pois, a consolidação do PE, através do gerenciamento do cuidado e organização do processo de trabalho, bem como do fortalecimento das ações realizadas junto aos usuários, pode contribuir para o enfrentamento dos desafios existentes no sistema de saúde.

Afinal, investir em recomendações e iniciativas de operacionalização efetiva do PE é garantir mais qualidade às ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. Por representar a força motriz e central nos serviços de saúde, as ações de cuidado de Enfermagem, estruturadas em um método científico, contribuem para a qualificação do atendimento nos serviços e sistema de saúde.

Referências

ADAMY, E. K.; ZOCHE, D. A. de A.; ALMEIDA, M. de A. Contribuição do processo de enfermagem para construção identitária dos profissionais de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, p. 1-8, 2019. Edição especial.

- ALFARO-LEFREVE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico*. 8. ed. Artmed. São Paulo, 2014.
- ALMEIDA, B. P. de *et al.* Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 1-8, 2019.
- ALMEIDA, H. O. C. *et al.* Percepção dos enfermeiros acerca da aplicabilidade do processo de enfermagem. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE*, Aracaju, v. 7, n. 2, p. 110-110, 2022.
- ALMEIDA, S. R. W. de; SASSO, G. T. M. D.; BARRA, D. C. C. Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: ergonomia e usabilidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 996-1002, 2016.
- ALVES, H. L. C. *et al.* Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 26, 2021.
- AZEVEDO, O. A. de *et al.* Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 53, p. 1-8, 2019.
- BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, n. 2, p. 604-608, 2019.
- BUGS, T. V. *et al.* Avaliação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem em um hospital universitário. *Enfermería Global*, Murcia, n. 52, p. 179-190, oct. 2018.
- CAIRES, T. L. G.; SANTOS, R. S. Malformação e morte X Alcoolismo: perspectiva da Enfermagem com a Teoria da Transição em gestantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, n. 1, p. 1-7, 2020.
- CAVEIÃO, C.; HEY, A. P.; MONTEZELI, J. H. Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 3, n. 1, p. 79-85, jan./abr. 2013.
- CHIAVONE, F. B. T. *et al.* Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, p. 1-7, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Rio de Janeiro, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Processo de enfermagem: guia para a prática*. 2. ed. São Paulo: COREN-SP, 2021.

DOMINGOS, C. S. *et al.* A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. *Enfermaria Global*, Murcia, v. 16, n. 48, p. 603-652, 2017.

FARUCH, S. B. *et al.* Avaliação da implementação do processo de enfermagem em um hospital universitário. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 12, n. 5, p. 964-969, 2021.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-191, 2009.

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

MACHADO, J. P. da C. *et al.* Percepção de enfermeiros de unidades de internação clínica sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Nursing*, São Paulo, v. 22, n. 257, p. 3220-3225, 2019.

MACHADO, S. K. K. *et al.* Aplicabilidade do processo de enfermagem na atenção hospitalar: interface com as melhores práticas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 12, n. 1, p. 1-18, 2022.

MARTINS, M. C. T.; CHIANGA, T. C. M. Construção de um software com o com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 119-125, 2016.

MASSAROLI, R. *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015.

MATOS, J. C. de *et al.* Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná-Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, p. 23-28, 2011.

MAYA, C. M.; SIMÕES, A. L. de A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 898-904, 2011.

- MOREIRA, R. F. *et al.* Processo de enfermagem no ambiente hospitalar: potencialidades e fragilidades vivenciadas por enfermeiros. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, Divinópolis, MG, v. 11, p. 1-12, 2021.
- NEVES, R. de S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, p. 222-229, 2010.
- NOBREGA, M. M. L. da; SILVA, K. de L. *Fundamentos do cuidar em enfermagem*. Belo Horizonte: ABEn, 2008-2009.
- NUNES, R. N. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem e os desafios para sua implantação na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Revista Uningá*, Maringá, v. 56, n. S2, p. 80-93, jan./mar. 2019.
- OLIVEIRA, M. R. de *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p. 1625-1631, nov./dez. 2019.
- RIBEIRO, R. V. *et al.* A pesquisa-ação na reconstrução do conhecimento de enfermeiros sobre processo de enfermagem na área hospitalar. *New Trends in Qualitative Research*, Aveiro, v. 3, p. 423-436, 2020.
- RIEGEL, F.; CROSSETTI, M. G. O.; SIQUEIRA, D. S. Contribuições da teoria de Jean Watson para o pensamento crítico holístico dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, n. 4, p. 2072-2076, 2018.
- SALVADOR, P. T. C. de O. *et al.* Construção de hipermídia para apoio ao ensino da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, p. 1-10, 2019.
- SALVADOR, P. T. C. de O.; SANTOS, V. E. P. S. Participação do técnico de enfermagem na sistematização da assistência de enfermagem: revisão integrativa da Literatura. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 818-823, dez. 2013.
- SANTOS, B. P. *et al.* Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, p. 566-570, 2019.
- SANTOS, F. B. O. *et al.* Saberes, desafios e perspectivas sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador, v. 9, n. 1, p. 41-49, 2020.

- SANTOS, L. C. dos; ANDRADE, J.; SPIRI, W. C. Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para o processo de trabalho na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 1-6, 2019.
- SANTOS, W. N. dos *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *Journal of Management and Primary Health Care*, Uberlândia, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.
- SILVA, B. F. S. *et al.* A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 183-196, jan./mar. 2015.
- SILVA, C. de P. *et al.* Fatores intervenientes na implantação da informatização do processo de enfermagem. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 118-124, 2019.
- SILVA, I. A. S. *et al.* O ensino do processo de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 12, n. 9, p. 2470-2478, set. 2018.
- SILVA, T. G. *et al.* Implantação do processo de enfermagem na saúde mental: pesquisa convergente-assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, p. 1-9, 2020. Suplemento 11.
- SOARES, M. I. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53, mar. 2015.
- SOUSA, A. R. de *et al.* Reflexões sobre o processo de enfermagem no trabalho de enfermeiras frente à pandemia da COVID-19. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 62-67, 2020.
- SOUSA, B. V. N. *et al.* Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde/Benefits and restrictions of systematization of nursing assistance in health management. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, RS, v. 10, n. 2, p. 1-13, 2020.
- SOUZA, M. F. G. de; SANTOS, A. D. B. dos; MONTEIRO, A. I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 167-173, 2013.

TADZONG-AWASUM, G.; DUFASHWENAYESU, A. Implementation of the Nursing Process in Sub-Saharan Africa: An Integrative Review of Literature. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, [London], v. 14, p. 1-73, 2021.

TRINDADE, L. R. *et al.* Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica dos enfermeiros. *Saúde*, Santa Maria, v. 42, n. 1, p. 75-82, jan./jun. 2016.

CAPÍTULO 11

PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE APOIO À IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Hudson Soares da Silva

Jocelio Matos Amaral

Deybson Borba de Almeida

Claudia Pinto Pereira

Tâmara da Cruz Piedade Oliveira

Wilton Nascimento Figueredo

Introdução

Neste capítulo nos dispomos em discutir a temática de produção de tecnologias para implantação e operacionalização/acompanhamento do Processo de Enfermagem (PE). A discussão surge a partir da problematização sobre algo complexo, permeado por diversas teorias e saberes, e destinado a um fenômeno amplo, que não deve ser guiado/limitado por *check list*, formulários e questionários.

Qual seja o cenário de atuação profissional, de urgência e emergência, de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou diversas unidades de internamento, uma profissional de Enfermagem tem condições de pesquisar em diversos tomos uma classificação para o que identifica ou desenvolve? Neste cenário, surge a possibilidade de transformar tudo isso em formulários, impressos ou sistemas informatizados com risco de robotização do seu fazer diário, sob a prerrogativa do “recortar e colar”, sem análise crítica do cuidado planejado.

Desta tensão nasce esse capítulo com alguns questionamentos inquietantes: como a equipe de Enfermagem pode pensar em tecnologias aplicáveis e que agreguem qualidade ao PE? Como podemos utilizar saberes tão distanciados do fazer e da formação da enfermeira para libertar seu processo de trabalho e oportunizar um cuidado individualizado?

Em uma perspectiva lógica, a tecnologia pode agregar à evolução humana, evidenciada pela busca de sobrevivência através do uso de ferramentas disponíveis ao redor, com função auxiliadora para a realização de tarefas (que por vezes não seriam desenvolvidas apenas com o uso das mãos), com o objetivo de melhor adaptação ao meio. Estas ferramentas vistas como tecnologias são capazes de ampliar a ação do homem no mundo e colaborar para o desenvolvimento cognitivo. (MENDONÇA; OLIVEIRA; COSTA, 2016)

Neste contexto, o uso do termo “tecnologia” vem sendo espalhado em diversas áreas do conhecimento, modificando muitas vezes seu significado e afastando-se do conceito tradicional. (SILVA, 2003)

Para Arone e Cunha (2007) tecnologia é uma junção de ações, incluindo métodos, práticas e técnicas, procedimentos, instrumentos e equipamentos que são utilizados com conhecimento e saber técnico e científico, abraçando habilidades e sensibilidade de perceber o quê, por que, para quem e como utilizá-las.

Pinto (2005) corrobora que a tecnologia precisa estar relacionada à teoria, à ciência, ao estudo, à discussão técnica, inseridos nesta última, as habilidades do fazer, noção das artes, as profissões e no geral os modos de produzir algo.

Assim, neste capítulo, entendemos que a tecnologia pode ser agregada a qualquer dimensão do conhecimento e pode ser pensada como meio para estabelecimento de processos e sistemas demandados para qualificar o trabalho, a vida e a saúde. Na visita técnica que fizemos a hospitais da região Sudeste, constatamos que a tecnologia é utilizada para potencializar e possibilitar a implementação do PE, contudo, o acompanhamento dessa meta fica bastante prejudicado, pois há uma separação e distanciamento dos profissionais da área de tecnologia e da Enfermagem.

Válido destacar que a demanda por ferramentas e estratégias tecnológicas que favoreçam os processos de trabalho são muito percebidas na área da saúde e da Enfermagem, principalmente porque as enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem são trabalhadoras de saúde que atuam em todos os níveis de atenção, com um fenômeno complexo e relacional que é o cuidado humano, e desempenham um escopo de atribuições e responsabilidades que são definidoras da qualidade dos cuidados prestados, bem como, dos sistemas e serviços de saúde, implicando inclusive na qualidade de vida das pessoas.

Nesta conjuntura, a Enfermagem pode ser definida como uma profissão dialógica, que necessita de metodologias e instrumentos técnicos e tecnológicos capazes de refletir e pôr em prática este dinamismo, bem como fomentar os efeitos e a qualidade de um cuidado humanizado e coerente com as normas técnico-científicas e legais. (MATSUDA et al., 2014; SILVA; FERREIRA, 2013)

Conforme a Associação Americana de Enfermagem, a informática em Enfermagem é uma especialidade que engloba a Ciência da Enfermagem, a Ciência da Informação e a Ciência da Computação, estas objetivam coordenar e transmitir dados, aprendizagens e informações. (HANNAH; BALL; EDWARDS, 2009) A informatização da Enfermagem pode potencializar a qualidade do cuidado, a gestão de processos e o alcance de resultados (ÉVORA et al., 2000), como também se abre a possibilidade da captação na coleta e no registro de dados com mais agilidade para o cuidado com segurança ao paciente. (MATSUDA et al., 2014)

A tecnologia, portanto, pode ser entendida como mediadora da racionalidade, da subjetividade, da emoção, da intuição e das sensações, fazendo da razão e da sensibilidade meios para encorajar e qualificar o cuidado de Enfermagem. (PRADO et al., 2006)

As tecnologias e o cuidado em Enfermagem

Em uma perspectiva classificatória, para Merhy e Onocko (2007), as tecnologias estão separadas em três dimensões, mencionadas como:

tecnologias leves, que abrangem a escuta, o vínculo, o acolhimento e a comunicação; tecnologias leves duras, que englobam a epidemiologia, a clínica e outros saberes estruturados; e as tecnologias duras, estas envolvem os equipamentos, as máquinas e os materiais utilizados no ato de cuidado em saúde e em Enfermagem. Todas são utilizadas como valises para abranger o conjunto tecnológico do trabalho em saúde.

No planejamento e execução do cuidado de Enfermagem, o profissional utiliza estas tecnologias aliadas às práticas do cuidado que alicerçam a profissão, sendo necessário acautelar a sobreposição da tecnologia à singularidade do cuidado humano. (SILVA; FERREIRA, 2013)

O cuidado humano é construído com a junção da tecnologia leve com as demais tecnologias, pois acredita-se que uma complementa as outras, com o intuito de oportunizar um cuidado de Enfermagem de forma integral. (ALMEIDA; FÓFANO, 2016; SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008) Segundo Merhy e Onocko (2007), é necessário que os enfermeiros conheçam e usem as tecnologias leves de maneira constante e disseminada. Estas compreendem o cuidar nos seus aspectos pessoais e sociais, por meio do uso da sensibilidade, respeito, empatia, comunicação efetiva e atenta, da escuta qualificada, da observação da linguagem não verbal, na relação de vínculo e confiança com o paciente, família e coletividades. (MARQUES; SOUZA, 2010; SILVA; FERREIRA, 2013)

No que se trata da valorização da dimensão do ser humano no cuidado em Enfermagem, Silva e Ferreira (2013) discorrem que o ato do cuidar baseia-se em alimentar valores transpessoais de um ser para outro, na intenção de oferecer proteção, além de promover e preservar a humanidade, amparando o paciente a encontrar sentido na doença, diante de situações de sofrimento e dor, potencializando a produção de até mesmo novos sentidos existenciais. (ALMEIDA; FÓFANO, 2016)

A comunicação como tecnologia leve pode ser aplicada diretamente ao paciente e seus familiares, tanto de modo presencial quanto virtual, para comunicar sobre o estado do paciente de forma clara, objetiva, respeitosa e empática, sendo essencial para o estabe-

lecimento do cuidado integral. (CASANOVA; LOPES, 2009; MARQUES; SOUZA, 2010) Estes autores acrescentam que a comunicação é vista como algo intrínseco ao ser humano, é uma maneira de relacionar-se com o mundo e precisa estar imbuída no contexto relacional dos pacientes, familiares, profissionais e instituições.

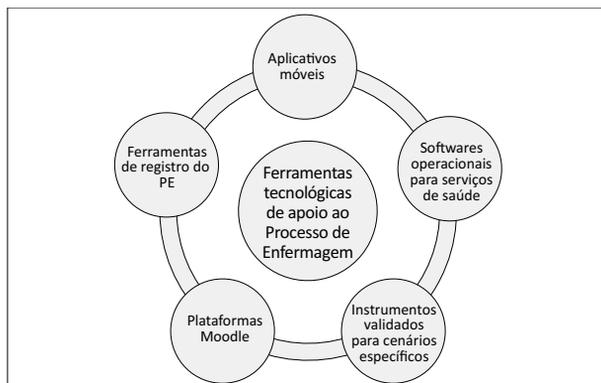
Lima (2006) relata a importância do contato e do toque como medida terapêutica do cuidado permeado pela tecnologia leve que estreitam o relacionamento humano. Portanto, a valorização das questões implicadas no ambiente do cuidado, conforme a utilização dos aspectos éticos e valores humanos que estão relacionados com a tecnologia leve, podem ser potenciais para a redução dos pensamentos imperscrutáveis sentidos pelo ser humano e são fundamentais para a qualidade do cuidado em Enfermagem. (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009)

Neste sentido, a utilização da tecnologia leve deve ser uma constante no cuidado em saúde e especialmente em Enfermagem, visto que as enfermeiras estão a maior parte do tempo em contato direto com o paciente e seus familiares, com o objetivo de minimizar o fardo e o estresse, de modo que seja considerado como mais adequado os valores altruístas em detrimento das demais tecnologias e posturas meramente prescritivas e automatizadas. (ALMEIDA; FÓFANO, 2016)

Ferramentas tecnológicas de apoio ao Processo de Enfermagem

Existe uma crescente produção de ferramentas tecnológicas de apoio à implantação e operacionalização do PE nos serviços de saúde. Estes são inseridos na prática profissional com o intuito de dinamizar o acesso operacional às etapas do PE, melhorar o processo gerencial do cuidado, apoiar o processo decisório da enfermeira e contribuir para a otimização do tempo de forma resolutiva. (CARVALHO et al., 2018; GOMES et al., 2017) Na Figura 1 estão representadas as principais ferramentas tecnológicas de apoio ao PE com base na literatura atual.

Figura 1. Ferramentas tecnológicas de apoio ao Processo de Enfermagem. Feira de Santana (BA), 2022



Fonte: elaborada pelos autores.

O uso de aplicativos voltados para a aplicação do PE é um fenômeno crescente no âmbito do desenvolvimento de tecnologias. Pela funcionalidade e facilidade de acesso em celulares, *tablets* e afins, as ferramentas móveis tornaram-se promissoras para a Enfermagem, tanto para o ensino (MOTA et al., 2019) quanto para execução do PE em alguns cenários de atuação, como no atendimento pré-hospitalar (PIZZOLATO; SARQUIS; DANSKI, 2021) e na terapia intensiva neonatal. (ARAUJO et al., 2019)

Quanto aos instrumentos validados para cenários específicos, estes são bem frequentes na literatura em Enfermagem, especialmente brasileira. São importantes por representarem iniciativas de aproximação de aportes teóricos com a realidade dos serviços, oriundos da opinião de especialistas. Neste contexto, existem várias ferramentas validadas relacionadas às etapas do PE como históricos de Enfermagem para terapia intensiva (COELHO et al., 2017) e para consulta pré-natal. (TAVARES et al., 2019) Entretanto, sabe-se que este tipo de estudo frequentemente não é suficiente, pois comumente não possuem alto nível de evidência e apresentam limitações quanto à avaliação da eficácia das tecnologias desenvolvidas. (MEDEIROS et al., 2015; PEDROSA et al., 2015)

Quanto ao uso de Plataformas Moodle, estas são recursos tecnológicos voltados principalmente para atividades educativas, como

práticas de educação continuada, cursos e avaliação de aprendizado sobre etapas específicas do PE. Envolvem o uso de Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para graduandos e profissionais de Enfermagem. (AVELINO et al., 2017; CHIAVONE, et al., 2021)

No que tange às ferramentas de registro do PE, pode-se constatar que, diante dos avanços tecnológicos, os registros eletrônicos em saúde apresentam-se como tendência de utilização mundial com potencial para propiciar, por meio da integração de conteúdo baseados nas melhores práticas de cuidados e ferramentas adequadas, o apoio ao PE, disponibilizando informações no momento adequado para a tomada de decisões clínicas. (SOARES; PERES; OLIVEIRA, 2018)

Dessa forma, os sistemas informatizados tornam-se uma ferramenta de trabalho valiosa para as profissionais de Enfermagem, tanto para a organização das ações de cuidado quanto para a gestão, especialmente considerando as dificuldades das enfermeiras em registrar de forma sistemática a operacionalização do PE. (FERREIRA et al., 2009) Sobre isso, Tannure e demais autores (2015), em um estudo de comparação entre registros manual e eletrônico, propõem que ambas as propostas podem ser utilizadas para se implementar o PE na prática, contudo, constata que o *software* utilizado se apresentou mais vantajoso por ser mais preciso na execução das etapas do PE, por permitir uma maior compreensão sobre a interrelação existente entre suas etapas do PE e por facilitar a obtenção de dados para avaliar o serviço a partir do seu uso.

Do ponto de vista conceitual, para Stair e Reynolds (2010), o *software* pode ser compreendido como um sistema tecnológico que organiza e controla as ações de um programa. Esses sistemas apoiam processos humanos para uma melhor performance multidisciplinar (saúde, administração, educação, engenharias) e nos variados processos de trabalho. Especificamente na área da saúde, as tecnologias digitais vêm sendo usadas com o objetivo de melhorar a eficiência e a eficácia dos procedimentos e das rotinas diárias, garantindo, como consequência, uma melhoria na qualidade de vida das pessoas. (CIRILO et al., 2012)

Independentemente do paradigma da engenharia de *software* que será desenvolvido, é necessária a aproximação com o cenário em que

ele será utilizado, antes de sua concretização, e posterior manutenção após implantação no local de uso. Segundo Pressman (2002), o processo de desenvolvimento de *software* contém três fases genéricas, quais sejam: definição, desenvolvimento e manutenção ou quatro fases, conforme Sommerville (2003):

1. Especificação de *software*;
2. Projeto e Implementação;
3. Validação de *software*; e
4. Evolução de *software*.

Estas etapas se subdividem em outras menores para a concretização de um produto mínimo desejável.

O momento de especificação de *software* é a etapa na qual se levantam as informações e especificidades relacionadas ao contexto do *software* e se definem as funcionalidades (requisitos funcionais) e restrições (requisitos não funcionais). Neste momento, faz-se um estudo de viabilidade, com o objetivo de verificar os prováveis usuários, se o sistema proposto será viável, na perspectiva da existência de teorias de suporte, dos recursos financeiros necessários, das tecnologias disponíveis, das experiências exitosas e das dificuldades, principalmente em cenários análogos. (SOMMERVILLE, 2003)

Posterior ao estudo de viabilidade, faz-se o levantamento, a análise, a especificação e a validação de requisitos, que, resumidamente, é a identificação e a definição das funções que farão parte do *software*, junto com os *stakeholders* do sistema que, neste caso particular, são os gestores, as enfermeiras, as técnicas e auxiliares de enfermagem. (SOMMERVILLE, 2003) Este processo é de extrema relevância para garantir que o escopo tenha sido bem pensado e bem definido pelos envolvidos na proposta.

Na etapa de projeto e implementação, sugerida por Sommerville (2003), haverá a estruturação dos dados, a arquitetura do projeto, a interação entre os componentes do sistema e a codificação em uma linguagem de programação. A fase seguinte de validação de *software*, é o momento que envolve os profissionais de TI e os *stakeholders*, na realização dos primeiros testes acerca da usabilidade e da aplicabili-

dade do sistema e verificação se este está de acordo com as especificações definidas previamente e se atende as expectativas dos futuros.

A evolução de *software* é o momento de manutenção e implica em um esforço do profissional de TI, através do qual realizam-se correções dos erros e adaptações às exigências do cliente, em um movimento cíclico entre validação e evolução. Esta fase é de grande valia para garantir a continuidade de uso e funcionamento adequado do *software* construído.

É importante considerar a importância da aproximação entre os *stakeholders* do sistema com os profissionais de Tecnologia da Informação (TI), no sentido de garantir responsabilidades, metas e estratégias de acompanhamento necessárias para assegurar que todas as fases descritas sejam realizadas a contento, resultando na construção do *software* proposto.

No caso da construção de *softwares* para a implantação do PE é essencial assegurar, em todo o processo, o pensamento e o raciocínio crítico, bem como que ele seja guiado por uma Teoria de Enfermagem, entendendo que o cuidado e as necessidades humanas são influenciados por questões culturais e sociais.

Em relação às responsabilidades na construção do *software* para o apoio do PE, na primeira etapa, aquela da especificação de *software*, é necessário uma maior aproximação, convívio e diálogo entre os profissionais de TI e os gestores, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem (*stakeholders*), corresponsáveis pelo levantamento e especificação dos requisitos.

Na fase de projeto, embora este diálogo ainda aconteça, no sentido de validação dos artefatos de modelagem criados (modelo de dados, modelo arquitetural, fluxo de telas, protótipos de tela e outros), há uma maior responsabilidade do profissional de TI que se encarrega desta produção. Após produzidos estes artefatos, parte-se para implementação, fase de total responsabilidade do profissional de TI.

Os *softwares* têm impactos na qualidade de vida das pessoas, nos objetos vinculados a eles, no sistema financeiro, no sistema de acumulação do capital, na saúde do trabalhador e – no caso específico de *softwares* para o cuidado de Enfermagem – nos indicadores de morbi-

mortalidade, nos índices de iatrogenias com sequelas e, portanto, na qualificação do cuidado em saúde e em Enfermagem.

Os *softwares* operacionais para serviços de saúde, por conseguinte, configuram os mais prevalentes e promissores quanto às ferramentas de utilização nos cenários de prática, principalmente no contexto hospitalar. (CHIAVONE et al., 2021) Sobre isso, considera-se que os diversos sistemas de informação e os *softwares*, embasados em Teorias de Enfermagem, são recursos inovadores, necessários e disponíveis, embora ainda pouco explorados e divulgados. (DOMINGOS et al., 2019)

Para Santana e demais autores (2018) a utilização de um *software* apresenta diversas vantagens técnico-assistenciais para os profissionais de Enfermagem, como o auxílio na documentação das ações de cuidado, facilitação do julgamento clínico e no processo de raciocínio do diagnóstico das necessidades de cuidado apresentadas pelos pacientes, tal qual a avaliação das intervenções estabelecidas. Para as autoras, o *software* possibilita a checagem de informações referentes aos pacientes de forma individualizada ou dos dados referentes a todos os pacientes de uma unidade ou instituição, de forma rápida e em tempo real. Observa-se, contudo, a importância de serem devidamente integrados a outros sistemas institucionais e adaptados para atender às especificidades dos pacientes nos diferentes cenários de prática, bem como permitir ferramentas de atualização periódica.

Ainda sobre a temática, foi realizada uma revisão da literatura em três bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde Enfermagem (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed, a partir dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas traduções: “aplicativo de software” e “processo de enfermagem”, ligados ao conectivo booleano *and*. Os critérios para seleção adotados foram: textos completos e disponíveis, nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados no período compreendido entre 2017 e 2021, que corresponde aos últimos cinco anos.

Procedida a leitura dos títulos e resumos, resultou na identificação de 15 artigos consonantes com a temática, relacionados ao desenvolvimento de tecnologias para subsídio à implantação e operacionalização do PE. Conforme quadro descritivo a seguir:

Quadro 1. Descritivo de estudos sobre o desenvolvimento de tecnologias para implantação do Processo de Enfermagem. Feira de Santana (BA), Brasil, 2022

Nº	Título	Autor	Revista / Ano	Achados principais
01	Aplicativo móvel para cuidado da úlcera do pé diabético	COLODETT, Rafael et al.	Acta Paulista Enfermagem 2021	O estudo desenvolveu e validou um aplicativo para dispositivos móveis para auxiliar enfermeiros no processo de tomada de decisão do tratamento tópico na úlcera do pé diabético. Os pesquisadores concluíram que a ferramenta tecnológica pode contribuir para o melhor cuidado da úlcera do pé diabético e para uma prática de Enfermagem baseada em evidência.
02	Tecnologia para apoio a assistência de Enfermagem às mulheres em situação de violência sexual	ALVES, Odelle Mourão, et al.	Acta Paulista Enfermagem 2021	Os autores desenvolveram um aplicativo para apoio ao PE na assistência à mulher em situação de violência sexual. E concluíram que o aplicativo é uma tecnologia inédita aplicável a clientela selecionada e pode contribuir ao trabalho do enfermeiro, direcionando à assistência a mulheres em situação de violência sexual por meio do PE.
03	Aplicativo móvel para a práxis educativa de enfermeiros da estratégia saúde da família: ideiação e prototipagem	FERREIR, Darlison Sousa; RAMOS, Flávia Regina Souza; TEIXEIRA	Escola Anna Nery 2021	O estudo metodológico com interface participativa e abordagem qualitativa, operacionalizado em quatro fases, resultou na produção de um protótipo FracTeam APS, apresentado por Wireframe para briefing do estado atual.

(Continua)

(Continuação)

Nº	Título	Autor	Revista / Ano	Achados principais
04	Apoia: protótipo para aplicativo móvel de apoio social à gestação	HUNDERTMARCK Katiele et al.	Revista de Enfermagem UFPE Online 2021	O estudo elaborou um protótipo para aplicativo móvel no modelo SCRUM para sistema operacional Android, a partir dos resultados obtidos na pesquisa com gestantes usuárias da atenção básica à saúde de unidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os estudiosos concluíram que o Apoia é um recurso inovador, com o intuito de construir e ampliar o apoio social para gestantes usuárias a partir da construção e flexibilização da rede social com o uso das tecnologias da informação e comunicação na saúde.
05	Desenvolvimento de um software educativo de diagnósticos de enfermagem	ALMEIDA, Mirian de Abreu et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem 2021	Os pesquisadores construíram cinco estudos de caso e duas versões do software: uma simula o processo de raciocínio para estabelecimento do diagnóstico; outra, destinada a professores, possibilita editar/criar os casos. E concluíram que o software auxilia no processo de ensino-aprendizagem gerando diagnósticos acurados, subsidiando intervenções mais adequadas.
06	Avalia TIS: aplicativos para uso de enfermeiros na avaliação clínica de pacientes hospitalizados	PONTES, Leticia et al.	Enfermagem em Foco 2021	A pesquisa desenvolveu aplicativos móveis para subsidiar a avaliação clínica, à beira leito, de enfermeiros em pacientes hospitalizados. Concluíram que os aplicativos desenvolvidos consistem em inovação na coleta de dados para avaliação clínica de pacientes hospitalizados, apresentam estrutura simples e acessível, permitem que enfermeiros realizem avaliação clínica viável ao processo de trabalho, utilizando do raciocínio clínico e pensamento crítico, instrumentos que fortalecem a ciência do cuidado.

(Continuação)

Nº	Título	Autor	Revista / Ano	Achados principais
07	Nursing APHMÓVEL: aplicativo móvel para registro do processo de enfermagem na assistência pré-hospitalar de urgência	PIZZOLATO, Aline Cecília; SARQUIS, Leila Maria Mansano e DANSKI, Mitzy Tannia Reichembach	Revista Brasileira de Enfermagem 2020	O objetivo do estudo foi desenvolver aplicativo para dispositivo móvel para registro do PE pelo enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, utilizando como metodologia a pesquisa do tipo aplicada de desenvolvimento tecnológico, alicerçada na engenharia de software e no Human Interface Guidelines da Apple. A proposta foi construída em quatro fases (definição do escopo, planejamento, criação do protótipo e desenvolvimento). As pesquisadoras constataram que o aplicativo possui um potencial para a documentação informatizada do PE pelo enfermeiro atuante no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
08	Avaliação da qualidade de um software para prevenção de lesões de pele em recém-nascidos	SANTOS et al.	Revista Latino-Americana de Enfermagem 2020	Os autores avaliaram a qualidade técnica de um aplicativo móvel para apoiar a decisão do enfermeiro nos cuidados de prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados, de acordo com o Modelo de Qualidade do Produto. Através do estudo metodológico de avaliação tecnológica concluiu-se que o software apresenta excelente qualidade técnica para atender às necessidades do enfermeiro, sendo importante avanço para a assistência neonatal, contribuindo para o processo de trabalho, ampliando conhecimentos e fomentando o raciocínio clínico do profissional.
09	Care4value: medição de valor em saúde em Unidade de Cuidados Continuados Integrados	REIS, Viveiros Tavares dos et al.	Acta Paulista de Enfermagem 2020	Por meio de uma metodologia de investigação-ação, os autores desenvolveram uma plataforma digital para a otimização do processo de coleta de dados de escalas clínicas e monitoramento de dados com vista à medição do valor em saúde. O estudo tornou o aplicativo móvel apto a ser utilizado por profissionais de saúde e cuidadores.

(Continuação)

Nº	Título	Autor	Revista / Ano	Achados principais
10	Aplicativo móvel educativo <i>follow up</i> para pacientes com doença arterial periférica	MENDEZ, Cristiane Baldessar et al.	Revista Latino-Americana de Enfermagem 2019	O estudo desenvolveu um protótipo de aplicativo móvel educativo e de <i>follow up</i> de Enfermagem para pacientes com diagnóstico de doença arterial periférica. Os pesquisadores perceberam que o uso do aplicativo em saúde é uma ferramenta tecnológica com potencial para melhorar o acompanhamento de pacientes quanto à evolução da doença e autocuidado, bem como, para poder planejar um cuidado individualizado e reduzir custos para o sistema de saúde.
11	Aplicativo móvel para o Processo de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva neonatal	ARAUJO, Jhonathan Lucas et al.	Texto e Contexto Enfermagem 2019	Os autores elaboraram e validaram um aplicativo, um instrumento informatizado que contém as etapas do PE: histórico, diagnósticos e intervenções, organizados pelas NHB e que segue a taxonomia da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem. Eles relacionaram informações do recém-nascido internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e o PE, sendo capaz de proporcionar qualidade, efetividade, segurança e satisfação pessoal à assistência do enfermeiro.
12	Aplicativo móvel para ensino da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	MOTA, Nikaelly Pinheiro et al.	Revista Brasileira de Enfermagem 2019	A pesquisa desenvolveu um aplicativo móvel para o ensino da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, através de um estudo metodológico aplicado, de produção tecnológica, realizado em três fases do modelo de <i>design</i> instrucional contextualizado: análise, <i>design</i> e desenvolvimento.

(Conclusão)

Nº	Título	Autor	Revista / Ano	Achados principais
13	Sepsiscare: avaliação de aplicativo móvel no cuidado de enfermagem ao paciente com sepse	MELLO, Geiza Regina Domingos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana	Cogitare Enfermagem 2018	Os pesquisadores avaliaram o aplicativo móvel Sepsecare, desenvolvido na plataforma Mobincube composto por 28 telas, para a prevenção, identificação e cuidados de Enfermagem ao paciente séptico e concluíram que o desenvolvimento do aplicativo móvel facilitará a identificação, prevenção e gerência dos cuidados em torno da sepse, e contribuirá para a atualização dos profissionais, possibilitando, assim, um atendimento mais seguro e de qualidade.
14	Software para Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade de internação hospitalar	SILVA JUNIOR, Manoel Gomes et al.	Revista Brasileira de Enfermagem 2018	O estudo descreveu o desenvolvimento de um software protótipo para aplicar o PE em unidades de clínica médica de um hospital geral e avaliou sua utilidade. E chegou à conclusão de que o software protótipo INFOSAE, tecnologia informatizada de fácil aplicação, teve avaliação favorável dos enfermeiros usuários que participaram de todo o processo de desenvolvimento, desde a especificação até a validação do sistema.
15	Aplicativo móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus	VESCOVI, Selma de Jesus Bof, et al.	Acta Paulista Enfermagem 2017	O estudo teve o objetivo de descrever o processo de desenvolvimento e validação de um aplicativo para dispositivos móveis sobre avaliação e classificação de risco dos pés de pessoas com Diabetes Mellitus. Os pesquisadores chegaram à conclusão de que o aplicativo, segundo avaliação dos juizes e enfermeiros, é funcional, confiável, adequado e eficiente.

Fonte: elaborado pelos autores.

Com os estudos selecionados nas bases de dados mencionadas acima, foi notório perceber as vantagens e avanços na aplicação de *softwares* na prática de Enfermagem. Como também evidenciar o quanto um *software* pode encorajar o processo de decisão da enfermeira. Os pesquisadores trouxeram a importância da usabilidade de um recurso digital na prática do cuidado para encorajar o julgamento clínico e a tomada de decisão (MOTA et al., 2019), podendo ser uma proposta didática e interativa. (VÊSCOVI et al., 2017) Os estudos relataram também que um aplicativo facilita o reconhecimento ágil do paciente que necessite de cuidados imediatos e qualificados, assim como pode uniformizar e reduzir a subjetividade das informações realizadas na prática do cuidado, tanto entre as equipes de Enfermagem, como entre a equipe assistencial e a gestão. (MELLO; ERDMANN; MAGALHÃES, 2018)

Para Pizzolato, Sarquis e Danski (2021), um aplicativo é uma ferramenta tecnológica inovadora que auxilia para a prática profissional. Além disso, reduz tempo, recursos financeiros, força de trabalho, além de aumentar a produtividade e satisfação do trabalhador e aprimorar o cuidado de Enfermagem prestado ao paciente.

A linguagem padronizada como tecnologia para o Processo de Enfermagem: crítica e desafios

Inicialmente, a partir de anos de experiência profissional e da análise da profissão nos diversos cenários de prática, surgem compreensões particulares sobre os sistemas de linguagens e a forte preocupação em padronização. Sobre isso, tem-se uma questão central a ser refletida: esse movimento tem beneficiado ou prejudicado o trabalho da enfermeira? Quando analisamos as diversas edições dos livros-guia (aqui vamos chamá-los de livros-guia), questionamos: qual grupo de profissionais compra um livro que sofre alterações quase anuais para guiar sua prática profissional?

É de certo que há instituições hospitalares que adquirem “livros-guia” e colocam nas enfermarias e unidades de emergências para as

enfermeiras manusearem e guiarem a sua prática durante um plantão de total sobrecarga de trabalho. Que livro intrigante é esse que cabe toda a complexidade humana e possui uma série de revisões constantes, que dificilmente os serviços conseguem acompanhá-las?

Ao mesmo tempo, outras organizações com o apoio tecnológico inserem o “livro-guia” em um *software*, e aí tudo se *resolve*. Assim, frequentemente, as enfermeiras fazem as etapas do PE de modo robotizado, sem compreender bem as *receitas* dadas pelo livro-guia. É um engano achar o cuidado humano em uma “bíblia” para Enfermagem. O PE é muito mais que isso, pois, nesse processo a enfermeira aprende e executa suas práticas de modo mais próximo possível de uma autonomia regulada.

Contudo, vale destacar que essa discussão é ainda incipiente na literatura. É importante problematizar como os Sistemas de Linguagem Padronizada podem (e devem) ser inseridos no cotidiano dos profissionais de Enfermagem. Assim, identifica-se uma produção científica crescente sobre novos diagnósticos de Enfermagem, análises de resultados e outros fatores relacionados às terminologias, entretanto, pouco se discute sobre a distância existente entre o que se produz sobre a temática e o que é aplicado nos cenários de prática.

Tornam-se necessárias reflexões sobre como as terminologias podem ser adequadamente inseridas – traduzidas e realmente incorporadas – no contexto profissional. Estratégias de “implementação” baseadas apenas em cópias de livros, impressos com diagnósticos *prontos* ou até mesmo adaptações inadequadas de sistemas operacionais, podem “engessar” ou “mecanizar” a execução do PE e distanciá-lo do raciocínio clínico necessário para sua execução. (AMARAL et al., 2021; SOUZA; VASCONCELLOS; PARRA, 2015)

Ao mesmo tempo, é preciso considerar as condições às quais os profissionais de Enfermagem estão expostos para execução das atividades de trabalho. A incorporação de taxonomias na execução do PE não deve ser dissociada da análise crítica das realidades de trabalho. Os problemas de dimensionamento de pessoal e de sobrecarga de trabalho – além de outros entraves institucionais – precisam estar inclusos nos discursos, não para justificar a não incorporação da

linguagem padronizada, ao contrário, para discutir elementos que são imprescindíveis na consolidação do PE. (MARTINS; COSTA; SANTOS; 2021; TRINDADE et al., 2016)

Além disso, caso seja importante seguir firme na padronização de linguagens, destaca-se que a inclusão da linguagem padronizada é um evento relativamente recente na história da Enfermagem, assim, é preciso pensar em estratégias de enfrentamento dos problemas relacionados às inabilidades e desconhecimento dos profissionais que já estão atuando nos serviços de saúde e não foram contemplados com a temática no período de formação profissional ou que estão acostumados a realizarem diagnósticos e prescrições com base no modelo biomédico, com foco no tratamento das doenças. (SOARES, et al., 2015; SOUZA; VASCONCELLOS; PARRA, 2015)

Assim, inclui-se nessa discussão a necessidade de observação da *qualidade* da execução do PE. Este, com suas etapas parcialmente implementadas em boa parte das instituições de saúde, precisa ser visto para além do cumprimento de uma premissa legal. A existência de lista de diagnósticos realizados, prescrições checadas e resultados definidos não são garantia que foram realizados com base nas especificidades do cliente, ambiente e contexto adequado. Portanto, é necessário pensar a execução do PE, e isso inclui as taxonomias, para além da *quantificação* de palavras utilizadas. (GAMA; COSTA; SILVA, 2018; CAMPOS; ROSA; GONZAGA, 2017)

Além disso, é importante destacar que o uso de classificações para padronização de linguagens não deve substituir o embasamento fornecido pelas Teorias de Enfermagem. A execução do PE deve ser pautada em um modelo teórico (teoria do autocuidado, necessidades humanas, sistemas de adaptação, entre outros) para ser aplicado à prática, por permitir uma maior qualificação do cuidado (NOBREGA; SILVA, 2008-2009) e por fazer emergir a necessidade do raciocínio clínico e pensamento crítico, seja através da investigação dos problemas do paciente, identificação de riscos ou da organização do cuidado com foco nos resultados. (ALFARO-LEFREVE, 2014; AZEVEDO et al., 2019)

Precisamos inserir nessa discussão evidências na literatura sobre o processo de barateamento da mão de obra, bem como sobre inves-

timentos em tecnificação e redução de tempo para o pensamento crítico, além de procurar trazer elementos do modelo de atenção à saúde, de modelos de gestão e da identidade profissional das enfermeiras para compor um aprofundamento sobre a importância destes livros-guia disponíveis e que vão surgir, que podem ser muito mais uma estratégia de aprisionamento do que de uma qualificação do cuidado humano.

Talvez, no momento da escrita deste capítulo, deve estar em edição mais um tomo dos livros-guia da Enfermagem. Assim, guardamos preocupação com a necessidade de amadurecimento de uma proposta de cuidado de Enfermagem guiada por uma teoria, a fim de uma prática menos ritualizada e mais amorosa, estética, artística, científica e política, essa é a nossa verdadeira intenção.

Considerações finais

Em conclusão pode-se constatar que o campo de produção de tecnologias que subsidiem o processo de implantação e operacionalização do PE é uma área em expansão, pois constata-se o desenvolvimento de tecnologias para agravos específicos, serviços de saúde e de Enfermagem, bem como, para garantir a implementação de estratégias de sistematização do cuidado em Enfermagem e saúde.

Contudo, ao analisar essas tecnologias produzidas, em grande maioria, não adotam as Teorias de Enfermagem para subsidiar a produção de tecnologia, bem como, a motivação inicial desses projetos são frutos do processo de formação acadêmica, mais precisamente, da pós-graduação.

Por fim, fica constatada a oportunidade para efetividade da implantação, operacionalização e avaliação do PE por meio de tecnologias que atraiam todos os envolvidos diretamente na construção e execução do plano de cuidados em Enfermagem e saúde.

Outrossim, a implantação de dispositivos pode qualificar o cuidado, impactar nos índices de morbimortalidade e sequelas e oportunizar qualidade às organizações e serviços de saúde, respeitando

os princípios doutrinários e finalísticos do Sistema Único de Saúde (SUS) e os padrões éticos e humanitários.

Referências

- ALFARO-LEFREVE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico*. 8. ed. São Paulo: Artmed, 2014.
- ALMEIDA, Q.; FÓFANO, G. A. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 191-196, set./out. 2016.
- AMARAL, C. S. *et al.* Avaliação do registro eletrônico de diagnósticos e intervenções de enfermagem em sistema informatizado sistema informatizado. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, RS, v. 11, p. 1-16, 2021.
- ARAUJO, J. L. *et al.* Aplicativo móvel para o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 28, p. 1-15, 2019.
- ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 6, p. 721-723, 2007.
- AVELINO, C. C. *et al.* Avaliação do ensino-aprendizagem sobre a CIPE[®] utilizando o Ambiente Virtual de Aprendizagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 70, n. 3, p. 630-637, 2017.
- AZEVEDO, O. A. de *et al.* Documentation of the nursing process in public health institutions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 53, p. 1-8, 2019.
- CAMPOS, N. P. S. de; ROSA, C. A.; GONZAGA, M. F. N. Dificuldades na implementação do Processo de Enfermagem. *Revista Saúde em Foco*, Teresina, n. 9, 2017.
- CARVALHO, L. A. *et al.* O uso de tecnologias no trabalho em enfermagem: revisão integrativa. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 8, n. 1, p. 1-20, 2018.
- CASANOVA, E. G.; LOPES, G. T. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 831-836. dec. 2009.

- CHIAVONE, F. B. T. *et al.* Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01132>. Acesso em: 18 nov. 2022.
- CIRILO, E. *et al.* Engenharia de software em Telessaúde: aplicações e desafios. In: MATHIAS, I.; MONTEIRO, A. (org.). *Gold Book: inovação tecnológica em educação e saúde*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012. p. 371-404.
- COELHO, A. V. *et al.* Validação de um histórico de enfermagem para unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 1-8, 2017.
- DOMINGOS, C. S. *et al.* Adaptação de software com o processo de enfermagem para unidades de internação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, n. 2, p. 418-425. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0579>. Acesso em: 18 nov. 2022.
- ÉVORA, Y. D. M. *et al.* Evolução histórica da aplicação do computador na enfermagem (1965-1998). *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 143-47, 2000.
- FERREIRA, F. K. S. *et al.* Fatores que dificultam a implantação do processo de enfermagem na prática profissional. *Nursing*, São Paulo, v. 12, n. 138, p. 517-521, 2009.
- GAMA, B.; COSTA, C. C. S. S.; SILVA, B. T. O processo de enfermagem na hospitalização do adulto. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 34, v. 1, p. 124-139, 2018.
- GOMES, A. T. de L. *et al.* Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Divinópolis, v. 7, n. 1, p. 1-11, 2017.
- HANNAH, K. J.; BALL, M. J.; EDWARDS, M. J. A. *Introdução à informática em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- LIMA, R. M. T. de. *A afetividade e a efetividade no processo de cuidar em enfermagem na terapia intensiva: abordagem qualitativa: um estudo de caso em uma unidade de terapia intensiva*. 2006. Tese (Doutorado em Profissional em Enfermagem Assistencial) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2006.

- MARQUES, I. R.; SOUZA, A. G. de. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 141-144, fev. 2010.
- MARTINS, G. COSTA, A. E. K. da; SANTOS, F. dos; Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Saúde: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 1-13, 2021.
- MATSUDA, L. M. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o uso do computador no trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 67, n. 6, p. 949-956, 2014. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670613. Disponível em: Acesso em: 24 out. 2022.
- MEDEIROS, R. K. da S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. *Referência: revista enfermagem*, Coimbra, v. 4, n. 4, p. 127-135, 2015.
- MELLO, G. R. D.; ERDMANN, A. L.; MAGALHÃES, A. L. Sepsiscare: avaliação de aplicativo móvel no cuidado de enfermagem ao paciente com sepse. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52283>. Acesso em: 22 nov. 2022.
- MENDONÇA, C. T. M.; OLIVEIRA, P. L. L. M. G. de; COSTA, M. L. F. O conceito de tecnologia na concepção de Álvaro Vieira Pinto: contribuições para a educação a distância. *Colloquium Humanarum*, Presidente Prudente, SP, v. 13, p. 315-320, jul./dez. 2016. Edição especial. DOI: 10.5747/ch.2016.v13.nesp.000852. Disponível em: Acesso em: 15 nov. 2022.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MOTA, N. P. *et al.* Aplicativo móvel para ensino da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, n. 4, p. 1077-1084, 2019.
- NOBREGA, M. M. L. da; SILVA, K. de L. (org.). *Fundamentos do cuidar em enfermagem*. Belo Horizonte: ABEn, 2008-2009.
- PEDROSA, K. K. A. *et al.* Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 733-241, 2015.
- PINTO, Á. V. *O conceito de tecnologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005. v. 1.

PIZZOLATO, A. C.; SARQUIS, L. M. M.; DANSKI, M. T. R. Nursing APHMÓVEL: aplicativo móvel para registro do processo de enfermagem na assistência pré-hospitalar de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 74, p. 1-6, 2021. Suplemento 6.

PRADO, M. L. *et al.* Tecnologia e cuidado: onde está o humano nessa convergência? In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 3., 2006., Florianópolis, 2006. *Anais [...]*. Florianópolis: UFSC, 2006.

PRESSMAN, S. R. *Engenharia de software*. Rio de Janeiro: Makron Books, 2002.

SANTANA, J. dos S. *et al.* Software para consulta de enfermagem aos hipertensos da Estratégia Saúde na Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, n. 5, p. 2541-2546, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0174>

SILVA, J. C. T. da. Tecnologia: novas abordagens, conceitos, dimensões e gestão. *Revista Produção*, São Paulo, v. 13 n. 1, p. 50-63, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132003000100005>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SILVA, L. J. da; SILVA, L. R. da; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 684-689, set. 2009.

SILVA, R. C. da; FERREIRA, M. de A. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1325-1332, dez. 2013.

SILVA, R. C. L. da; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 156-159, mar. 2008.

SOARES, C. R.; PERES, H. H. C.; OLIVEIRA, N. B. de. Processo de Enfermagem: revisão integrativa sobre as contribuições da informática. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 112-118, out./dez. 2018.

SOARES, M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

SOMMERVILLE, I. *Engenharia de Software*. Tradução André Maurício de Andrade. São Paulo: Pearson Addison Wesley, 2003.

SOUZA, L. P. de; VASCONCELLOS, C.; PARRA, A. V. Processo de enfermagem: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia, Brasil. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, Maringá, PR, v. 10, n. 1, p. 5-20, mar./maio 2015.

STAIR, R. M.; REYNOLDS, G. W. *Princípios de sistemas de informação*. São Paulo: Cengage Learnig, 2010.

TANNURE, M. C. *et al.* Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 69-74, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/337/235>. Acesso em: 27 nov. 2022.

TAVARES, D. S. *et al.* Construção e validação de um histórico de enfermagem para consulta pré-natal. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF v. 10, n. 7, p. 35-42, 2019.

TRINDADE, L. R. *et al.* PROCESSO DE ENFERMAGEM: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. *Santa Maria*, v. 42, n. 1, p. 75-82, jan./jun. 2016.

VÊSCOVI, S. J. B. *et al.* Aplicativo móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 607-613, nov./dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700087>. Acesso em: 19 nov. 2022.

CAPÍTULO 12

INTERCÂMBIO ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS (SC) E MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM – UEFS **uma missão em busca de novas experiências**

*Nelma Nunes Ramos
Fernanda Gomes Araújo
Juliana Alves Leite Leal*

Introdução

Este capítulo apresenta a experiência vivenciada por duas estudantes do Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) que desenvolvem suas pesquisas ligadas ao Edital nº 28/2019 do acordo CAPES-COFEN que financia pesquisas sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) sob coordenação da equipe de docentes do MPE da UEFS, em intercâmbio com o município de Florianópolis para visita técnica a serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e a serviços hospitalares naquele município que pudessem proporcionar o compartilhamento de informações sobre a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), a implantação e uso da SAE como instrumento do processo de trabalho da enfermeira, e utilização do PE para proporcionar a segurança do paciente.

Objetivos da missão

Subsidiar o desenvolvimento de pesquisas com temáticas relacionadas à SAE, ao PE e à Segurança do Paciente (SP) no MPE/UEFS, por meio de intercâmbio em instituições com reconhecida expertise nas temáticas; aproximar a construção teórica do estudo sobre PE na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município da Bahia a serviços de saúde que já concretizaram tal operacionalização, visando melhorar indicadores de assistência à saúde com vistas a ampliar o financiamento e qualificar a APS; subsidiar o objeto de estudo do PE e o SP no âmbito hospitalar; promover intercâmbio entre equipes de trabalhadores de saúde dos municípios que são lócus de pesquisa no Mestrado Profissional – Riachão do Jacuípe (BA) e Feira de Santana (BA) – e do município visitado para futuras produções acadêmicas compartilhadas.

O Mestrado Profissional em Enfermagem e a aproximação com o campo a ser visitado

O MPE do Departamento de Saúde da UEFS foi autorizado pela CAPES no segundo semestre de 2011 e implantado em março de 2012 com a pretensão de contribuir com a qualificação das enfermeiras no atendimento às demandas sociais, organizacionais, profissionais e do mercado, direcionado ao desenvolvimento local e regional, no sentido de melhorar a eficácia e a eficiência do trabalho dessas profissionais. (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2011)

Quanto à estruturação do curso, ele é organizado numa única área de concentração, Enfermagem, e duas linhas de pesquisa: linha 1 – produção do cuidado, avaliação de serviços e programas de saúde em Enfermagem, na qual são desenvolvidos estudos sobre a produção do cuidado em Enfermagem, na sua prática cotidiana, tendo como eixos norteadores a integralidade da atenção à saúde e de Enfermagem, com uma articulação teoria e prática voltada para o trabalho em equipe nos processos decisórios e a intersetorialidade de outros

espaços da prática, para responder às demandas e às necessidades de saúde dos usuários nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) (ARAUJO; NASCIMENTO, 2016); e linha 2 – estudos das populações de risco e vulnerabilidade no processo saúde-doença. Essa segunda linha tem como eixos norteadores diferentes linhas de cuidado, orientadas por grupos com projetos vinculados à produção dos professores e discentes, tendo como projeto estruturante “Riscos e vulnerabilidades em diversos contextos do processo saúde-doença”, para responder às questões e aos desafios da linha de pesquisa, compreendendo as concepções de vulnerabilidades e riscos de indivíduos e grupos em serviços de saúde, que podem contribuir para a prática da enfermeira na atenção básica e hospitalar.

É considerado como perfil profissional do egresso do MPE o compromisso ético e social no cuidado às necessidades de saúde do indivíduo, família e grupos da comunidade, tendo como eixos orientadores saberes e práticas nos campos da clínica, epidemiologia e avaliação de serviços de saúde em Enfermagem, mediante ações de saúde integrais e resolutivas, extensivas às populações em risco e vulnerabilidade no processo saúde-doença. Haja vista que no que diz respeito à formação, o MPE da UEFS tem buscado desenvolver produtos e serviços inovadores, voltados para responder às necessidades de saúde, numa aproximação teoria-prática de Enfermagem em defesa da vida do cidadão. (NASCIMENTO, 2020)

Há de se destacar o MPE da UEFS com algumas experiências no ensino, pesquisa e extensão, mesmo que ainda estejam em processo de crescimento, referentes a produções bibliográficas, técnicas, inovações e outras produções, mas já visíveis pelas transformações da prática de Enfermagem, saúde e educação, consideradas relevantes.

Na busca de intercâmbio de conhecimentos sobre SAE, PE, e SP o destino priorizado foi Florianópolis, Santa Catarina, pelas reconhecidas e consolidadas experiências na área da saúde, sobretudo no objeto de estudo pretendido.

A missão para visita técnica foi então realizada pelas mestrandas Fernanda Gomes Araújo e Nelma Nunes Ramos, sob orientação da professora orientadora Juliana Alves Leite Leal e coordenação da

profa. dra. Sinara de Lima Souza, à rede de atenção em saúde de Florianópolis, Santa Catarina, no período de 21 a 24 de março de 2022.

A motivação pelo destino da visita técnica em Florianópolis, Santa Catarina, foi pela vasta experiência e consolidação de estratégias naquele município, que embasadas na integração ensino-serviço, conjecturam uma gestão pública de excelente qualidade. Atualmente o sistema de saúde de Florianópolis apresenta-se como referência para outros municípios brasileiros.

No levantamento dos Desafios dos Municípios 2021, destaca-se que Florianópolis é a cidade com melhores índices de saúde do Brasil; neste estudo são considerados 15 indicadores que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos cem maiores municípios do país. No ranking geral está em 21^a cidade e na saúde, destaca-se em 1^o lugar.

Colocamos como destaque que uma das ferramentas que contribui positivamente para tais indicadores é o “Alô Saúde Floripa”, serviço pioneiro no país de teleorientação e teleatendimento, além dos investimentos em pessoal, estrutura e insumos que o município tem feito para ampliar o atendimento e melhorar os serviços prestados à população.

Assim como a Articulação Docente-Assistencial que apresenta benefícios imensuráveis e reflete o investimento nos serviços de saúde prestados à população, por meio da qualificação dos profissionais.

Em 1997, o município de Florianópolis implementou uma experiência nos moldes da integração ensino-serviço, denominada Programa de Articulação Docente-Assistencial de Florianópolis, que, posteriormente, se configurou como base referencial para a implantação da ESF na rede municipal de saúde. (SISSON, 2009) O programa se iniciou dirigido ao recém-criado internato médico do curso de Medicina, agregando-se, depois, estudantes dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Educação Física, Farmácia, Serviço Social e Psicologia. (REIBNITZ et al., 2012)

A Rede Docente-Assistencial (RDA) tem por finalidade “promover a integração ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propi-

ciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios dos SUS”. (FLORIANÓPOLIS, 2022, p. 1)

No município as três instituições visitadas foram a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o Centro de Saúde Novo Continente e o Hospital Universitário Polydoro Ernâni de São Thiago.

A visita ao Centro de Saúde: narrativa sobre a vivência das mestrandas

Durante a experiência do intercâmbio tivemos a oportunidade de planejar um roteiro de visita e iniciar o primeiro dia da missão, sendo inicialmente acolhidas na Unidade de APS, Centro de Saúde Novo Continente, pela enfermeira ma. Juliana Cipriano de Arma, que apresentou o processo de trabalho das três equipes de saúde que se situavam naquela unidade.

O Centro de Saúde Novo Continente possui profissionais egressos dos Programas de Residência, comprometidos com a articulação entre as instituições de ensino/academia e os serviços de saúde.

Observou-se que neste local, a grande maioria dos trabalhadores, cerca de 90% dos profissionais, são vinculados à Secretaria Municipal de Saúde por meio de contratos de trabalho seguros, são profissionais de carreira/efetivos, o que proporciona a continuidade e estabilidade na relação entre os trabalhadores e empregadores, assim como trabalhadores e usuários dos serviços.

Sobre a infraestrutura, encontramos uma unidade completamente informatizada, o que facilita a organização dos serviços, além disso destaca-se que o processo de trabalho dos diferentes profissionais da equipe, que convergem a finalidade destes ao cuidado voltado ao usuário.

Nesta visita visualizamos que eles adotam o Método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano ou Prescrição) e o diagnóstico de Enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE), subsidiada pela comissão SAE da Secretaria Municipal de Saúde que está implantada e atuante desde 2013

e desenvolve qualificações e motivações junto às equipes de todas as unidades de Florianópolis.

É digno de nota que o Método SOAP consiste em uma estrutura sistemática de registro de dados, que é utilizado no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS).

No Centro de Saúde atuam três equipes de saúde da família, e na composição das equipes existem três médicos com regime de trabalho de 40 horas semanais, dois enfermeiros com regime de trabalho de 30 horas semanais, um enfermeiro que trabalha por 40 horas semanais, além de residentes médicos e residentes enfermeiros.

Observamos como características importantes a ausência de filas de usuários para uso dos serviços ofertados, mesmo com fluxo constante de profissionais e usuários, demonstrando que efetivaram a organização da demanda, demonstrando que é possível organizar os serviços de modo a não reter ou atrasar a prestação do cuidado à população desde que haja investimento na potencialidade da APS, fomentando profissionais de carreira, com vinculação estável, e com apoio da rede docente assistencial e residência estruturante.

A visita proporcionou longa conversa com os trabalhadores de uma das equipes e oportunizou o contato com os prontuários. Dessa aproximação com os prontuários e investigação sobre como o serviço se organiza para não gerar filas e fluir o atendimento de modo eficiente, identificamos que as equipes dispõem de agendas livres pelo menos dois dias na semana, agendas que são preenchidas por meio de marcação via aplicativo WhatsApp e por meio do aplicativo Google Forms (um gerenciador de pesquisas do Google, com dinamicidade para pesquisar, coletar informações e gerar resultados automaticamente). Esta marcação eletrônica proporciona classificação por prioridade de atendimento e direciona para possível consulta presencial ou teleconsulta. Além disso, existem três formas de organização da agenda: uma por consulta do tipo geral, consulta para atendimento a grupos populacionais e consulta para demanda de sintomáticos respiratórios, devido à pandemia por covid-19.

Em 2020, no contexto da pandemia, todas as unidades continuaram seus atendimentos, potencializados pelo Telessaúde e, como boa

porta de entrada da rede de atenção à saúde, também acolheram os atendimentos de pacientes suspeitos ou confirmados com covid-19, ampliando a contratação de serviços e profissionais qualificados e bem remunerados, para atender a grande demanda gerada pela pandemia, além da adequação de salas para contemplar o funcionamento temporário dos Centros de Atendimento COVID-19. Segundo a nossa anfitriã, existiram ações e serviços ofertados externamente à unidade, em veículos automotores, chamados de “drivers”, apenas no início da pandemia, em 2020.

Notamos que os prontuários são organizados conforme modelo eletrônico e foi possível identificar a compatibilização das linguagens de Enfermagem CIPE com CIAP2 e como adotam SOAP com o PE. O diagnóstico de Enfermagem por meio da CIPE com inserção do PE no SOAP, em um campo de digitação manual, sem *link* disponível para inserir códigos ou nomenclaturas.

Vale ressaltar que a visita técnica realizada na Unidade Primária da Saúde oportunizou a aproximação com um ótimo nível de organização do serviço e faz refletir sobre as possibilidades em aplicar as relevantes experiências nos nossos territórios de prática. Além disso, nos trouxe a impressão de que as enfermeiras possuem certa organização política, e que a remuneração adequada potencializa o espaço para potencializar o PE.

A visita à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: novas descobertas e perspectivas

A segunda visita foi realizada na instituição Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, na qual fomos recepcionadas pelas enfermeiras Ana Cristina Magalhães Báfica, coordenadora da APS, pela dra. Lucilene Gama Paes, doutora em Enfermagem e gerente da APS. Neste primeiro contato, as recepcionistas de nossa missão nos apresentaram à instituição com auxílio de recurso audiovisual, explanaram sobre a rede de saúde e a comissão de SAE. Desta apresentação, consideramos como destaque o processo de organização da demanda

dos usuários aos serviços, a elaboração de manual de Procedimento Operacional Padrão (POP), o uso do diagnóstico de Enfermagem para a demanda espontânea, por exemplo.

A vinculação dos trabalhadores à gestão direta, também nos chama atenção. No período de 2006 a 2007, foi realizado concurso público com ampliação da rede e dos recursos humanos, ampliando acesso aos usuários do SUS e propiciando a vinculação aos serviços e consequente melhoria da assistência longitudinal. Assim, tal concurso efetivou a maioria dos médicos, enfermeira e dentista de forma a promover um custo efetivo, na medida que proporcionou treinamento e padronização no modelo de processo de trabalho. As formas como processo seletivo e contratos são utilizados para provimento de pessoal aos locais menos atraentes para alocação de trabalhadores.

Possuem bem estruturados: a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) corresponsável juntamente com a enfermeira responsável técnica da Enfermagem pela implementação da SAE na rede; o perfil da Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde, os Protocolos de Enfermagem, o PACK – Guia Básico para Cuidados de Saúde –, a Implantação do PE e da CIPE, os Procedimentos Operacionais Padrão e a Residência em Saúde da Família.

O PACK constitui em um modelo da África que foi traduzido e adaptado para uso das equipes da APS em Florianópolis.

A estrutura do PE está inserida no PEC, a atuação da equipe de Enfermagem é guiada por boas práticas e por protocolos municipais, garantindo a padronização de consultas. O processo tem foco na prevenção e traduz a qualificação com evidências.

Notamos que existem investimentos em pesquisas e publicação de livros. Além disso, o que percebemos na visita aponta para uma busca pela eficácia do acesso ampliado e para a organização da demanda dos usuários. Sobre essa organização, ressaltam aos olhos que existe capacidade instalada pela informatização da unidade de saúde e que a prática é compartilhada por meio da informação.

Observamos que há um trabalho estruturado e protocolar no enfrentamento à sífilis, por exemplo, e que, além do processo de

organização, o uso racional dos recursos é uma estratégia para lidar com os recursos financeiros escassos.

Como pontos de desafios para serem melhorados foram citados a divergência da demanda e oferta, a falta de articulação de comunicação de redes, a baixa inclusão da promoção à saúde na APS, necessidade de focar na vigilância de território e melhorar a confiabilidade nos dados.

Por último, o destaque para a incorporação dos atendimentos covid-19 como rotina nas unidades de saúde, desde o início da pandemia e a oferta da carteira de serviços.

Conhecendo a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem

Tratando especialmente da comissão de sistematização, vale separar de modo particular algumas características observadas nesta comissão.

A Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) compreende um grupo técnico consultivo para a tomada de decisões da Secretaria Municipal da Saúde envolvendo as ações e serviços de Enfermagem.

Ela está vinculada à diretoria de APS, porém atua transversalmente em todos os setores e serviços no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a necessidade, sempre de forma pactuada com as respectivas diretorias e coordenações.

Além das diretrizes acima, esta comissão possui significativa representação dos enfermeiros da rede assistencial, e é composta por representantes das equipes de Saúde da Família, policlínicas, CAPS, UPAs, vigilância em saúde e gestão, distribuídos nos cinco Distritos Sanitários.

A CSAE possui três subcomissões: sistematização da assistência; protocolos; e perfil da Enfermagem e é corresponsável, juntamente com a responsável técnica da Enfermagem, pela implementação da SAE na rede, expressa em seus projetos estruturantes:

1. Perfil dos trabalhadores de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde;
2. Protocolos de Enfermagem;
3. PACK – Guia Básico para Cuidados de Saúde;
4. Implantação do Processo de Enfermagem e da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE);
5. Procedimentos Operacionais Padrão;
6. Residência em Saúde da Família.

Dentre as subcomissões, colocamos em destaque como a subcomissão de protocolos de Enfermagem representa elemento estruturante da adequação dos PE, pois esta subcomissão fica responsável pela análise e revisão de protocolos vigentes, bem como a construção de novos protocolos de Enfermagem, considerando a política de saúde, as melhores evidências disponíveis e as possibilidades locais de organização da rede de atenção.

A visita ao Hospital Universitário Polydoro Ernâni de São Thiago: conhecendo a integração entre educação continuada e Processo de Enfermagem

A terceira visita ocorreu no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e foi conduzida pela enfermeira Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni e professora do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), preceptora no Hospital Universitário (HU) e membro da comissão do Processo de Enfermagem desde 2016, quando foi fundada.

Trata-se de um hospital de referência no estado, além de ser o único hospital federal do estado de Santa Catarina, que atende de maneira integral o Sistema Único de Saúde (SUS), fundado em 1980. A entrada ao hospital está vinculada à regulação dos pacientes, e assim, a população já está adaptada para este tipo de fluxo, que é auxiliado por um sistema totalmente informatizado.

O HU/UFSC conta com um corpo clínico multidisciplinar qualificado no atendimento nas diversas especialidades da Medicina, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. O HU conta ainda com atendimento emergencial nas áreas pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulta, um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade. O serviço de emergência busca responder à Política Nacional de Humanização das Urgências e Emergências, iniciando no ano de 2007 o acolhimento com avaliação e classificação de risco, buscando dar agilidade ao atendimento das urgências e procurando uma maior integração com a rede básica de saúde. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2022)

O HU conta com um total de 106 vagas de residência médica, em diferentes especialidades. Em 2010, deu início a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, iniciando com duas áreas de concentração: Atenção às Urgências e Emergências e Atenção em Alta Complexidade, integrando alunos das mais diversas especialidades. Em 2014, a Residência Integrada foi ampliada para mais uma área de atuação: Saúde da Mulher e da Criança.

Além disso, o hospital participa dos programas de Telessaúde e Telemedicina. O Programa de Telemedicina foi desenvolvido em 2005 na própria UFSC em parceria com o governo do estado de Santa Catarina. No ano de 2010 os projetos Telessaúde e Sistema Catarinense de Telemedicina se integraram, formando o Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde. Essa união se dá com o objetivo de ampliar os serviços de saúde e de educação na saúde à distância para todo o estado de Santa Catarina.

A realização do PE é algo estabelecido e cumprido neste HU, inclusive, porque funciona nele, de forma conjugada, o Núcleo de Educação Continuada e a Comissão do Processo de Enfermagem que são responsáveis pelo treinamento de todos os profissionais que ingressam no hospital antes de assumirem suas escalas de trabalho. Ressaltamos que a existência do Núcleo de Educação Continuada e da Comissão do Processo de Enfermagem fortalece o objetivo fundamental de prestação de uma assistência de qualidade pela equipe de

Enfermagem e um maior quantitativo de trabalhadores no campo da saúde.

O Processo de Enfermagem e a relação com outros profissionais: a importância de se investir no trabalhador em saúde

O destaque da visita no HU foi perceber que toda a equipe de Enfermagem é envolvida para a implementação e execução do PE, sendo assim, uma responsabilidade assumida e entendida por todos os membros da equipe de Enfermagem.

Comumente, a comunicação entre a equipe médica e a equipe de Enfermagem acontece de forma ordenada e também natural. Nesses momentos de diálogo, toda a equipe discute quais estratégias serão utilizadas para a melhor prestação de assistência ao paciente. Ouvimos muito uma expressão acerca da aproximação e integração da equipe multiprofissional, que foi “ombro a ombro”. Ela nos faz refletir o quanto este entendimento é respeitoso, importante e decisivo para uma responsabilização e cuidado prestado a quem necessita ser assistido naquele hospital. Importante destacar que os profissionais são estimulados a sempre se capacitarem, estudarem, publicarem, sendo rotineiro entre eles a presença de enfermeiros mestres, doutores e com residência, mesmo em ambientes hospitalares, sem pretensões acadêmicas.

Apesar de todos os benefícios citados sobre o PE, foram destacados dois desafios para a execução deste: o dimensionamento correto da equipe de Enfermagem, pois apesar de estarmos em um hospital universitário e sabermos que a existência de alunos nos campos de estágio amplia também a mão de obra, optamos por observar que sem a existência destes se tornaria um pouco mais difícil a execução do PE.; o outro desafio é a capacitação e sensibilização de novos trabalhadores sempre que há admissão de profissionais, especialmente, se estes forem provenientes de outros estados. Esta foi uma observação passada pela equipe de Enfermagem e que nos chamou atenção.

O campo profissional em Enfermagem é regulado e está politicamente organizado de modo que as diferentes categorias que o compõem: enfermeiros, técnicos e auxiliares conhecem seus direitos, deveres e capacidade de ação.

Entretanto, gostaríamos de ressaltar que na instituição de saúde visitada a forma como se determina a diretoria de Enfermagem acontece por meio de eleição direta, ou seja, os gestores são escolhidos com auxílio de votação entre os trabalhadores do hospital, com propostas expostas a toda a equipe de Enfermagem e está votando livremente para quem será seu representante.

Inclusive a organização política da profissão de Enfermagem, além da conscientização intrínseca de todos os profissionais de saúde sobre a importância e necessidade desta profissão, tanto quanto a Medicina, visualizada através da remuneração na qual não há um abismo entre o salário da enfermeira e do médico, e carga horária igualitária.

Além da relação de respeito e propriedade imposta pela profissional enfermeira, podendo ser observada pela relação de trabalho entre todos os profissionais prestadores de assistência nas instituições visitadas, assim como por parte da população em geral.

Considerações finais

De um modo particular, extraímos, através da visita, que algumas características observadas são elementos positivos e que produzem um diferencial nas instituições visitadas. Sejam os investimentos dedicados à carreira profissional dos trabalhadores de saúde e enfermeiras, demonstrando que o estímulo à qualificação e a própria integração academia e serviços de saúde se mostram potencializadores para a melhoria da prestação da assistência à saúde.

Notório destacar que encontramos enfermeiros que estão inseridos diretamente na assistência ao paciente, sem pretensões acadêmicas, mesmo sendo titulados com mestrado e doutorado, com publicações e premiações por estas.

Outra característica importante foi a organização política da profissão de enfermeiros, além da conscientização intrínseca de todos os profissionais de saúde sobre a importância e necessidade desta profissão, tanto quanto a Medicina, visualizada através da remuneração, pois não há um abismo entre o salário da enfermeira e do médico, carga horária igualitária, além da relação de respeito e propriedade imposta pela profissional enfermeira, podendo ser observada pela relação de trabalho entre todos os profissionais prestadores de assistência nas instituições visitadas, assim como por parte da população em geral.

Por fim, enfatizamos que a oportunidade em ter realizado o intercâmbio nos trouxe um ganho de conhecimento para além das expectativas e para os objetivos da missão. Haja vista que, além do aprimoramento, nos permitiu também experienciar a organização de uma cidade desenvolvida que é destaque nacional em *ranking* de saúde, promovendo uma gestão pública de excelente qualidade.

Por fim, destacamos que as oportunidades criadas por meio do financiamento do acordo CAPES/COFEN podem ultrapassar os espaços acadêmicos e serem incorporadas para ampliar o protagonismo desempenhado nos papéis de investigadoras e assim completamos a nossa reflexão.

Referências

- ARAÚJO, B. de O.; NASCIMENTO, M. A. A. do. *Educação permanente em saúde na estratégia saúde da família em busca da resolubilidade da produção do cuidado*. Feira de Santana: UEFS Ed., 2016.
- CARVALHO, R. C. de et al. (org.). *A pesquisa no mestrado profissional em Enfermagem nos diferentes cenários de saúde*. Salvador: Edufba, 2020.
- ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187-196, mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100017>. Acesso em: 1 abr. 2022.

FLORIANÓPOLIS (SC). Secretaria Municipal de Saúde. *Regimento interno da rede docente assistencial*. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=rede+docente+assistencial&menu=0>. Acesso em: 19 mar. 2022.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. *Apresentação*. Catarina, 2022. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/antigo/?page_id=12. Acesso em: 19 mar. 2022.

NASCIMENTO, M. A. A. do N. Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS: um retrato do pioneirismo baiano na construção de saberes e práticas. In: CARVALHO, R. C. et al. (org.). *A pesquisa no mestrado profissional em enfermagem nos diferentes cenários de saúde*. Salvador: Edufba, 2020. p. 19-54.

REIBNITZ, K. S. et al. Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 68-75, 2012. Suplemento 2.

SISSON, M. C. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 92-103, 2009. Suplemento.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. *Projeto curso de pós-graduação stricto sensu- mestrado profissional em enfermagem*. Feira de Santana: UEFS, 2011.

CAPÍTULO 13

MESTRADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (MPE) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS) caminhos para a gestão das práticas do cuidado e formação em rede

Sinara de Lima Souza

Evanilda Souza Santana Carvalho

Aline Mota de Almeida

Rosely Cabral de Carvalho

Introdução

A Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e o Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) cumprem na obra *Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência: possibilidades e perspectivas de qualificação do cuidado* uma agenda inicial para a implementação do Observatório virtual da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), que contribuirá para a formação da(o) enfermeira(o), na região do semiárido baiano. A obra expressa em seus capítulos resultados de projetos de pesquisa articulados entre a UEFS, outras universidades e rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, docentes, mestrandos do MPE e profissionais vislumbram aprofundar a discussão com o conjunto da sociedade – serviços de saúde, instituições de ensino, Conselho Regional de

Enfermagem da Bahia – quanto ao desenvolvimento e acompanhamento da implementação e avaliação da SAE, em busca de soluções de problemas do cuidar em saúde, desenvolvidas a partir de tecnologias de cuidado aplicáveis ao cenário do semiárido baiano, portanto iniciando as atividades do Observatório da SAE em Feira de Santana (BA) e região.

Vale destacar que na formação de enfermeiras(os) a SAE apresenta uma estrutura teórica e científica, de planejamento, organização e sistematização de gestão de práticas do cuidado e da operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), como uma atividade realizada exclusivamente por enfermeiras(os), contribuindo para melhores resultados na implementação do plano de cuidados na tomada de decisões e construindo seu próprio conhecimento com autonomia para a Enfermagem como Ciência do Cuidado. (COSTA; SILVA, 2018)

Nesta proposta, nosso caminho ainda se apresenta na prospecção do observatório como lugar a partir do qual é possível observar, mirar algo, desde um ponto distante. O significado de observatório advém de uma estrutura astronômica para observação do espaço e dos astros e quando o tomamos de empréstimo para a prática social, e no nosso caso, para a prática de construção do conhecimento de Enfermagem num programa de pós-graduação, usamos o termo para nos referir a uma observação e acompanhamento longitudinal das produções que visam a utilização da SAE nos cenários de práticas de saúde (quer seja na área hospitalar ou na saúde pública/saúde coletiva), assim como de formação de enfermeiras(os) em cursos de graduação e pós-graduação.

Nosso caminho se edifica desde o curso de graduação/bacharelado de Enfermagem na UEFS, com mais de três décadas, o qual tem destaque no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) e no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), com instrumentos avaliativos reunidos (nota 5), permitindo afirmar os esforços de toda a instituição universitária, docentes e discentes na qualidade desse curso no Norte-Nordeste e no Brasil.

O curso de Enfermagem da UEFS abarca o ensino das Teorias de Enfermagem e do PE desde os componentes iniciais do ciclo profissionalizante do currículo, que, embora tenha passado por variadas atualizações, mantém esses conteúdos como estruturantes da formação da enfermeira nesse cenário.

Dessa forma, o MPE-UEFS está entrelaçado ao pioneirismo enquanto formação na pós-graduação *stricto sensu*, da missão de pensar/repensar a prática profissional da(o) enfermeira(o) nos diferentes cenários de saúde da Bahia, indicando possibilidades de transformação nos espaços micro e macropolíticos de intervenção, no mundo do trabalho para a produção de conhecimento científico-tecnológico e inovação em produtos e processos. (NASCIMENTO, 2020) A formação enquanto missão e valor está ancorada em suas duas linhas de pesquisa de transformação das práticas profissionais. A primeira voltada para produção do cuidado, avaliação de serviços e programas de saúde em Enfermagem e a segunda nas concepções de vulnerabilidade e risco de indivíduos e grupos em serviços de saúde na atenção básica e hospitalar. (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2012)

A aprovação da proposta intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem para a Gestão das Práticas do cuidado a grupos vulneráveis”, no Edital CAPES/COFEN nº 28/2019 possibilitou a operacionalização de uma agenda do MPE como o processo de formação de enfermeiras em nível de mestrado profissional, para a intervenção sobre os cenários, atuação a partir do desenvolvimento da SAE, com vistas a qualificar o cuidado, ampliar a segurança dos processos de cuidado aos pacientes hospitalizados e reduzir a vulnerabilidade de grupos específicos.

Assumindo a concepção teórica dos primeiros observatórios da SAE no Brasil, organizados nos centros de formação da pós-graduação, o MPE-UEFS atesta a posição do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que defende que a instalação de observatórios da SAE como possibilidade de

Organização de informações relevantes, apoio e monitoramento das ações de implementação da SAE, com vistas a divulgar estudos, propiciar amplo acesso às informações e análises sobre o trabalho, pesquisa e educação, para formulação, acompanhamento e avaliação da implementação da SAE. (FRATIN et al., 2020, p. 194)

Esse olhar conduziu nossa proposta do Observatório virtual da SAE em três eixos temáticos iniciais da:

- I. Produção e gestão do cuidado na atenção primária de saúde;
- II. Sistematização da Assistência de Enfermagem na produção e gestão do cuidado para a segurança do paciente; e
- III. Sistematização da Assistência de Enfermagem e gestão do cuidado para a redução da vulnerabilidade em grupos populacionais específicos, com subprojetos que serão desenvolvidos dentro de abordagens multimetodológicas, com ênfase em estudos de implantação, intervenção, pesquisa convergente assistencial e estudos metodológicos.

Será desenvolvida em Unidades de Atenção Primária à Saúde e Unidades Hospitalares de Feira de Santana e microrregião, envolverá enfermeiros(as) docentes e discentes, enfermeiros dos serviços, usuários e gestores. Como produtos, pretende-se elaborar protocolos e fluxos de atendimento, instrumentos diagnósticos, elaboração de *softwares* e aplicativos de acompanhamento e avaliação, material didático instrucional – a exemplo de cartilhas e folders explicativos –, processos de cuidar/cuidado.

Nessa direção buscamos participar do Edital nº 28/2019, escolha essa fundamentada nas experiências exitosas da produção intelectual dos mestres, docentes e egressos do MPE-UEFS, para seguir construindo a nossa história e elaborar a agenda futura.

Desde o princípio o MPE-UEFS tem revelado o interesse de discentes e docentes em estudos que trouxessem contribuições diretas aos serviços seja a partir de diagnósticos situacionais que permitam fundamentar planos de ações, sejam mediante estudos metodoló-

gicos desenvolvendo tecnologias para a sistematização do cuidado dos cenários de inserção das enfermeiras/discentes. Dentre os quais podemos destacar:

Já na primeira turma, o estudo de Lima (2014) objetivou identificar diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA-I em mulheres com úlceras de perna e analisar características definidoras e fatores de risco dos diagnósticos de Enfermagem mais frequentes. A autora utilizou dados secundários de entrevistas em profundidade e identificou 88 diagnósticos de Enfermagem com predominância de fenômenos relacionados às dimensões psicossociais, emocionais e espirituais, revelando o potencial da entrevista em profundidade como fonte de dados para a inferência diagnóstica podendo esta constituir-se em um instrumento adicional aos convencionalmente adotados no PE.

No estudo realizado por Moura (2015) foi desenvolvido um protótipo para viabilização da SAE prestada a pessoas hospitalizadas na unidade semi-intensiva do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), em Feira de Santana (BA). O referido protótipo mostrou-se diferenciado dos demais existentes por não apresentar uma prescrição única, mas uma prescrição que considera as necessidades individuais, para nortear o plano de cuidados específico em respeito à singularidade dos atendidos. Destaca-se que esse produto teve ampla aceitação e foi implantado em unidade modelo na instituição HGCA.

No estudo desenvolvido por Nobre (2015), em que o tema foi consulta de Enfermagem aplicada à pessoa com ferida crônica em Unidade de Saúde da Família, é evidenciado que, para enfermeiras, a consulta de Enfermagem é um recurso capaz de visualizar o sujeito integral, definir situação clínica e estabelecer medidas de tratamento para pessoas feridas. Enquanto para os técnicos de enfermagem a consulta é apenas um espaço de atendimento para a realização do curativo, não havendo acolhimento, vínculo e/ou diálogo. As enfermeiras declaram que não existe uma rotina nem protocolo instituído para o atendimento a esse tipo de usuário e por isso na maioria das vezes ele é encaminhado diretamente à sala de curativo para procedimento pelo técnico de enfermagem, ou ser dirigido ao médico para

consulta e prescrição de medicação e/ou para a enfermeira caso a técnica tenha alguma dificuldade e/ou dúvida na sua conduta. Nesse sentido, o estudo desenvolvido por Nobre (2015), durante sua qualificação no MPE, trouxe a pauta a consulta de Enfermagem, e possibilitou aos participantes construir um diagnóstico situacional a partir das reflexões sobre a necessidade desse recurso para a organização do cuidado.

No estudo *Implantação da sistematização da assistência de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar*, realizado por Matos (2017), foi constatado que ao implantar a SAE para qualificar o cuidado a crianças se fez necessário desenvolver um processo de articulação entre pesquisadores, enfermeiras, crianças e familiares/cuidadores. Assim, durante a formação de mestrado da autora, a experiência possibilitou que ela atuasse como pesquisadora, promovendo encontros, e fundamentando seu trabalho na Teoria das Necessidades Humanas de Maslow. Para essa autora, a implantação da SAE no pós-alta da criança com perda de integridade cutânea no contexto de um hospital especializado contribuiu para potencializar a autonomia da enfermeira no processo do cuidar, propor transformação de práticas de cuidado no cenário hospitalar, além de favorecer a corresponsabilização da equipe de Enfermagem frente aos usuários (criança e seu familiar/cuidador).

Já no estudo desenvolvido por Matos (2019), buscou-se construir e validar um plano de indicadores para mensuração e avaliação da segurança do paciente no transporte intra-hospitalar. Este estudo trouxe uma contribuição para a política de segurança do paciente, pois se constitui num instrumento que contribuirá para a prática profissional da enfermeira, para segurança do paciente e ainda será viável para prática de auditorias ou avaliações do processo de transporte intra-hospitalar.

Enquanto isso, Nascimento (2019), ao desenvolver sua dissertação, objetivou compreender a percepção da equipe sobre a implantação do PE em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital privado de Feira de Santana, assim, a partir deste estudo, foi possível conhecer os limites e possibilidades percebidos pela equipe para

a implantação do PE na UTI, além de subsidiar a elaboração de uma cartilha informativa para apoiar a implantação do PE. Este estudo evidenciou que enfermeiras e técnicos de enfermagem que atuam em UTI têm dificuldade de definir e distinguir a SAE e o PE, atribuindo tal dificuldade à formação acadêmica. Os resultados ressaltam a necessidade de maior investimento na qualificação da equipe de Enfermagem para compreender a aplicação do PE e da SAE no contexto estudado.

O estudo desenvolvido por Reis (2019), intitulado *Análise de Erros no Preparo e administração de medicamentos intravenosos*, concluiu que os erros mais comumente cometidos durante o preparo no contexto estudado foram a não utilização de EPIs, a identificação incorreta do medicamento preparado, a ausência de higiene das mãos, a não desinfecção de ampolas e da bancada em que se deu o preparo do medicamento. Além desses exemplos acima citados, foram verificados durante a administração a falta de lavagem das mãos antes da administração dos medicamentos, falta de desinfecção da ponta do dispositivo do acesso intravenoso, não checagem da prescrição ou rótulo, não identificação da droga, falta de monitoramento e de orientação ao usuário. Destaca-se que embora não tenha enfoque na SAE o estudo de Reis (2019) entrega um amplo diagnóstico situacional que ajuda gestores do cuidado e da instituição a planejar medidas para prevenir erros, corrigir processos e conferir cuidados seguros aos seus pacientes.

No estudo desenvolvido por Oliveira (2019) buscou-se alcançar o tema que intitula o trabalho, *Validade e confiabilidade do Escore Pediátrico de Alerta (EPA) no reconhecimento da deterioração clínica*. Embora ainda seja necessária a realização da etapa de validação de desempenho no reconhecimento da deterioração clínica pediátrica, a versão obtida no estudo de Oliveira, foi considerada de fácil linguagem, boa estrutura e apresentação, além de contemplar indicadores de relevância clínica e aplicáveis ao contexto estudado. A principal contribuição do EPA é sistematizar a avaliação rápida por parte da enfermeira, pois permite que essa profissional reconheça sinais de deterioração clínica da criança hospitalizada e assim possa atuar o mais precoce-

mente possível e durante o trabalho em equipe de saúde possa minimizar os riscos de complicações nas crianças hospitalizadas.

Em revisão apresentada por Nascimento (2020) os objetos de estudo das quatro primeiras turmas do MPE-UEFS, alinhados às linhas de pesquisa e integrados aos projetos das orientadoras, têm majoritariamente uma abordagem qualitativa (44 do total de 65 dissertações).

Os estudos desenvolvidos no MPE enfocam objetos relacionados a grupos em vulnerabilidade (criança e adolescente, escolares, pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, pessoas com condições crônicas a exemplo de câncer, hanseníase e doença falciforme, grupos em contextos de violência, população LGBTQIA+, famílias e a experiência da doença e da hospitalização de seus entes), além de objetos da gestão de serviços com desenvolvimento de tecnologias para aprimorar os processos assistenciais, e compreender dilemas éticos (*softwares*, protocolos, material didático instrucional, matrizes de indicadores de avaliação, avaliações com enfoque na segurança do paciente), dentre outros.

Com a emergência sanitária provocada pela covid-19, o MPE também necessitou rever métodos e interesses de pesquisa para compreender a experiência dos grupos em vulnerabilidade diante dessa nova ameaça à saúde dos povos em todo mundo. Assim, ao redirecionar seus objetos em sentido a examinar o fenômeno pandêmico e superar suas adversidades – principalmente derivadas da necessidade de distanciamento físico –, tanto o corpo docente quanto o discente do MPE necessitaram se apropriar de tecnologias para desenvolver atividades didáticas remotas, produzir dados e monitorar suas pesquisas por meio de recursos *on-line*. Nesse sentido, acreditamos que a necessidade de adaptação a tecnologias durante a pandemia serviu de aproximação e exercício do que poderá vir a ser um Observatório da SAE, a construção de redes de apoio e partilha de conhecimento no campo da Enfermagem.

Os impactos científicos e sociais dos produtos advindos do MPE-UEFS estão direcionados a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Primeiramente, não podemos deixar de fazer referência ao curso pioneiro no estado da Bahia, um momento histórico e

importante à formação da enfermeira, tendo em vista um pensar, agir e refletir na valorização do novo sujeito-mestre em Enfermagem, diante da sua postura crítica, analítica, compromisso ético e social concernente aos conhecimentos técnico-científicos, ampliados e coerentes às práticas transformadoras para responder às necessidades da população. (NASCIMENTO, 2020)

A proposta de uma agenda futura implica, para o MPE-UEFS, a implementação do Observatório virtual da SAE, como uma ferramenta para a consolidação da prática profissional da(o) enfermeira(o), no que diz respeito à formação e o esforço em desenvolver produtos e serviços inovadores, sinalizando na apresentação dessa obra que articula uma aproximação teoria/prática de Enfermagem em defesa da vida do cidadão e atividades de ensino desenvolvidas em Seminários Avançados durante o curso e integrados em rede.

Vale destacar ainda que, nessa articulação, a agenda de definição de uma política interna para parceria de inovação tecnológica é muito bem-vinda ao nosso mestrado profissional, considerando o impacto de nossas produções nos serviços de saúde e instituições de ensino, sem contar o aumento do número de parcerias com atendimento de demandas de pesquisa e desenvolvimento tecnológico e promovendo a integração dos programas de pós-graduação na UEFS. (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2019)

E por fim, a definição e planejamento de uma política de incentivo à pesquisa, pós-graduação e inovação, com recursos próprios da universidade e a possibilidade de concorrer a editais de apoio à infraestrutura e maior captação de recursos de agências de fomento estadual e nacional sinaliza para perspectivas futuras. (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2020)

A experiência do Observatório virtual SAE, somada a outros investimentos, possibilitará um trabalho em rede efetivo com a realização de disciplinas interprogramas, atividades interdisciplinares e inovadoras, iniciada durante os Seminários Avançados do MPE-UEFS e apresentada nesta obra, possibilitando caminhos e oportunidades para a Enfermagem como ciência aplicada na intervenção

e novos conhecimentos da prática do cuidado e estudos das populações, em vez de contribuir apenas com novos conhecimentos

Referências

COSTA, A. C. da; SILVA, J. V. da. Nurses' Social Representations of Nursing Care Systematization. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, n. 16, p. 139-146, jan./fev./mar. 2018. Disponível: <https://doi.org/10.12707/RIV17069>. Acesso em: 18 jul. 2022.

FRATIN, G. *et al.* Implementação do Observatório de Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 10, n. 6, p. 193-198, maio 2020.

LIMA, S.F.S. *Diagnósticos de Enfermagem em mulheres com úlcera de perna*. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

KRUSCHEWSKY, N. D. F. *Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva sob a ótica da equipe multiprofissional*. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2019.

MATOS, A. C. G. T. *Implantação da sistematização da assistência de enfermagem a crianças com perda de integridade cutânea*. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

MATOS, E. P. *Validação de indicadores para segurança do paciente no transporte intra-hospitalar*. 2019. Dissertação (Mestrado profissional em m Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2019.

MATOS, E. P. *et al.* Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 42, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/117701>. Acesso em: 19 jul. 2022.

MOURA, T. B. *Criação de software para operacionalização de Processo de Enfermagem na unidade de estabilização do Hospital Geral Clériston Andrade*,

em Feira de Santana-Bahia: projeto de intervenção. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

NASCIMENTO, J. S. *Percepção da equipe sobre implantação do processo de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2019.

NASCIMENTO, M. A. A. Mestrado profissional em enfermagem da UEFS um retrato do pioneirismo baiano na construção de saberes e prática. In: CARVALHO, R. C. de et al. (org). *A pesquisa no mestrado profissional em Enfermagem nos diferentes cenários de saúde*. Salvador: Edufba, 2020. p. 19-54.

NOBRE, V. P. C. *Significado da consulta de enfermagem à pessoa com ferida crônica para as trabalhadoras de enfermagem*. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2015.

OLIVEIRA, T. de L. et al. Desenvolvimento e validação de conteúdo do escore pediátrico de alerta. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 91-101, jul. 2021.

OLIVEIRA, T. L. *Validade e confiabilidade do Escore Pediátrico de Alerta (EPA) no reconhecimento da deterioração clínica*. 2019. Dissertação (Mestrado em Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2019.

REIS, U. O. P. *Análise de erros no preparo e administração de medicamentos intravenosos*. 2019. Dissertação (Mestrado em Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2019.

REIS, U. O. P. et al. Erros no preparo e na administração de medicamentos intravenosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 34, p. 1-10, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100340&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2022.

SANTOS, A. G. G. *Avaliação da capacidade de gestão das enfermeiras gestoras da Secretaria Municipal de Saúde*. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2012.

SANTOS, M. S. F. *Diagnóstico de Enfermagem evidenciados em mulheres com feridas crônicas*. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. Câmara de Pesquisa e Pós-graduação. *Ações estratégicas para o plano de desenvolvimento dos programas de pós-graduação da UEFS - 2020/2021*. Feira de Santana: PPPG, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. Departamento de Saúde. *Plano Diretor de Desenvolvimento do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS (2016-2020)*. Feira de Santana: DSAU/MPE, 2019.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. *Projeto Mestrado Profissional em Enfermagem*. Feira de Santana, 2012.

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)

Comissão organizadora

Deybson Borba de Almeida

Enfermeiro, professor titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), professor permanente do Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) da UEFS. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História em Enfermagem (GAHE) da UEFS e integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde. Mestre e Doutor em Enfermagem pela UFBA, Pós-doutor pela Universidade Federal de Santa Catarina.

E-mail: dbalmeida@uefs.br.

Juliana Alves Leite Leal

Professora titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. Líder do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: julianaleal@uefs.br.

Rosely Cabral de Carvalho

Professora titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), professora do Mestrado Profissional em Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo, mestra pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e pós-doutora pelo

Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica de Salvador.

E-mail: rccarvalho@uefs.br.

Sinara de Lima Souza

Enfermeira, professora titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), professora do Mestrado Profissional em Enfermagem. Coordenadora e pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Vulnerabilidade e Saúde (NIEVS/UEFS). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto e pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica de Salvador.

E-mail: sinarals@uefs.br

Fernanda Gomes Araújo

Enfermeira, coordenadora de Enfermagem da Central de Material e Esterilização do Hospital Unimed da cidade de Feira de Santana (BA). Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), contemplada com o acordo CAPES/COFEN, edital nº 28/2019. Pós-graduada em Auditoria de Sistemas de Saúde e em Saúde da Família.

E-mail: nanda.enf.ce@hotmail.com.

Hudson Soares da Silva

Enfermeiro, atua no SAMU Metropolitano de Salvador e no Hospital Geral Clériston Andrade (SESAB). Mestrando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), contemplado com o acordo CAPES/COFEN, edital nº 28/2019. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História da Enfermagem (GAHE) da UEFS.

E-mail: HUDSONSILVAFSA@GMAIL.COM.

Jocelio Matos Amaral

Enfermeiro da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Mestrando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), contemplado com o acordo CAPES/COFEN, edital nº 28/2019. Pós-graduado em Unidade de Terapia Intensiva, Hemodinâmica e Cardiologia. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História da Enfermagem (GAHE) da UEFS. E-mail: jocelio.amaral@ufob.edu.br.

Nelma Nunes Ramos

Enfermeira sanitária, especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, pela ESSP - BA. Servidora pública do quadro efetivo e diretora do Departamento de Planejamento e Programação em Saúde de Riachão do Jacuípe (BA). Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), contemplada com o acordo CAPES/COFEN, edital nº 28/2019. E-mail: nelmanr@hotmail.com.

AUTORES(AS)

Adriana Braitt Lima

Enfermeira, professora adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: *enfbraitt@gmail.com*.

Aldacy Gonçalves Ribeiro

Enfermeira do Serviço Médico Universitário Rubens Brasil da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração do Serviço de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA). Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFBA e doutoranda do Programa Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA.

E-mail: *agrribeiro@ufba.br*.

Alexandre Silva Santos

Administrador, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA). Especialista em Gestão de Pessoas pela Universidade de São Paulo (USP).

E-mail: *alexandres.adm@gmail.com*.

Aline Mota de Almeida

Enfermeira, professora adjunta no Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem. Pesquisadora do Núcleo Integrado de Pesquisas e Estudos sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC-UEFS) e do Grupo Família (Auto) Biografia e Poética (FABEP-UCASAL). Especiali-

zações nas áreas de: Nefrologia, Administração em Sistemas de Saúde, Saúde Pública e em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e doutora em Família pelo Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

E-mail: alinedamota@uefs.br.

Ana Karina Lima Alves Cerdeira

Enfermeira assistencial em pesquisa clínica pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Gestão e Inovação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

E-mail: ana.kary.alves@hotmail.com.

Ana Raquel Lima Peralva de Almeida

Enfermeira. Membro efetivo da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn-Bahia). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa sobre o Cuidar em Enfermagem (GPCenf/UNEB). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: raquelperalva@hotmail.com.

Anderson Reis de Souza

Enfermeiro, doutor em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Professor adjunto da EEUFBA, Brasil e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da PPGENF-UFBA.

Aurilivia Carolinne Lima Barros

Pesquisadora independente, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração do Serviço de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

E-mail: *aurilivia.barros@gmail.com*.

Carlos Eduardo Moreira Soares

Coordenador da Atenção Básica do Município e Servidor Público do quadro efetivo da Prefeitura Municipal de Miguel Calmon (BA). Enfermeiro, mestrando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), pós-graduação *latu sensu* em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPe) e em Saúde Pública pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (FACINTER).

E-mail: *carlosetuardo.soares@hotmail.com*.

Claudia Pinto Pereira

Professora e pesquisadora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no curso de Engenharia de Computação e no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Computação, pesquisando principalmente sobre Tecnologias Assistivas, Interface Humano Computador, Informática na Educação, Tecnologias na Educação e Educação em Computação. Doutora em Difusão do Conhecimento.

E-mail: *claudiap@uefs.br*.

Cristiano Oliveira de Souza

Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA). Enfermeiro. Mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

E-mail: *enfcristiano@hotmail.com*.

Dailey Oliveira Carvalho

Professora auxiliar da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pela UEFS. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Enfermagem Intensiva Adulto. E-mail: docarvalho@uefs.br

Daniela Cunha de Oliveira

Intensivista titular da Associação Brasileira de Terapia Intensiva Adulto (ABENTI), gerente da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral Clériston Andrade (BA) e membro do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas em Saúde (NIPES/UEFS). Enfermeira, mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pós-graduada em Auditoria dos Serviços e Sistemas de Saúde pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (UniFTC). E-mail: danenfermeira@hotmail.com.

Darci de Oliveira Santa Rosa

Professora adjunta nível III da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA. Enfermeira, mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutora em Bioética, Pólo Açores de Bioética – Universidade dos Açores, Portugal. E-mail: darcienf@ufba.br.

Elaine de Oliveira Souza

Membro suplente da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn-Bahia). Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB/ Campus I). Pesquisadora dos Grupos de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde Coletiva (UNEB) e do Núcleo de

Pesquisa e Estudos no Idoso (UFBA). Enfermeira, mestre e doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da UFBA e mestre pelo Mestrado Profissionalizante em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI).

E-mail: eofonseca@uneb.br.

Elaine Guedes Fontoura

Professora titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), membro do Colegiado do Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) e pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES/UEFS). Enfermeira, mestra e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: egfontoura@uefs.br.

Eloisa Bahia Santana

Servidora pública do quadro efetivo da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Feira de Santana (BA). Enfermeira sanitária, mestre em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação. Especialista em Preceptoria no SUS; Saúde Coletiva; Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde; Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde; Administração Hospitalar e Sistema em Serviço de Saúde e Auditoria em Instituições de Saúde.

E-mail: eloisabs@yahoo.com.br.

Evanilda Souza Santana Carvalho

Professora titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), professora do Mestrado Profissional em Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Graduada em Enfermagem pela UEFS. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Enfermagem pela UFBA com doutorado sanduíche no Departamento de

Sociologia IV da Universidad Complutense de Madrid. Pós-doutorado no College of Nursing – University of South Carolina, Columbia – Estados Unidos.

E-mail: evasscarvalho@uefs.br.

Fabricia Cristine Santos Leite

Graduanda em Enfermagem; Bolsista PIBIC/CNPq - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História em Enfermagem (GAHE).

E-mail: fabriaciacleite@gmail.com.

Fernanda Costa Martins Gallotti

Docente de Enfermagem na Universidade Tiradentes, Aracaju (SE), Brasil. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

E-mail: fercosmart@gmail.com.

Gilberto Tadeu Reis da Silva

Professor titular-livre na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA), bolsista de Produtividade em Pesquisa 1D do CNPq. Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.

E-mail: gilberto.tadeu@ufba.br.

Itanna Vytoria Sousa Serra

Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração do Serviço de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA). Especialista sob o formato de Residência em Saúde Mental Coletiva na Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestranda da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Email: itannaserra@gmail.com.

Joseneida Silva do Nascimento

Enfermeira de Referência - Clínica médica-cirúrgica do Hospital Unimed Feira de Santana (BA). Enfermeira pela Faculdade Nobre (FAN), Feira de Santana (BA). Mestre em Enfermagem pela UEFS. E-mail: joseneida.sn@gmail.com.

Josse Maria Melo Lima

Bolsista CAPES. Participante do Projeto Multicêntrico: “Avaliação do Cuidado de Enfermagem a Pacientes com COVID-19 em Hospitais Universitários Brasileiros”. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE-UFBA) e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História em Enfermagem (GAHE) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Tem experiência técnica na área de urgência e emergência. Desenvolve pesquisa nos seguintes temas: Avaliação em saúde, Gestão; Urgência e Emergência e Enfermagem. Enfermeira, mestranda na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na linha de pesquisa: Gestão, formação e saúde (Conceito CAPES 5). E-mail: jossemelolima@gmail.com.

Laiane da Silva Santana

Enfermeira, mestranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História da Enfermagem (GAHE) da UEFS. E-mail: laianesantana00@gmail.com.

Laís Fumincelli

Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). E-mail: laisfumincelli@ufscar.br.

Laura Emmanuela Lima Costa

Professora assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB/ Campus IV) no curso de Educação Física e Enfermeira do Núcleo Regional de Saúde Centro Norte – Jacobina. Membro Efetivo da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn-Bahia). Líder do Grupo de Pesquisa Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação Física, Esporte e Lazer (GEFEL) e pesquisadora do Grupo de Pesquisa sobre o Cuidar em Enfermagem (GPCEnf/UNEB). Enfermeira. Mestre e doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: *manuela.jacobina@gmail.com*.

Luciana Dourado Pimenta Almeida

Enfermeira da Terapia Intensiva Pediátrica pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialização em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Mestranda da Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração do Serviço de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA).

E-mail: *luciana.mdpa@gmail.com*.

Ludmila Anjos de Jesus

Enfermeira. Especialista em Saúde do Idoso. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA).

E-mail: *ludmila.anjos27@gmail.com*.

Luyse Pedreira Rocha

Supervisora de Enfermagem no Hospital Geral Clériston Andrade, Feira de Santana (BA). Enfermeira, mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), pós-graduada em Metodologia Científica e em Saúde Coletiva.

E-mail: l.pedreira@outlook.com.

Manuela Carvalho de Vieira Martins

Docente de Enfermagem na Universidade Tiradentes. Aracaju (SE), Brasil. Enfermeira. Mestra em Saúde e Ambiente (UNIT).

E-mail: manuela.cvm@hotmail.com.

Maria da Pureza Ramos de Santa Rosa

Coordenadora da Área da Saúde e professora adjunta I (UNIT/SE). Líder do Grupo de Estudos em Enfermagem (GEE). Enfermeira. Doutora em Educação pela Universidade Tiradentes. Aracaju (SE), Brasil.

E-mail: purezasantarosa@uol.com.br.

Maria Lúcia Silva Servo

Professora pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS) e do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudos em Saúde (NIPES) Feira de Santana (BA), Brasil. Enfermeira, doutora em Enfermagem (USP).

E-mail: mlsservo@uefs.br.

Maria Manuela de Lima Cordeiro São Paulo

Coordenadora de Enfermagem do Hospital Municipal Joselito Vieira Neves Anguera (BA). Enfermeira, pós-graduada em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família pela UNINTER. Enfermagem do

Trabalho pela UNINTER, mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).
E-mail: manuelaenfermagem@yahoo.com.br.

Marluce Alves Nunes Oliveira

Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e da Faculdade de Tecnologia e Ciências (UNIFTC). Enfermeira aposentada da UEFS. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: milicialves@yahoo.com.br.

Natália Mascarenhas Silva

Coordenadora de Imunização do quadro efetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Riachão do Jacuípe (BA). Enfermeira, mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), pós-graduada em Gestão em Saúde. Possui experiência em Vigilância Epidemiológica, Estratégia de Saúde da Família.
E-mail: nataliamascarenhass@hotmail.com.

Nuno Damácio de Carvalho Félix

Professor adjunto e coordenador do curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCARDIO/UFRB). Enfermeiro, mestre em Enfermagem Universidade Regional do Cariri (URCA), doutor em Enfermagem Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e pós-doutor em Enfermagem (UNIFESP).
E-mail: nunofelix@ufrb.edu.br.

Ohana Cunha do Nascimento

Professora substituta da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Enfermeira, mestre e doutora em Saúde Coletiva pela UEFS; Especialista em Saúde Mental. E-mail: ohana.cunha@hotmail.com.

Óscar Manuel Ramos Ferreira

Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Enfermeiro. Doutor em Educação pelo Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.

E-mail: oferreira@esel.pt.

Queuam Ferreira Silva de Oliveira

Mestra em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutoranda da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração do Serviço de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA).

E-mail: queuam@hotmail.com.

Rebecca Maria Oliveira de Góis

Docente de Enfermagem na Universidade Tiradentes. Aracaju (SE) Brasil. Enfermeira, mestra em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem.

E-mail: rebecca.gois@hotmail.com.

Ricardo Alexandre Carneiro de Almeida

Servidor público do quadro efetivo e Coordenador de Vigilância Epidemiológica no Município de Riachão do Jacuípe (BA). Enfermeiro, especialista em Saúde da Família.

E-mail: saude_ricardo@hotmail.com.

Rudval Souza da Silva

Professor titular da Universidade do Estado da Bahia (UNEB/Campus VII). Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (EEUFBA) e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO/UNEB). Líder do Grupo de Pesquisas sobre o Cuidado em Enfermagem (GPCEnf). Membro fundador da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE). Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA com Doutorado Sanduíche na Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal.

E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br.

Sofia Selpis Castilho

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

E-mail: sofiaselpiscastilho@estudante.ufscar.br.

Tâmara da Cruz Piedade Oliveira

Enfermeira pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História da Enfermagem (GAHE/UEFS).

E-mail: tamcpo@gmail.com.

Virgínia Ramos dos Santos Souza

Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração do Serviço de Saúde e Enfermagem (GEPASE/UFBA). Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFBA.

E-mail: vrss.ufba@hotmail.com.

Wilton Nascimento Figueredo

Professor na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).
É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e
História da Enfermagem (GAHE) da UEFS. Enfermeiro. Doutor em
Enfermagem (UFBA).

E-mail: wnfigueredo@uefs.br.

Formato: 15 x 22 cm

Fontes: Petrona, Asap

Miolo: Papel Alcalino 75 g/m²

Capa: Cartão Supremo 300 g/m²

Impressão: Gráfica 3

Tiragem: 300 exemplares

Essa obra é oriunda de um Mestrado Profissional em Enfermagem, que aprofunda a discussão com um conjunto da sociedade (serviços de saúde, instituições de ensino, Conselho Regional de Enfermagem da Bahia), quanto ao desenvolvimento e acompanhamento do Processo de Enfermagem e de sua sistematização, possibilitando caminhos e oportunidades para a Enfermagem como ciência aplicada na intervenção e novos conhecimentos da prática do cuidado, inaugurando as atividades do Observatório Virtual da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Feira de Santana/BA e região.



ISBN 978-65-5630-498-4



9 786556 304984