**ACÉLIA INÊS SCHWENGBER**

# PROCESSO DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO PARA O ENFERMEIRO ADMINISTRAR O TRABALHO E LIDERAR A EQUIPE DE ENFERMAGEM

**RIO GRANDE/RS**
**2008**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

# PROCESSO DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO PARA O ENFERMEIRO ADMNISTRAR O TRABALHO E LIDERAR A EQUIPE DE ENFERMAGEM

**ACÉLIA INÊS SCHWENGBER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho de Enfermagem/Saúde.

**ORIENTADOR: PROF. DR. WILSON DANILO LUNARDI FILHO**

**RIO GRANDE/RS**
**2008**

**“Cuidar da Vida é o atributo mais valioso que a Enfermagem tem a oferecer à humanidade...”**

**WATSON – 1988**

## AGRADECIMENTOS

***Agradeço a Deus***, pelas graças recebidas durante este tempo que possibilitou a oportunidade de concretizar mais esta etapa de formação pessoal e profissional. Por isso,

> não cesso de agradecer a Deus por vós, pela graça divina que nos foi dada em Jesus Cristo. Nele fostes ricamente contemplados com todos os dons, com os da palavra e os da ciência, tão solidamente foi confirmado em vós o testemunho de Cristo (I Cor 1,4-6).

*Agradeço ao Prof. Wilson Danilo Lunardi Filho,* por compartilhar seus conhecimentos e experiências no processo da pesquisa.

*À Profª Rose Silveira e Profª Regina Costenaro,* pelo carinho e disponibilidade com que contribuíram para a construção desta dissertação.

*Obrigada às co-irmãs da Comunidade,* pelo carinho e apoio incondicional recebidos nesta etapa de minha vida.

*Às Irmãs Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã,* pela oportunidade, incentivo e confiança.

À Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, ***agradeço de coração,***

*À Adelma Maria Gasparetto,*

*Ao Sr. Rodolfo Gehlen de Brito,*

*À Luciana dos Santos e Maria da Graça Cunha,*

*Às Enfermeiras e aos Técnicos de Enfermagem* das Unidades 2100 e 2200 do Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni, pela participação e disponibilidade na construção deste trabalho.

*À colega e amiga Kátia Telles,* pela amizade, pelo incentivo nas horas difíceis, e aos demais colegas do Mestrado, pelo convívio compartilhado, minha gratidão.

*Agradeço* a todos os *Professores e Servidores* do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, pela amizade, compreensão e solidariedade com que sempre me receberam nas alegrias e dificuldades no percorrer desta trajetória.

## RESUMO

SCHWENGBER, Acélia Inês. **Processo de Enfermagem:** instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande/RS

O processo de cuidar é a essência do trabalho e do saber da enfermagem, e o Processo de Enfermagem (PE) é um recurso metodológico que possibilita ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que caracterizam sua prática profissional. Realizou-se uma revisão teórica, abordando questões administrativas no contexto do trabalho da enfermagem, a liderança nas inter-relações de trabalho nas organizações, bem como aspectos relevantes do processo saúde-doença-cuidado e os processos de trabalho em saúde e enfermagem, com ênfase na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), além dos fundamentos teóricos e etapas do PE preconizado por Wanda de Aguiar Horta. Este estudo descreve a construção de um modelo de PE. Teve como objetivo desencadear junto à equipe de enfermagem o processo de construção, implantação e implementação do PE para pacientes de cirurgia cardíaca. Este instrumento contribui para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem. Para tanto, foram desenvolvidas as seguintes etapas: coleta de dados, com vistas a identificar problemas e estabelecer os diagnósticos de enfermagem; elaboração dos protocolos de cuidados de enfermagem para diagnósticos específicos de pacientes em pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas; cadastramento e inclusão dos protocolos elaborados no software do sistema de intranet institucional para a geração da Prescrição de Enfermagem Informatizada (PEI) para pacientes internados em Unidades de Internação do Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. A abordagem metodológica utilizada foi a pesquisa convergente-assistencial proposta por Trentini e Paim. Para tanto, realizou-se um estudo preliminar de adequação do PE com as enfermeiras envolvidas, quando, então, foram elaborados os protocolos de cuidados de enfermagem para os principais diagnósticos de enfermagem presentes no paciente cardíaco cirúrgico, durante o pré e pós-operatório mediato, no intuito de subsidiar o planejamento do cuidado nestes períodos, os quais foram testados durante os meses de maio a setembro e validados. Estes protocolos constituem o conteúdo que alimenta o software, o qual foi construído pelo Setor de Informática da Instituição, que permite acessar o prontuário dos pacientes internados e, com base nos diagnósticos presentes, selecionar os protocolos de cuidados necessários, que foram cadastrados e padronizados no sistema de intranet, gerando a PEI, como forma de orientar o trabalho assistencial e registrar e documentar os cuidados de enfermagem implementados. Também, realizaram-se entrevistas com as enfermeiras que participaram do processo de construção, implantação e implementação do PE, analisando a sua percepção em relação à SAE, ao PE, à PEI como recursos ao exercício e desempenho de aptidões pessoais e profissionais do enfermeiro para administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem na organização, realização e avaliação do trabalho da enfermagem. O processo de análise permitiu evidenciar que o enfermeiro é o protagonista da equipe e o líder na organização do trabalho. Os resultados deste estudo mostram que a SAE desenvolvida pelas enfermeiras, implantada e implementada é uma ferramenta de trabalho que unifica a linguagem e as ações de enfermagem e cuidados prestados, dando maior valorização ao serviço de enfermagem, pois torna visível o trabalho da equipe de enfermagem, quantifica suas ações e qualifica o atendimento.


**Descritores:** Pesquisa em administração de enfermagem. Processo de enfermagem. Informática em enfermagem.

## ABSTRACT

SCHWENGBER, Acélia Inês. **Nursery Process:** instrument for nurse administrate work and lead the nursery team. 2008. 103 f. Essay (Masters in Nursery) – Pos Graduation in Nursery, Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande/RS

The caring process is the work essence and the nursery knowledge and the Nursery Process (NP) is a methodological instrument that makes possible the nurse inserts the scientific/technical knowledge that is characteristic of their professional practicing. It was made a theorical revision, taking administrative questions in the nursery work context, the leadership in the work inter-relationships in organizations, as well relevant aspects of the health/sickness/care process and the wok processes in health and nursery, with emphasis on the Nursery Assistance Systematization (NAS), besides theorical fundaments and NP's steps recognized by Wanda de Aguiar Horta. This present study describes a NP model construction. Together with the nursery team, it had as its goal, to have the construction, NP implantation to patients who needed a cardiac surgery, during their time in the hospital, as an instrument to the nurse administrates the work and lead the nursery team. The next steps were developed for that: data picking, visits to identify problems and to establish nursery diagnostics; nursery care protocol elaboration to patients' specific diagnostics before and after cardiac surgery, electing and inclusion of elaborated protocols in the institutional intranet system software to form the Technological Nursery Prescription (TNP) to integrated patients in Units of Doctor Pedro Bertoni Oncology and Cardiology Internal Hospital. The methodological collection which was used was the convergent-assistance research proposed by Trentini e Paim. It was made a preliminary study of NP collocation with the involved nurses, when, then, were elaborated the nursery care protocols to the mains nursery diagnostics present in the cardiac surgery patient, before and after the late operation, with the goal of subside the care planning in these periods, which were tested and validated during the may and september months. These protocols build the content the feeds the software, which was build by Institution Technological Sector, that allows to access the internal patients' form and, based on present diagnostics, to select the necessary care protocols, that was put and patterned in the intranet system, forming TNP, as a way to guide the assistance work and to register and to prove the implanted nursery cares. Also, interviews with the nurses who participate of the construction process, NP implantation were made, analyzing their perception towards NAS, NP and TNP as instruments to the exercise and the nurse professional and personal talents work to administrate the work and to lead the nursery team in the nursery work organization, realization and evaluation. The analysis process allowed to point that the nurse is the team protagonist and the leader in the work organization. The study results show that the NAS implanted and developed by the nurses is a work tool the unifies the language and nursery actions and given cares, with more valorization to the nursery service, because it makes the Nursery Team work visible, quantifies their actions and qualifies the assistance.

**Descriptors:** Work in Health. Work in Nursery. Work Organization. Nursery assistance systematization. Nursery Care Quality.

## RESUMEN

SCHWENGBER, Acélia Inês**. Proceso de Enfermería: instrumento para el enfermero administrar el trabajo y liderar el equipo de enfermería.** 2008. 103 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande / RS.

El proceso de cuidar es la esencia del trabajo y del saber de enfermería y el Proceso de Enfermería (PE) es un recurso metodológico que permite al enfermero aplicar los conocimientos técnico-científico que caracterizan su práctica profesional. Fue realizada una revisión teórica, abordando cuestiones administrativas en el contexto del trabajo de la enfermería, el liderazgo en las interrelaciones de trabajo en las organizaciones, así como los aspectos relevantes del proceso salud-enfermedad-cuidado y los procesos de trabajo en salud y enfermería, con énfasis en la Sistematización en la Asistencia de Enfermería (SAE), además de los fundamentos teóricos y las etapas del PE preconizado por Wanda de Aguiar Horta. Esto trabajo describe la construcción de un modelo de PE. Tuve como objetivo desencadenar junto con la equipo de enfermería el proceso de construcción, implementación y la aplicación de la PE para los pacientes de cirugía cardiaca durante la internación hospitalar, como una herramienta para el enfermero administrar el trabajo y liderar el equipo de enfermería. Para tanto, fueran desarrolladas las siguientes etapas: recogida de los datos, con fin de determinar los problemas y establecer el diagnóstico de enfermería; elaboración de los protocolos de la atención de enfermería para diagnósticos específicos de los pacientes en pre y postoperatorio de cirugía cardiaca; registro y la inclusión de los protocolos utilizados en el software del sistema de intranet para la generación de la Prescripción de Enfermería Informatizada (PEI) para los pacientes hospitalizados en las Unidades de Internación del Hospital de Cardiología y Oncología Dr. Pedro Bertoni. El abordaje metodológico utilizado fue la búsqueda convergente-asistencial propuesta por Trentini y Paim. Para tanto, fue utilizado un estudio preliminar de adecuación del PE con las Enfermeras participan, cuando entonces, fueran elaborados los protocolos de cuidado de enfermería para los principales diagnósticos de enfermería en el paciente en cirugía cardiaca, durante el pre y postoperatorio tardío, con fin de subsidiar la planificación del cuidado en esos períodos, los cuales fueran testados durante los meses del mayo a septiembre, y validados. Estos protocolos constituyen el contenido que alimenta el software, que fue construido por la División de Informática de la Institución, que permite el acceso a al prontuario de los pacientes internados y, con base nos diagnósticos presentes, seleccionar los protocolos del los cuidados necesarios, que fueran registrados y normalizados en el sistema de intranet, generando la PEI, como manera de orientar el trabajo asistencial y registrar y documentar los cuidados de enfermería implementados. También, fue realizado entrevistas con las enfermeras que participaron en el proceso de construcción, implementación y aplicación de la PE, analizando su percepción a respecto a la SAE, el PE, al PEI como recursos al ejercicio y el desempeño de las competencias personales y profesionales del enfermero para administrar y liderar el trabajo del equipo de enfermería en la organización, ejecución y evaluación del trabajo de la enfermería. El proceso de análisis permitió evidenciar que el enfermero es el protagonista del equipo y el líder en la organización del trabajo. Los resultados de este estudio muestran que la SAE desarrollada por las enfermeras, implantada e implementada es una herramienta de trabajo que unifica el lenguaje y las acciones de enfermería y de cuidados prestados, dando más valor al servicio en la enfermería, pues hace visible el trabajo del Equipo de Enfermería, cuantifica sus acciones y califica el servicio.

**Descriptores:** Trabajo en salud. Trabajo de la enfermería. Organización del trabajo. Sistematización de la asistencia de enfermería. Calidad del cuidado en enfermería.

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01- Tela inicial do programa software da Prescrição de Enfermagem 66

Figura 02 - Cadastro de Modelos e Auto-texto (cuidados específicos) 66

Figura 03 - Janela para cadastro de modelos de prescrição de Enfermagem 67

Figura 04 - Impressão da Prescrição de Enfermagem 68

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA ..... 10**
**2 A ADMINISTRAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO ..... 19**
**3 A LIDERANÇA NAS INTER-RELAÇOES DE TRABALHO NAS ORGANIZAÇÕES ..... 25**
3.1 A Liderança no Cenário de Mudanças ..... 26
3.2 A Liderança nas Organizações de Saúde ..... 29
3.3 A Eficácia da Liderança no Trabalho de Enfermagem ..... 30
**4 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO E OS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM ..... 34**
4.1 O Processo de Trabalho em Saúde ..... 35
4.2 O Processo de Trabalho da Enfermagem ..... 36
**5 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ..... 41**
5.1 O Processo de Enfermagem ..... 43
*5.1.1 Histórico de Enfermagem ..... 45*
*5.1.2 Diagnóstico de Enfermagem ..... 45*
*5.1.3 Plano Assistencial de Enfermagem ..... 46*
*5.1.4 Prescrição de Enfermagem ..... 48*
*5.1.5 Evolução de Enfermagem ..... 49*
*5.1.6 Prognóstico de Enfermagem ..... 49*
**6 PERCURSO METODOLÓGICO ..... 50**
6.1 Tipo de Estudo ..... 50
6.2 Cenário do Estudo ..... 52
6.3 Participantes do Estudo ..... 53
6.4 Aspectos Éticos ..... 53
**7 O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO MÉTODO PRÓPRIO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL..... 54**
7.1 A Observação Participante..... 54
7.2 O Grupo de Estudo ..... 55
7.3 Análise Documental ..... 56
**8 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA ..... 58**
8.1 Coleta de Dados ..... 58
8.2 Diagnósticos e Cuidados de Enfermagem do Pré e Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca ..... 60
8.3 Prescrição de Enfermagem Informatizada ..... 61
8.4 Do Acesso ao Programa ..... 62
8.5 Da Seleção do Paciente para Efetivar a Prescrição de Enfermagem Informatizada ..... 64
8.6 Evolução de Enfermagem ..... 65
**9 A PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS EM RELAÇÃO A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM ..... 66**
9.1 A percepção das enfermeiras em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem ..... 66
9.2 A percepção das enfermeiras em relação ao Processo de Enfermagem ..... 68
9.3 A percepção das enfermeiras em relação à Prescrição de Enfermagem Informatizada ..... 70
9.4 As aptidões pessoais do enfermeiro para administrar o trabalho e liderar equipe de enfermagem na organização do trabalho ..... 72
**10 CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 75**
**REFERÊNCIAS**
**APÊNDICES**
**ANEXOS**

## 1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Minha escolha profissional está intimamente ligada à opção vocacional na vida religiosa, alicerçada no desejo de querer ser protagonista em favor do amor à vida. Assim, no intuito de aprimorar o conhecimento e a formação profissional, entre outros motivos, com a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem, procuro desenvolver habilidades para contribuir na atualização de conceitos para qualificar-me cada vez mais como profissional da saúde.

O caminho percorrido na formação profissional teve sempre como alvo o trabalho na área da saúde, no contexto hospitalar. Ao terminar o curso de graduação, em 1994, iniciei a prática assistencial no Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo, em Santa Maria - RS. No mesmo ano, ingressei no Curso de Especialização em Administração dos Serviços de Enfermagem, em cuja construção monográfica abordei a temática *Comunicação em Enfermagem: interação enfermeiro/paciente* (SCHWENGBER, 1996). Ao longo dessa trajetória, sempre busquei aproximar a teoria à prática assistencial, em especial, como docente da Universidade Franciscana (UNIFRA), ao ministrar a disciplina de Pastoral da Saúde, por dois semestres.

Ao chegar à cidade do Rio Grande/RS, em 2000, integrei-me à equipe de enfermagem da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, atuando, tanto na área assistencial, em diferentes Unidades de Internação, como no Serviço de Educação Continuada, contribuindo na formação permanente, especialmente dos enfermeiros e técnicos de enfermagem recém-formados e recém contratados. Em 2002, assumi a coordenação da equipe de enfermagem em cardiologia, bem como a responsabilidade pela dinamização da elaboração do Regimento, Normas e Rotinas Assistenciais de Enfermagem do novo Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni (SCHWENGBER, et al, 2002), o qual iniciou o atendimento ao público, no dia 21 de janeiro de 2003.

Dando continuidade à minha formação, em 2004, realizei o curso de Administração Hospitalar, patrocinado pela própria Instituição - Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, na Universidade Católica de Pelotas/RS. Desta feita, tive como foco de estudo a *Capacitação dos Enfermeiros para o Desempenho da Liderança, nas Funções que lhes são Inerentes* (SCHWENGBER, 2005). O curso foi de grande valia para a ampliação do conhecimento do mundo do trabalho, no contexto hospitalar.

O cenário de incertezas que afeta a sociedade contemporânea também atinge as organizações hospitalares e, em decorrência disso, os serviços de enfermagem, principalmente

no que diz respeito à sua administração. Essas instituições, como as demais empresas do mundo globalizado, vêm enfrentando a instabilidade política, social e econômica e a revolução tecnológica que, especialmente no Brasil, colocam os hospitais em crise, com sérias conseqüências para a qualidade dos serviços prestados. Assim, faz-se necessário elucidar que a enfermagem no ambiente hospitalar também reproduz a organização social emergente.

A enfermagem, como exercício e ciência do cuidar, é necessária a todas as nações, imprescindível em qualquer época e indispensável à preservação da saúde e da vida dos seres humanos em todos os níveis, classes ou condições sociais. Com a evolução da enfermagem como ciência e prática social, o enfermeiro passou a assumir papéis não só no campo da assistência, mas também nos da administração, da liderança e da pesquisa. Além disso, incorporou em sua formação profissional conhecimentos de outras disciplinas, a exemplo da ciência da administração (KURCGANT, 1991).

Entre os séculos XIX e XX, Florence Nightingale (1820-1910) demonstrou a importância da aplicação da ciência da administração nos hospitais, visando à melhoria do atendimento de saúde aos indivíduos (MORENO; HUARCAYA, 2005). De forma inovadora, essa grande líder mostrou que atividades destinadas ao preparo do ambiente onde o paciente se hospitalizava, proporcionando higiene, aeração e conforto, tornavam-no terapêutico. Devido a isso, aliadas ao ambiente terapêutico, as ações de cuidado e conforto desenvolvidas pela enfermagem, comprovadas através de seus registros, resultaram na redução no índice de mortalidade nos hospitais sob seus cuidados (MORENO; HUARCAYA, 2005).

Por outro lado, o desafio de gerenciar unidades de internação nos serviços de saúde e a íntegra do processo de trabalho da assistência de enfermagem têm repercussões entre técnicos e auxiliares de enfermagem que, diante das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, questionam a liderança do enfermeiro, muitas vezes, solicitando o desempenho do papel de supervisor/coordenador do cuidar. Por este motivo, objetiva-se a melhoria e o crescimento do ser humano/profissional, aplicando um modelo de supervisão, que se constitui num processo educativo e contínuo, com vistas a incentivar e orientar os supervisionados na execução de suas atividades (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

Neste contexto, ao longo de sua história, a enfermagem tem sofrido modificações no seu processo de trabalho, ao vivenciar uma rotina estressante, aparentemente sem planejamento operacional de suas atividades cotidianas, o que tem causado desgaste, cansaço e sobrecarga, principalmente por ter uma longa jornada de trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Além disso, o enfermeiro desempenha vários papéis no trabalho cotidiano: ao atuar na prática assistencial exerce atividades educacionais frente à sua equipe e ao paciente, como no

gerenciamento de unidades hospitalares com visão estratégica concilia os conhecimentos técnico-científicos com habilidades de relacionamento interpessoal e estabelece prioridades na organização do trabalho assistencial (SPERANDIO; ÉVORA, 2005). Não obstante, existe uma sobrecarga de funções, e o número deficitário de profissionais de enfermagem em relação à taxa de ocupação de leitos é uma realidade com que o enfermeiro se depara em muitas instituições de saúde. Essa é uma situação que colabora para o acúmulo de atribuições desse profissional.

Entende-se que, na enfermagem, torna-se cada vez mais urgente a necessidade de enfrentar mudanças, criar perspectivas de trabalho, com a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, a fim de que o enfermeiro apresente melhor desempenho de suas funções, sejam elas assistenciais ou administrativas. Um dos desafios é conseguir oferecer atendimento de melhor qualidade ao paciente e que contemple todas as dimensões da pessoa humana. Para enfrentá-lo é preciso que, novos caminhos sejam pesquisados e que os líderes redefinam a essência do cuidado e ciência da enfermagem, buscando desenvolver estratégias que levem a uma prática profissional de maneira mais holística.

A principal função do enfermeiro líder é criar e apoiar uma prática voltada para um cuidado mais humanitário, sensível e atencioso, enfocando as necessidades individuais do paciente (HIGA; TREVIZAN, 2005). Percebe-se como fundamental a formação de liderança, em especial do enfermeiro no sentido de que se torne mais preparado para a tomada de decisões, relacionamento interpessoal, influência e facilitação nas unidades de cuidados, articulando as demandas da política institucional e os interesses das equipes que nela atuam, para elaborar com objetividade cuidados coerentes e adequados às necessidades dos pacientes.

Uma vez que a liderança impulsiona o trabalho em equipe, a cooperação e os mecanismos de comunicação constituem-se em atributos requeridos para o processo de mudança organizacional (SIMÕES; FÁVERO, 2003; HIGA; TREVIZAN, 2005). Assim, o enfermeiro precisa estar apto a pensar, sentir e agir dentro de um sistema de demandas por cuidar, conformando um novo perfil de competência profissional com um cunho teórico-prático de construção peculiar. Necessita usar suas habilidades de liderança e planejar dinâmicas de grupo para melhorar o relacionamento interpessoal, pois a integração da equipe reflete diretamente na qualidade da assistência ao paciente.

De acordo com esse ponto de vista, as atividades e funções de competência da enfermagem têm sido cada vez mais bem definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão. Hoje, percebe-se a ênfase que vem sendo dada à documentação e registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela, o que é exigido pela Lei do Exercício Profissional. No

Brasil, a força legal para o exercício da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE decorre da promulgação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, e, conforme a Resolução Conselho Federal de Enfermagem - COFEN-272/2002, no seu Artigo 2º, é atividade exclusiva do enfermeiro. Dessa forma, “sua implantação deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada”. Contempla o planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem (BRASIL, 2002). Entretanto, evidencia-se que a maioria das instituições de saúde não aderiu à determinação dessa Resolução.

Portanto, a partir de 2002, o COFEN determinou que toda instituição de saúde **deve** adotar o Processo de Enfermagem. Para tal, o enfermeiro deverá utilizar método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2002).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método de que o enfermeiro dispõe para aperfeiçoar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente, e caracterizar sua prática profissional. O processo de cuidar é entendido como a essência do trabalho e do saber da enfermagem, por isso, a SAE é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prognosticar como o paciente responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, além de determinar que aspectos dessas respostas necessitam de cuidado profissional, para alcançar resultados pelos quais somos responsáveis (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Nesse sentido, a SAE é uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem. É uma maneira de promover um cuidado humanizado, além de incentivar os enfermeiros a continuamente examinarem o que estão fazendo e a estudarem como poderão fazê-lo melhor.

Por outro lado, as habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas ajudam a determinar *o que* deve ser feito, *por que* deve ser feito; *por quem* deve ser feito; *como deve* ser feito; *com que* deve ser feito e *que resultados* são esperados com a execução da ação/intervenção de enfermagem e *para quem* deve ser feito (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004). Sendo assim, a SAE é uma atividade deliberada, lógica e racional, por meio da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente. Como um dos componentes da SAE, o processo de enfermagem é um método organizado para prestar cuidados de enfermagem individualizados, enfocando as respostas humanas de uma pessoa ou de grupos a problemas de saúde reais ou potenciais (CIANCIARULLO, 2005).

Nessa perspectiva, a SAE é uma forma de uniformizar a nomenclatura das intervenções terapêuticas do cuidado e requer, inicialmente, para sua operacionalização, um domínio de conhecimentos técnicos e científicos acerca do fenômeno do adoecimento, que vão desde os fatores determinantes do desencadeamento da patologia até as possíveis evoluções e intercorrências, visando a auxiliar o ser humano a intervir nas múltiplas relações existentes na sua vida. Durante essa interação humana, necessitam ocorrer trocas de informações autênticas e pertinentes, que propiciem experiências perceptuais acuradas e significativas para ambos.

A área da assistência à saúde tem sido marcada, desde a década de 1990, por uma crescente preocupação com o estímulo para efetiva utilização de práticas endossadas pelo conhecimento científico corrente. Garcia; Nóbrega; Carvalho (2004) relatam que a motivação maior é a perspectiva de melhoria da qualidade da assistência, mas, de forma progressiva, também tem ganhado importância a perspectiva de alocação mais eficiente de recursos, comumente limitados. Outras motivações também consideradas incluem a proteção contra o risco de acusações relativas à má prática profissional e à redução de custos.

No nível institucional, o enfermeiro deverá estar apto a responder pelo cuidado de um grupo de pacientes sob sua responsabilidade e a ser um profissional instrumentalizado para interagir em equipe, identificando e intervindo adequadamente em situações clínicas específicas, sendo capaz de ter o domínio intelectual da dinâmica assistencial da unidade. Além disso, necessita, no contexto da sua prática, ter presente que

> o reconhecimento da administração da assistência como papel fundamental da existência profissional, tendo como objetos de trabalho o homem e o ambiente, justifica-se porque se constitui não um fim determinado pela administração superior, mas porque se constitui em meio e instrumento para alcançar a adequada assistência desejada para o paciente (LUNARDI FILHO; LUNARDI, 1996, p. 30).

A temática do processo de cuidar é relevante e, em especial, pelo cuidado sistematizado a ser dispensado ao paciente cardíaco cirúrgico. Tal interesse intensificou-se a partir do contato pessoal no cuidado de pacientes nos períodos pré e pós-operatórios de cirurgias cardíacas, no Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Desse modo, procurou-se desenvolver com este estudo um método/modelo próprio de trabalho neste hospital, fundamentado em um processo sistematizado e planejado de cuidar, usando a abordagem de Wanda de Aguiar Horta (1979), baseados na Classificação Diagnóstica da NANDA, *(North American Nursing Diagnosis Association)* (NANDA, 2005).

É nesta expectativa que se pensa atender necessidades emergentes em nossa prática, no cuidado de pacientes portadores de cardiopatias, ao realizar os diagnósticos, necessitando de intervenções de enfermagem de forma sistemática, requerendo, ao mesmo tempo, avaliação dos resultados. Os cuidados de enfermagem organizados de forma sistematizada são fundamentais para a recuperação do paciente cirúrgico. Para tanto, precisa-se abordar as características peculiares a estas patologias, consideradas pertinentes ao seu cuidado. O tratamento da doença cardíaca tanto clínica como cirúrgica, tem como objetivo restabelecer a capacidade funcional do coração, de forma a diminuir a sintomatologia e proporcionar ao indivíduo o retorno às suas atividades normais.

O avanço técnico-científico no tratamento cardiológico gerou maior desenvolvimento e expansão dos cuidados de enfermagem a pacientes que se encontram no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. A cirurgia cardíaca é realizada, quando a probabilidade de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico. Existem três tipos de cirurgia cardíaca: as *corretoras* (fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular), as *reconstrutoras* (revascula-rização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide) e as *substitutivas* (trocas valvares e transplantes) (GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004).

O cuidado pré-operatório começa a ser planejado anteriormente à cirurgia e termina pela administração da anestesia. Essa fase do cuidado inclui entrevista e avaliação pré-operatórias, para a coleta de dados basais subjetivos e objetivos com o paciente e seus familiares, em atendimento ambulatorial ou no momento da admissão na unidade de internação cirúrgica.

Antes do encaminhamento para a cirurgia cardíaca, a maioria dos pacientes completa seus exames diagnósticos, que incluem o cateterismo cardíaco para definir a anatomia da artéria coronária e vasos-alvo para revascularização; teste de esforço para verificar áreas de isquemia; cintilografias para identificar áreas de viabilidade miocárdica e função ventricular; e ecocardiografia para delinear as lesões valvulares, função ventricular e anormalidades de movimento da parede. Geralmente, a avaliação clínica pré-operatória é completada antes de o paciente entrar no hospital.

No período pré-operatório, o paciente deve ter um exame físico completo realizado pelo médico assistente, com atenção especial ao sistema cardiovascular. Um novo exame físico deve ser realizado pelo enfermeiro na véspera da cirurgia, como também a radiografia de tórax, o eletrocardiograma, o hemograma completo, eletrólitos séricos, tempo de

coagulação, tipagem sanguínea e prova cruzada de sangue. Esses exames propiciam informação sobre outras condições de doença e problemas cardíacos.

Os pacientes que apresentam sintomatologia de obstrução de carótida devem ser submetidos à cintilografia miocárdica ou ecocardiografia para verificar a extensão da estenose, bem como os com doença pulmonar crônica são submetidos a teste de função pulmonar e gasometria pela possível dificuldade em “desmamar” do ventilador. Ao ser submetido a cirurgia valva, os pacientes devem completar uma avaliação e tratamento dentário antes do reparo ou substituição da valva, para reduzir a chance da doença dentária ser uma fonte de bacteremia e possível endocardite da prótese valvar (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Medicações antianginais, anti-hipertensivos e de insuficiência cardíaca são administradas até a cirurgia. As antiplaquetárias são usualmente suspensas antes da cirurgia: aspirinas e agentes antiinflamatórios não esteróides devem ser suspensos de 7 a 10 dias antes da cirurgia e, se um paciente estiver recebendo warfarina sódica, esta deve ser suspensa 3 a 5 dias antes da cirurgia.

A equipe de enfermagem precisa estar permanentemente atenta a vários aspectos fundamentais, em relação ao paciente cirúrgico, quais sejam: o uso de medicações no período que antecede a cirurgia; o quadro nutricional; a visão multidimensional da família e do paciente em relação à cirurgia e à sua reabilitação; bem como as suas necessidades biopsicossociais e espirituais. O PE no período pré-operatório deve ser completo e bem documentado, tanto pelo diagnóstico de possíveis complicações quanto pela referência para sinais e sintomas no trans e pós-operatórios, bem como fornecer subsídios para a equipe multiprofissional.

Pontuando que a SAE, o Processo de Enfermagem (PE), especificamente a prescrição de enfermagem e todo planejamento da assistência, abrangem desde a construção, implantação e implementação de cuidados de enfermagem; torna-se então, imprescindível o registro dos procedimentos adotados nas diferentes situações a que o paciente é encaminhado, para que sejam documentados, assegurando, assim, a visibilidade do exercício da profissão, a autonomia e a valorização do profissional responsável.

Sob esse prisma, no presente estudo, propor novos sistemas de pensamento, de julgamento clínico e de ação profissional pressupõe superar os limites no tratamento de pacientes portadores de cardiopatias. Esse novo princípio de racionalidade viabilizará que a aptidão profissional possa abranger a capacidade de observar e de ouvir, re-elaborando

conceitos, descrições e taxionomias e modo de potencializar o conhecimento evolutivo da clínica do sujeito a ser cuidado (AQUINO, 2004).

Por sua vez, o planejamento, ao conceber uma assistência para promover cuidados de qualidade, através da facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade, pode constituir-se em mecanismo para a avaliação da assistência prestada. Desse modo, ao implementar a prescrição de enfermagem informatizada neste hospital, pode-se assegurar à profissão melhores condições de registrar e contabilizar, qualitativa e quantitativamente, sua atuação junto à clientela, além de oportunizar o desenvolvimento de conhecimentos e pesquisas sobre toda a sua complexidade, em contraposição à simplicidade que o senso comum lhe atribui (LUNARDI FILHO, 1997).

Em 2006, ingressei no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Diante do cotidiano no Hospital de Cardiologia, como coordenadora do serviço de enfermagem, diversos aspectos do ser e fazer do profissional do cuidado vêm me causando apreensão, com maior ênfase as dificuldades do enfermeiro em coordenar e desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto hospitalar.

Frente ao exposto, emergiu a seguinte questão norteadora: **que estratégias podem ser adotadas para estimular os enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem a participarem, de forma mais efetiva e sistemática, da construção, implantação e implementação do processo de cuidar do paciente cardiológico?** Desse modo, com o intento de aprimorar o serviço de enfermagem e de adequá-lo à necessidade emergente de qualificar o cuidado de enfermagem, por meio da aplicação e uso do conhecimento técnico e científico atual, teve-se como *objetivo geral*:

- Desencadear, junto com a equipe de enfermagem, o processo de construção, implantação e implementação do Processo de Enfermagem para pacientes de cirurgia cardíaca, durante a internação hospitalar, para instrumentalizar o enfermeiro no sentido de administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem.

Para tanto, com este processo de construção do Processo de Enfermagem, teve-se como *objetivos específicos*:

- elaborar protocolos de cuidados de enfermagem relacionados com os diagnósticos de enfermagem, contemplando o conjunto de ações/intervenções de enfermagem

necessárias de serem realizadas no pré e pós-operatórios de cirurgias cardíacas, com vistas à qualidade da assistência;

- instrumentalizar o enfermeiro com a informatização da prescrição de cuidados para mais facilmente administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem no processo de cuidar de pacientes no pré e pós-operatórios de cirurgias cardíacas, dando maior visibilidade ao trabalho da enfermagem;
- conhecer a percepção do enfermeiro sobre a utilização do processo de enfermagem na prática e avaliar sua eficácia como instrumento para a administração do trabalho e de liderança da equipe de enfermagem.

## 2 A ADMINISTRAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO

A Administração teve sua origem na área pública para expressar uma função subordinada aos conselhos e às assembléias ou ao poder político. A expressão mais nobre da administração tem origem no século XVII, com a institucionalização mais clara do cargo de ministro; do latim *minus* (menos), que se contrapõe a *magis* (mais), de *magister* ou magistrado. O administrador era, assim, o executor das resoluções oriundas dos órgãos públicos superiores ou dos parlamentos e das assembléias legislativas (MOTTA, 2001). Nessa perspectiva, a administração pode ser entendida como uma "maneira de utilizar os diversos recursos organizacionais – humanos, materiais, financeiros, de informação e tecnologia – para alcançar objetivos e atingir elevado desempenho. Configura-se como o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso dos recursos organizacionais para alcançar determinados objetivos de maneira eficiente e eficaz" (CHIAVENATO, 2000a, p. 6).

Mostra-se necessário considerar que o ser humano trabalha em sociedade e com o trabalho também cria relações, vínculos e se comunica com as demais pessoas com quem convive. As relações interpessoais representam um papel importante na valorização dos diferentes talentos pessoais. As empresas geralmente são ambientes onde as pessoas trabalham e vivem a maior parte do tempo de suas vidas. Neste contexto, as pessoas doam algo de si mesmas e esperam algo em troca. É verdade que muitas ainda pensam que este algo em troca seja apenas uma remuneração e/ou um bônus no final do mês, mas certamente almejam muito mais do que isso.

Empresas com visão de futuro vêm investindo cada vez mais no seu capital humano. As que percebem que o lucro provém do comprometimento dos seus empregados terão muito mais chances de sucesso. Para tanto, entendem que é preciso desenvolver estilos de administração dinâmicos, abertos, democráticos, que gerem oportunidades, liberem potenciais, removam obstáculos, encorajem a iniciativa e promovam o desenvolvimento do profissional em todas as suas dimensões (CHIAVENATO, 1999).

A partir da revolução industrial, ocorrida no século XVIII, aconteceram transformações profundas no mundo com a substituição das oficinas artesanais pelas fábricas, passando o centro dos negócios da agricultura para a indústria. O período da industrialização foi fundamental para o surgimento das teorias administrativas, e o século XX foi um período notável e significativo para o avanço da administração. Surgiram grandes nomes que, através de seus estudos, elaboraram teorias que foram e ainda estão sendo implementadas no âmbito organizacional. O progresso da área foi expressivo e, dessa forma, continua fornecendo

suporte para a emergência de inovações conceituais e operacionais sobre a Administração (CHIAVENATO, 2000a).

As teorias administrativas apresentam diferentes abordagens para a administração das organizações que refletem “os fenômenos históricos, sociais, tecnológicos e econômicos de sua época, bem como os problemas básicos que afligiam as organizações. Cada teoria representava as soluções administrativas encontradas para determinadas circunstâncias, tendo em vista as variáveis focalizadas e os temas mais relevantes” (CHIAVENATO, 2000a, p. 451). As teorias administrativas empregadas sempre têm sido determinadas pelo contexto histórico presente, pois não se pode negar a sua contribuição para as organizações. Cada vez mais as organizações convivem com os conhecimentos de diversas teorias para garantir a sua sustentabilidade.

No início do século XX, despontaram as primeiras teorias de administração, tendo como pioneiros Taylor e Fayol. Os pressupostos desses teóricos poderiam ser sintetizados na afirmação “de que alguém será um bom administrador à medida que planejar cuidadosamente todos os seus passos, organizar e coordenar as atividades de seus subordinados e comandar e controlar o seu desempenho” (MOTTA, 2001, p. 06).

A Teoria de Administração Científica, cujo precursor foi Frederick Taylor, fundamenta-se na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica aos procedimentos administrativos a fim de alcançar a máxima produtividade. Essa teoria provocou uma verdadeira revolução no pensamento administrativo e no mundo industrial. Os princípios da Administração Científica foram traçados por Taylor para garantir a eficiência da produção e previam: a substituição da improvisação por métodos de trabalho baseados em procedimentos científicos; o preparo dos trabalhadores para produzir mais e melhor; a seleção rigorosa dos mais aptos para realizar as tarefas; a fragmentação e hierarquização do trabalho. O referido teórico investiu nos estudos de tempos e movimentos para melhorar a eficiência do trabalhador e propôs que as atividades complexas fossem divididas em partes mais simples, facilitando a racionalização e padronização das tarefas (CHIAVENATO, 2000a).

Além disso, "a supervisão funcional foi outra característica da administração científica. Com a especialização do operário, ocorreu também a especialização do supervisor, caracterizando a chamada autoridade funcional" (KURCGANT, 1991, p. 5). As críticas ao sistema de Taylor se contextualizam na mecanização, que poda a iniciativa individual, tornando o operário um apêndice da máquina, e no esgotamento físico, pois o pagamento era proporcional à produtividade dos operários (SILVA, 2002). Como resultado, o sistema tende a especializar o trabalho, destruir a iniciativa individual e o relacionamento interpessoal.

Sob outro ponto de vista, a Teoria Administrativa, também chamada de Teoria Clássica da Administração, foi desenvolvida inicialmente por Henri Fayol, sendo ele considerado o mais influente teórico das teorias clássicas e o pai da administração moderna (CHIAVENATO, 2000a). Essa teoria enfatiza os aspectos gerais da administração e da composição da estrutura organizacional das empresas. Para Fayol, administrar consistia na realização de atividades administrativas. Assim, estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador: *organizar, planejar, coordenar*, *comandar e controlar*. O objetivo da Teoria Administrativa era aumentar a eficiência da organização por intermédio da definição dos vários níveis de responsabilidades (SILVA, 2002).

Além desses fatores, Fayol estabeleceu os catorze princípios gerais da administração, que deviam nortear o trabalho dos administradores, e muitos deles ainda são utilizados na atualidade por sua utilidade na prática administrativa. São os seguintes: a divisão do trabalho (grupos e indivíduos); autoridade e responsabilidade (proporcionais); disciplina (esforço comum); unidade de comando (subordinação); unidade de direção (objetivo comum); remuneração (pagamento justo); centralização (tomada de decisão), cadeia escalar (hierarquia de autoridade); ordem (pessoas e materiais, cada um no seu lugar); eqüidade (igualdade de tratamento); estabilidade do pessoal no cargo (produtividade); iniciativa (esforço pessoal) e espírito de equipe (harmonia e unidade) (CHIAVENATO, 2000b). As críticas à Teoria Administrativa referem-se à rigidez, à impessoalidade, à excessiva categorização profissional e à exclusão do fator humano, ao enfatizar a estrutura formal das organizações, não considerando os indivíduos e suas relações (SILVA, 2002).

Em relação à Teoria Burocrática de Max Weber identificam-se certas características da organização formal voltada exclusivamente para a racionalidade e para a eficiência. Em suas dimensões essenciais, muitos aspectos do modelo burocrático podem ser encontrados em Taylor e Fayol. Segundo Weber, a burocracia é um modelo de organização que se fundamenta em seis dimensões principais: a divisão do trabalho é realizada de acordo com a especialização e capacitação de cada operário; a hierarquia de autoridade obedece a uma estrutura piramidal; a regulamentação se estabelece por meio de instrumentos, normas, regras e procedimentos; as comunicações são formalizadas por registros; a impessoalidade, colocando ênfase nos cargos e não nas pessoas; a carreira do funcionário determinada pela competência profissional (CHIAVENATO, 2000a).

Segundo seus estudos, Weber procurava estabelecer estrutura, estabilidade e ordem às organizações, por intermédio de uma hierarquia integrada de atividades especializadas,

definidas por regras sistemáticas. A burocracia era entendida como o meio mais eficiente de obter a realização do trabalho e concebida como uma forma flexível de administração, na qual o operário definiria sua atividade e a relação com os demais, sendo que os burocratas (gerentes habilidosos) eram responsáveis pelo funcionamento das organizações, para oferecer o meio mais eficiente de obter o trabalho feito. A burocracia de Weber tende ao formalismo excessivo, à despersonalização, não apresentando tendências à flexibilização e à inovação (SILVA, 2002). As causas das disfunções resultam basicamente do fato de que a burocracia "não leva em conta a variabilidade do ser humano" (CHIAVENATO, 2000a, p. 19). No entanto, é inegável a importância das burocracias na sociedade moderna, pois a maioria das grandes organizações e organizações complexas adotaram o modelo burocrático como forma organizacional básica.

No início da década de 1930, a Teoria Humanística da Administração, nos Estados Unidos, passou a enfatizar as pessoas, em lugar das estruturas organizacionais, buscando a humanização e democratização na administração. Foram fundamentais para o desenvolvimento desta teoria as experiências de Elton Mayo que, apesar de não ser este o objetivo do seu estudo, concluiu que a produtividade das pessoas era determinada pela sua integração no grupo social. A Teoria ou Escola das Relações Humanas, como também é conhecida, surgiu para contrapor-se às teorias Científica e Clássica da Administração, negando todos os conceitos que davam suporte a essas teorias, para substituí-los por outros conceitos advindos da Psicologia e Sociologia Industrial como: organização informal, motivação, incentivos sociais, dinâmica de grupo, comunicação, liderança e, sobretudo, preocupação com a satisfação no trabalho (CHIAVENATO, 2000b).

Como críticas à Escola das Relações Humanas, Silva (2002) argumenta que muitas das conclusões não são sustentadas cientificamente, além de referir a falta de foco adequado no trabalho e considerar simplista a visão da natureza humana contida no bojo dessa teoria. Nesse sentido, a participação é vista como meio de diminuir a resistência à autoridade formal; a visão de decisão do grupo impede a decisão individual; a geração de conflitos é tida como algo ruim, devendo ser minimizada; e o anti-individualismo força a pessoa a sacrificar seus valores pessoais e atitudes.

No entanto, a Teoria Comportamental surgiu como desdobramento da Teoria das Relações Humanas, com o intuito de solidificar o enfoque das relações humanas nas teorias administrativas. A ênfase se manteve nos indivíduos, e a abordagem desta teoria concentrou-se no comportamento organizacional, direcionando "o foco no ajustamento pessoal do

trabalhador na organização e nos efeitos dos relacionamentos intragrupais e estilos de liderança" (SILVA, 2002, p. 217).

Já a Teoria dos Sistemas apresenta formulações conceituais passíveis de aplicação na realidade empírica que preconiza os sistemas como o conjunto de unidades reciprocamente relacionadas; os sistemas existem dentro dos sistemas e são abertos; suas funções dependem de sua estrutura. A Teoria dos Sistemas "é baseada no conceito de 'homem funcional', que se caracteriza pelo relacionamento interpessoal com outras pessoas como um sistema aberto" (KURCGANT, 1991, p. 11).

A Teoria do Desenvolvimento Organizacional parte de um conjunto de idéias a respeito do ser humano, da organização e do ambiente, na perspectiva de propiciar o crescimento e desenvolvimento organizacionais, de acordo com suas potencialidades. Surgiu dentro da abordagem comportamental por intermédio de um movimento vigoroso denominado "Desenvolvimento Organizacional", voltado para as "estratégias de mudança organizacional, planejada por meio de modelos de diagnóstico, intervenção e de mudança, envolvendo modificações estruturais ao lado de modificações comportamentais para melhor eficiência e eficácia das empresas" (CHIAVENATO, 2000b, p. 21). A organização é vista como um sistema constituído de subsistemas, que são seus departamentos, equipes e outros. É um sistema aberto em constante interação com seu ambiente externo (CHIAVENATO, 2000a).

A busca por modelos organizacionais eficazes, relacionando variáveis ambientais e formas estruturais, deu origem à Abordagem Contingencial, um modelo denominado orgânico das organizações. A pesquisa desenvolvida por Lawrence e Lorsch, a respeito do binômio organização/ambiente, marcou o início da Teoria Contingencial, cuja ênfase reside na tecnologia e no ambiente. O ambiente externo à organização influencia na sua estruturação e nos processos organizacionais. Existe uma relação funcional entre as variáveis ambientais (independentes) e as técnico-administrativas (dependentes). Os aspectos prescritivos e normativos da organização devem ser substituídos pelo critério de ajuste entre organização, ambiente e tecnologia (KURCGANT, 1991).

Segundo Chiavenato (2000a, p. 56), contigência significa "uma eventualidade, uma possibilidade de algo acontecer ou não. As organizações hoje são consideradas como entidades em contínuo desenvolvimento e mudança para alcançar ajustamento adequado ao ambiente". A Teoria Contingencial estabelece que "situações diferentes exigem práticas diferentes, apregoando o uso das teorias tradicionais, comportamentais e de sistemas,

separadamente ou combinadas, para resolver os problemas das organizações" (SILVA, 2002, p. 365).

Por sua vez, a institucionalização da enfermagem levou à adoção de conceitos advindos, principalmente, da Teoria de Administração Científica (Taylor), como a divisão técnica do trabalho, dividindo as ações do cuidado entre as categorias profissionais existentes na enfermagem, ocorrendo com isso a fragmentação do seu processo de trabalho. A estrutura organizacional das instituições prestadoras de assistência à saúde contempla o modelo de administração burocrática, na qual a hierarquia predomina na divisão do trabalho, e a função do enfermeiro é voltada à administração do serviço, ao controle de recursos humanos, físicos e materiais. O enfermeiro é visto como centralizador do poder decisório e controlador do processo assistencial de enfermagem.

Nas instituições de saúde encontramos, freqüentemente, formas organizacionais burocráticas, e o serviço de enfermagem segue o modelo burocrático da instituição nas suas estruturas e dinâmicas. A equipe de enfermagem passa a ter características profissionais de técnicos especializados, com comportamentos e posições estrategicamente defendidas pelo grupo que detém o poder na organização (KURCGANT et al., 1994, p. 21). O exercício da função administrativa centrada na assistência subsidia o enfermeiro com elementos próprios para o planejamento, coordenação e avaliação da atenção dada às necessidades do paciente. Portanto, compete ao enfermeiro instrumentalizar-se para aliar os fins da administração aos fins da enfermagem como meio e instrumento para o desenvolvimento da profissão (LUNARDI FILHO; LUNARDI, 1996).

## 3 A LIDERANÇA NAS INTER-RELAÇOES DE TRABALHO NAS ORGANIZAÇÕES

Liderança é um termo que evoca vários significados. Para alguns administradores, liderança e gerenciamento são sinônimos. Para outros, a liderança está vinculada apenas aos aspectos informais da administração. Também, liderança pode ser entendida como “a habilidade de influenciar pessoas para trabalharem entusiasticamente, visando atingir objetivos comuns, inspirando confiança por meio da força de caráter” (HUNTER, 2006, p. 18). O que define a palavra liderança como algo positivo é a capacidade de influenciar os outros para o bem. A liderança entendida como habilidade é uma capacidade aprendida ou adquirida por meio da educação e da aplicação.

Para melhorar o desempenho, é preciso muita motivação, treino e disciplina, combinando o desejo, os instrumentos e as ações apropriadas. Entretanto, a liderança é um aspecto da personalidade, uma característica que alguns indivíduos têm e outros não. Além disso, refere certas características que os bons líderes têm em comum: têm mais determinação do que os outros; são mais eloqüentes do que os outros; têm presença tão marcante que ficam na memória das pessoas; usam as palavras com precisão, sabendo aonde querem chegar com um discurso. Por isso, considera-se que a liderança seja um dom (GREENSTEIN, 2003).

Hoje, muito mais do que em outros tempos, a liderança superou a expectativa de muitos pensadores, escritores e, sobretudo, de empresas lucrativas. Não basta ter bons chefes administradores. Necessita-se, sim, de chefes que sejam bons líderes e voltados para a gestão de pessoas, pois liderar implica a capacidade de conquistar e envolvê-las de forma que coloquem coração, mente, espírito, criatividade e excelência a serviço de um objetivo. É preciso fazer com que se empenhem ao máximo na missão, dando tudo pela equipe, pois não se gerenciam pessoas, estas são lideradas. Sem uma liderança forte e comprometida, qualquer profissão ou empresa está fadada ao insucesso (HUNTER, 2006).

Para que administradores-líderes gerenciem organizações com o seu potencial máximo, devem estar devidamente capacitados e cientes da importância desse papel, também, no gerenciamento dos recursos humanos. Para que a liderança seja efetiva, deve começar com uma convicção fundamental:

> todas as pessoas possuem um potencial ilimitado que tem sido amplamente sufocado. Quando descoberto e liberado, tal potencial pode levá-las a níveis de produtividade que nunca imaginaram, fazendo com que se sintam mais satisfeitas consigo mesmas e tornando sua vida muito mais agradável (WILLINGBAN, 2001, p. 21).

O enfermeiro, por sua vez, especialmente quando na sua condição de chefe de unidade, necessita ser um líder do cuidado por excelência. Para tanto, precisa aprimorar determinadas habilidades: trabalho em equipe, comprometimento profissional, valorização do potencial humano, entre outros. Hunter (2006, p. 27) afirma que “liderar é fazer com que as pessoas contribuam com entusiasmo, de preferência com o coração, a mente, a criatividade e a excelência”. Por isso, “busca-se nos líderes não apenas credibilidade, mas sensibilidade para enxergar à frente, com senso de direção e visão de futuro. O que os torna diferentes de outros profissionais é que suas funções transcendem os cargos” (MARX; MORITA, 1998, p. 25).

No campo da saúde, principalmente em âmbito tecnológico, as mudanças precisam ser rápidas e drásticas com a finalidade de ocasionar profundas transformações na área do conhecimento. No novo milênio, a cultura do poder será incapaz de competir com a excelência, a rapidez, a qualidade e a inovação, num ambiente em que as pessoas participem voluntariamente e de bom grado (HUNTER, 2006).

Historicamente, nos serviços de saúde, fortes qualidades administrativas sempre foram mais valorizadas que atitudes de liderança. Principalmente na última década, maior ênfase tem sido dada às habilidades de liderança. Nesse contexto, vem mostrando-se cada vez mais necessário e também importante para os enfermeiros, o desenvolvimento de habilidades específicas para o desempenho da liderança.

## 3.1 A Liderança no Cenário de Mudanças

Um dos marcos do mundo contemporâneo é o fenômeno da mudança, que é resultado de transformações contínuas, especialmente, na política, economia, filosofia e tecnologia. O mundo teria quinze anos, quando se leva em consideração que todas as bases foram derrubadas. Estamos na era da informação. O mundo é hoje muito diferente do que era há quinze anos (BENNIS, 2001). As mudanças refletem diretamente nas organizações que enfrentam um ambiente cada vez mais dinâmico, mutante e que exige adaptações.

Existem forças que impulsionam essas mudanças, classificadas em: natureza do trabalho (diversidade cultural e aumento de profissionais); tecnologia (computadores mais rápidos e mais baratos, programas de reengenharia); choques econômicos (impacto no mercado financeiro); competição (concorrência globalizada, fusões); tendências sociais (atitude em relação aos fumantes; popularidade dos carros utilitários) e política internacional (abertura de mercado). Essas forças impulsionam as organizações a realizarem as coisas de forma diferente (ROBBINS, 2002b).

Estamos diante de modificações tecnológicas, sociais, culturais e comportamentais. A intensidade e a velocidade com que estão ocorrendo estas mudanças têm determinado profundas alterações na forma e na filosofia de gestão empresarial. O jeito de provocar a mudança e ajudar uma organização a realizar aquilo que vislumbra é aumentar a sua percepção do desagrado com o presente e, ao mesmo tempo, reduzir o custo envolvido na mudança para alcançar a visão desejada (LINCH, 2000).

A visão de curto prazo precisa ser substituída pela visão de longo prazo, e a cooperação no trabalho em equipe em torno da missão e dos objetivos institucionais apresenta-se como uma importante estratégia nesse processo. Estima-se que o gerente[1] possa desenvolver o papel de agente de mudança, desde que desenvolva habilidades de liderança, pois, apesar da visão atual de uma liderança não centrada em um único indivíduo, é este gerente que é chamado freqüentemente nas organizações para conduzir esse processo (LOURENÇO, 2004).

Sabe-se que, para desempenhar a liderança, é importante que o gerente tenha presente a diferença entre liderar e gerenciar e buscar o desenvolvimento de capacidades necessárias para o exercício de liderança. Bennis (2002) questiona se os cursos estão oferecendo uma educação que proporcionará competências cognitivas, emocionais, interpessoais e de liderança necessárias ao contexto das mudanças. Com o índice progressivo de mudança, a liderança é uma parte crescente do trabalho gerencial. Portanto,

> cada vez mais os que ocupam cargos gerenciais podem ser considerados profissionais que criam agendas contendo planos (gerenciamento) e visões (liderança); que desenvolvem redes com capacidade de implementação através da hierarquia bem organizada (gerenciamento) e de uma rede complexa de relacionamentos convergentes (liderança); profissionais que agem através do controle (gerenciamento) e através da inspiração (liderança) (KOTTER, 2000, p. 12).

É importante enfatizar que mudança exige envolvimento de toda equipe, e não a simples obediência a profissionais que detêm conhecimento. Assim, não é mais possível um modelo de relacionamento tradicional entre superior/subordinado, pois à medida que as organizações passarem a valorizar situações nas quais possam utilizar o máximo potencial de seus colaboradores, sentirão a necessidade de bons líderes. Na atualidade, o desafio proposto

[1]Os termos gerente, líder e administrador confundem-se entre si, devido à diversidade de maneiras utilizadas pelos autores, sendo imprescindível a clareza entre os termos. Gerente descreve uma posição na estrutura da organização e trata-se de alguém investido de autoridade formal; o líder retrata uma atitude pessoal, uma competência. Liderar e administrar são predisposições ao desempenho de papéis diferentes, embora complementares. A organização pode contar com gerentes que administram, assim como pode ter gerentes que desempenham eficazmente seu papel de líder (BERGAMINI, 2002).

pela constante necessidade de mudança requer alguém que interprete com sensibilidade o que está ocorrendo e sinalize novas direções (BERGAMINI, 2002).

Constata-se hoje que, a relação entre gerente e subordinado pode ser comparada à de um maestro e os demais membros da orquestra, buscando harmonia e concretização de objetivo comum, pois o superior que emprega trabalhadores do conhecimento não pode realizar o trabalho do subordinado, e este depende do gerente para orientação, o que envolve unificação de padrões, valores, desempenhos e resultados, pois subordinados são parceiros, e parceiros estão em posições iguais. Assim, é preciso persuasão e decisão consciente já que não se gerenciam pessoas, lideram-se pessoas (DRUCKER, 2005).

Esses autores evidenciam a necessidade de o gerente assumir a liderança. A administração diz respeito à complexidade; a liderança, ao enfretamento das mudanças. O líder estabelece uma visão de futuro e se engaja na equipe, comunicando e inspirando-a a superar obstáculos (KOTTER, 2000). Neste momento da globalização, de incertezas e mudanças, liderança é algo imprescindível para a sobrevivência e o sucesso das organizações, pois torna os indivíduos mais flexíveis, permitindo adaptação a ambientes mais incertos e estimula os outros a assumirem responsabilidades, tomarem iniciativas e a se superarem (HUNTER, 2006).

Os serviços de saúde, como as demais organizações, vêm buscando se aproximar desta nova tendência, deste avanço gerencial, visando a dar uma resposta ao processo evolutivo da sociedade contemporânea, com a finalidade de incorporar as mudanças necessárias ao setor saúde. Com vistas ao aumento da cobertura da assistência com eqüidade, eficiência e eficácia, há um empenho em implantar novos modelos de atenção e de gerenciamento (LOURENÇO, 2004).

Observam-se mudanças na forma de estruturar os processos de trabalho e preocupação com a redução de custos, principalmente, de materiais e medicamentos. Têm merecido atenção os treinamentos gerenciais, buscando estabelecer nova relação entre os indivíduos, com o enfocando o desenvolvimento da liderança como forma de trazer ganhos para a organização e, conseqüentemente, para a sociedade.

Entende-se que a capacitação gerencial se faz necessária e que é muito importante o papel gerencial nas organizações, mas percebe-se que os processos de mudança extrapolam competências gerenciais. Gerenciar é lidar com a complexidade, e sabe-se que um bom gerenciamento introduz ordem e consistência na organização, mas é o desenvolvimento de capacidade de liderança que será capaz de operar as mudanças necessárias.

## 3.2 A Liderança nas Organizações de Saúde

O enfermeiro, dentro do contexto institucional de saúde, é um profissional que, cada vez mais, assume a gerência dos serviços. Em nossa experiência profissional, na área hospitalar, constata-se esta realidade. O enfermeiro assume cargos gerenciais nas instituições de saúde em diversos níveis: no gerenciamento de uma unidade de internação, de um setor especializado ou de todo o serviço de enfermagem hospitalar. Percebe-se sua atuação gerencial nas várias Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, em clínicas e convênios médicos. Apesar do trabalho do enfermeiro se efetivar em equipe multiprofissional, com outros profissionais ligados à saúde e/ou coordenando a equipe de técnicos, ainda persistem dificuldades em focar sua atuação no desenvolvimento e na liderança de pessoas, e de se inserir num novo modelo gerencial (LOURENÇO, 2004).

Os líderes de qualquer instituição necessitam estar desejosos do descarte de velhas idéias e velhas formas de fazer as coisas, adotando novas e melhores posturas (BERGAMINI, 2002). Liderança é um tema que desperta o interesse e fascina, pois se acredita ser este um dos caminhos e uma das possibilidades de o enfermeiro romper com as visões tradicionais e tornar seu trabalho mais gratificante para si e para a equipe.

Portanto, ao assumir cargos de gerência, é importante que o enfermeiro tenha clareza das mudanças na sociedade e de seu impacto nas organizações e que ele precisa mudar sua forma de gerenciamento (LOURENÇO, 2004). Optar por quebrar paradigmas estabelecidos é condição fundamental para que possa desenvolver sua função. Não cabe mais o modelo tradicional de administração de enfermagem. A visão das pessoas mudou e, para o enfermeiro, ainda persistem dificuldades em assumir este processo.

No início do século XX, Fayol escreveu que os executivos ou administradores exercem cinco funções gerenciais: planejam, organizam, comandam, coordenam e controlam. Hoje, essas tarefas aparecem condensadas em planejamento, organização, liderança e controle (ROBBINS, 2002b). Desse modo, o exercício da liderança exige do enfermeiro várias habilidades: bom relacionamento interpessoal, capacidade de negociação, bom senso e saber ouvir. Tais habilidades são desenvolvidas à medida que o gerente se conhece, conhece suas reações, tem consciência de suas potencialidades e clareza de suas fragilidades.

Muitos autores têm estudado o exercício da liderança na enfermagem, entre eles, podem-se destacar: Trevizan (1993); Galvão (1995); Simões (2001); Lourenço (2004); Higa; Trevizan (2005). Estudar liderança e entender seu significado no contexto da enfermagem é

um desafio, embora arriscado, necessário, pois não existem receitas predeterminadas nem fórmulas de treinamento, por ser um tema complexo.

Em um estudo realizado por Lourenço; Trevizan (2001), enfermeiros relataram sobre o aspecto da liderança como um processo de influência grupal, com visão voltada para seus objetivos, estando o espaço para líderes não-inovadores cada vez menor. Hoje, o líder diretivo, autocrático e centralizador é muito questionado. As autoras falam da necessidade de desenvolvimento de lideranças em enfermagem que correspondam a uma nova abordagem, a qual inclua delegação de poderes, alianças, equipes, envolvimento, parcerias, negociações e exploração das motivações humanas.

Ocorre, muitas vezes, que, envolto em, um ambiente tão desafiador, o enfermeiro, ao assumir cargos de coordenação e gerenciamento de um serviço, sente-se inseguro, não tendo com quem compartilhar ou a quem recorrer para ajudá-lo a refletir sobre suas experiências. Alguns estudiosos têm apresentado propostas a respeito dessas questões: Galvão (1995) sugere como referencial teórico a utilização dos conceitos de liderança situacional para o desenvolvimento da liderança na enfermagem. Cury (1999) ressalta a importância de caracterizar a liderança na enfermagem brasileira e, assim, elaborar modelos condizentes que possam proporcionar o desenvolvimento de suas habilidades. Essas pesquisas buscaram entender a dinâmica da liderança, os estilos dos enfermeiros, a compreensão das teorias de liderança, sua importância e contribuição para a enfermagem, culminando com o desenvolvimento de habilidades do líder.

Em âmbito hospitalar, Simões (2001) concluiu que o desenvolvimento do potencial do enfermeiro dar-se-á com uma somatória de fatores; entre eles, a motivação para a aprendizagem; o desejo e o interesse em ser líder; o envolvimento e a aceitação da tarefa de liderar, aproveitando as oportunidades que são oferecidas no ambiente para vivenciar e diversificar suas experiências e, principalmente, para enfrentar desafios. Pontua-se que os diferentes enfoques, pelos quais a liderança vem sendo abordada pelos diversos pesquisadores, fica clara a necessidade do seu desenvolvimento na enfermagem, seja na prática assistencial, gerencial, de ensino ou de pesquisa.

## 3.3 A Eficácia da Liderança no Trabalho da Enfermagem

A teoria e a prática organizacional estão permeadas e estruturadas pelo conceito de liderança, que favorece a compreensão de ações organizadas e suas possibilidades, envolvendo cumplicidade ou processo de negociação (BERGAMINI, 2002). Alguns autores

abordam a relevância da liderança e consciência ética na organização hospitalar e destacam a importância da liderança do enfermeiro no contexto hospitalar, para a realização de mudanças relacionadas às práticas de trabalho (TREVIZAN, 1993; GALVÃO, 1995; HIGA; TREVIZAN, 2005). Em outras palavras, isso significa que a enfermagem precisa de líderes comprometidos e motivados para direcionar o desenvolvimento dos processos de trabalho com foco nas necessidades dos pacientes, que sejam capazes de estruturar humanamente o desenvolvimento científico e tecnológico, fundamentando-se na consciência ética e em prol da capacidade de criação do homem.

No contexto hospitalar, a liderança em enfermagem está à frente da supervisão e da coordenação, visando a melhorar a qualidade do trabalho e da assistência prestada ao paciente (HIGA; TREVIZAN, 2005). O líder concilia teoria e prática buscando fortalecer sua equipe de trabalho, valorizar e reconhecer a capacidade de cada um de seus membros, e motivá-los a agir. A liderança na enfermagem influencia para as mudanças: mudanças de idéias, de conceitos e de conduta, com um objetivo que é primordial em uma instituição hospitalar: o bem-estar dos pacientes e daqueles que lhes prestam assistência (SIMÕES; FÁVERO, 2003).

A principal função do enfermeiro líder é criar e apoiar uma prática voltada para um cuidado humanizado, sensível e atencioso, enfocando as necessidades individuais do paciente.

> A dimensão criativa do inconsciente é a parte mais profunda e interior que abriga as crenças, a auto-imagem, as noções de valor, a visão das próprias possibilidades, a força vital e a estrutura emocional. Esse mecanismo criativo pode operar como um mecanismo de sucesso ou como um mecanismo de fracasso, dependendo do tipo de meta com o qual é alimentado (WILLINGHAM 2001 p. 33).

O grande desafio deste novo século para todos os profissionais, especialmente para aqueles que acreditam ter uma visão altruísta, com coragem e vontade de vencer, é desafiar a ordem atual e partir para valores e sentimentos nobres, frente à grandeza do “ser humano”. Outro desafio é saber coordenar e interagir em uma equipe de trabalho; é conseguir oferecer atendimento de melhor qualidade ao paciente, conciliando uma diminuição dos custos desse serviço.

Para enfrentar tais desafios, recomenda-se que novos caminhos sejam pesquisados e que os líderes redefinam a essência da arte e ciência da enfermagem, buscando desenvolver estratégias que levem a uma prática profissional de maneira mais holística. A eficácia da liderança diz respeito ao sucesso em fazer com que o grupo passe à realização de uma meta comum. Mas o sucesso pode ser um resultado objetivo ou uma percepção (ROBBINS, 2002b). Assim, a eficácia da liderança é avaliada diferentemente pelos autores. Robbins

(2002a), ao realizar uma revisão da literatura, aponta que os pesquisadores utilizam pelo menos cinco maneiras diferentes de avaliar a eficácia:

- Medidas objetivas versus medidas subjetivas. Alguns estudos utilizam a produtividade como parâmetro concreto para definir a eficácia da liderança, e outros se preocupam somente com a percepção da eficácia. Os seguidores afirmam que o indivíduo parece ser um líder.
- Aceitação versus rejeição do líder. Se um líder é aceito pelos seguidores, é considerado um líder eficaz.
- Medidas de desempenho individual versus medidas de desempenho do grupo. Embora os estudos enfatizem o desempenho, eles não são uniformes no tocante a medir o efeito do líder pelo desempenho individual ou pelo desempenho do grupo. O foco em níveis diferentes pode gerar desempenhos diferentes e não-comparáveis.
- Produtividade versus satisfação. Alguns estudos enfatizam a satisfação do seguidor ou do grupo, em lugar da produtividade. As ações de um líder, para aumentar a produtividade, podem ser muito diferentes das ações utilizadas para aumentar a satisfação.
- Nível de análise. A maioria dos estudos se concentra na influência do líder sobre o grupo, e outros focalizam a organização ou mesmo sociedades específicas.

O mesmo autor considera o treinamento, uma estratégia para a obtenção de maior eficácia do líder, afirma que as pessoas não são igualmente treináveis e que um treinamento pode obter maior êxito com indivíduos dotados de maior automonitoração, pois possuem maior flexibilidade para alterar o seu comportamento. Questiona que tipo de coisas os indivíduos podem aprender em um treinamento, visando a uma maior eficácia em liderança e aponta que não se pode ensinar alguém a ser visionário, mas se pode ensinar habilidades de implementação, tais como ensinar os indivíduos a adotarem comportamentos associados à confiança e credibilidade. Ensinar aos líderes habilidades de análise situacional, o que implica aprender a avaliar situações, pode modificar seu estilo, verificando quais os comportamentos que poderão ser eficazes em determinadas situações e ensinar como exercer a liderança de forma positiva (ROBBINS, 2002a).

Entende-se que é preciso agregar outros valores à prática nas organizações hospitalares, de onde emerge a necessidade de desenvolvimento da capacidade de liderança e de coordenação de todos os profissionais e, em especial, do enfermeiro, no sentido de prepará-los para a tomada de decisões nas unidades de cuidados, para articular as demandas da

política institucional e os interesses das equipes que nela atuam. Ainda, para elaborar com competência e clareza projetos coerentes e adequados à realidade, uma vez que a liderança impulsiona o trabalho em equipe, a cooperação, os mecanismos de comunicação em todos os sentidos, fatores que se constituem em atributos requeridos para o processo de mudança organizacional (HIGA; TREVIZAN, 2005).

Acenar para aspectos relevantes como o envolvimento, o amor ao que se faz, o entusiasmo e o otimismo é uma estratégia que pode contribuir para o bom desempenho de um líder. É interessante observar que a habilidade de comunicação, ou seja, a maneira como a comunicação for praticada determina o sucesso ou o fracasso da liderança. Nessa perspectiva, quando se estabelece a comunicação de forma eficaz, com transparência e expressão clara de objetivos para a equipe, suas conseqüências são positivas. Certamente, uma boa comunicação, em que há a transmissão de mensagens de forma clara e objetiva, proporciona um ambiente de trabalho produtivo e harmonioso, num clima de confiança e credibilidade (SIMÕES; FÁVERO, 2003).

Por outro lado, a falta de conhecimentos e de experiências no trabalho, o medo de assumir riscos, o temor das incertezas e a dificuldade em enfrentar desafios geram sentimentos de insegurança no enfermeiro, em determinadas situações, influenciando na possibilidade de liderar a equipe de enfermagem. É evidente que tais posturas não fazem parte do rol de habilidades que caracterizam um líder eficaz. Esse fato reforça a importância e a necessidade de ele possuir conhecimentos, desenvolver a capacidade de argumentação, apresentar firmeza nas decisões e manter claras convicções, para o sucesso da liderança.

Frente ao exposto, reconhecemos que, para o enfermeiro, desempenhar a função de líder da equipe de enfermagem é uma experiência que, muitas vezes, encontra-se permeada por dificuldades decorrentes da inaptidão em lidar com situações grupais, da falta de conhecimentos profissionais e da incapacidade de manter uma comunicação eficaz. Enfatiza-se que há uma relação recíproca entre relacionamento interpessoal e sucesso da liderança.

Líderes competentes encorajam e promovem a auto-suficiência, o pensamento crítico, a individualidade e a aprendizagem contínua de seus liderados, de modo a contribuir com a formação de seguidores exemplares, tendo em vista o sucesso do líder, da organização, do próprio grupo e da profissão (SIMÕES; FÁVERO, 2003). É importante que o enfermeiro tenha a visão e missão bem definidas, tanto no que diz respeito à sua vida profissional e à organização onde atua, quanto na concretização de metas de trabalho pautadas pela qualidade no processo (eficiência) e nos resultados (eficácia), tentando superar as expectativas daqueles com quem interage.

# 4 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO E OS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Os saberes relativos ao processo saúde-doença-cuidado têm origem na vivência do sofrimento provocado pelas doenças nos seres humanos. Canguilhem (1982, p. 189) assinala que “a medicina existe porque há homens que se sentem doentes. E apenas em segundo lugar que os homens sabem em que consiste sua doença”. Destaca, ainda, a procedência das necessidades humanas e das práticas que elas engendram face aos saberes que tais procedimentos evocam. Posto em outros termos, dir-se-ia que, primeiro existe a doença, antes, como sofrimento humano, como perturbação ao exercício habitual de sua vida cotidiana e, somente depois, na consciência e na “ciência dos médicos”.

Ao se referir à saúde, apresenta que “a saúde é um bem orgânico, há uma busca natural para manter estável este bem-estar e reagir diante de possíveis doenças”. Confirma a idéia anterior, quando salienta que “a saúde é uma maneira de abordar a existência como uma sensação, não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, criador de valor, instaurador de normas vitais” (CANGUILHEM, 1982, p. 163). Entende-se que saúde é a arte de saber viver em todos os níveis, é ser dinâmico e, a partir da experiência do cotidiano, ser normativa e instituir novas normas em novas situações. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

Também, apreende-se que a saúde é produto de uma série de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um arsenal adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000). Portanto, o ser humano é cuidado. Sem cuidado deixaria de ser humano. Em vista disso, espera-se que todos os seres humanos se cuidem (ou devam se cuidar) e cuidem (ou devam cuidar) de tudo e de todos, de seres animados e/ou inanimados, em todos os espaços e em todos os tempos. Desse modo, cuidar é um valor fundamental e um ideal moral comum a todos os seres humanos (BOFF, 1999).

Assim, o termo *cuidar* apresenta-se como um signo lingüístico complexo, de múltiplos e distintos significados. Além de multidimensional, é um conceito paradoxalmente ubíquo e peculiar. É um conceito ubíquo porque está (ou deve estar), concomitantemente, presente em toda parte e é um fenômeno universal, pois se considera que a propensão para cuidar seja um

atributo humano, além de inato, essencial para a existência e sobrevivência humanas (GARCIA, 2002).

Por outro lado, cuidar é um conceito peculiar ou específico, quando se refere exclusivamente a um indivíduo, uma situação, um trabalho ou ocupação. É o caso do seu emprego no âmbito da enfermagem, haja vista ser o cuidado de enfermagem um trabalho profissional específico. Cuidar é um verbo, cuja ação se exprime, dentre outros modos possíveis, na transitividade relacional que ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que assume o papel de ser cuidador e outra pessoa que assume o papel de ser cuidado (GARCIA, 1996).

Quando aplicado à enfermagem é empregado com o sentido de zelar pelo bem-estar ou pela saúde de alguém, preocupar-se com, interessar-se por, tratar da saúde. Desse modo, assistir alguém indica uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado, ou seja, um processo de trabalho que ocorre (consciente ou inconscientemente) por intermédio da adoção de um determinado modo de fazer, fundamentado em algum modo de pensar – o Processo de Enfermagem.

Precisa-se resgatar uma forma de cuidar, cuja mediação se faça pelo contato, pela comunicação, pelo afeto, pela possibilidade de reconhecer-se e colocar-se no lugar do outro, e também, pelo respeito às diferenças de conhecimento de práticas e nos modos de ver e viver a vida, permitindo, assim, a possibilidade de, no encontro, conhecer o que o outro pensa, deseja e do que diverge (LIMA, et al., 2005).

Portanto, este cuidar solidário exige reciprocidade, o reconhecimento do outro como igual em orgulho, em sentimento, afeto e dignidade. Autores como Boff (1999); Oliveira; Scavone, (1997); Waldow, (1998) têm nos mostrado que o ato de cuidar exige responsabilidade, sentimento, envolvimento e comprometimento pessoal, afetivo, social, moral e espiritual. O resgate do cuidado a ser apreendido não se faz à custa do descuidado, do trabalho rotineiro, tarefeiro, destituído de prazer, de criatividade e de subjetividade. Ao contrário, ele se faz, principalmente, mediante uma forma diferente, prazerosa, ousada e criativa de entender e de realizar o trabalho.

O cuidador que se vislumbra para fazer frente às novas demandas do mundo do trabalho em saúde e de enfermagem, toma como fundante a forma de prestar cuidados centrada no ser humano demandante de necessidades, tendo a defesa e o cuidado da vida como um dos compromissos inerentes à sua identidade como sujeito no mundo, portador de conhecimentos e práticas que o credenciam a ser produtor do trabalho em saúde e de enfermagem (LIMA et al., 2005). Através dessas questões, o profissional reflete sobre os

significados implícitos em suas ações, reações e transações com a clientela, sobre o julgamento que encaminhou à decisão original de realizar certa ação e sobre o modo como o problema inicial estava estruturado.

Retomando o processo saúde-doença-cuidado, verifica-se que a lógica instrumental dá sustentação ao trabalho em saúde, que se apóia na fisiopatologia para o diagnóstico e a terapêutica, obtém relativos sucessos, se considerar como resultado a restauração biológica. Entretanto, se for considerada a experiência, isto é, o significado do padecimento, o vivido existencialmente durante o processo, precisa-se pensar no limite da intervenção, na forma como é estabelecido o cuidado e nas associações entre o cuidado e o processo diagnóstico que permitem atuar na intervenção.

## 4.1 O Processo de Trabalho em Saúde

O processo de trabalho em saúde se distingue do trabalho de outros setores da economia, na medida em que o seu produto final é um serviço resultante da ação compartilhada de vários profissionais e centra-se nas relações interpessoais entre beneficiários e executores. Ele reúne um conjunto de atividades programadas e normatizadas, que se realizam sob a base da cooperação em um cenário dinâmico e instável. As atividades podem ocorrer na forma de ações seqüenciais, isoladas ou na forma de histórias que representam o tratamento de um acontecimento em seu conjunto (PINHO; ABRAHÃO, 2003).

O processo de trabalho dos profissionais de saúde pode ser definido como aquele que

> tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto o indivíduo ou grupos de doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde; e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 1998, p. 32).

Nesse sentido, é fundamental entender o significado do que seja o trabalho em saúde, como é feito, em que condições, por que, por quem e para quem é realizado. O trabalho em saúde é produzido em sua maioria no âmbito institucional, seja no ambulatório, seja no hospital, seja em unidades de saúde. Embora ainda esteja muito atrelado à complexidade e à tecnologia hospitalar, tem crescido em outros espaços como o domiciliar e o das empresas. Apesar dessas especificidades e de sua importância para a vida da sociedade, a sua teorização ainda é relativamente pequena, pois as pesquisas, embora numerosas, vêm privilegiando o

enfoque da etiologia das doenças e o tratamento dos agravos. Na área de enfermagem, muitos estudos já vêm focalizando aspectos relativos ao mercado de trabalho, perfis dos profissionais e condições de trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Ao olhar com atenção para os processos de trabalho que se produzem cotidianamente nas instituições/serviços de saúde verifica-se que o conjunto das intervenções assistenciais, além dos vários materiais, instrumentos e máquinas que são usados como raios-X, equipamentos para examinar os pacientes etc. mobilizam-se intensamente na construção do saber da enfermagem. É relevante que o ato de cuidar deve constituir a alma dos serviços de saúde. Para tanto, Merhy (2002, p. 122) apresenta o que denomina de “caixas de ferramentas” constituídas a partir de um modo de produzir tecnologias que classifica como leves (produzidas a partir dos processos relacionais), leves-duras (conhecimentos) e duras (equipamentos, procedimentos e técnicas).

Portanto, o trabalho em saúde se produz muito além das tecnologias entendidas como máquinas/equipamentos que são usados nas ações de intervenções realizadas sobre os pacientes nos serviços. Qualquer que seja a abordagem, haverá sempre relações mediatizadas por uma pessoa atuando sobre a outra, havendo, nesse processo de trocas, jogos de expectativas, momentos de fala, escuta e interpretações, nos quais existe a produção de vínculo, de uma acolhida ou não das intenções que esse encontro produz.

Ao pensar-se no trabalho em saúde, é importante reconhecer a singularidade de se produzir em ato e na relação com o outro. Falar em trabalho é ao mesmo tempo vir à tona a produção e expansão da vida do jeito que ela é, no que tem de desejante, de afeto, de sofrimento e de produção de sentido. E esse constitui um dos paradoxos dessa sociedade, pois, ao mesmo tempo em que se perde a dimensão humana, também se produz maior demanda para humanizar as relações e a vida em sociedade, buscando um agir pautado na ética e na solidariedade, inclusive nas relações de trabalho que também são atravessadas por essas lógicas (VAZQUES, 2000).

## 4.2 O Processo de Trabalho da Enfermagem

Percebe-se na atuação da equipe de enfermagem, quando as ações profissionais são centradas na assistência ao paciente, que a comunicação é de suma importância, pois implica emitir, receber e codificar mensagens verbais e não-verbais, através de expressões, simbologias, palavras e também posturas e atitudes. O ensino do ato de cuidar precisa incluir valores, desejos e compromissos com o cuidado e com o conhecimento, pois cuidar do outro

requer dimensões amplas e abrangentes, que contemplem na prática questões humanísticas, sociais, éticas, culturais, biológicas e espirituais que determinam o processo de ajuda mútua e do saber/fazer interdisciplinar, o crescimento e o envolvimento entre o cuidador e o ser a ser cuidado, tornando-se favorecedor do autocuidado e da autonomia do sujeito cuidado/cuidador (LIMA, et al., 2005). Nessa perspectiva, enfatiza-se que,

> apesar de os discursos sobre o autocuidado reforçarem a participação do paciente no seu cuidado ou no planejamento da sua assistência, a percepção e a abordagem do paciente como um sujeito capaz de pensar, de refletir, de conhecer e de optar, decidindo por si e para si o que é o melhor, como um ser dotado de razão, de vontade e de capacidade de exercer sua liberdade, parece ainda não se fazer de modo satisfatório, já que o sujeito que determina o processo parece ainda ser o profissional de saúde (LUNARDI, et al., 2004, p.07).

Desse modo, ao se repensar o processo de formação dos profissionais de Enfermagem, precisam ser mobilizados, além do domínio das tecnologias duras e das leves, as tecnologias leves-duras. Isso nos remete à realidade das condições de trabalho, que tem mostrado o quanto é importante tomar o cuidado como estratégia de intervir nos processos de trabalho e nele operar mudanças, por exemplo, nos estilos gerenciais que produzem o trabalho da enfermagem na atualidade: conservadores, controladores, adoecedores e autoritários (LIMA, 2001).

Assim sendo, a tecnologia do cuidado se produz, quando a existência dos indivíduos se torna significativa, independentemente do papel que se está ocupando (enfermeiro, docente, equipe, paciente). O sentimento de importância é a motivação para dedicar-se ao outro, a participar do seu destino, de suas buscas, dos seus sofrimentos, dos seus afetos, dos seus sucessos, avanços e mesmo dos seus fracassos e limites.

As demandas que emergem para o profissional de enfermagem têm apontado que o trabalho da enfermagem não pode ser uma simples reprodução de técnicas, fragmentado, impessoal e destituído de afeto, felicidade, alegria e solidariedade. Ele tem que produzir vínculos entre os vários protagonistas – pacientes, trabalhadores e instituições – ou seja, ele precisa ser produtor de um tipo de acolhimento, que potencialize os indivíduos e os processos de trabalho, contribuindo para mudanças na concepção da saúde e do cuidado como um direito, inclusive do trabalhador. Os vínculos que se produzem no cuidar são criados na relação entre iguais humanos que reconhecem necessidades desiguais, tais como as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na integralidade do cuidado (PORTO; ALMEIDA, 2002).

O trabalho da enfermagem como constituinte do processo de cuidar em saúde, subdivide-se em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro. Portanto, um aspecto que se precisa considerar é que o cuidado de enfermagem resulta tanto da execução de procedimentos de manipulação dos corpos dos indivíduos como de procedimentos administrativos. Assim, o caráter administrativo/gerencial do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, com o tempo, vem assumindo novas características nas estruturas cada vez mais complexas das organizações e dos serviços de saúde (LUNARDI FILHO, 2004).

A respeito do processo de trabalho da enfermagem, é preciso entender que ele se realiza como um trabalho que se constitui no interior do trabalho em saúde, produzindo-se na sua relação com os outros trabalhos de saúde. Nessa articulação, reconhece-se *a sua complementaridade com* outros trabalhos, *e não a sua sujeição a* outros trabalhos.

O contexto hospitalar apresenta certas especificidades no mundo do trabalho. Os hospitais congregam profissionais, tecnologias, infra-estruturas e saberes diversificados. Sua configuração técnica e social é peculiar, caracterizada por uma divisão de trabalho extremamente precisa, bem como por diferentes modelos de ação profissional, sustentados nas competências, saberes e múltiplas estratégias dos profissionais.

O funcionamento hospitalar é rico em processos produtivos altamente integrados, que se caracterizam: a) por processos decisórios, cujos níveis de complexidade variam; b) por certa instabilidade do sistema; e c) pela necessidade de uma articulação eficiente e rápida de diferentes profissionais para garantir a qualidade dos serviços prestados. Do ponto de vista cognitivo, o trabalho de enfermagem é fortemente influenciado: a) pelo processo decisório, que depende especialmente da comunicação em diversos níveis e que deve priorizar diferentes ações, sob pressão temporal; b) pela dinâmica e variabilidade das situações de trabalho e pela responsabilidade, de acordo com o grau de autonomia; e c) pela importância do conhecimento técnico e científico. Nesse cenário, a gestão de informação é um elemento essencial no sentido de garantir a confiabilidade no trabalho (PINHO; ABRAHÃO, 2003).

Assim, dentro do processo de trabalho da enfermagem, pode-se definir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como um conjunto de instrumentos que orienta a prática profissional, conferindo-lhe as características de uma prática reflexiva, pois, durante a sua execução, constante e interativamente, algumas questões são fundamentais: o que se está observando aqui e o que isso significa? Que julgamento se está fazendo e através de que critérios? O que se está fazendo ou o que se está propondo que seja feito e por quê? Há

alguma ação alternativa, além dessa que se está realizando ou que se está propondo que seja feita? (CARVALHO; GARCIA, 2002).

No âmbito da enfermagem, diagnosticar respostas humanas é um processo complexo que requer conhecimento teórico, experiência prática e habilidade intelectual, técnica e de interação interpessoal, aplicados à observação, avaliação e interpretação do comportamento da pessoa relacionado à saúde e, portanto, à vida. A esse respeito, destacam-se dois aspectos. O primeiro deles é que, no âmbito da enfermagem, o ser humano, é um todo complexo e indivisível e responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais. O segundo é que o cuidado profissional de enfermagem existe como resultado de um empreendimento humano e não como um fenômeno natural, pois ele é aprendido e não instintivo (CARVALHO; GARCIA, 2002).

Para abordar a singularidade do humano, é importante reconhecer que todos os seres humanos são diferentes, únicos, complexos e multidimensionais, necessitados de oportunidades iguais para desenvolverem-se, não para serem considerados iguais, mas para reconhecer e aceitar as diferenças e entender que todos os indivíduos têm o direito de serem respeitados em sua singularidade (CANGUILHEM, 1982).

O sujeito a ser cuidado como outro é único. É preciso valorizar a sua unicidade e ter presente a idéia de que ele é um ser humano, que se nos apresenta como alguém que tem uma história, necessidades, sentimentos e pensamentos próprios. Quando o outro não é tratado como sujeito e como alguém que é diferente de mim (eu), diferente até no que penso dele, nega-se-lhe o direito de ser ele próprio, negando-se-lhe a possibilidade de ser humano. O conteúdo e a complexidade do pensamento envolvido, tanto no raciocínio e no julgamento clínico acerca das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais, quanto no raciocínio e no julgamento terapêutico acerca do cuidado necessário ao paciente, refletem os valores da profissão e o conhecimento que tem sido desenvolvido e acumulado em mais de cem anos de prática de enfermagem, em vários campos de atuação – ensino, assistência, gerenciamento e pesquisa em enfermagem (CARVALHO; GARCIA, 2002).

## 5 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O cuidado de enfermagem como processo interativo dinâmico pressupõe organização, planejamento e avaliação, ou seja, a sistematização das ações de enfermagem para qualificar e humanizar a assistência de enfermagem executada *por* e direcionada *para* seres humanos. Por sua vez, ela necessita ser entendida como um meio auxiliar que, em absoluto, substitui o conhecimento pessoal, a experiência, a habilidade ou o talento no relacionamento interpessoal, a destreza no desempenho, o comportamento ético, a sensibilidade ou a solidariedade implícita em seu desenvolvimento. Em outras palavras, ao interagir-se com seres humanos, nenhuma ação instrumental, por mais aperfeiçoada que seja, pode estar desvinculada dos aspectos expressivos que lhe devem ser inerentes (LOURENÇO, 2004).

Portanto, a SAE é um importante recurso de que o enfermeiro dispõe para aplicar e demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente e caracterizar sua prática profissional. O planejamento dos cuidados, traduzido na prescrição de cuidados de enfermagem, expressa, de forma organizada, os objetivos diários da assistência a cada paciente, visando melhor qualidade assistencial. Constitui-se em instrumento para que as ações de enfermagem possam ser registradas e contabilizadas, representando um importante passo para a definição e valorização da enfermagem como profissão (PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005).

A assertiva encontra ressonância em Aquino (2004, p.28), ao afirmar que “o trabalho organizado, sistematizado pode demonstrar a força existente na categoria em produzir novos saberes, dirigir e planejar com autonomia o seu fazer”, o que é corroborado por Cianciarrullo (2005), quando diz que os profissionais de enfermagem criam e utilizam conhecimentos sistematizados direcionados para solução de problemas de saúde de indivíduos ou grupos, ensinando e aplicando na prática com responsabilidade e compromisso, constituindo assim, uma parcela da profissionalização do enfermeiro.

A SAE é uma metodologia que busca, além da sistematização, a humanização da assistência, pois permite ver o paciente holísticamente, identifica suas necessidades e favorece seu bem-estar (FRANÇA, et al., 2004). Através da SAE há a possibilidade de maior valorização da enfermagem, que obtém melhor comunicação, organização e distribuição do tempo. Além disto, beneficia também o paciente, que é visto de forma holística e individualizada, promovendo melhor relação paciente-enfermeiro.

Diversos estudiosos definem a SAE como sendo a metodologia de assistência utilizada pelo enfermeiro para identificar os problemas de saúde reais e potenciais do paciente/família

ou comunidade, no sentido de se constatar diagnósticos a partir da avaliação subjetiva e objetiva do paciente, para estabelecer as intervenções de enfermagem, em busca de respostas humanas positivas (CROSSETTI, 2003). A SAE é o método preconizado para a implementação da assistência. Há uma tendência mundial em estabelecer como tripé da prática profissional o diagnóstico, as prescrições de cuidados e os resultados de sua implementação. Essa tendência caminha para a construção de taxonomias de enfermagem que organizam os fenômenos com os quais lidamos profissionalmente (CARVALHO; GARCIA, 2002).

Na SAE, são ofertados subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação das ações, priorizando o atendimento ao paciente. A SAE vem sendo discutida tanto pelos profissionais quanto pelos estudiosos e pesquisadores nos últimos anos, dando início a uma nova era na enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento científico e profissional. As implicações atingem a *profissão*, dando visibilidade ao seu trabalho no uso de uma linguagem padronizada, através da aplicação de classificações na prática profissional; para o *paciente,* oferecendo uma assistência individualizada, segura, através da acolhida e acurácia das intervenções e para o *enfermeiro,* valorização profissional e compromisso autêntico em seu ser e fazer na enfermagem (CROSSETTI, 2003).

Percebe-se, quando as informações estão organizadas e documentadas de forma sistematizada, que a comunicação é operacionalizada e facilita a resolução dos problemas específicos de cada paciente, impulsionando os enfermeiros a explicitar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos, além de ampliar a visibilidade do saber da enfermagem, frente ao paciente e à equipe multiprofissional da saúde (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

Constata-se que, para a Enfermagem, o descaso com o registro sistemático desses diferentes elementos (diagnóstico, ações/intervenções e resultados de enfermagem) pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional e, por outro lado, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática, o que é talvez mais sério. Pontua-se, no entanto, o fato de que não se pode ignorar a necessidade de avaliar a qualidade do cuidado e o tipo de cuidado que é prestado ao paciente, analisar suas necessidades, avaliar os resultados alcançados e elaborar novos métodos e técnicas específicas de enfermagem.

Em seu início, a SAE era organizada basicamente em torno da doença e era, do ponto de vista do conhecimento específico da Enfermagem, “um esqueleto sem roupa” como bem afirma Gordon (2002, p. 32). Entretanto, nessa mesma época, passou-se a compreender que a Enfermagem não subsistiria como profissão reconhecida sem que tornasse explícitas suas bases teóricas para a prática, de forma que esse conhecimento pudesse ser comunicado,

testado e expandido (JOHNSON, 1992). Portanto, tornava-se necessário construir ou organizar um corpo de conhecimento substantivo, que pudesse ser identificado como a Ciência da Enfermagem e que, sobretudo, viabilizasse o reconhecimento externo da profissão como um ramo específico de estudo e de produção de conhecimento científico.

Desse modo, desenvolver tal corpo de conhecimento passou a ser visto como uma questão de vital importância para a sobrevivência e evolução da enfermagem e várias teóricas, especialmente as norte-americanas, vêm desenvolvendo e publicando, modelos/sistemas conceituais, teorias de enfermagem, em que selecionam e inter-relacionam, a partir de diferentes pontos de vista filosóficos, conceitos que refletem a natureza e o escopo da profissão. Esses referenciais teóricos vêm fornecendo um foco conceitual para o Processo de Enfermagem e roupas para o "esqueleto desnudo". Fundamentada por esses referenciais, a doença tornou-se um fator contextual no âmbito do processo de cuidar, e não mais o foco primário (GORDON, 2002).

Na Enfermagem, há diversos sistemas de classificação vinculados aos elementos da prática: diagnóstico de enfermagem – a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, a Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, a Classificação de Fenômenos de Enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); problemas de enfermagem – o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha; intervenções de enfermagem – a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação das Ações de Enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); e resultados esperados – a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), entre outros (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Para a implementação da SAE, é preciso seguir um referencial teórico, ou seja, escolher, entre várias teorias, a que melhor se adapte à filosofia da instituição, ao serviço de enfermagem e ao paciente. Cabe aqui ressaltar que cada teoria apresenta uma sistemática a ser seguida, norteando a assistência de enfermagem pela investigação, observação e pelo planejamento. Essa terminologia encontra referência no Brasil e é conhecida, na literatura internacional, como "Processo de Enfermagem", conforme a teórica Wanda de Aguiar Horta.

## 5.1 O Processo de Enfermagem

Entende-se que o Processo de Enfermagem (PE) é a base científica que dá sustentação às ações de enfermagem, sendo considerado uma forma ordenada e sistemática do agir do

enfermeiro para identificar e resolver problemas levantados junto aos pacientes. Representa e representará cada vez mais, à medida de sua implantação e implementação, uma conquista para a prática profissional. A sua implementação tem como vantagens: facilitar a documentação de dados, subsidiar o levantamento de problemas e elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática, elaborar uma linguagem comum de enfermagem que facilite a comunicação com o restante da equipe e desenvolver meios de avaliação da assistência prestada.

No Brasil, as teorias de enfermagem nacionais iniciaram nos anos 70, com Wanda de Aguiar Horta, autora do Processo de Enfermagem, ancorado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. Segundo Horta (1979, p. 39), Maslow baseia sua teoria sobre a motivação humana nas necessidades humanas básicas, por ele hierarquizadas em cinco níveis: 1) fisiológicas; 2) de segurança; 3) de amor; 4) de estima, 5) e de auto-realização. Para essa autora, as necessidades básicas possuem várias características: são latentes, universais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas, resultantes do meio interno e externo. Entretanto, como forma de classificação das necessidades humanas básicas, Horta preferiu utilizar a denominação de João Mohana, ou seja, classificando-as como necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual.

Consideram-se necessidades psicobiológicas as relacionadas ao corpo físico do indivíduo (oxigenação, alimentação, sono e repouso, dentre outras); necessidades psicoespirituais, aquelas que derivam dos valores e crenças dos indivíduos (maneira de encarar a doença, apoio espiritual, espaço para expressar suas crenças, dentre outras) e necessidades psicossociais (as relacionadas à convivência com outros seres humanos, na família, direito à privacidade, ao lazer e trabalho, dentre outras) (HORTA, 1979).

Horta (1979, p. 29) conceitua a *enfermagem* como “a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado: de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”. *Assistir* em enfermagem “é fazer pelo ser humano aquilo que ele não é capaz de fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar, quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais” (HORTA, 1979, p. 30).

A autora mencionada infere algumas proposições sobre a função do enfermeiro, em três áreas distintas de atuação: a) *área específica:* assistindo o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e tornando-o independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; b) *área de interdependência* ou de colaboração: desempenhando a sua

atividade na equipe de saúde, na busca pela manutenção, promoção e recuperação da saúde; c) *área social:* como um profissional a serviço da sociedade, vinculado à pesquisa, ensino e administração, com responsabilidade legal e de participação em associação de classe.

É relevante abordar os pressupostos considerados essenciais na SAE por Crossetti (2003):

- O paciente é um ser humano que tem valores e cultura que definem seu modo de ser e estar no mundo do cuidar;
- Os valores humanos influem tanto na identificação dos problemas de saúde do paciente como em sua resolução;
- O paciente tem necessidades de cuidado específicas que precisam ser satisfeitas e, quando não o são, advêm problemas de saúde que exigem intervenções de profissionais competentes até que possa se auto-cuidar;
- O processo de cuidar/cuidado é um dever ético e moral do enfermeiro, tendo o paciente direito ao cuidado de enfermagem e à saúde;
- A metodologia do processo de cuidar requer um marco referencial, cujos conceitos orientem a prática profissional;
- Utilizar classificações que padronizem a linguagem da Enfermagem.

Em busca de aperfeiçoamento, os planos de cuidados foram, gradativamente, sendo aprimorados, vinculando-se a estruturas conceituais para direcionamento das ações, organizando-se como um processo, e apresentando-se em diferentes etapas ou fases. Esse processo deve ser dinâmico, com as fases inter-relacionadas e interdependentes. Inicia-se sempre pela investigação, que inclui a coleta dos dados e a sua análise. Após, é realizado o levantamento de problemas e, então, elaborado o diagnóstico de enfermagem. Por meio do diagnóstico, é efetuado o planejamento dos cuidados e implementado o plano, analisando-se a efetividade das ações, modificando-se ou não o planejamento (HORTA, 1979). Assim, o processo de enfermagem proposto por Wanda Horta é descrito em seis fases ou passos distintos que se inter-relacionam.

### *5.1.1 Histórico de Enfermagem*

Para Horta (1979, p. 42), o PE inicia com o Histórico de Enfermagem (HE), que se constitui em um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas. Preferencialmente, a entrevista necessita ser de

forma informal para a coleta de informações durante a hospitalização. O HE, por ser conciso e objetivo, evita o desgaste emocional do paciente e dispêndio de tempo do enfermeiro em questionar assuntos que não direcionarão para a solução dos problemas, através das intervenções de enfermagem especificas.

A referida entrevista deve contemplar os seguintes itens: a percepção e as expectativas (experiências prévias, sentimentos, problemas, preocupações e o que sabe sobre a sua doença); o atendimento das necessidades básicas (alimentação, hidratação, sono e repouso, cuidado corporal, recreação, além das espirituais); exame físico; problemas ou padrões de comunicação. A informação sobre as internações anteriores tem o objetivo de identificar se já existe alguma experiência prévia com internação hospitalar. A partir disso, serão fornecidas orientações sobre as rotinas do hospital, podendo ser desnecessário deter-se a extensas histórias de patologias pregressas. As informações sobre recreação e prática religiosa interessam à enfermagem somente em casos específicos, quando solicitado pelo próprio paciente.

Horta centra as atividades do enfermeiro na satisfação das necessidades básicas dos pacientes, utilizando a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), a partir das classificações de Maslow e João Mohana. Conceitua NHB como “estados de tensões, conscientes resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais”. Já os problemas de enfermagem são “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, que exigem do enfermeiro sua assistência profissional” (HORTA, 1979, p. 39).

### *5.1.2 Diagnóstico de Enfermagem*

Após a coleta de dados, o próximo passo é a identificação dos problemas de enfermagem, através do Diagnóstico de Enfermagem.

> Na aplicação do processo de enfermagem, observou-se que o enfermeiro encontra grande dificuldade em estabelecer o diagnóstico de enfermagem, esta dificuldade tem sido relatada e sentida nas instituições de saúde que já aplicam o processo em todas as suas fases (p. 62). [...] Verifica-se, entretanto, que este diagnóstico é de composição complexa e extensa, pois enumera as necessidades básicas que estão afetadas em natureza e extensão. Por esse motivo, estudam-se e investigam-se síndromes de enfermagem que mais concisamente incluirão a interligação de necessidades básicas comuns e sempre presentes em certas condições do ser humano (HORTA, 1979, p. 64).

Em outras palavras, na teoria das NHB, um diagnóstico é, basicamente, a declaração de um problema real ou potencial, ou seja, identifica a existência de um estado indesejável, detectado a partir de inferências sobre os dados coletados no histórico de enfermagem e exame físico, servindo de base para a seleção de intervenções/cuidados de enfermagem. Atualmente, a adoção dessa etapa na prática de execução do PE ainda apresenta dificuldades, pois o enunciado do diagnóstico, de acordo com as recomendações da NANDA (2005), exige o uso de orações que traduzam os padrões de reação humana às doenças, fatores relacionados, explicação dos sinais e sintomas que levaram o enfermeiro a evidenciar tal fenômeno e à justificativa plausível, determinando a causa identificada como desencadeadora da situação.

Horta deu ênfase ao uso do termo problemas de enfermagem, ao invés de diagnósticos de enfermagem, pois, "quando a necessidade se manifesta, o faz por sinais e sintomas que em enfermagem, por enquanto, denominam-se problemas de enfermagem" (HORTA, 1979, p. 40). No presente estudo, a partir dos problemas de enfermagem detectados, foram elaborados protocolos, visando ao estabelecimento de intervenções/cuidados de enfermagem direcionados para a sua solução. Para diminuir os entraves associados ao receio da interpretação dos dados e elaboração da linguagem diagnóstica incorretos, foi considerado como problema de enfermagem toda situação com risco real ou potencial de agravo à saúde.

Horta (1979, p. 35) define o Diagnóstico de Enfermagem (DE) como "a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão". A NANDA é a principal organização que desenvolve e aperfeiçoa os diagnósticos de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Os diagnósticos de enfermagem reais e de síndrome possuem três componentes: o título, os fatores relacionados e características definidoras. Os diagnósticos de risco possuem título e fatores de risco; os de bem-estar, título e características definidoras.

Alfaro-Lefevre (2005) descreve as *regras* para diferenciação dos tipos de diagnósticos; são elas:

- *Diagnósticos Reais*: a base de dados do indivíduo contém evidências de sinais e sintomas ou de características definidoras do diagnóstico;
- *Diagnósticos de Risco*: a base de dados do indivíduo contém evidências de fatores de risco;
- *Diagnóstico Possível:* a base de dados do indivíduo não demonstra características definidoras ou fatores relacionados do diagnóstico, mas sua intuição lhe diz que o diagnóstico pode estar presente;

- *Diagnóstico de Bem-Estar*: baseia-se no reconhecimento de situações em que indivíduos saudáveis indicam um desejo de atingir um nível superior de funcionamento, em determinada área;
- *Diagnóstico de Síndrome:* existe quando o diagnóstico está associado a um feixe de outros diagnósticos.

### *5.1.3 Plano Assistencial de Enfermagem*

O Plano Assistencial de Enfermagem é um planejamento da assistência de caráter genérico. Envolve ações de encaminhamento, supervisão, orientação, ajuda e execução de intervenções/cuidados de enfermagem, constituindo-se no somatório de todas as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente hospitalizado (HORTA, 1979). A teoria das NHB é utilizada como um sistema de classificação, de acordo com o grau de dependência da assistência de enfermagem pelo paciente, porém, houve o entendimento de que o Plano Assistencial de Enfermagem tem pouca influência na totalidade do PE, tendo sido descartado no presente estudo.

### *5.1.4 Prescrição de Enfermagem*

A Prescrição de Enfermagem "é o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e especificas do ser humano". [...] A prescrição de enfermagem deverá ter como base os cuidados prioritários, mesmo que estes não estejam escritos; poderá existir uma folha somente para a prescrição de enfermagem ou se usa a própria folha de prescrição médica, desde que seja norma estabelecida pela instituição (HORTA 1979, p. 66). Quanto às características,

> a prescrição precisa ser concisa, clara e específica. Quando for prescrita mudança de decúbito, deverão ser explicadas as posições indicadas com os respectivos horários; assim também serão indicados os locais para a injeção intramuscular, obedecendo ao rodízio, quando assim for necessário. As prescrições deverão ser checadas, quando realizadas. Sempre que necessário será feita e anotada a observação referente à avaliação do cuidado prestado (HORTA, 1979, p. 67).

Assim, no modelo adotado, partiu-se do princípio de que todas as intervenções/cuidados de enfermagem prescritos são prioritários, porque dizem respeito a situações que envolvem a saúde do ser humano, embora seja dada prioridade àqueles procedimentos de caráter urgente ou emergencial.

*5.1.5 Evolução de enfermagem*

A Evolução de Enfermagem "é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional" (HORTA 1979, p. 67). Horta apresenta algumas características necessárias de serem contempladas por uma evolução de enfermagem.

> Anotar inicialmente a avaliação global do plano de cuidados (prescrição de enfermagem), os dados subjetivos seguidos pelos dados objetivos. Se for identificado um novo problema de enfermagem, avaliar se é sintoma das necessidades já identificadas ou surgimento de uma nova necessidade a ser diagnosticada. A redação deve ser clara, sucinta, evitar a mera repetição das observações já anotadas na avaliação dos cuidados especificados no plano de cuidados (prescrição de enfermagem) (HORTA 1979, p. 67).

A evolução proporciona subsídios para a avaliação da assistência prestada no turno de trabalho. É importante iniciá-la, colocando as queixas do paciente (subjetivo), depois as informações observadas pelo enfermeiro e as possíveis intercorrências durante a realização dos procedimentos (objetivo), e a conduta adotada. O modelo de redação baseado nesta ordem: subjetivo, objetivo e conduta (SOC) tem-se mostrado bastante eficaz na prática diária.

Da evolução poderão advir mudanças na prescrição de enfermagem para melhorar a assistência prestada ao paciente e, conseqüentemente, elevar o nível de atendimento em termos de qualidade. A evolução exerce um verdadeiro controle sobre a qualidade e a quantidade do atendimento, fornecendo dados para a supervisão de pessoal auxiliar (HORTA, 1979). Na instituição em que este estudo foi realizado, os enfermeiros redigem a evolução, no prontuário do paciente.

*5.1.6 Prognóstico de enfermagem*

O Prognóstico de Enfermagem tem a finalidade de indicar as condições que o paciente atingiu na alta médica, em relação ao grau de dependência remanescente. "Um bom prognóstico é aquele que leva ao auto-cuidado, portanto, à independência total" (HORTA, 1979, p. 68). É a estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas, após a implantação e implementação do plano de cuidados e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem. Também, um meio de avaliação do processo em si, pois mede todas as fases e chega a uma conclusão.

# 6 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia é o caminho do pensamento, e a prática inclui o conhecimento teórico em relação à realidade pesquisada. O presente estudo decorreu de um conjunto de métodos e técnicas que orientaram a pesquisadora na estruturação e desenvolvimento da pesquisa, possibilitando associar teoria e prática, com base na premissa de que o papel da teoria consiste em gerar idéias, hipóteses ou diretrizes para orientar a pesquisa e as interpretações (MINAYO, 2004).

Para tanto, considerou-se também que a pesquisa em enfermagem tem sua origem na realidade de saúde dos indivíduos, grupos, comunidades ou em questões específicas da profissão. Partindo dessas premissas, a construção do conhecimento sobre o processo de cuidar aconteceu em conjunto com os enfermeiros e técnicos de enfermagem, no próprio local em que atuam e a partir do conhecimento da realidade onde os profissionais estão inseridos, delineando, assim, o "encontro da prática assistencial e da investigação científica" (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 39).

Cabe destacar que o tema do presente estudo emergiu da prática profissional, acentuando a formação humana na perspectiva da administração do trabalho assistencial e do exercício da liderança do enfermeiro na equipe de enfermagem. A interface desta com a SAE objetivou qualificar tanto o cuidado quanto a vida de todos os envolvidos no processo saúde-doença-cuidado. Diante desta proposta, optou-se por realizar um estudo do tipo convergente-assistencial, buscando integrar a presente pesquisa no próprio ambiente de trabalho, para possibilitar mudanças de forma efetiva na prática administrativa e assistencial.

## 6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa[2] ancorado na concepção metodológica proposta por Trentini e Paim (1999), denominada *Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA).* Tem como característica principal a íntima relação com a prática e foi concebida como uma

[2]A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004). Na realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, o conhecimento e envolvimento no espaço social permitem ao pesquisador estar em contato direto com o objeto específico de seu estudo, propiciando um maior aprofundamento do fenômeno que investiga. A abordagem qualitativa adentra no mundo dos significados das ações e relações humanas desenvolvidas no contexto social pesquisado, estudando o fenômeno na sua totalidade e valorizando a subjetividade (TRENTINI; PAIM, 1999).

forma de enfatizar tanto o *pensar* quanto o *fazer*. Dessa forma, propondo a articulação *ação-reflexão-ação*, a PCA estimula o pesquisador a "distanciar-se" de sua prática para *pensar o seu fazer*, sem, no entanto, desligar-se dela; ao mesmo tempo, estimula-o a "mergulhar" na sua prática para *fazer o seu pensar*. A PCA mostra-se como um instrumento útil para "aprender a pensar o fazer" e nela estão implicados o "saber pensar" e o "saber fazer", provocando-se e alimentando-se continuamente (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 28).

Esta metodologia de pesquisa contempla três elementos básicos: pesquisa, assistência e participação, em que a fundamentação teórica vai sendo construída durante o processo da pesquisa. Ou seja, a sustentação teórica direciona a trajetória da pesquisa, apóia e dá sustentação ao tema.

Portanto, é um tipo de pesquisa que foge aos modelos tradicionais de investigação, pois não estabelece métodos específicos. O presente estudo constituiu-se de métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações, desde que atendendo os principais critérios da PCA: ter como propósito a resolução de problemas de natureza prática ou teórica; introduzir inovações no campo da prática; ser desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador ou o pesquisador se envolver no trabalho do contexto assistencial da pesquisa; envolver de maneira participativa os indivíduos investigados e reconhecer dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa. Sendo assim não se propõe a generalização, mas foi

> conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial; portanto se caracteriza como trabalho de investigação, porque se propõe a refletir a prática assistencial a partir dos fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras. O ato de assistir/cuidar cabe como processo da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 27).

A PCA auxilia na prática a qualificar o cuidado, pois mantém intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social. Portanto, este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado. Ainda que a prática assistencial e a PCA possuam características particulares, uma depende da outra, e ambas precisam ser desenvolvidas simultaneamente, pois a introdução da pesquisa, no cotidiano do processo de trabalho do enfermeiro, é um dos critérios básicos da metodologia convergente-assistencial (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 26). Nessa perspectiva, a PCA é uma maneira de *"pesquisar cuidando"* e de **"***cuidar pesquisando"* que exige discernimento suficiente para preservar tanto os pontos de articulação

entre estes processos como os elementos diferenciados de ambos e que lhes conferem especificidade. Prática profissional e conhecimento teórico estão ligados na PCA.

A justificativa para a escolha deste tipo de pesquisa como referencial metodológico para a construção deste estudo foi por proporcionar, além do levantamento e análise de dados concernentes ao tema de pesquisa, a possibilidade de discutir e refletir a respeito das estratégias adotadas buscando transformações na prática assistencial, de modo que o enfermeiro se torne mais preparado para melhor exercer a função de líder e administrar o trabalho de assistência ao paciente.

Na implementação desta proposta foram utilizados, como formas para a coleta de dados, a observação participante, o grupo de estudo, a pesquisa documental e a entrevista. As informações que foram coletadas através destas técnicas serviram como dados de pesquisa para concretizar o alcance dos objetivos.

## 6.2 Cenário do Estudo

O Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni, localizado na cidade de Rio Grande/RS, é uma instituição de alta complexidade de nível I[3], especializado no tratamento cardiológico, onde se realizam estudos e tratamentos hemodinâmicos e cirurgias cardiovasculares. Oferece atendimento de emergência, internação hospitalar em Unidade de Cuidados Intensivos (UTI) e Unidades de Internação, dispondo de 70 (setenta leitos). O serviço de enfermagem é exercido por 20 (vinte) enfermeiros e 62 (sessenta e dois) técnicos de enfermagem. Este hospital é um anexo do complexo hospitalar da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, tendo aberto suas portas para a comunidade, no dia 21 de janeiro de 2003. O credenciamento pelo SUS concretizou-se no dia 14 de setembro de 2003, quando, então, iniciaram as cirurgias cardíacas.

Tendo presente a reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), todos os hospitais vêm necessitando reestruturar-se. A Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG), habilitada junto ao SUS, através da Certificação como *"Hospital de Ensino e Pesquisa"*, por ter alcançando as metas preestabelecidas, firmou a Contratualização e foi credenciada para atender às especialidades médicas de alta complexidade de nível I, no

[3] a) Alta complexidade: conforme conceito do IBGE: São alguns serviços selecionados que exigem ambiente de internação com tecnologia avançada e pessoal especializado. b) Conceito do Ministério da Saúde; Portaria SAS Nº 968 / 2002; Portaria SAS Nº 174 / 2004. http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-174.htm. c) Mistério da Saúde: Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). http://mail.google.com/mail/?attid=0.1&disp=attd&view=att&th=116d521c5952d618. 13, 2007 6:08 PM.

tratamento clínico e cirúrgico em cardiologia, sistema vascular, oncologia, neurologia e traumatologia. Este credenciamento abrange o atendimento da população da metade da Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul.

As Unidades de Internação envolvidas no estudo estão localizadas no 2º andar do Hospital de Cardiologia. A Unidade 2100 é estruturada com 37 (trinta e sete) leitos, e a Unidade 2200 com 14 (quatorze) leitos. Essas se caracterizam por prestar atendimento a pacientes de pré e pós-operatórios de cirurgias cardíacas.

## 6.3 Participantes do Estudo

Integraram o grupo de estudo 03 (três) enfermeiras e 15 (quinze) técnicos(as) de enfermagem, que atuavam no cuidado a pacientes cirúrgicos, nos turnos da manhã, tarde e noite. A construção do Processo de Enfermagem contou com a participação efetiva das Enfermeiras e para a sua implantação e implementação obteve-se a colaboração de toda a equipe de enfermagem.

## 6.4 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição ACSCRG, com o parecer número: 011/2007. Em respeito aos princípios éticos, conforme a Resolução 196/96, a participação da equipe de enfermagem foi voluntária e confirmado por meio da assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Antecipadamente, houve esclarecimentos acerca dos objetivos e metodologia do estudo, bem como sobre o fato de que as informações obtidas no processo de coleta de dados eram confidenciais, garantido o sigilo que assegura a privacidade individual e coletiva da equipe, e seriam utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa. Para garantir o anonimato das falas obtidas durante as entrevistas, nomearam-se as enfermeiras com nome de flores, sendo elas: Rosa, Orquídea e Violeta. Foi ressaltado que, durante o estudo, poderiam desistir da participação a qualquer momento, sem que isso lhes fosse causar prejuízo de qualquer natureza. Assumiu-se o compromisso de garantir o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas da pesquisa, assegurando-lhes as condições de acompanhamento durante a sua realização e, também, devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se findasse.

# 7 O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO MODELO PRÓPRIO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL

A opção pelos métodos e técnicas de obtenção dos dados na PCA é ampla. A eleição pela observação participante, a formação do grupo de estudo e a análise documental constituiu a estratégia considerada a mais adequada para realizar o processo de construção do modelo próprio de trabalho da enfermagem do Hospital estudado.

## 7.1 A Observação Participante

A observação é um instrumento essencial ao pesquisador, pois, além de constituir-se no principal recurso utilizado para coletar dados, é também uma técnica básica de que o enfermeiro necessita para planejar e executar sua assistência especializada. Portanto, o fazer da enfermagem depende de um observar constante, cuja conseqüência é o direcionamento das ações do enfermeiro e equipe no processo de cuidar.

A observação participante[4] como técnica fundamental na obtenção de informações permite ao investigador a inserção nas atividades, aprendendo e experimentando no espaço social da pesquisa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como método em si mesmo, para compreensão da realidade (MINAYO, 2004, p. 134). A observação participante é assim chamada, porque parte do princípio de que o pesquisador tem sempre um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo afetado por ela (SPRADLEY, 1980, p. 58).

Como processo, este método é constituído de momentos decisivos. O primeiro deles foi à *entrada no campo* (MINAYO, 2004, p.143). Conversou-se inicialmente com a Chefia do Serviço de Enfermagem do Hospital Geral, com a finalidade de apresentar os objetivos do estudo e a trajetória a ser desenvolvida, envolvendo o grupo de enfermeiros atuantes no local de estudo e, em conjunto, delineou-se o cronograma de atividades (APÊNDICE B).

[4] Spradley (1980) estabelece cinco tipos de participação, determinados segundo o grau de envolvimento dos observadores, e que podem ocorrer no desenvolvimento de um estudo: Participação *completa*: o pesquisador é visto como um participante comum, pois já está familiarizado com o contexto social da pesquisa e se configura como o mais alto grau de envolvimento participativo. Participação *ativa*: neste tipo de envolvimento, o pesquisador inicialmente desenvolve a observação e, no decorrer, com o conhecimento e aprendizagem daquilo que os outros realizam, ele passa a externar o mesmo comportamento. Participação *moderada*: nesta participação, o pesquisador busca um equilíbrio entre a participação e a observação, em um pertencer ou não ao grupo. Participação passiva: o pesquisador está presente na ação, mas não participa ou interage com outros; após encontrar e determinar um lugar como "posto de observação", ele examina e toma nota dos acontecimentos ao seu redor. *Não*-participação: o observador não tem envolvimento com os pacientes ou atividades observadas, mas é possível coletar dados somente pela observação, sendo esta, em algumas situações de pesquisa, a única saída, quando o campo não permite nenhuma participação ou, por outro lado, pode ser uma estratégia, quando o pesquisador não possui desenvoltura necessária e deseja evitar envolvimento.

Por ser uma pesquisa realizada no próprio ambiente de trabalho, foram esclarecidos os objetivos do estudo e convidadas as enfermeiras para participarem do grupo de estudo do PE, o que foi acolhido por todas. A pesquisadora, na função de observadora participante, ao entrar no campo da pesquisa objetivou: incorporar-se nas atividades próprias da realidade social e observar e anotar as atividades, os atores com suas relações e os seus aspectos físicos da situação. Posteriormente, houve o envolvimento dos técnicos de enfermagem, no momento da implementação do PE.

O segundo momento foi entendido como a definição do *papel da pesquisadora* (MINAYO, 2004, p. 143). Percebeu-se que, ao realizar a observação, existiam dúvidas pertinentes ao pré e pós-operatório, possíveis alterações e intervenções de cunho teórico, no intuito de aproximar o conhecimento científico à prática assistencial. As relações com o grupo pesquisado e a coleta de informações foram facilitadas, pois essa forma de investigação permitiu a coleta de informações mais precisas, o grupo demonstrou mais interesse em participar na construção do estudo, e a pesquisadora foi vista como parte do cenário.

Nessa etapa da observação participante, a *saída do campo* (MINAYO, 2004, p. 143), constituiu outro momento crucial, pois os vínculos formados durante o desenvolvimento do estudo não se desfazem automaticamente com a finalização dessa etapa de pesquisa. Por ser um processo de construção da proposta do estudo, em função da delimitação do tema e da disponibilidade da pesquisadora, passou-se para a fase de análise dos dados da observação junto ao grupo de estudo.

## 7.2 Grupo de Estudo

A palavra *grupo* remete à reunião de pessoas. Entretanto, o agrupamento de pessoas não é suficiente para a composição de um grupo, o qual não se resume à somatória de indivíduos reunidos em um mesmo local. Grupo implica uma construção coletiva, empreendida por aqueles que dele fazem parte e que nasce da disposição de cada um e de todos em avançar para além de suas necessidades e objetivos particulares, dando primazia ao coletivo (TRENTINI; GONÇALVES, 2000, p. 74).

O *grupo de convergência ou convergente* tem a dupla finalidade de desenvolver pesquisa e de promover, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal e social de seus membros. Nele, articulam-se atividades de pesquisa e de prática assistencial/cuidado. Esse tipo de grupo tem sido usado na enfermagem para implementar propostas participativas de prática assistencial que possibilitem abstrações em torno dessa prática e a construção de

conhecimento a partir dos temas emergentes no grupo. “Os grupos de convergência têm a intencionalidade de produzir ‘bens-relações’ dentro de um processo participativo para a assistência e para a pesquisa em enfermagem” (TRENTINI; GONÇALVES, 2000, p. 74).

Pode ser visualizado, no estudo elaborado, que a consolidação do grupo de estudo se deu desde o momento em que as enfermeiras das Unidades, que fizeram parte do grupo inicial, reuniram-se com a finalidade de implantar o PE, elaborando os protocolos a partir dos diagnósticos dos pacientes no período de pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca, posteriormente sendo cadastrados no programa, com vistas a produzir a Prescrição de Enfermagem Informatizada (PEI). A coleta e a análise das informações, processadas simultaneamente, contribuíram para a possibilidade de incluir alguma ação necessária para realizar o estudo, porque se percebeu a dinâmica na área assistencial/cuidativa, sendo mostrada com clareza a trajetória do fenômeno, bem como as mudanças na prática assistencial ocorridas durante o processo de pesquisa.

Vale esclarecer que, para a implantação do PE, houve duas barreiras iniciais: uma relacionada à escolha, interpretação e aplicação do modelo conceitual; e outra relacionada à sua operacionalização no contexto da prática, situação em que outras dificuldades se interpuseram (ROSSI; CARVALHO, 2002). Assim, ao escolher o modelo de assistência, foi necessário ter informações básicas, para prever o grau de envolvimento do paciente no cuidado e algumas estratégias que pudessem ser mais úteis para este paciente e o grau de auxílio de outros profissionais que a situação pudesse necessitar.

Essa fase auxiliou a dirigir e priorizar a coleta de dados e definir qual modelo poderia ser mais adequado às condições do paciente. Na análise de seleção do modelo, levou-se em consideração que alguns são mais aplicáveis a indivíduos, outros à família e outros à comunidade; alguns pressupõem que o enfermeiro ou outro membro da equipe de enfermagem “forneça” a assistência, enquanto outros “favorecem o autocuidado” (ROSSI; CARVALHO, 2002).

## 7.3 Análise Documental

Desse modo, desenvolveu-se, com este estudo, um modelo próprio de trabalho do hospital, fundamentado em um processo sistematizado e planejado de cuidar, usando as idéias da abordagem, conforme proposto por Wanda de Aguiar Horta (1979); Classificação Diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2004); Alfaro-Lefevre (2005);

A pesquisa documental durou um mês e consistiu na coleta e registro de informações contidas na prescrição médica, na evolução de enfermagem, no livro de ocorrências e no prontuário do paciente, sobre os problemas apresentados. A partir disso, associou-se à consulta bibliográfica das intervenções possíveis de serem realizadas, com vistas à resolução dos problemas detectados e à elaboração dos diagnósticos e dos cuidados de enfermagem, construindo assim, os protocolos assistenciais para serem inseridos no programa, com vistas à geração da PEI.

A partir da análise realizada, elaborou-se, junto ao Setor de Informática do Hospital da Santa Casa, uma proposta de prescrição de enfermagem informatizada. Para tanto, foi realizado um levantamento dos principais requisitos para a prescrição e foi desenvolvido e implantado um *software* que serviu de modelo para a PEI.

No hospital de Cardiologia, o *software* foi implantado em um computador a fim de ser testado e aperfeiçoado de acordo com as necessidades e funcionalidades que lhe eram exigidas, bem como para reformular o modelo de prescrição existente até então. Após essa fase inicial de implantação e testes, o *software* teve sua instalação ampliada, permitindo assim que outros profissionais se utilizassem do sistema para a realização das prescrições e também ajudassem no processo de aperfeiçoamento do programa.

O *software* possibilita a criação de modelos de prescrições, o que agiliza o processo de elaboração e emissão da Prescrição de Enfermagem, sendo que os usuários podem criar modelos se tiverem permissão para isso. Este software possibilita tanto uma análise do quadro clínico dos pacientes quanto o acesso rápido, seguro às prescrições e aos procedimentos realizados, com o intuito do acompanhamento de todos os pacientes internados, efetuando a prescrição do melhor tratamento a ser implementado e evolução diária do seu quadro clínico.

Para construir este modelo de trabalho, foram realizadas reuniões semanais nos meses de maio a setembro de 2007, com as enfermeiras das Unidades 2100 e 2200, para estudo e reflexão sobre a adequação da coleta de dados/histórico de enfermagem, possíveis diagnósticos e cuidados de enfermagem nas diferentes fases do tratamento do paciente cirúrgico. Após, foi implantada e implementada a PEI pelas Equipes de Enfermagem. Visando a aperfeiçoar os conhecimentos técnico-científicos acerca do paciente cardiológico cirúrgico, na construção do PE, usou-se como estratégia a revisão de conceitos de diversos autores para a elaboração do referencial sobre a SAE.

# 8 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA

O modelo de trabalho foi concebido para ser um conjunto de etapas como: coleta de dados/histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação e avaliação/evolução de enfermagem, nas quais se sobressai a importância do cuidado individual e da solução de problemas. Para seu uso, efetuou-se a elaboração de protocolos, priorizando o pré e pós-operatórios de cirurgias cardíacas, contemplando os cuidados de enfermagem indicados às diferentes cardiopatias. Para isso, envolveram-se os profissionais de enfermagem, especialmente as enfermeiras, em sua construção, possibilitando assim sua implantação, implementação, manutenção e constante aperfeiçoamento.

Enfatizou-se que, por meio do planejamento dos cuidados, o enfermeiro tende a se aproximar mais do paciente, prestando-lhe cuidados diretos. Em conseqüência dessa forma de atuação, caracteriza-se um sistema de trabalho organizado, com o uso de um sistema computacional que auxilia a equipe de enfermagem no exercício de sua função primordial, ou seja: cuidar. Ao organizar o processo do cuidado de pacientes cardiopatas, através das intervenções de enfermagem, do pré e pós-operatórios de cirurgias cardíacas e de diferentes cardiopatias, produziu-se a prescrição de cuidados de enfermagem, expressa em objetivos diários da assistência a cada paciente, visando a uma melhor qualidade assistencial. Com isso, é possível perceber que nesta forma de organização do trabalho, o enfermeiro pode exercer a liderança e deliberar com autonomia sobre a realização de ações que requerem conhecimento, habilidade técnica e demais aspectos intrínsecos de sua função.

## 8.1 Coleta de Dados

Horta (1979) denomina a fase de Coleta de Dados (CD) como Histórico de Enfermagem (HE), que é um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas. Assim, o primeiro passo para determinar o estado de saúde do paciente foi realizar a CD, aplicando o HE. Sua finalidade principal foi colher dados subjetivos e objetivos identificados na entrevista com o paciente e no seu exame físico, relacionando aos exames laboratoriais, para constituir, assim, uma base de dados para poder formar um julgamento. Todos os passos do PE dependem dos dados coletados durante esta fase, por isso, houve a necessidade de assegurar que as informações obtidas fossem efetivas, completas e organizadas.

Alfaro-Lefevre (2005) utiliza a denominação Investigação[5] como a primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE) para a determinação da situação de saúde, que ocorre quando é feita uma entrevista com o paciente ou seu responsável, e o exame físico, coletando dados que garantam a certeza de possuir informações suficientes e necessárias para que o profissional tenha uma visão clara da saúde de uma pessoa.

Independentemente da denominação que se dá a esta fase, ela é operacionalizada por meio da entrevista, exame físico e exames diagnósticos, combinada com a informação coletada por outros prestadores de cuidado de saúde. A entrevista reflete a capacidade do enfermeiro em estabelecer um *rapport*, fazer perguntas, escutar e observar, sendo essencial à obtenção dos fatos.

Antes de iniciar uma entrevista é necessário: organização, um plano impresso, garantia de privacidade e tempo suficiente, concentração, demonstração de confiança e acolhimento. Em decorrência dessa etapa, não foram poupados esforços para garantir que as informações fossem corretas, completas e organizadas, tendo em vista que todo o plano de cuidados fundamenta-se nos dados coletados durante essa fase (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Foi construído um formulário[6], através do qual se buscou contemplar todas as informações como o estado funcional do sistema cardiovascular, que é determinado através da revisão dos sinais e sintomas do paciente, incluindo as experiências pregressas e atuais, tais como a dor torácica, hipertensão, palpitações, cianose, dispnéia, claudicação intermitente, ortopnéia, dispnéia paroxística e edema periférico, alterações importantes dos demais sistemas. Também, foi obtida uma história do paciente sobre as doenças importantes, cirurgias prévias, terapia medicamentosa, uso de drogas, álcool, tabaco e outros fatores de risco (SMELTZER; BARE, 2005).

Nesse contexto, a CD constitui-se em uma forma de identificar necessidades do paciente que aguarda a cirurgia cardíaca, o qual pode apresentar diversas dúvidas, ansiedades, medos com relação ao procedimento a que irá se submeter. Assim, a história pré-operatória e uma avaliação sistemática de todos os sistemas com ênfase na função cardiovascular devem

[5]Existem dois tipos de investigação para obtenção da Coleta de Dados válidos e pertinentes: a coleta ampla, geralmente obtida durante o contato inicial com o paciente, e a focalizada, destinada a coleta de dados específicos determinados pelo paciente, pela família ou pela situação. Neste sentido, se a pessoa tem uma queixa sobre determinado problema ou uma preocupação específica (coleta ampla) o enfermeiro deverá investir na investigação destes aspectos (coleta focalizada), (CARPENITO-MOYET, 2006).

[6]Para elaborar este formulário selecionou-se como referencial os autores BARROS, et al., (2002) e LIMA, et al., (2006). O referido formulário foi aplicado e, em sua avaliação, foi julgado ser um Instrumento que contempla os diferentes *sistemas do organismo humano*, em forma de *check-list*, contendo uma linguagem adequada, percebido como facilitador e, ao mesmo tempo, orientador na seqüência da investigação, sendo validado.

ser completas e bem documentadas, porque elas fornecem uma base para comparação pós-operatória. (SMELTZER; BARE, 2005, p. 782).

O exame físico mostra-se de suma importância para o conhecimento geral do paciente. Através dele, tem-se condições de prever possíveis alterações no trans e pós-operatório. Durante a sua realização, deve-se dar atenção para alguns fatores como: privacidade, posição e/ou conforto, atenção aos seus anseios, dando tempo para que ele expresse suas dúvidas e temores, esclarecendo-as de forma clara e com linguagem acessível.

O exame físico foi realizado de forma sistemática e com técnica especializada, cuja execução incluiu: inspeção, palpação, percussão e ausculta. De acordo com dois elementos: a condição da pessoa – iniciando o exame das áreas problemáticas antes de prosseguir para outras partes do corpo; ou de acordo com a preferência, pela abordagem por sistemas (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

A seqüência lógica na obtenção de informações auxilia na identificação dos problemas e das necessidades do paciente e, ao mesmo tempo, oferece suporte para a definição dos diagnósticos de enfermagem como subsídio para a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem individualizado, constituindo-se em um referencial para o desenvolvimento das etapas posteriores, o que facilita a dinâmica e organização do serviço em sua complexidade.

Após aplicar o formulário de Coleta de Dados a 07 (sete) pacientes, o grupo fez sua avaliação realizando algumas alterações em relação à sua organização. Depois de ter sido aplicado em outros 16 (dezesseis) pacientes, o instrumento foi validado pelo grupo de enfermeiras (APÊNDICE C).

## 8.2 Diagnósticos e Cuidados de Enfermagem do Pré e Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca

A identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) dos pacientes que se encontram no período pré-operatório de cirurgia cardíaca dá o direcionamento à assistência de enfermagem, fornecendo subsídios para a elaboração do plano de cuidados individualizado, implementação de intervenções, treinamento e qualificação da equipe (GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004). Fazer o DE mostrou-se um processo complexo que requereu conhecimento teórico, experiência prática e habilidade intelectual, técnica e de interação interpessoal, aplicados à observação, avaliação e interpretação do comportamento do paciente relacionado à saúde e, portanto, à vida (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004). Ou seja, neste estudo, o DE representou uma das etapas mais importantes do PE, além de ser uma fonte de

conhecimentos específicos que direciona o cuidado, facilita a pesquisa e o ensino e estimula o paciente a participar de seu tratamento.

Para a construção dos protocolos dos possíveis diagnósticos e respectivos cuidados de enfermagem, o grupo considerou os dados obtidos na observação participante, na pesquisa documental (problemas). Para tanto, os protocolos foram elaborados em forma de "diagnósticos com seus respectivos cuidados de enfermagem" (Apêndice D), alimentando o programa para a geração da PEI, possibilitando a qualificação dos enfermeiros como usuários do sistema desenvolvido, com vistas à consolidação de sua implantação e o seu uso como um instrumento facilitador da administração do trabalho assistencial e o exercício da liderança na coordenação da equipe de trabalho.

## 8.3 Prescrição de Enfermagem Informatizada

Os diagnósticos de enfermagem como condição para adequar a prescrição de enfermagem às reais necessidades do paciente, também se mostraram uma alternativa de aproximar a teoria ao contexto da prática. A prescrição de enfermagem é uma orientação escrita dos cuidados de enfermagem a serem prestados com base nos problemas específicos do paciente cardiológico cirúrgico. Constitui-se em um registro das ações planejadas nos períodos pré e pós-operatório, como também um meio de informação acessível entre os membros da equipe, para os demais profissionais e, inclusive, para o próprio paciente.

Oportuniza-se, com isso, um cuidado comprometido e direcionado às diferenças individuais, que servirá também como informação no pós-operatório imediato. Salienta-se que este planejamento não é, de forma alguma, fechado, isto é, o programa possibilita a alteração da prescrição a qualquer momento, podendo ser acrescentados novos cuidados, assim como suprimidos aqueles que não mais se aplicam às necessidades do paciente. Elaboraram-se protocolos de prescrição de enfermagem, a partir dos problemas pertinentes de pacientes no pré e pós-operatórios. Preconizou-se realizar três dias de Processo de Enfermagem de pós-operatório mediato na Unidade de Internação (APÊNDICE E), uma vez que, geralmente, a partir do quarto dia de internação nesta Unidade, o paciente deverá estar em condições de realizar o autocuidado, sendo prescritos somente os itens necessários da última prescrição de enfermagem e o preparo para a alta.

No primeiro dia de pós-operatório mediato,[7] priorizam-se: os controles dos sinais vitais, a aceitação da dieta, o incentivo e auxílio na saída do leito e deambulação, a avaliação da eficácia da analgesia, a realização dos cuidados com a incisão cirúrgica, a orientação sobre a importância da participação do familiar no cuidado e a verificação das características da urina e do volume urinário. Estes cuidados se justificam, em função de que a Unidade de Internação recebe o paciente, no dia em que foram retirados os drenos de tórax e mediastino, a sonda vesical, como também, com freqüência, é primeira saída do leito do paciente, ainda na Unidade Pós-Operatória (UPO), somando de 48 a 72 horas de pós-operatório.

## 8.4 Do Acesso ao Programa

O programa somente pode ser acessado por pessoa autorizada e mediante *login* e senha próprios, ou seja, após o seu cadastramento. Tem como um de seus principais cuidados a segurança na inserção dos procedimentos. Isto porque o programa está incluído nos padrões de segurança da instituição e sua configuração para acesso inicial exige necessariamente que o enfermeiro esteja cadastrado para acessar o programa, registrando seu nome completo e o número do seu registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN/RS). Assim, quando o instrumento for impresso, nele constará o seu nome como enfermeiro responsável pela prescrição. Para tanto, deve-se clicar em “Cadastro de Enfermeiros” (Figura 1).

Para utilizar o programa, deverão ser cadastrados os Modelos de Prescrição de Enfermagem e Cuidados Específicos. Para isto, deve-se clicar o ícone “Cadastrar modelos”. Para cadastrar cuidados específicos, o procedimento é similar. O enfermeiro deverá clicar em “Cadastrar AutoTexto” e inserir quantos cuidados forem necessários ao respectivo diagnóstico de enfermagem. Este cadastro é em forma de frases e permite acrescentá-los na prescrição do paciente, quantos o profissional eleger (Figura 2).

Logo após, uma nova janela se abrirá (Figura 03), devendo-se clicar em “novo” e descrever toda a prescrição. No final da operação, clica-se em “OK” e o novo modelo será automaticamente armazenado na rede, para uso dos profissionais autorizados para diferentes pacientes e nas diversas situações.

[7] Definição de pós-operatório: o período que se inicia a partir da saída do paciente da sala de cirurgia e perdura até a sua total recuperação. Subdivide-se em: Pós-operatório Imediato, que inicia ao término da cirurgia até 24 horas depois. Pós-operatório Mediato, após 24 horas e até 07 dias depois. Pós-operatório Tardio, após 07 dias do recebimento da alta.

**Figura 1**: Tela inicial para acesso ao programa.

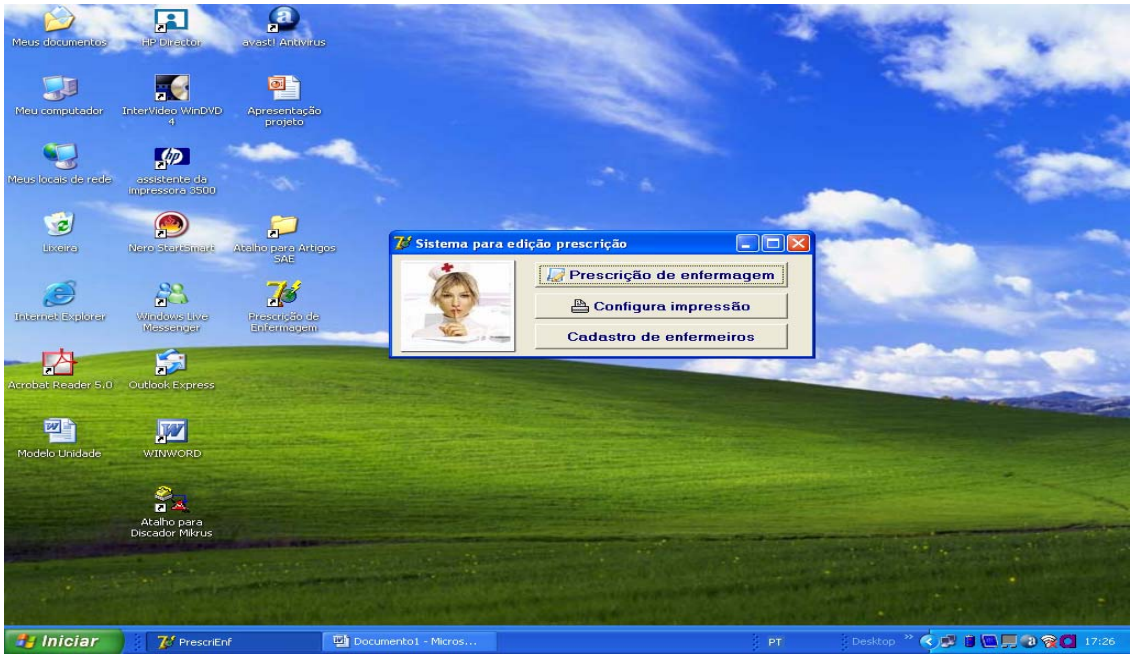



**Figura 2**: Tela de Cadastro de Modelos e AutoTexto (cuidados específicos).

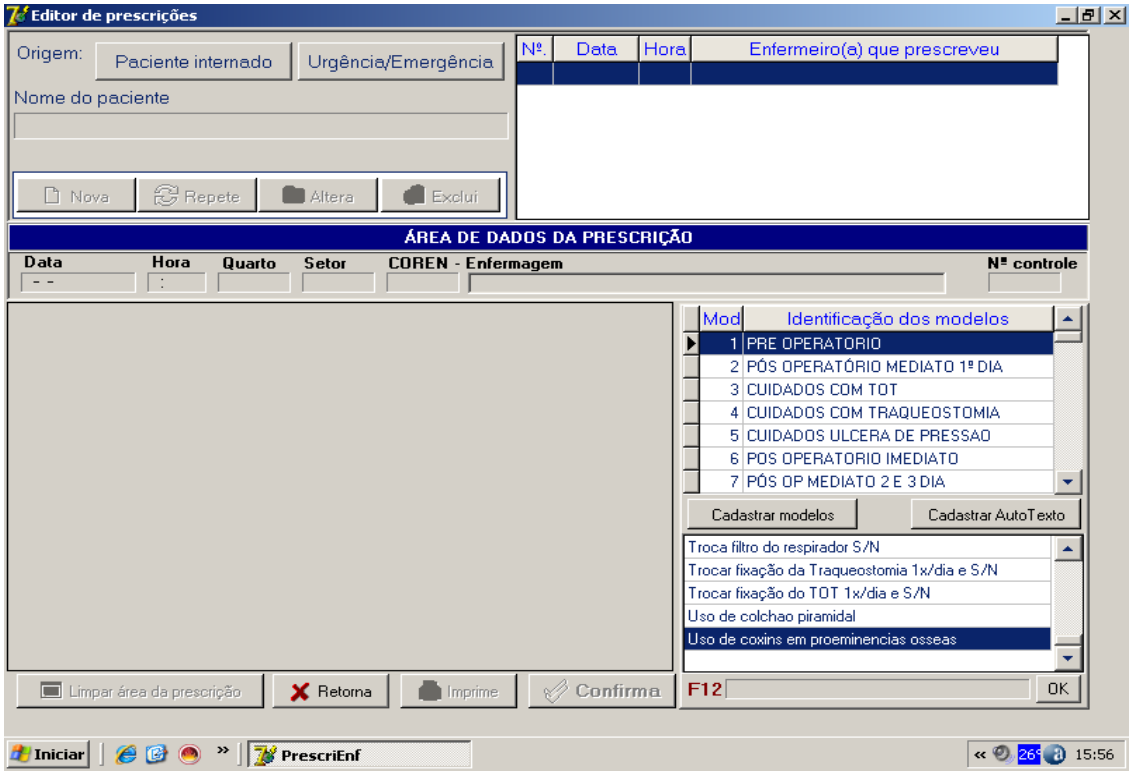
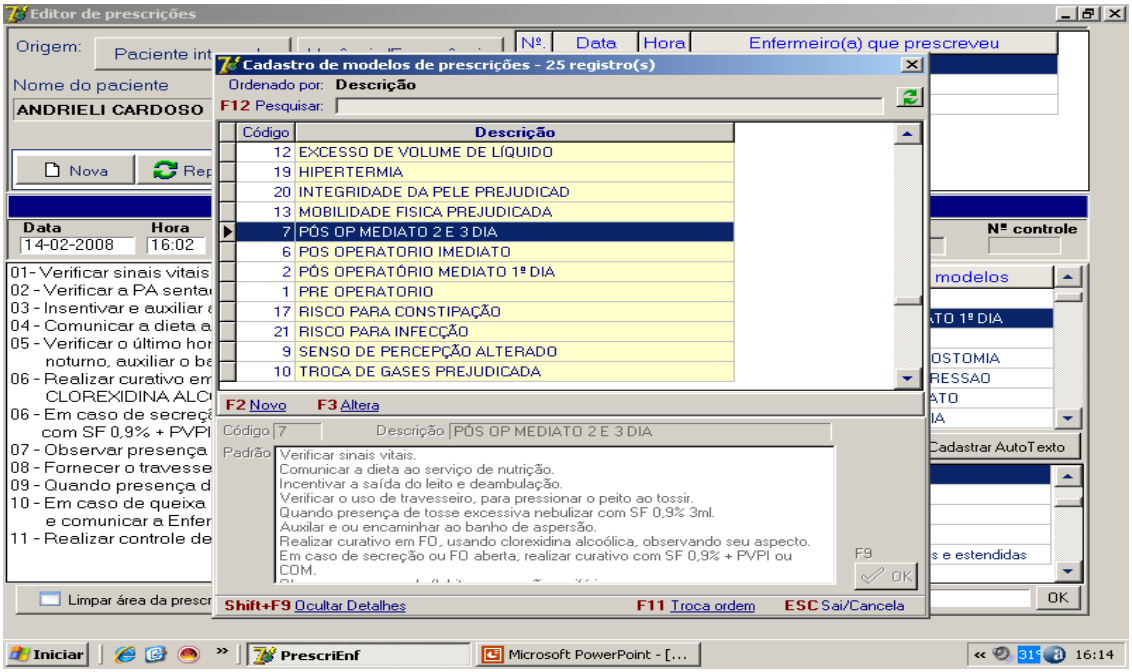


**Figura 3:** Tela de Cadastro de Modelos de Prescrição de Enfermagem.



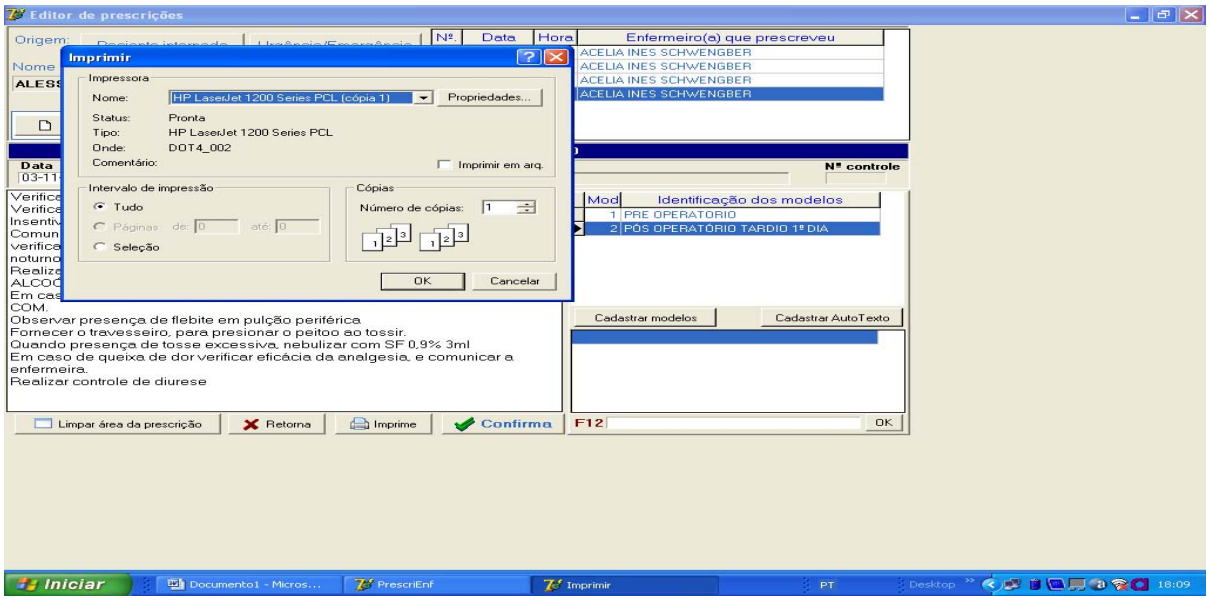

8.5 Da Seleção do Paciente para Efetivar a Prescrição de Enfermagem Informatizada

Após acessar o programa clicando no ícone “Paciente Internado”, o enfermeiro poderá visualizar a lista completa dos pacientes. Após, irá selecionar aquele para o qual deseja prescrever os cuidados de enfermagem. Automaticamente, o programa fornecerá o seu histórico e, quando for o caso, o histórico das prescrições de enfermagem deste paciente. Poderá escolher, se deseja repetir a última prescrição ou realizar uma nova. Caso opte pela repetição da prescrição, ainda assim, poderá alterá-la a qualquer momento, ao clicar na tela da “Área de dados da prescrição”.

Caso o enfermeiro deseje realizar uma nova prescrição, clicará em “Nova”, logo abaixo do “Nome do Paciente”. Após, deverá informar seu número do COREN. Somente assim poderá realizar a prescrição do dia, sendo que terá como auxílio os modelos pré-cadastrados e os autotextos, bem como poderá prescrever qualquer outro cuidado na “Área de dados da Prescrição”.

Para utilizar os modelos ou autotexto, basta clicar duas vezes nos que desejar, e estes irão automaticamente para a área de dados, na ordem que foram selecionados. Após, deverá clicar em “Confirma” e a prescrição será armazenada na rede e impressa, conforme a ordem do enfermeiro (Figura 4).

**Figura 4:** Impressão da Prescrição de Enfermagem.




A prescrição de enfermagem informatizada contempla instruções escritas específicas para comunicar à equipe de enfermagem as ações ou procedimentos a serem executados para o paciente. É realizada diariamente e tem validade máxima de 24 horas, sendo alterada sempre que for necessário; deve ser cumprida por todas as categorias funcionais da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem). O cuidado que foi realizado deverá ser checado e rubricado por quem o realizou, para servir de base para o controle de sua realização e/ou posterior auditoria, que tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada.

## 8.6 Evolução de Enfermagem

Conforme preconizado no modelo de trabalho elaborado, a evolução de enfermagem constitui-se de um relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no paciente, enquanto estiver sob assistência profissional, além de caracterizar-se como uma avaliação global do plano de cuidados contemplado na prescrição de enfermagem informatizada. Assim, a partir da avaliação das respostas do paciente às ações planejadas, prescritas e executadas, o enfermeiro tem condições de modificar, atualizar e/ou adequar o plano de cuidados, além de obter informações para a avaliação do alcance dos resultados esperados.

# 9 A PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS EM RELAÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

Ampliando a visão frente às novas demandas do mercado de trabalho na área da saúde, que exigem dos profissionais mudanças para acompanhar o desenvolvimento técnico-científico, buscam-se, assim, profissionais qualificados, experientes e especializados. Diante desses desafios, realizou-se uma entrevista[8], com vistas a conhecer a percepção das enfermeiras envolvidas no estudo sobre a utilização do PE na prática cotidiana e avaliar sua eficácia como instrumento para a administração do trabalho e o exercício da liderança da equipe de enfermagem. Consistiu nas seguintes questões: a percepção das enfermeiras em relação à SAE, ao PE, à PEI e às aptidões pessoais e profissionais do enfermeiro para administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem na realização do trabalho assistencial.

A proposta de se usar a entrevista procedeu, justifica-se por atender aos objetivos da pesquisa e por ser esta uma construção conjunta de trocas de conhecimento e vivências. Além disso, "este tipo de pesquisa valoriza a participação de todos os envolvidos e, portanto, há necessidade de envolver os informantes no processo, incluindo contatos repetitivos" e, ainda, por ser, uma forma de avaliar a motivação (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 87).

Pontuando questões consideradas emergentes do contexto refletido com os sujeitos que participaram na construção, implantação e implementação do PE, a entrevista possibilitou investigar a percepção das Enfermeiras envolvidas no estudo, em sua máxima profundidade. A partir da organização e análise dos dados obtidos nas entrevistas, surgiram as categorias a seguir apresentadas.

## 9.1 A percepção das Enfermeiras em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem

A SAE é percebida como instrumento facilitador na execução do trabalho da enfermagem e, se elaborada de forma adequada, constitui-se em um guia norteador para a equipe, qualificando o cuidado de enfermagem, pois ***"a SAE dá uma direção ao planejar o cuidado juntamente com os conhecimentos científicos adquiridos na academia e com a***

[8] A entrevista é uma técnica na qual, intencionalmente, o pesquisador recolhe informações a partir da fala dos atores sociais sobre determinado tema científico. Daí ser sempre uma situação de interação, em que as informações fornecidas pelos entrevistados podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador. Autores como Marconi; Lakatos (2006), Minayo (2004), Trentini; Paim (1999), são unânimes ao considerar que a entrevista é a técnica mais usada no trabalho de campo. Há várias modalidades de entrevistas: a) entrevista individual, na qual o entrevistador interage face a face com o entrevistado; b) entrevista coletiva do entrevistador face a face com um grupo de pessoas; c) entrevista feita por meio de questionários fechados ou abertos, que consiste em roteiro escrito, no qual cada questão será seguida da descrição de respostas estabelecidas pelo pesquisador. Quanto à estrutura, a entrevista pode ser classificada em três tipos: entrevista fechada, entrevista aberta e entrevista semi-estruturada (TRENTINI; PAIM, 1999).

***sistematização já existente no local de trabalho"*** (Rosa). ***"É uma grande melhora para o cuidado com o paciente..."*** (Violeta). Em outras palavras, é um recurso que o enfermeiro possui para modificar a atual realidade vivenciada em seu setor de trabalho, por possibilitar o planejamento dos cuidados diários da assistência prestados ao paciente, prescritos, expressos e registrados, organizadamente (LUNARDI FILHO, 2006).

O cuidado de enfermagem é uma continuidade, sendo imprescindível o envolvimento, a integração da equipe, dos diversos turnos de trabalho, ou seja, nas 24 horas do dia, para proporcionar segurança e tranqüilidade ao paciente e familiar. Portanto, ***"a Sistematização é que dá visão de continuidade ao serviço da Enfermagem"*** (Rosa). Para tanto, faz-se necessário transmitir ao colega, que sucede no atendimento, algo percebido como importante e que não foi possível realizar pelo paciente em momento anterior. Assim, entende-se que todos os profissionais de enfermagem contribuem com informações para a implementação dos cuidados, realizando um verdadeiro cuidado em equipe. Como, também,

> constata-se que, quando as informações estão organizadas e documentadas de forma sistematizada, a comunicação é operacionalizada e facilita a resolução dos problemas específicos de cada paciente, impulsionando os enfermeiros a explicitar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos e ampliar a visibilidade do saber da enfermagem frente ao paciente e à equipe multiprofissional (SPERANDIO; ÉVORA, 2005, p. 938).

Um cuidado adequado às necessidades do paciente exige do profissional, a capacidade de perceber e identificar as suas necessidades, sendo estes atributos advindos do conhecimento e da experiência no exercício da enfermagem. ***"É perceptível que a sistematização da assistência aumenta em muito a qualidade na prestação do serviço, [...] favorecendo, desta forma, a manutenção do bem-estar e o melhor atendimento das necessidades do paciente"*** (Orquídea). Por isso, é importante destacar que o profissional de enfermagem, uma vez inserido em uma organização que presta serviço ao outro, é responsável pela qualidade do atendimento que é dispensado ao ser cuidado e, para tal, deve empenhar-se e oferecer o melhor de si para assegurar o cuidado humanizado (COSTENARO; LACERDA, 2001).

Portanto é importante para a realização de um trabalho coletivo ***"manter a harmonia no ambiente de trabalho, sabendo ouvir e intervir nas situações, [...] favorecendo o bem estar, auxiliando a equipe de enfermagem na assistência de enfermagem"*** (Orquídea). Enfatiza-se o trabalho se desenvolva em equipe, que, através da interação dos profissionais se

valorize o potencial para o *bem-estar*, mas também para o *estar melhor*[9]. O interesse do enfermeiro e de sua equipe precisa estar direcionado ao estar melhor da outra pessoa, no seu existir pleno, em ajudar o outro a ser o mais humano possível em um momento particular de sua vida (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Nesse sentido, ***"a SAE é uma das formas de prestar uma assistência mais humanizada e integral ao paciente"*** (Rosa), "***respeitando a integridade do seu biopsicosocial e espiritual"*** (Orquídea), pois, quanto mais acurada for a percepção do profissional, tanto mais poderá prestar o cuidado, de acordo com as peculiaridades e singularidades de cada pessoa. ***"Vejo a SAE como uma forma de padronizar rotinas de cuidados, mas que, muitas vezes, ela não é aplicada, uma vez que a necessidade do paciente requer flexibilidade na padronização"*** (Rosa). Desse modo, para que o enfermeiro consiga promover o paciente como sujeito e protagonista de seu cuidado e tratamento, é preciso que lhe sejam apresentadas e oportunizadas condições de participação, ou seja, habilidade de comunicar-se e de compreender informações, de raciocinar e deliberar sobre sua escolha, segundo seu próprio conjunto de valores e metas.

Portanto, o cotidiano da enfermagem apresenta-se repleto de possibilidades, desde que o enfermeiro demonstre um olhar mais atento, além de suas próprias experiências, apoderando-se de conhecimentos técnico-científicos, incorporando novos conceitos e tendências de saber, para que possa descortinar o ser humano carente de cuidado, objeto do seu trabalho, e entendê-lo sem contradições, assumindo por inteiro que uma das suas principais funções é o gerenciamento do cuidar. A implementação da SAE oportuniza subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação das ações, priorizando o atendimento ao paciente. Dessa forma, pode-se considerar a SAE como um instrumento de comunicação de informações relevantes e pertinentes sobre os cuidados de enfermagem e o paciente (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

## 9.2 A percepção das Enfermeiras em relação ao Processo de Enfermagem

O PE, sendo um instrumento metodológico, possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como o paciente responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2004). ***"O Processo de Enfermagem (PE) é essencial***

[9]*Bem-estar* refere-se a um estado de estabilidade, ao passo que *estar melhor* implica estar no processo de tornar-se tudo que é humanamente possível (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

***no trabalho da nossa profissão, [...] pode-se diagnosticar cuidados, prescrevê-los"*** (Rosa). "***É o processo no qual temos a autonomia de planejar e prescrever um plano assistencial"*** (Orquídea). Evidencia-se, desse modo, que o PE constitui-se em uma metodologia estratégica para a organização da assistência, apresentando-se como um processo básico para uma maior visibilidade do trabalho do enfermeiro, no desempenho autônomo de suas atividades profissionais.

Assim, em relação à visibilidade e autonomia profissionais, ambas tão almejadas pelos enfermeiros, são conquistadas com a explicitação do domínio do conhecimento refletido no pensar, no planejar e no fazer profissional possibilitado com a sua utilização, tornando-se perceptível aos demais, pois, ***"através do processo, podemos [...] interagir com a equipe multiprofissional, [...] dando suporte ao trabalho de nossa equipe"*** (Rosa). ***"Para que o processo aconteça é necessário que se tenha embasamento teórico–prático. É fundamental, dá um suporte maior"*** (Orquídea). Assim, há o pressuposto de que o trabalho precisa ser organizado, de modo a permitir o exercício da criatividade, liberdade e autonomia, características profissionais e de cidadania extremamente necessárias às mudanças e transformações, para que satisfaça tanto os pacientes como os próprios profissionais que exercem o seu cuidado, correspondendo ao que é ética e moralmente esperado daqueles que exercem a enfermagem (LUNARDI FILHO, 2006).

Sobretudo, é importante refletir sobre as ações e rever os significados que se está atribuindo ao PE, ao longo dos últimos anos ou décadas, tanto no ensino quanto na prática profissional assistencial e de pesquisa. Precisa-se compreender para criar novos significados para ele, assumindo, em primeiro lugar, a premissa básica de que "quem exerce" enfermagem são seres humanos que cuidam de seres humanos ou, como disse a Dra. Wanda de Aguiar Horta, "gente que cuida de gente". Portanto, há o entendimento compartilhado de que o PE "***é uma forma de assistir o paciente como um todo, de ver suas necessidades imediatas e de contribuir para o bem-estar físico e social"*** (Rosa).

Em outras palavras, há o entendimento de que o profissional de enfermagem não pode limitar a sua atenção ao atendimento apenas daquilo que é visível no corpo do paciente. Ampliar a sua visão para o todo é uma necessidade. O enfermeiro, ao prestar o cuidado, deve atentar para que suas ações não se traduzam num fazer automático, sendo necessário valorizar os aspectos humanos relacionados ao paciente e à família, em seu contexto sóciocultural e espiritual (COSTENARO; LACERDA, 2001).

Assim, é indispensável a identificação dos sentimentos, temores, dúvidas e expectativas dos pacientes, principalmente, durante o pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Portanto, no âmbito hospitalar, o enfermeiro pode desempenhar um papel muito mais abrangente no cuidado de um paciente, contribuindo para que esteja mais bem preparado para vivenciar situações estressantes como um procedimento cirúrgico complexo.

*"**O PE contribui para que a liderança da enfermeira se torne mais fácil, clara e fundamentada"*** (Rosa), ou seja, ***"o PE é instrumento facilitador da liderança"*** (Orquídea). Percebe-se que há o entendimento de que o PE instrumentaliza o enfermeiro a exercer a administração do trabalho e liderar a equipe, por meio do planejamento da assistência de enfermagem. Às inúmeras atribuições a serem apreendidas pelo enfermeiro, somam-se as expectativas frente à liderança, humanização da assistência, competência, motivação e desenvolvimento de relações terapêuticas.

## 9.3 A percepção das Enfermeiras em relação à Prescrição de Enfermagem Informatizada

A informação é um componente crítico da tomada de decisão eficaz e da alta qualidade da prática de enfermagem (ÉVORA, 2007). Desse modo, o uso do computador no dia-a-dia da enfermagem pode ajudar o enfermeiro a organizar e administrar o montante de informações com o qual tem de lidar diariamente, fornecendo, em tempo real, todo e qualquer dado de que necessita para o desenvolvimento de ações pertinentes às tomadas de decisão em relação ao trabalho assistencial. ***"Torna-se mais fácil prestar assistência a um paciente, quando temos um 'sistema' como forma de apoio, de amparo"*** (Rosa). Portanto, a capacidade de tomar decisões é saber avaliar situações, analisar alternativas e dirigir-se para a execução de ações e alcance dos objetivos. Entretanto, o computador é apenas um recurso tecnológico, pois a capacidade de decisão resulta da combinação de um bom instinto e disposição de assumir riscos e desenvolve-se à medida que o enfermeiro aprende a confiar em seus julgamentos e tendências.

Assim, ***"a prescrição informatizada nos possibilita, ao diagnosticar um problema de um paciente, ter em mãos todos os cuidados de enfermagem necessários para minimizar esse diagnóstico, facilitando, assim, o processo de liderança da enfermeira e contribuindo para a educação continuada de nossa equipe"*** (Rosa). Portanto, o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência à luz de um referencial teórico e instrumentalizado pela Prescrição de Enfermagem Informatizada (PEI) tem maiores oportunidades de adquirir e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras, para associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares e estabelecer relações de trabalho mais acuradas e produtivas.

A informática em enfermagem é um novo paradigma que se apresenta ao enfermeiro, o que se mostra cada vez mais pertinente pelos avanços da tecnologia computacional (ÉVORA, 2007). A enfermagem já vem fazendo uso dela em várias esferas de atendimento, no seu dia-a-dia, mas pode fazer maior uso e ajudar ainda mais na qualidade do cuidado. ***"Vejo a prescrição informatizada como um instrumento facilitador do cuidado, dando à equipe um maior tempo para resolver os problemas desse paciente, junto ao leito"*** (Rosa). Desse modo, é relevante que o profissional compreenda como a tecnologia da informação pode modificar o seu trabalho diário e, também, de como usufruir de seus benefícios para criar novas oportunidades e ocupar espaços frente aos processos de mudança.

***"A prescrição de enfermagem é um instrumento riquíssimo na melhoria da assistência de enfermagem. Pode-se prever possíveis necessidades, uma vez que, através da prescrição, temos em mãos as possíveis alterações que possa ter um paciente pós-operatório e, desta forma, traçar um plano de cuidado, fornecendo subsídio para que a equipe de enfermagem assista melhor o paciente, uma vez que os sinais e sintomas serão melhor apurados. Além do mais, com respaldo palpável, [...] se saberá que a assistência no período pré e pós-operatório se dará de forma única*** (Orquídea). Prestar cuidados aos pacientes, buscando a melhoria na qualidade e maior produtividade requer que se considere a informatização como ferramenta que, se utilizada adequadamente, resultará na otimização das atividades e dos seus resultados (ESPERANDIO; ÉVORA, 2005).

***"Assim, se elabora um plano de cuidados, de acordo com as reais necessidades dos pacientes, por profissionais que estão diariamente com eles, agilizando, desta forma, a organização e o trabalho da equipe"*** (Violeta). Desse modo,

> pode-se considerar que a prescrição de enfermagem é um método de comunicação de informações importantes sobre o paciente, concebida para promover cuidados de qualidade, através da facilitação do cuidado individualizado e da continuidade deste mesmo cuidado, constituindo-se, além disso, num mecanismo para a avaliação da assistência prestada (LUNARDI FILHO, 1997, p. 65).

Percebe-se que começa a haver a conscientização dos profissionais de enfermagem acerca das possibilidades da utilização da tecnologia da informação na realização do seu trabalho, redundando na reorientação do produto final, no sentido de beneficiar o paciente, reduzir os custos e racionalizar a execução do próprio trabalho. Esse tem sido o grande desafio do uso da informática em enfermagem (ÉVORA, 2007). Portanto, considerando a relevância da PEI e da SAE como um todo para a prática profissional da enfermagem, mostra-se necessário capacitar melhor os profissionais para a sua efetiva incorporação ao seu fazer

cotidiano, trabalhando com instrumentos específicos e aplicáveis a cada realidade, de forma a oferecer um cuidado integral e qualificado aos pacientes.

### 9.4 As aptidões pessoais do Enfermeiro para administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem na organização do trabalho

A liderança é a força básica por trás de toda mudança bem-sucedida. A liderança funciona através das pessoas e da cultura, é flexível e carismática. A enfermagem precisa de líderes comprometidos e motivados para direcionar o desenvolvimento dos processos de trabalho, ou seja, administrar o trabalho assistencial com foco na necessidade dos pacientes e capazes de estruturar humanamente o desenvolvimento científico e tecnológico, fundamentando-se na consciência ética e em prol da capacidade de criação do homem (HIGA; TREVIZAN, 2005).

O exercício da liderança tem seu eixo norteador nas diversas situações que se apresentam no ambiente de trabalho: ***"implementar rotinas e cuidados; manter a organização da unidade e posto de enfermagem"*** (Orquídea). Assim, a maturidade de trabalho refere-se à capacidade de fazer alguma coisa, ou seja, está relacionada ao conhecimento e à capacidade técnica de administrar essas situações. Desse modo, ***"para exercer a liderança junto à equipe, é necessário se ter conhecimento científico e prático na coordenação do trabalho, interagir com a equipe de enfermagem, atendendo as necessidades da equipe e do local de trabalho"*** (Rosa)**.** A maturidade psicológica está relacionada com a disposição ou motivação de realizar algo mais. Como líderes de equipes, isto é, assumindo a liderança da assistência prestada ao paciente, os enfermeiros são pontes do contato pessoal, próximo e contínuo com os pacientes.

Em outras palavras, é necessário que o enfermeiro ***"tenha conhecimento técnico-científico apropriado para que possa exercer a liderança com mais embasamento, fornecendo segurança à equipe de enfermagem e um bom funcionamento do setor em que trabalha"*** (Orquídea). Aqui, ressalta-se a importância de aperfeiçoar o conhecimento teórico-prático existente e de integrar saberes, partindo da valorização da sistemática de trabalho já presente e que foi o resultado de uma construção coletiva e progressiva da equipe de enfermagem da Instituição. O enfermeiro é responsável pela implementação do cuidado a cada paciente, individualmente, o que lhe confere oportunidade de orientá-los e de prestar-lhes informações completas e precisas sobre os procedimentos que os integrantes da equipe de enfermagem, ou outros profissionais da saúde, desempenharão com eles e para eles.

É importante deixar de ser simples executor de tarefas ditadas por outros ou por normas e assumir a autodeterminação de suas funções e ajustar princípios e medidas administrativas à solução de problemas específicos da área. Nessa ótica, estão implícitas algumas atitudes necessárias ao enfermeiro para o exercício de sua profissão, em relação à administração do trabalho e à liderança da equipe de enfermagem: ***"ser criativo, resolvendo problemas com agilidade e precisão"*** (Rosa) e ***"transmitir segurança de seus atos, confiar na equipe, zelar pelo bom funcionamento da unidade"*** (Violeta) como também, ***"respeitar as opiniões dos funcionários, [...] mantendo harmonia do setor de trabalho; ter um bom relacionamento com as chefias para que, com a [união], o paciente sempre seja melhor assistido"*** (Orquídea). Portanto, a criatividade é uma das habilidades pessoais necessárias para planejar as ações de enfermagem, especialmente, ao auxiliar nas tomadas de decisão e adequar os recursos humanos e materiais à implementação da assistência planejada e desejada.

Na atuação da equipe de enfermagem, cujas ações profissionais são centradas na assistência ao paciente, comunicar implica emitir, receber e codificar mensagens verbais e não-verbais, através de expressões, simbologias, palavras e também posturas e atitudes. Assim, a capacidade de comunicação é entendida como um requisito básico para a atuação do enfermeiro. Desse modo, para administrar o trabalho e liderar a equipe, o enfermeiro precisa estabelecer e ***"manter uma boa comunicação com a equipe, sempre de forma clara e acessível"*** (Rosa)**.** Por sua vez, a capacidade de trabalhar em equipe também é vista como um outro requisito básico como, por exemplo, quando o enfermeiro se predispõe a ***"assistir o paciente no leito, prestando cuidados e auxiliando a equipe a realizar esses cuidados"*** (Rosa).

O ato de zelar por alguém só existe quando é sentido, vivido, experienciado. Isto envolve respeitar o outro e a si mesmo como ser humano e também como profissional (WALDOW, 1998). Diante dessa assertiva, para que a atmosfera de cuidado ocorra de forma verdadeira e acolhedora, é importante que a intenção do cuidador fique clara, ou melhor, seja demonstrada genuinamente por palavras e ações. Essas ações são repletas de sensibilidade, delicadeza, solidariedade e profissionalismo e utilizam a relação interpessoal como base entre seres humanos. Zelar, portanto, é ***"manter uma conduta profissional frente ao paciente e a equipe multiprofissional; acreditar na equipe de enfermagem, estimulando a estar sempre procurando melhor assistir o paciente"*** (Orquídea).

Nessa perspectiva, a liderança pode ser compreendida e desenvolvida, desde que haja interesse e iniciativa. Dentre as habilidades de liderança exigidas, destacam-se: conhecimento,

experiência, confiança, capacidade de trabalhar em equipe, de resolver problemas, autodesenvolvimento, relacionamento interpessoal, comprometimento e respeito entre a equipe e saber ouvir (SIMÕES, 2001). Pode-se dizer que esses atributos de liderança estão presentes na abordagem da maioria dos autores que a desenvolvem; dessa maneira, é valoroso, para a enfermagem, cultivar essas atitudes.

Cada vez mais se tem clareza da importância do papel da Enfermagem, não apenas dentro de um hospital, mas em todo o sistema de saúde, e da relevância da qualidade do desempenho de seus profissionais. A responsabilidade atribuída ao enfermeiro e os inúmeros aspectos que dele dependem para uma boa assistência talvez ajudem a entender o motivo da grande valorização e preocupação da precisão técnica e seu embasamento em conhecimentos científicos.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares são devidas, em sua maioria, a causas multifatoriais, necessitanto, para tanto, de soluções multidisciplinares. Assim, exigem intervenções de diferentes profissionais da área da saúde, o que requer do enfermeiro o gerenciamento de intervenções para uma melhor abordagem e administração do trabalho assistencial. Para cuidar de pacientes com alterações cardiovasculares, é necessário, além de conhecimentos específicos e atualizados, que permitem identificar o problema real e o risco para o problema, levando em consideração a prevenção de outras alterações e a promoção da saúde, o desenvolvimento contínuo de diferentes habilidades, dentre as quais, a liderança.

Tendo presente a complexidade e os recursos disponibilizados para o tratamento especializado de doenças cardiovasculares em âmbito hospitalar, e considerando o ser humano como sujeito do cuidado cardiológico, buscou-se contemplar um conjunto de pré-requisitos que envolvem tanto o preparo como a recuperação do paciente em tratamento cardíaco cirúrgico. Preconizou-se, para tanto, que o enfermeiro utilizasse o PE em seu cotidiano para garantir a excelência no desempenho de suas funções, contribuindo sobremaneira na construção de evidências do conhecimento em enfermagem, condição imprescindível para a produção, evolução e inovação de sua prática, garantindo, assim, avanços na profissão. Por isso, deve ser valorizado na assistência, no ensino e na pesquisa.

O PE mostrou-se como um método de solução de problemas, organizado e sistematizado para ajudar o enfermeiro a abordar, de forma lógica, as situações que podem causar danos. Esse método exige do enfermeiro conhecimento, raciocínio para garantir um julgamento clínico que permita identificar uma série de possibilidades, com vistas a uma melhor solução para os problemas identificados, e não apenas a chegar a uma decisão rápida, precipitada e, às vezes, frágil e carente de sustentação científica.

Ao concluir este estudo, foi possível constatar que foi atingido o objetivo geral proposto, ou seja, houve o desencadeamento, junto com a equipe de enfermagem, do processo de construção, implantação e implementação do Processo de Enfermagem para pacientes de cirurgia cardíaca durante a internação hospitalar, para instrumentalizar o enfermeiro para administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem, na instituição que serviu de local para a sua realização. Esta construção só foi possível porque se pôde contar com a participação das equipes de enfermagem das Unidades de Internação 2100 e 2200, especialmente, com a valiosa colaboração das enfermeiras das respectivas unidades, que

participaram ativamente não apenas da elaboração do modelo de Processo de Enfermagem Institucional, mas da elaboração dos protocolos de cuidados de enfermagem relacionados com os diagnósticos de enfermagem mais comumente apresentados por pacientes nos períodos pré e pós-operatório mediato de cirurgias cardíacas.

Para tanto, o grupo de enfermeiros realizou estudos em que foram pontuados aspectos considerados relevantes ao cuidado do paciente cardíaco cirúrgico. Buscou-se o teor técnico-científico em diferentes produções científicas para instrumentalizar o enfermeiro com a informatização da prescrição de cuidados para mais facilmente administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem no processo de cuidar de pacientes, qualificando a assistência e dando maior visibilidade ao trabalho da enfermagem.

Diante dessa temática, foram estabelecidas fases para a concepção de cada etapa do PE, sendo elas: coleta de dados e/ou histórico de enfermagem; construção dos protocolos dos possíveis diagnósticos (problemas) e respectivos cuidados de enfermagem; prescrição de enfermagem informatizada do pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas. Em relação aos objetivos específicos, estes foram sendo atingidos à medida que foram sendo implementadas as quatro fases do Processo de Enfermagem (PE) no cuidado do paciente cardíaco cirúrgico.

Os protocolos contemplaram o conjunto de ações/intervenções para uma mais completa assistência de enfermagem, constituindo-se em condição necessária e suficiente para a implantação do Processo de Enfermagem como recurso tecnológico e de informática para a realização do trabalho em foco. Sua implantação permitiu a implementação da prescrição de enfermagem informatizada para pacientes de cirurgia cardíaca, durante o período de internação nas Unidades 2100 e 2200. A prescrição de enfermagem, como forma de orientação escrita dos cuidados de enfermagem a serem prestados, com base nos problemas específicos do paciente cardiológico cirúrgico, constitui-se no registro das ações de cuidado planejadas para serem realizadas no período pré e pós-operatório. Além disso, configurar-se como meio de informação acessível entre os membros da equipe, para os demais profissionais e, inclusive, para o próprio paciente.

Pode-se inferir que, ao elaborar a Prescrição de Enfermagem, o enfermeiro encontra-se em constante aperfeiçoamento e reflexão sobre cada cuidado prestado e a assistência de enfermagem em geral, requerendo embasamento técnico-científico aliado à experiência prática com identificação da realidade local. Assim, este saber aplicado caracteriza-se como uma forma de aproximação entre teoria e prática, estimulando a busca e a produção do conhecimento, condições necessárias para o delineamento de estratégias de ações para a solução dos problemas de enfermagem identificados. Como instrumento tecnológico auxilia o

profissional na tomada de decisão, com segurança sobre o cuidado a ser prestado ao paciente, integrando evidência prática e comprovação teórica.

O uso do computador e dos recursos da informática possibilitou organizar, armazenar e processar um grande volume de informações. Assim, geraram-se dados, facilitando o acesso às informações, permitindo a elaboração da "Prescrição de Enfermagem Informatizada", a qual se apresenta como uma ferramenta que permite o registro e a documentação de cuidados de enfermagem. Com isso, contribui para melhorar e tornar possível um maior controle da qualidade da assistência, além de favorecer a comunicação entre profissionais para a tomada de decisões.

Constatou-se, através deste estudo, que toda mudança requer um tempo de adaptação e um processo de aprendizagem do *novo* e *diferente* no trabalho cotidiano, tendo um forte aliado que é a consciência de querer agregar conhecimento técnico-científico ao planejar e efetivar o cuidado. A implantação do PE como instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem contempla, de certa forma, o *sonho* de todo Profissional Enfermeiro, pois a sua *satisfação* é visualizada através do efetivo desenvolvimento e no comprometimento das enfermeiras participantes, incidindo diretamente na qualidade da assistência prestada, envolvendo os técnicos de enfermagem e motivando-os a participar ativamente na implementação dos cuidados planejados e prescritos.

Além disso, percebeu-se que a interação das enfermeiras com os pacientes é mais acurada, pois, ao avaliá-los, constatam necessidades/problemas e/ou prevêem possíveis complicações, através da observação constante e do acompanhamento da sua evolução clínica. Dessa forma, implementam ações que lhes permitem desenvolver habilidades de liderança como, ao identificar o problema ou o risco, estabelecer um atendimento planejado, garantindo a oferta de cuidados que busque a sua solução ou o seu controle para prevenir complicações ou retardar possíveis agravos. Esses são desafios permanentes na atuação do enfermeiro, com sua equipe, no cuidar do paciente cardiológico.

A análise dos dados reforça a percepção das enfermeiras de que a metodologia da assistência de enfermagem instrumentaliza o profissional para desenvolver a liderança, por meio de uma aprendizagem dinâmica, contínua e cumulativa, o que reforça a necessidade do conhecimento. Também mostra que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o PE, a PEI desenvolvidos pelas enfermeiras nas Unidades de Internação do Hospital de Cardiologia do Rio Grande, são ferramentas úteis de trabalho que unificam a linguagem e as ações de enfermagem, em especial, os cuidados prestados.

As enfermeiras entrevistadas foram unânimes em referir que a SAE é um importante recurso de que o enfermeiro dispõe para aplicar e demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente e caracterizar sua prática profissional. Entendem que o planejamento dos cuidados, traduzido na prescrição de cuidados de enfermagem, expressa, de forma organizada, os objetivos diários da assistência a cada paciente, visando a uma melhor qualidade assistencial. A SAE valoriza o trabalho da equipe de enfermagem, quantifica ações e qualifica atendimento.

Também, constatou-se que houve maior interesse dos técnicos de enfermagem em melhor conhecer e qualificar o cuidado que prestam (preocupação com aspectos relativos ao preparo, administração e efeitos da medicação a serem observados no paciente). Assim como a adesão à Prescrição de Enfermagem Informatizada (PEI) foi unânime, após as orientações acerca dos objetivos e finalidades do PE e da PEI.

O ambiente de trabalho apresenta-se mais descontraído, há maior ajuda mútua entre os colegas e Unidades (2100/2200). Constata-se maior integração no âmbito das relações interpessoais dos membros da equipe e maior comprometimento com a Instituição em aperfeiçoar-se para qualificar a vida profissional para realizar o trabalho com prazer.

Pretende-se com estes resultados, através da elaboração e organização de informações padronizadas de protocolos e procedimentos técnicos e administrativos, construir sistemas operativos para, enfim, sistematizar o serviço de enfermagem em todo o Hospital. Para tanto, precisa-se aceitar o desafio de apontar novos métodos de trabalho, criar uma nova realidade baseada em entendimentos negociados a partir da organização, dinamismo, influência, habilidade e conhecimento técnico; e, com profundo teor científico, fazer com que o cuidado de enfermagem seja cada vez mais visível e valorizado e que o enfermeiro se comporte e seja reconhecido como um líder e gerente no exercício da administração (planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar) do processo de cuidar, no contexto organizacional da instituição.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem:** promoção do cuidado colaborativo. Regina Garcez (trad). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.

AQUINO, D. R. **Construção e implantação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI.** Rio Grande: 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2004.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENNIS, W. A nova liderança. In: **Liderança e gestão de paciente**: autores e conceitos imprescindíveis. Carlos Alberto Júlio; José Salibi Neto. (Org.). São Paulo: Publifolha, 2002.

BENNIS, W. O futuro não tem prazo na prateleira. In: BENNIS, W.; SPREITZER, G. M.; CUMMINGS, T. G. (Org). **O futuro da liderança:** uma coletânea com as idéias dos maiores líderes da atualidade. São Paulo: Futura, 2001.

BERGAMINI, C. W. **O líder eficaz.** São Paulo: Atlas, 2002.

BRASIL**. Lei do Exercício Profissional nº 7498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União1086, 26 junho, seção I, p. 9273-5.

BRASIL. **Resolução COFEN- 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem/COFEN**. Regulamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileira, Rio de Janeiro, 2002.

BOFF. L. **Saber cuidar:** ética do humano - compaixão pela terra**.** Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CARPENITO-MOYET, L. G. **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação**: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Florense-Universitária, 1982.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

CARVALHO, E. C. de; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: III FÓRUM MINEIRO DE

ENFERMAGEM, 2002, Uberlândia - MG. Sistematizar o Cuidar: **Anais**. Uberlândia - MG: UFU, 2002. p. 29-40.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2005.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. Rio de Janeiro: Campus, 2000a.

_____ **Administração, teoria, processo e prática**. São Paulo: Makron Books, 2000b.

_____ **Gestão de paciente**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de janeiro: Campos, 1999.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: UNIFRA, 2001.

CROSSETTI, M. G. (Org.). Sistematização da assistência de enfermagem. **Guia Prático**, NECE. Hospital de Clínicas: Porto Alegre, 2003.

CURY, S. R. R. **Focalizando a liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma.** 1999. 157 f. Tese (Doutorado) – Universidade de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 1999.

DRUCKER, P. F. **Desafios gerenciais para o século XXI**. Nivaldo Montingelli, (Trad.). São Paulo: Pioneira, 2005.

ÉVORA, Y. D. M. A enfermagem na era da informática. **Rev. Eletrônica de Enferm.** [Online], 14-14. v. 9, n. 1, jan./abr. 2007.

FRANÇA, F. C. V. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem – relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** [Online], v. 9, n. 2, p. 537-546, mai./ago. 2007.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; PEZZUTO, T. M. Diagnósticos de enfermagem de paciente no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enferm.USP**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 3, p. 307-316, 2004.

GALVÃO, C. M. **Liderança situacional**: uma contribuição do enfermeiro líder no contexto hospitalar. 1995. 117 f. Tese (Doutorado) – Universidade de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 1995.

GARCIA, T. R. Enfermagem e o cuidar no novo milênio. In: 5º ENCONTRO DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. João Pessoa, PB, 2002. **(Conferênci**a).

_____ **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras.** Ribeirão Preto, 1996. 256 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing.** v. 3, n. 2, 2004. [Online].

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo-SP, v. 2, p. 37-63, 2004.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2000, Recife - Olinda, PE. Enfermagem 2000: Crescendo na diversidade. **Anais**. Recife, PE: Associação Brasileira de Enfermagem, 2002. v. 1, p. 231-243.

GORDON, M. The NANDA, 2000. Taxonomy II. In: OUD, N. (Org.). **Proceedings of the special conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes.** Bern: Verlag Hans Huber, p. 9-29, 2002.

GREENSTEIN, F. O dom da liderança. **Rev. Veja,** Rio de Janeiro, p. 11-15, 23 de abril, 2003.

HIGA, E. F. R.; TREVIZAN, M. A. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 1, jan./fev. 2005.

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

HUNTER, J. C. Como se tornar um líder servidor. Pinheiro de Lemos, A. B. (Trad.). Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

JOHNSON, D. E. The nature of a science of nursing. In: NICOLL, L. E. **Perspectives on nursing theory.** 2. ed. Philadelphia: Lippincott, Chapter 16, 1992. p. 189-195.

KURCGANT, P. Administração e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 3-88.

KURCGANT, P. et al. O significado da administração aplicada a enfermagem segundo a opinião de graduandos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 28, n.1, p. 15-26, abr. 1994.

KOTTER, J. P. **A final o que fazem os líderes?** A nova face do poder e da estratégia. Cristina de Assis Serra. (Trad.). Rio de Janeiro: Campus, 2000.

LIMA R. C. D**. Enfermeira, uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde.** Vitória: Edufes, 2001.

LIMA, L. R. et al. Proposta de instrumento de Coleta de Dados em enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em Horta. R**ev. Eletrônica de Enfermagem, [Online)** v. 08, n. 03, p. 349-357, 2006.

LIMA, R. C. D. et al. O processo de Cuidar na Enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. **Cogitare Enferm.** Curitiba**,** v. 10, n. 05, p. 63-67, mai./ago. 2005.

LINCH, R.P. Como cultivar campeões. In: **Liderança para o século XXI.** Francês Hesselbein, Marschall Goldsmith, Iain Somerville. (Trad.) Cynthia Azevedo. São Paulo: Futura, 2000.

LOURENÇO, M. R. **Desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes.** Ribeirão Preto, 2004. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

LOURENÇO, M.R.; TREVIZAN, M. A. Liderança da enfermagem brasileira - sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3. p. 14-9, 2001.

LUNARDI FILHO, W. D. **A organização do trabalho da enfermagem e saúde:** construção de um ambiente organizacional saudável e sua relação com a qualidade do cuidado. Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Projeto de pesquisa do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde – (GEPOTES), ago. 2006.

_____ **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina.** Pelotas: Universitária/UFPel. Florianópolis: UFSC; 2004.

_____ A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 2, p. 90-95, jan./jun. 1997.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, G. L.; PAULITSCH, F. A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de comunicação na relação multiprofissional e intra-equipe de enfermagem: relato de experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 63-69, jul. 1997.

LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V. Uma nova abordagem no ensino da enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática profissional do enfermeiro. **Texto Contexto Enf.** Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 20-34, jul./dez. 1996.

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

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARX, L. C.; MORITA, L. C. **Manual de gerenciamento de enfermagem**. São Paulo: Rufo, Editores Associados, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORENO, L. A.; HUARCAYA, S. L. **Transitando por la historia de la enfermería**. Chiclayo, Perú: ed. 955, 2005.

MOTTA, F. C. P. **Teorias das Organizações**: evolução e crítica. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnoses association). Definições e classificação (2004-2005). (Trad.) Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre (RS): Artimed; 2005.

NASCIMENTO, E. R. P.**;** TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson; Zderad. Ribeirão Preto (SP): **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 12, n. 2, mar./abr. 2004.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org). Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa (PB): **Associação Brasileira de Enfermagem**, Idéia; 2002. p.19-27.

OLIVEIRA, M. E.; SCAVONE, L. (Org). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB; 1997.

PIVOTTO, F.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. Prescrição de Enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 9, n. 2, jul./dez. 2005.

PINHO, D. L. M.; ABRAHÃO, J. I. As estratégias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 11, n. 2, p. 168-176, 2003.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT. Annablume, 1998.

PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, 2002.

ROBBINS, S. P. **Administração**: mudanças e perspectivas. (Trad.) Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2002a.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. (Trad.) Reynaldo Marcondes, 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002b.

ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In**: Anais** do 30 Fórum Mineiro de Enfermagem. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; Nov. 20-21, 2002. p. 21-8.

SANTOS, S. R.; MOREIRA, R. C. The nurse's leadership: challenges of the practice. **Brazilian Journal of Nursing** (OBJN-ISSN 1676-4285) [online] December v. 3, n. 3, 2004.

SANTOS, I.; OLIVEIRA, S. R. M.; CASTRO, C. B. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v.15, n.3, jul./set., 2006, p. 393-400.

SCHWENGBER, A. I. **Capacitação dos enfermeiros para o desempenho da liderança, nas funções que lhe são inerentes**. 2005. 53 f. Monografia (Especialização em Administração Hospitalar) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, (RS), 2005.

SCHWENGBER, A. I. et al. Regimento de enfermagem, normas e rotinas administrativas e assistenciais em Cardiologia. **Manuais**, Rio Grande, (RS), 2002.

SCHWENBER, A. I. **Comunicação em enfermagem: interação enfermeiro-paciente**. 1996, 50 f. Monografia (Especialização em Administração dos Serviços de Enfermagem) - UNIFRA, Santa Maria, (RS), 1996.

SILVA, R. O. **Teorias da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

SIMÕES A. L. A. **Desenvolver o potencial de liderança:** um desafio para enfermeiro. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2001.

SIMÕES, A.; FÁVERO, N. O Desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 11, n. 5, set./out. 2003.

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a04.pdf

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. **Anais.** 9º CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, Ribeirão Preto, SP, 2004. Disponível em: http://www.sbis.org.br

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Wiston, 1980.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Brunner; Suddarth. 10. ed. v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência: um método de desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 63-78, jan./abr. 2000.

TREVIZAN, M. A. **Liderança do Enfermeiro:** o ideal e o real no contexto hospitalar**.** São Paulo: SARVIER, 1993.

VAZQUES, A. S**. Ética**; João Dell'Anna. (Trad.). 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

WALDOW, V. R. Cuidar como marco de referência para o ensino da Enfermagem. In: 50º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **Anais**. Salvador, p. 197-204, 1998.

WATSON, J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. New York: **National Leage for Nursing,** 1988.

WILLINGHAM, R. Gente: ***O Fator humano*****:** uma revolucionária redefinição de liderança. Flavio Kuczynski. (Trad.). São Paulo: Educator, 2001.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia.** Shizuka Ishii. (Trad.). 4. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

# APÊNDICE A

## FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
## PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFEMAGEM
## MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE
## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Prezado participante:

De acordo com o Regulamento do Conselho Nacional de Saúde – Decreto 196/96.

Como Pesquisadora do Projeto, intitulado: *"O Processo de Enfermagem: instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem"*. venho convidá-la (lo) a participar desta pesquisa, que tem como objetivos: elaborar protocolos de cuidados de enfermagem relacionados com os diagnósticos de enfermagem, contemplando o conjunto de ações/intervenções de enfermagem necessárias de serem realizadas, no pré e pós-operatórios de cirurgias cardíacas, com vistas à qualidade da assistência; instrumentalizar o enfermeiro com a informatização da prescrição de cuidados para mais facilmente administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem, no processo de cuidar de pacientes no pré e pós-operatórios de cirurgias cardíacas, dando maior visibilidade ao trabalho da enfermagem.

A pesquisa será desenvolvida de junho a dezembro de 2007. A metodologia adotada prevê a realização deste estudo numa abordagem qualitativa delineada a partir da proposta de Trentini e Paim (1999), denominada Pesquisa Convergente Assistencial; utilizando-se da técnica de observação participante e entrevista para a coleta de dados, as quais serão realizadas na Unidade de Internação pré e pós-operatória de cirurgias cardíacas, no próprio horário de trabalho, conforme agendado previamente, mediante sua autorização e contribuição para o encontro, bem como, com seu consentimento para realização da observação participante e para o uso do gravador durante a realização da entrevista.

A observação será realizada no seu local de trabalho, durante suas atividades rotineiras, identificando a aplicabilidade dos protocolos previamente elaborados. A seguir, pretende-se realizar a entrevista, a qual será gravada com seu consentimento, de modo a guiar as discussões e reflexões mais específicas provocadas pelos dados já colhidos na observação; procurando conhecer a percepção dos enfermeiros em relação ao uso da SAE, especificamente da Prescrição de Enfermagem Informatizada como um instrumento facilitador do exercício da liderança e da administração do trabalho assistencial, bem como conhecer suas expectativas, sugestões e contribuições, na perspectiva da qualificação do Serviço de Enfermagem do Hospital.

As informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantido-se o sigilo que assegura a privacidade individual e coletiva da equipe e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa. Assumimos o compromisso de garantir o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo; assegurando-lhe as condições de acompanhamento durante a sua realização, e, também, devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a sua participação. No entanto, sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão em não participar ou em retirar-se em qualquer fase do processo não terá nenhuma implicação para você. Todos os procedimentos de pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espera-se que tragam benefícios para o seu processo de trabalho.

Caso você tenha ainda duvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Responsáveis pela pesquisa:
Mestranda: Acélia Inês Schwengber
General Osório 625
CEP: 96.200.400 Rio Grande/RS
Tel: (53) 3232.9658
Orientador:Wilson Danilo Lunardi Filho
Tel: (53) 3233 0310

Eu, _____de acordo com o presente consentimento Livre e esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: *"Processo de Enfermagem: instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem"*. Fui igualmente esclarecido(a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nessa pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____
Assinatura do participante: _____
Assinatura da responsável: _____
Data: ___/___/___ Local: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

## APÊNDICE B

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFEMAGEM**
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Rio Grande, 02 de abril de 2007

**Sra. Adelma Maria Gasparetto**
Chefia de Enfermagem

PREZADA SENHORA:

Venho por meio deste, solicitar a sua autorização para desenvolver nesta Instituição, uma pesquisa cujo título é *"O Processo de Enfermagem: instrumento para o enfermeiro coordenar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem"*. Com ela pretendo desenvolver junto à equipe de enfermagem das unidades de internação (2100, 2200) do Hospital de Cardiologia, o processo de construção, implantação e implementação da prescrição de enfermagem para pacientes de cirurgia cardíaca, durante a internação hospitalar.

A pesquisa será fundamentada nas idéias de Wanda de Aguiar Horta, apoiada na Classificação Diagnóstica da NANDA (2005), com a orientação do Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais, que envolvem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhe os resultados deste estudo, após o término deste.

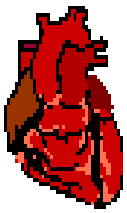
Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____
Acélia Inês Schwengber

Ciente. De acordo
Data: ___/___/2007

Chefia de Enfermagem: _____



**APÊNDICE C**

**HOSPITAL DE CARDIOLOGIA E ONCOLOGIA Dr. PEDRO BERTONI**
**COLETA DE DADOS**
**ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO**

## I-IDENTIFICAÇÃO:

Nome: .....
Leito: .....
Data: ...../...../..... Hora: ..... Data da Cirurgia: ..../..../....
Idade: ..... Sexo: ( ) M ( ) F Altura: .....cm Peso: .....kg
Religião: .....
Procedência: ( ) ACSCRG ( ) HU FURG ( ) Emergência ( ) UPO ( ) BC ( ) Outros
Cidade: .....

## II- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL - MEDICAÇÃO EM USO

.....
.....
.....
.....
.....

## III- MOTIVO DA INTERNAÇÃO

**Clinico:** ( ) IAM ( ) Angina ( ) ICC ( ) EAP ( ) Insuf. Respiratória ( ) Outros: .....
**Cirúrgico:** ( ) CRM ( )Valvar ( ) CIA ( ) Dissecção de AO ( ) Outros: .....
**Cardiologia Intervencionista:** ( ) CINE ( ) ACTP ( )Outros: .....

## IV- HISTÓRIA PRÉ-INTERNAÇÃO

| | | | |
|---|---|---|---|
| ( ) Etilista | ( ) AVC | ( ) Hepatite Qual ..... | ( ) Renal |
| ( ) Tabagista | ( ) IAM | ( ) HIV | ( ) Dislipidemia |
| ( ) Drogas ilícitas | ( ) DM | ( ) SIDA | ( ) Hematológico |
| ( ) Arritmia | ( ) HAS | ( ) Alergias ..... | |

## V- AVALIAÇÃO NA INTERNAÇÃO

**- Sinais vitais:** Tax.....ºC FC.....b/min FR.....mrpm PA.....mmHg

HGT.....mg/dl

**- Níveis de Consciência:** ( )Consciente orientado ( ) Consciente desorientado

( ) Comunicativo

**- Nutrição:** ( ) Normal ( ) Emagrecido ( ) Obeso ( ) Caquético

( ) Relato de perda ponderal

**- Respiração:** ( ) Eupnéico ( ) Dispnéico ( ) Taquipnéico ( ) Bradipnéico ( ) Tosse

**- Ausculta pulmonar:** ( )Normal ( )Alterada

**- Cardiovascular:** ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Arritmias ( ) Dor precordial

**- Pulso:** MMSS ( ) Presente ( ) Diminuído ( ) Ausente MMII ( ) Presente ( ) Diminuído ( ) Ausente

**- Edema:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Discreto

Local:.....

**- Pele:** ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Úmida ( ) Seca ( ) Lesões

**- Extremidades:** ( ) Aquecidas ( ) Frias ( ) Cianóticas

**- Abdome:** ( ) Normal ( ) Flácido ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Ruídos hidroaéreos presentes ( ) Ruídos hidroaéreos ausentes

**- Diurese:** ( ) Espontânea ( ) c/ SVD ( ) Anúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Normal

**- Eliminações intestinal:** ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Pastosa ( ) Líquida

Outros:..... Freqüência p/dia:.....

**- Sondas e cateteres:** ( ) Cateter nasal ( ) NE ( ) SVD ( ) Marca-passo ( ) Intracath ( ) Flebotomia ( ) Abocath

## VI – HÁBITOS

**- Higiene corporal:** banho de aspersão ( ) M ( ) T ( ) N ( ) Esporádico ( ) Banho de leito

- **Atividades físicas:** ( ) Domésticas ( ) Esportivas ( ) Trabalhando ( ) Sedentário ( )Outras

**- Sono e repouso:** ( ) Insônia ( ) Acorda várias vezes ( ) Dorme de dia ( ) Sem alteração

**- Alimentação:** ( ) Livre ( ) DM ( ) Hipossódica ( ) Hipolipídica ( ) s/ Fibras ( ) c/ fibras ( ) SNE

## VII - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

# APÊNDICE D

## ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO BERTONI GRANDE HOSPITAL DE CARDIOLOGIA E ONCOLOGIA – DR. PEDRO UNIDADE 2100 - 2200

## 1 PROTOCOLOS DOS DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

1.1 ALTERAÇÃO NA NUTRIÇÃO: RISCO PARA MENOS DO QUE O CORPO NECESSITA, relacionado à dor crônica evidenciado por perda ponderal.

- Avaliar a intensidade da dor;
- Solicitar avaliação da nutricionista;
- Administrar analgésicos conforme prescrição médica;
- Realizar pesagem diária;
- Avaliar aceitação da dieta oferecida;
- Aprazar analgésicos 1 hora antes de cada refeição.

1.2 ANSIEDADE, relacionada ao procedimento cirúrgico evidenciado pelo distúrbio do padrão do sono.

- Estabelecer a interação com o paciente e família;
- Ouvir os temores e preocupações, esclarecendo dúvidas acerca do procedimento;
- Explicar a seqüência do preparo;
- Oportunizar um ambiente tranqüilo e confortável para o sono.

1.3 DÉFICIT DE CONHECIMENTO, relacionado ao procedimento cirúrgico evidenciado por dúvidas.

- Orientar o paciente quanto ao tipo de cirurgia;
- Orientar a NPO e a retirada de próteses dentárias, anéis, colares e utensílios decorativos;
- Explicar a necessidade da remoção de esmaltes e unhas aparadas;
- Explicar que a recuperação anestésica será na Unidade Pós-Operatória (UPO); ao acordar poderá sentir desconforto respiratório, isto devido ao tubo endotraqueal ligado ao respirador que conduz o ar com oxigênio para os pulmões, isto enquanto estiver anestesiado;
- Ao acordar é importante manter a calma, pois terá cuidado contínuo da equipe de enfermagem;
- Informar o uso de sonda nasogástrica, sonda vesical de demora, drenos, monitorizarão cardíaca, curativos e punções;
- Ao término da cirurgia serão fornecidas informações aos familiares;
- A visita na UPO será de 19h30min as 20h00min e 11h30min as 12h00min, estes horários podem alterar;
- Informar de que os pertences do paciente ficam aos cuidados do familiar.

1.4 DÉFICIT NO VOLUME DE LÍQUIDOS, relacionados à pele seca, evidenciado por turgor da pele diminuído e diminuição do volume urinário.

- Estimular a ingesta hídrica;
- Verificar a coloração, odor e freqüência urinária;
- Investigar presença de disúria, oligúria e hematúria;
- Realizar balanço hídrico.

1.5 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO COM A HIGIENE, relacionada à incapacidade ou falta de vontade de lavar o corpo ou partes dele evidenciado por presença sujidade.

- Avaliar as unhas, couro cabeludo e pele;
- Orientar a importância da higiene corporal;
- Incentivar e monitorar o banho e higiene oral;
- Avaliar o aspecto da língua;
- Oportunizar um ambiente confortável para o banho;
- Incentivar a higiene e corte das unhas, e retirada de esmalte colorido;
- Fornecer materiais necessários para higiene (sabonete);
- Providenciar o equipamento auxiliar para o banho (cadeira de banho).

1.6 DOR CARDÍACA, relacionada à constrição progressiva das artérias coronárias secundária à diminuição do fluxo sanguíneo coronariano.

- Orientar a necessidade de diminuição de exercícios físicos uma vez que há o consumo maior de oxigênio;
- Avaliar tipo e intensidade da dor;
- Administrar terapêutica prescrita;
- Manter posição confortável;
- Verificar sinais vitais;
- Realizar ECG e solicitar avaliação médica;

1.7 RISCO PARA PREJUÍZO DA INTEGRIDADE DA PELE, relacionado à tricotomia.

- Solicitar ao paciente que providencie dois aparelhos de tricotomia descartáveis;
- Higiene prévia à tricotomia;
- Preparar a pele do paciente deixando-a o mais livre possível de microorganismos;
- Verificar o tipo de cirurgia a ser realizada e explicar o procedimento ao paciente, incluindo o motivo da preparação extensa;
- Planejar o procedimento o mais perto possível da hora da cirurgia;
- Avaliar a condição da pele na área de preparação;
- Relatar na evolução qualquer alteração da pele.

1.8 MEDO, relacionado resultados imprevisíveis secundários a hospitalização evidenciado por sentimentos de temor.

- Explicar detalhadamente todo o procedimento cirúrgico;
- Ouvir atentamente todos os anseios do paciente;
- Proporcionar um ambiente de tranqüilidade favorecendo o bem-estar do paciente;

- Orientá-lo a conversar com pacientes pós-operatórios indicados.

1.9 TROCA DE GASES PREJUDICADA, relacionada à diminuição da passagem de oxigênio evidenciado por dispnéia aos esforços.

- Manter o paciente em decúbito elevado;
- Verificar a presença de cianose de extremidades e/ou perioral;
- Instalar oxigênio quando necessário;
- Atentar para ruídos adventícios na ausculta pulmonar (estertores, sibilos, creptantes);
- Verificar Sat $O_2$ quando necessário;
- Verificar pressão arterial e freqüência cardíaca.

## 2 PROTOCOLOS DOS DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA - MEDIATO -

2.1 ALTERAÇÃO DA MUCOSA ORAL, relacionado com trauma mecânico e/ou respiração pela boca, evidenciado por mucosa oral lesionada.

- Realizar higiene oral;
- Estimular e fornecer material de higiene oral;
- Orientar a escovação da língua;
- Atentar para obstrução nasal;
- Oferta de alimentações geladas;
- Fornecer anti-séptico oral;
- Hidratar os lábios com gaze úmida.

2.2 ALTERAÇÃO NA NUTRIÇÃO: MENOS DO QUE O CORPO NECESSITA, relacionado à dor evidenciado por perda muscular.

- Orientar quanto à necessidade de ingestão de nutrientes suficientes para atender às necessidades metabólicas diárias;
- Avaliar a intensidade da dor;
- Solicitar avaliação da nutricionista;
- Administrar analgésicos conforme prescrição médica;
- Realizar pesagem diária;
- Avaliar aceitação da dieta oferecida;
- Aprazar analgésicos 1 hora antes de cada refeição;
- Estimular exercícios passivos e ativos.

2.3 CONSTIPAÇÃO RELACIONADA A PERISTALTISMO DIMINUÍDO, evidenciado por dificuldade na eliminação de fezes.

- Fornecer dieta anticonstipante;
- Atentar para relato de esforço demasiado para evacuar;
- Realizar massagem circular abdominal, da direita para a esquerda;
- Estimular a deambulação;
- Estimular ingesta hídrica;

- Investigar características de fezes;
- Auscultar presença de RHA e distenção abdominal.

2.4 DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS ÁREAS, relacionado às secreções traqueais, brônquicas e alveolares evidenciado por ruídos adventícios.

- Estimular ingesta hídrica;
- Manter decúbito elevado (Fowler) no momento da alimentação;
- Aspirar vias aéreas superiores quando necessário;
- Fornecer travesseiro pequeno para pressionar incisão torácica no momento da tosse;
- Verificar FR e PA 6/6hs ou conforme necessidade;
- Realizar nebulização com soro fisiológico puro.

2.5 EXCESSO DE VOLUME DE LÍQUIDO, relacionado à imobilidade evidenciado por edema.

- Avaliar sinais de edema;
- Atentar para o consumo excessivo de líquido;
- Verificar se a dieta é hipossódica;
- Verificar níveis renais;
- Atentar para volume de urina, odor e coloração;
- Administrar diuréticos prescritos e observar eficácia;
- Realizar balanço hídrico;
- Realizar mobilização sempre que possível.

2.6 HIPERTERMIA, relacionado à diminuição da circulação evidenciada por aumento da temperatura corporal e freqüência respiratória aumentada.

- Estimular ingesta hídrica;
- Administrar antitérmico prescrito;
- Verificar temperatura e freqüência respiratória;
- Realizar resfriamento da pele com banho, compressas na virilha e axilas.

2.7 INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA, relacionada por hipertermia local evidenciada por drenagem de secreção em ferida operatória.

- Atentar para presença de edema, rubor, calor, hiperemia e presença de secreção na incisão cirúrgica e fio de marcapasso;
- Realizar curativo com técnica asséptica e com clorexidina alcoólica, desde que a ferida esteja limpa;
- Avaliar a necessidade de manter a incisão com curativo ocluído;
- Realizar curativo com SF 0,9% na presença de ferida infectada 2x/dia ou quando necessário;
- Anotar coloração, odor e quantidade de secreção drenada.

2.8 RISCO PARA DIMINUIÇÃO DO DÉBITO CARDÍACO, relacionado aos efeitos medicamentosos e traumatismos cirúrgicos.

- Verificar PA e FC 6/6hs e toda vez que for necessário;

- Estabelecer controle urinário 12/12 hs;
- Estimular exercícios físicos passivos e ativos,
- Avaliar presença de pulso periférico;
- Avaliar temperatura e coloração da pele.

2.9 RISCO PARA INFECÇÃO, relacionado a dispositivos invasivos (cateter venoso e sondagem vesical).

- Realizar curativo em sítio de punção;
- Verificar validade de punção e realizar a troca quando necessário;
- Atentar para presença de sinais flogísticos;
- Realizar curativos em acessos profundos com técnica asséptica de 48/48hs;
- Clampear a SVD quando o paciente for realizar deambulação;
- Realizar esvaziamento de 12/12h e sempre que necessário, e anotar volume, coloração e aspecto da diurese;
- Realizar troca de SVD de 15 em 15 dias;
- Observar presença de sangramentos no ósteo;
- Observar queixa de disúria;
- Atentar presença de vazamento e/ou anúria;
- Trocar cateter venoso de 72/72 hs;
- Trocar sonda vesical de demora de 15/15 dias;
- Avaliar permeabilidade (clampeamento/obstrução) e fixação da sonda.

2.10 RISCO PARA PREJUÍZO DA INTEGRIDADE DA PELE, relacionado à imobilidade.

- Estimular o banho com sabonete de glicerina;
- Avaliar a integridade da pele;
- Estimular mobilização, informando restrições com o procedimento cirúrgico;
- Fornecer óleo antiescaras para massagens em proeminências ósseas.

2.11 RISCO PARA DÉFICIT NO VOLUME DE LÍQUIDO, relacionado à medicação mais perda de fluídos através das vias anormais.

- Atentar presença e fatores associados à diarréia;
- Anotar quantidade, consistência e número de vezes das fezes;
- Realizar controle de diurese;
- Estimular a ingestão hídrica;
- Verificar pressão arterial freqüência respiratória;
- Verificar presença de prega cutânea.

2.12 RISCO PARA CONSTIPAÇÃO, relacionado a distúrbios emocionais (tensão).

- Fornecer dieta anticonstipante;
- Estimular a ingesta hídrica;

- Fornecer informações sobre o procedimento cirúrgico para que desta forma o seu nível de tensão diminua;

- Estimular a deambulação;

- Investigar características de fezes.

2.13 TROCA DE GASES PREJUDICADA, relacionada ao desequilíbrio na relação ventilação-perfusão, evidenciados por dispnéia aos esforços.

- Verificar presença de cianose;
- Atentar presença de confusão mental, sonolência, inquietação e irritabilidade;
- Realizar ausculta pulmonar observando presença de ruídos adventícios (estertores, sibilos, creptantes);
- Estimular ingesta hídrica;
- Manter decúbito elevado (Fowler);
- Instalar $O_2$ por CN (2 l/min.), se apresentar dispnéia, e comunicar o médico;
- Trocar cateter nasal, alternando a narina, realizando higiene, observando a integridade da pele;
- Trocar água do umidificador de oxigênio.

# APENDICE E
# CÓPIA DE PRESCRIÇÃO