**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MA. ELENA LEDESMA DELGADO

**SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM POR
ENFERMEIRAS DE UM HOSPITAL NO MÉXICO: “ENTRE O FAZER
ROTINEIRO E O PENSAR IDEALIZADO”**

Ribeirão Preto

2008

Ma. Elena Ledesma Delgado

**SIGNIFICADO ATRIBUIDO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM POR
ENFERMEIRAS DE UM HOSPITAL NO MÉXICO; “ENTRE O FAZER
ROTINEIRO E O PENSAR IDEALIZADO”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em enfermagem, inserida na Linha de pesquisa: “Fundamentação Teórica, Metodológica e Tecnologia do Processo de Cuidado”. Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Orientadora: Profa. Dra. Maria Manuela Rino Mendes.

Ribeirão Preto - SP

2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ledesma-Delgado, Ma. Elena

Significado atribuído ao processo de enfermagem por enfermeiras de um hospital no México; “entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado”. Ribeirão Preto, 2008.

125 f.; 30cm.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Fundamental – Linha de Pesquisa: Fundamentação Teórica, Metodológica e Tecnologia do Processo de Cuidar.

Orientadora: Mendes, Maria Manuela Rino.

1. Enfermagem. 2. Processo de Enfermagem. 3. Hospital.

Este trabalho é parte das atividades desenvolvidas para obtenção do grau do doutor junto a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil em convênio firmado com a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya da Universidade de Guanajuato, México.

Este trabajo es parte de las actividades desarrolladas para la obtención del grado de doctor en la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, de la Universidad de São Paulo, Brasil en convenio firmado con la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya de la Universidad de Guanajuato, México.

This work is part of the activities achieved to get the doctoral degree at Escola de Enfermagem de Ribeirão, Preto da Universidade de São Paulo, Brasil trough academic agreement whit the Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya de la Universidad de Guanajuato, México.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ma. Elena Ledesma Delgado

Título: Significado atribuído ao processo de enfermagem por enfermeiras de um hospital no México: “entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado”

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, inserida na Linha de pesquisa: “Fundamentação Teórica, Metodológica e Tecnologia do Processo de Cuidado”. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovada em ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

A meu marido e companheiro **Carlos Manuel**, por seu amor, confiança, e compreensão, demonstrados em todo momento, pelo tempo de ausência, meu amor, admiração e gratidão.

Aos meus queridos filhos **Carlos Eduardo, Ana Laura e Andréa**, minhas maiores alegrias, pela compreensão, carinho e tempo concedido para a realização deste trabalho.

Aos meus **pais e irmãos**, o meu carinho e gratidão pelo apoio e incentivos nesta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Às autoridades da **Universidade de Guanajuato**, México pelo apoio nas gestões realizadas para o desenvolvimento deste programa.

Às autoridades da **Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, Guanajuato**, pelas atenções e apoio recebido durante a realização deste programa.

Às autoridades e funcionários da **Faculdade de Enfermagem e Obstétrica de Irapuato, Guanajuato**, pelo apoio e facilidades dispensadas para a realização destes estudos.

Às autoridades do **Hospital General de Zona com Medicina Familiar No. 2 (HGZ M.F. No. 2) do Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS)**, pela sua cooperação para o desenvolvimento deste estudo.

À **Dr^{as}. Ma. Elena Espino Villafuerte e Maria Cecília Puntel de Almeida** pelas suas contribuições ao desenvolvimento da enfermagem mexicana.

Aos professores da Banca examinadora **Lídia Rossi; Maria Helena Larcher Caliri; Maria Gaby Rivero de Gutiérrez; Margareth Ângelo**, pelas sugestões e contribuições no estudo e na minha formação.

À **Dr^a. Maria Manuela Rino Mendes**, por compartilhar seus conhecimentos, por seu apoio acadêmico e pessoal na realização deste estudo. Agradeço infinitamente seu acolhimento e sua escuta nos momentos difíceis desta jornada.

Aos amigos queridos: **Eva, Mary, Martha, Laura, Lulu J., Lulu Tirado, Cande** por seu apoio e companhia ao longo desta trajetória, minha gratidão.

Às **enfermeiras** que participaram neste estudo, que gentilmente doaram um pouco de seu tempo, por sua disponibilidade e colaboração, minha gratidão.

RESUMO

LEDESMA-DELGADO, Ma. Elena. **Significado atribuído ao processo de enfermagem por enfermeiras de um hospital no México: “Entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado”**. Ribeirão Preto, 2008. 125 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Este estudo de natureza qualitativa teve como objetivo compreender os significados atribuídos ao processo de enfermagem por enfermeiras da unidade clínica num hospital do México. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com 16 enfermeiras, complementada com observação de sua atuação num período de trabalho, nos diferentes turnos, e consulta documental. Os dados foram analisados tendo como referenciais teórico e metodológico o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados, que possibilitaram a construção de categorias, subcategorias e suas inter-relações, utilizando o paradigma de codificação de Strauss e Corbin (2002). A comparação constante dos dados resultou na categoria central “o processo de enfermagem no contexto hospitalar: entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado”, que permitiu compreender o significado atribuído pelas enfermeiras ao processo de enfermagem na sua prática cotidiana assistencial, explicitado nas concepções, idealizações e ações de cuidado rotineiro, despercebido, aplicado de forma diferente ao aprendido na escola, e seguindo protocolos de atenção estabelecidos, como base de seu trabalho, uma maneira de fazer os cuidados e ajudar os pacientes a solucionar seus desconfortos, instrumento e metodologia que lhes permite direcionar suas atividades e assumir a prática profissional autônoma. O processo de enfermagem se mostra como dissociação entre o pensar e fazer, indicando haver distanciamento entre a teoria e a prática. As ações de cuidado das enfermeiras estão orientadas, principalmente, à realização de procedimentos, conforme rotinas e protocolos de atenção. Estas ações consistem em: recepção e entrega de turno, administração de medicamentos, mensuração de sinais vitais, registros clínicos de enfermagem e encaminhamento de pacientes, visando a dar conta da investigação de suas necessidades, planejamento e realização das ações, na perspectiva do cuidado individualizado e uso do processo de enfermagem. Nesse espaço de tomada de decisões, o enfermeiro estabelece relacionamento humanizado refletido na sua satisfação pelo cuidado realizado, evidenciando sua capacidade de lidar com as condições contextuais em que há delimitação de funções, sobrecarga de trabalho, bem como, costumes, crenças e valores pessoais e profissionais, expressos como limitantes na utilização do processo de enfermagem. Com este estudo foi possível compreender o processo social em que as enfermeiras atribuem significados ao processo de enfermagem no contexto hospitalar, captando a intersubjetividade de suas experiências e a participação ativa na construção de uma prática de enfermagem diferente, firmando a proximidade humana nas múltiplas interações do cotidiano hospitalar. Esta proximidade pode vir a ser resgatada e potencializada como objeto sensibilizador de uma prática que questione o caráter instrumental da rotina, avançando na perspectiva do cuidado humanizado.

Palavras - chave: enfermagem, processo de enfermagem, hospital.

ABSTRACT

LEDESMA-DELGADO, Ma. Elena. **The meaning attributed to the nursing process by nurses from a hospital in Mexico: “Between routine actions and idealized thinking”**. Ribeirão Preto, 2008. 125 p. Doctoral Dissertation. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This qualitative study aimed to understand the meanings attributed to the nursing process by clinical unit nurses from a Mexican hospital. Data were collected through semistructured interviews with 16 nurses, in addition to observation of their activities during work hours, in different shifts, and consultation of documents. The theoretical and methodological frameworks for data analysis were Symbolic Interactionism and Grounded Theory, which permitted the construction of categories, subcategories and their interrelations, using the coding paradigm by Strauss and Corbin (2002). Constant data comparison resulted in the central category “the nursing process in the hospital context: between routine actions and idealized thinking”, which permitted an understanding of the meaning nurses attributed to the nursing process in their daily care practice, expressed in conceptions, idealizations and routine care actions, unperceived, applied differently from what they had learned in school, and following established care protocols. This serves as the base of their work, as a way of delivering care and helping patients to solve their discomfort, as an instrument and methodology that allows them to direct their activities and assume an autonomous professional practice. The nursing process reveals itself as dissociation between thinking and doing, indicating a distance between theory and practice. The nurses’ care actions are mainly oriented towards the realization of procedures, according to routines and care protocols. These actions consist of: shift reception and transmission, medication administration, measurement of vital signs, clinical nursing records and patient referral, with a view to coping with needs assessment, action planning and performance, within the perspective of individualized care and use of the nursing process. In this decision making space, nurses establish humanized relations, reflected in their satisfaction with the delivered care, evidencing their capacity to deal with the contextual conditions of function delimitation, work overload, as well as personal and professional customs, beliefs and values, expressed as limiting factors in the use of the nursing process. This study allowed us to understanding the social process in which nurses attribute meanings to the nursing process in the hospital context, capturing the intersubjectivity of their experiences and their active participation in the construction of a different nursing practice, inscribing human proximity in the multiple interactions of daily hospital reality. This proximity can be recovered and potentialized as the sensitizing object of a practice that questions the instrumental nature of routine, advancing in the perspective of humanized care.

Key words: nursing, nursing process, hospital

RESUMEN

LEDESMA-DELGADO, Ma. Elena. **Significado atribuido al proceso de enfermería por enfermeras de um hospital de México: “Entre el hacer rutinario y el pensar idealizado”**. Ribeirão Preto, 2008. 125 p. Tesis (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Este estudio de naturaleza cualitativa tuvo como objetivo comprender los significados atribuidos al proceso de enfermería por enfermeras de una unidad clínica de un hospital de México. La colecta de datos fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas con 16 enfermeras, complementada con la observación de su actuación en un periodo de trabajo, en los diferentes turnos y con consulta documental. Los datos fueron analizados teniendo como referencial teórico y metodológico el Interaccionismo Simbólico y la Teoría Fundamentada en los Datos, que posibilitaron la construcción de categorías, subcategorías y sus interrelaciones utilizando el paradigma de codificación de Strauss y Corbin. La comparación constante de los datos resulto en la categoría central “el proceso de enfermería en el contexto hospitalar: entre el hacer rutinario y el pensar idealizado”, que permitió comprender el significado atribuido por las enfermeras, al proceso de enfermería en su practica cotidiana asistencial, explicitado en las concepciones, idealizaciones y acciones del cuidado rutinario, de forma imperceptible, diferente a lo aprendido en la escuela y siguiendo protocolos de atención establecidos; lo considera la base de su trabajo, una manera de realizar los cuidados y ayudar a los pacientes a solucionar sus problemas de salud, instrumento y metodología que les permite direccionar sus actividades y asumir la práctica profesional autónoma. El proceso de enfermería se muestra como una disociación entre el pensar y el hacer, indicando distanciamiento entre la teoría y la práctica. Las acciones de cuidado de las enfermeras están orientadas, principalmente, a la realización de procedimientos conforme a rutinas y protocolos de atención. Estas acciones consisten en: recepción y entrega de turno, administración de medicamentos, medición de signos vitales, registros clínicos de enfermería y traslado de pacientes, tratando de valorar sus necesidades, planear y ejecutar las acciones en la perspectiva del cuidado individualizado y la utilización del proceso de enfermería. En ese espacio de toma de decisiones la enfermera establece una relación humanizada, reflejando su satisfacción por el cuidado realizado, evidenciando su capacidad de lidiar con las condiciones contextuales, como la delimitación de funciones, sobrecarga de trabajo, así como, costumbres, creencias y valores personales y profesionales, expresados como limitantes para la utilización del proceso de enfermería. Con este estudio fue posible comprender el proceso social en que las enfermeras atribuyen significados al proceso de enfermería en el contexto hospitalar, captando la intersubjetividad de sus experiencias y la participación activa en la construcción de una practica de enfermería diferente, comprometiendose con la proximidad humana en las múltiples interacciones del cotidiano hospitalar. Esta proximidad puede ser rescatada y potencializada como objeto sensibilizador de una práctica que cuestione el carácter instrumental de la rutina, avanzando en la perspectiva del cuidado humanizado.

Palabras clave: enfermería, proceso de enfermería, hospital.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
APRESENTAÇÃO	01
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	05
2. OBJETIVO DO ESTUDO	15
3. ABORDAGEM QUALITATIVA	16
3.1 Referencial teórico: Interacionismo Simbólico	17
3.2 Referencial Metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados	21
3.2.1 Conceitos básicos da Teoria Fundamentada nos Dados	22
3.2.2 O método da Teoria Fundamentada nos Dados	24
4 PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1 O local de estudo	29
4.2 Os sujeitos	32
4.3 Estratégias para a coleta dos dados	35
4.4 Análise dos dados	38
5 CARACTERIZAÇÃO DO FENÔMENO – “O processo de enfermagem no contexto hospitalar: entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado”	43
5.1 O cotidiano da enfermagem na unidade clínica hospitalar	43
5.2 O processo de enfermagem no contexto hospitalar: entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado	47
5.3 Descrição das categorias empíricas do fenômeno	49
6 DISCUSSÃO DA COMPREENSÃO DO FENÔMENO	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES E ANEXOS	101

APRESENTAÇÃO

Enquanto profissional de enfermagem dedicada ao âmbito educativo, há mais de duas décadas, como docente da Escola de Enfermagem de Irapuato da Universidad de Guanajuato, México, a experiência com o ensino do processo de enfermagem tem originado relações freqüentes com a prática profissional no contexto hospitalar, acompanhando estudantes de graduação, para vivenciar situações da prática profissional onde foi possível constatar que os profissionais de enfermagem realizam atividades de atenção ao paciente, focalizando-se a execução de procedimentos e rotinas estabelecidas, sem adotar os fundamentos e operacionalização do processo de enfermagem.

Na busca de explicações sobre os motivos dessa constatação sobre o distanciamento do uso desta metodologia no hospital, passei a focalizar a atenção à maneira como vivenciam a enfermagem e como percebem a sua utilização, elementos esses que motivaram este estudo.

No mundo atual, a enfermagem caracteriza-se como uma prática social; uma profissão de serviços que proporciona cuidados de enfermagem individuais e coletivos, fundamentados em conhecimentos e técnicas específicas condizentes com o contexto determinado de saúde, enfatizando a humanização do cuidado, relações sociais e sistema de valores.

Para viabilizar esta prática, a enfermagem adota instrumentos e recursos metodológicos, dentre eles o processo de enfermagem, considerado como metodologia própria que permite explicitar o âmbito da enfermagem, suas bases científicas, tecnologias e pressupostos humanistas, que estimula o pensamento crítico a criatividade e permite a solução de problemas da prática profissional (ALFARO-LEFEVRE, 2000; THOMAZ; GUIARDELLO, 2002; CRAVEN; HIRNLE, 2002).

Esta metodologia é sistemática, dinâmica e flexível, aplicável às diversas situações do cuidado desde o primeiro contato, permitindo adaptações às circunstâncias e mudanças; representa a tentativa de evidenciar e compreender o trabalho de enfermagem direcionado ao cuidado como prática reflexiva.

O processo de enfermagem adota um marco teórico para orientar a prática assistencial de enfermagem e constitui-se numa estrutura lógica para fundamentá-la; compreende elementos interdependentes em relações, cujo conjunto pode levar ao equilíbrio da situação de saúde do indivíduo ou da coletividade (OLIVEIRA, 1995).

Zagonel (2001) destaca que o processo de enfermagem oferece às enfermeiras uma forma lógica, sistemática e racional de organizar as informações, para orientar o cuidado de enfermagem com bases científica e humanizada. Este se constitui um desafio para as enfermeiras, pois implica em promover mudanças na sua prática, que requerem conhecimentos, competência, responsabilidade e compromisso.

Apesar da argumentação a favor da sua utilização e destaque às vantagens para a prática dos cuidados, tem havido controvérsias e indicativas de limitações e dificuldades para os profissionais de enfermagem relacionadas ao contexto da instituição hospitalar.

Os profissionais de enfermagem alegam falta de conhecimentos sobre as etapas que o integram e dificuldade em realizar o exame físico, atestando que sua prática está vinculada ao cumprimento de atividades burocráticas e técnicas instituídas pelo serviço. E ainda indicam a limitante de terem sob sua responsabilidade muitos pacientes, escassez de recursos humanos e materiais e erros na implantação desta metodologia (THOMAZ; GUIRARDELLO, 2002).

Leopardi (1995) entende que o PE se apresenta numa lógica com duas direções: de um lado se constitui em instrumento prescritivo para definir a qualidade e a ordem das tarefas do cuidado de enfermagem, e por outro se estabelece como instrumento institucionalizado de disciplina. Mostra-se como recurso de racionalização do trabalho e para ampliar sua produtividade, que vai demandar mais recursos qualificados, que nem sempre a estrutura político-econômica da instituição está disposta a investir. Sua utilização, portanto, não dá conta das expectativas de valorização e de ampliar a atenção aos usuários do sistema de saúde.

Diante dos novos cenários e desafios enfrentados pelos serviços de saúde no México, tem sido implantadas diversas ações com objetivo de assegurar o melhoramento contínuo da qualidade nos serviços para a população. Nesse sentido a enfermagem tem diversas propostas para a assistência no contexto hospitalar,

dentre elas a iniciativa de organizar e proporcionar o cuidado usando o processo de enfermagem, apesar de continuar sendo um tema controvertido e desafio para os profissionais da prática de enfermagem, que o questionam, apontam dúvidas e dificuldades na sua implantação.

Avanços são notados em algumas publicações mexicanas sobre experiências de implantação dessa metodologia nas instituições hospitalares (FRANCO; ESPINOSA, 2003; MENDOZA; VÁZQUEZ, 2003; ROSALES; ESPINO, 2004; RIVERA, 2004.), onde demonstram os esforços e intentos das enfermeiras para melhorar seu trabalho cotidiano com o uso do processo de enfermagem.

Rossi e Casagrande (2001) assinalam que existem diversos fatores que interferem na aplicação de processo de enfermagem, alguns deles no âmbito organizacional relacionados às leis, políticas e objetivos do serviço de saúde, estabelecidos, na maioria das vezes, sem a participação de enfermagem, sendo esta considerada como meio para alcançar as metas da instituição e não com autonomia para orientar o cuidado de enfermagem. Outros fatores integram o cotidiano dos profissionais de enfermagem, referentes às atitudes, crenças, valores e habilidades, muitas vezes explicados nas deficiências do ensino formal. Outro fator tem relação com a maneira como o processo de enfermagem tem sido operacionalizado nos serviços de saúde, algumas vezes como imposição, valorizando mais a documentação que a sua implementação na prática.

Entretanto, essas controvérsias, preocupações e dificuldades em relação ao processo de enfermagem, marcadas reiteradamente na literatura como determinantes para a sua implantação como metodologia de assistência de enfermagem no contexto dos serviços de saúde, têm a ver com o papel ocupado pela profissão na saúde e na sociedade. A busca da sua autonomia a partir de investimentos nessa metodologia para direcionar o cuidado, poderá permitir sua inserção no movimento de construção da atenção à saúde como um bem social e coletivo.

Diante o exposto, e a partir do pressuposto de que a utilização do processo de enfermagem numa instituição de saúde se caracteriza como ato social, em que ocorrem diversas interações envolvendo os profissionais de saúde, da enfermagem e os usuários do serviço, e que este se constitui numa ação revestida

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

de significados, servem de referência para firmar o objetivo deste estudo, que é conhecer e compreender os significados atribuídos pelas(o) enfermeiras(o) ao processo de enfermagem no contexto hospitalar, e destacar as ações que o constituem, frente a esses significados.

Portanto, espera-se que este estudo possa contribuir para fazer novas aproximações à realidade, com vistas a desvendar os significados atribuídos à aplicação do processo de enfermagem no contexto hospitalar, e que possam gerar inquietação e sensibilizar os profissionais da instituição envolvidas nesta investigação.

A estrutura do relato desta pesquisa inicia-se com a contextualização do processo de enfermagem, construção conceitual e aplicação na prática profissional, que dá referência aos objetivos e bases teórico - metodológicas, seguida pelo percurso metodológico. Os resultados e discussão dos dados empíricos adotam as bases do Interacionismo Simbólico e Teoria Fundamentada nos Dados, para entender o fenômeno construído. Finaliza-se com a síntese da contribuição científica e desafios para a enfermagem.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Apresenta-se, a seguir, o resultado da análise da revisão de literatura e reflexões do investigador sobre o processo de enfermagem, com vistas a firmar a compreensão sobre esse tema eleito como objeto de estudo e sua representação para a enfermagem.

É importante assinalar que o termo processo de enfermagem tem sido definido e abordado tanto na teoria, como na sua aplicação e investigação de diversas formas, Carraro (2001) destaca a diversidade de paradigmas encontrados na enfermagem e nomenclaturas utilizadas para propor a metodologia da assistência da enfermagem, entre elas o processo de enfermagem, processo de cuidado, metodologia de cuidado, processo de assistir e consulta de enfermagem. É fundamental compreender que todas elas se dirigem à aplicação de fundamentos científicos para o planejamento, o desenvolvimento das ações da enfermagem e que a terminologia usada depende do enfoque teórico que a sustenta.

Neste estudo mostra-se tanto na revisão de literatura como nas investigações sobre a aplicação do processo de enfermagem que os termos assistência e cuidado de enfermagem são utilizados sem distinção, talvez esse fato esteja relacionado ao processo de construção/consolidação do seu campo de conhecimentos, cujo objetivo é a aplicação as práticas da enfermagem.

O trabalho que caracteriza a enfermagem como profissão requer um instrumento metodológico que ajude no processo de cuidar, ordenando e correlacionando as ações que o constituem, de tal maneira a possibilitar a avaliação do alcance do objetivo pretendido (BENAVENT; DEL REY; FERRER, 2001).

Esse instrumento metodológico é denominado processo de enfermagem, que nas duas últimas décadas sofreu mudanças na sua dinâmica (operacional e conceitual), propiciando o desenvolvimento de novos elementos específicos para estruturar a avaliação, indicar categorias para o diagnóstico de enfermagem, e aperfeiçoamento de estratégias para a implementação dos cuidados.

O processo de enfermagem constitui-se na essência da enfermagem, liderado pela enfermeira que procura avaliar as necessidades do usuário, planeja e

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

executa os cuidados e avalia os resultados obtidos, orientados para proporcionar atenção de enfermagem qualificada, visando manter ou recuperar a saúde. Esta metodologia permite que a enfermeira utilize conhecimentos científicos em sua prática, denominados estruturas teóricas e modelos conceituais como marcos de referência que guiam a observação e classificação diagnóstica das situações do paciente. E ainda evidencia a importância da relação dialógica entre enfermeira e paciente, que busca incorporar seus valores e crenças referentes ao cuidado à saúde (YURA; WALSH, 1983; IYER; TAPTICH, 1993; ALFARO-LEFEBRE, 2000; POTTER; PERRY, 2002).

Segundo Stanton; Paul; Reeves (1993), o processo de enfermagem configura-se como esquema que proporciona ordem e direcionamento ao trabalho de enfermagem, constituindo-se numa atividade intelectual que delibera de maneira sistemática a prática de enfermagem; é um instrumento que apóia os profissionais no processo de tomar decisões, na previsão e avaliação de conseqüências.

O processo de enfermagem foi objeto de estudo desde final da década 50 com Lydia Hall (1955), tendo influência relevante na sua instituição pelo corpo docente da Universidade Católica de América do Norte em 1967, com apoio da Western Interstate Comision on Higher Education (WICHE) constituído em quatro etapas: abordagem, planejamento, intervenção e avaliação. Outros estudos foram combinando elementos para destacar a avaliação do estado de saúde e definição do problema como primeira etapa, bem como eventos foram realizados para definir a classificação dos diagnósticos de enfermagem a partir de 1970, data em que essa abordagem começou a ser adotada por docentes e enfermeiras da prática, com cinco etapas (POTTER; PERRY, 2002).

A continuidade desse movimento liderado pela American Nurses Association (ANA) gerou a divulgação dos Standards of Nursing Practice em 1973, que destacam o diagnóstico de enfermagem separado do PE. Porém em 1980, a publicação Nursing: A Social Policy Statement, inclui o diagnóstico de problemas de saúde como integrante do processo de enfermagem, e em 1991 Standards of Clinic Nursing Practicing diferenciam a identificação de resultados como elemento distinto do processo de enfermagem. Tais documentos vêm sendo reconhecidos na

teoria e prática nos Estados Unidos da América do Norte, incorporando-se às políticas de certificação dos hospitais (CRAVEN; HIRNLE, 2002).

Estes avanços contribuíram para o fortalecimento dos sistemas de classificação da prática de enfermagem, desenvolvidos desde o início do século anterior, com a primeira classificação dos problemas de enfermagem separados dos problemas médicos (1929), seguida pelos 21 problemas de Abdellah (1960), 14 necessidades básicas de Virginia Hernderson (1969), e partir dos anos 70, outros sistemas de classificação foram criados a exemplo dos Diagnósticos de Enfermagem - NANDA, Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, Classificação dos Cuidados Domiciliares de Saúde - HHCC, Classificação de Omaha - Community Health System, das Intervenções de Enfermagem - NIC, dos Resultados do Paciente - NOC, Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – CIPE, que tem pretendido universalizar a linguagem da prática e os elementos que a conformam (NOBREGA; GUTIERREZ, 2000), constituindo-se em instrumentos facilitadores para a aplicação e organização do processo de enfermagem.

Nesse percurso, o papel das associações de enfermagem nos diversos países e no mundo, representado pela International Council of Nurses tem sido fundamental para incentivar o desenvolvimento e consolidação do processo de enfermagem, assumindo liderança para propor novas referências, estratégias, normas de regulamentação e diretrizes para que seja incorporado a prática assistencial (ANE, 1976; ANTUNEZ, 2000; DE'LL ACQUA; MIYADAHIRA, 2002).

O processo de enfermagem como método sistematizado para prestar o cuidado, tem como meta a resolução de problemas e requer capacidades cognitivas, técnicas e interpessoais para sua aplicação. Portanto, pode ser utilizado para desenhar um curso de ação que possa mudar a situação em que se encontra a pessoa, em que a enfermeira apoiada num marco teórico, elabora seus componentes, envolvendo ao paciente na proposição de ações de enfermagem, considerando os fatores humanos, sociais e culturais, grau de doença e do bem estar; todas essas informações úteis para a investigação na enfermagem (YURA; WALSH, 1983; IYER; TAPTICH, 1993; ALFARO-LEFREVE, 2000; BENAVENT; DEL REY; FERRER, 2001).

A adoção da postura crítica pelo enfermeiro permite a abordagem compreensiva e individualizada do paciente, e fazer inferências sobre o significado das respostas em relação ao seu estado de saúde, até definir o problema ou diagnóstico de enfermagem, que serve de referência para a prescrição e avaliação de enfermagem sobre os resultados alcançados com as ações realizadas (POTTER; PERRY, 1999).

O processo de enfermagem constitui-se num método organizado em cinco etapas subseqüentes, a saber: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação (ALFARO-LEFREVE, 2000).

A etapa inicial do processo de enfermagem, denominada *investigação* “consiste num processo organizado, sistemático e contínuo de coletar dados de distintas fontes, para analisar o estado de saúde de um paciente” (IYER; TAPTICH, 1993, p. 23), deve enfatizar as dimensões física, mental, social e espiritual, para obter conhecimento amplo da situação e interação autêntica. Esta compreende a coleta, a validação, comunicação e registro de dados, facilitando as demais etapas que se sucedem.

A investigação explicita o caráter autônomo do enfermeiro na obtenção de informação necessária para responder as demandas de cuidados de enfermagem, permitindo adaptações e modificações diante de possíveis mudanças (BENAVENT; DEL REY; FERRER, 2001).

A investigação requer que a enfermeira tenha base sólida de conhecimentos, que lhe permita analisar os dados, reconhecer relações significativas, desenvolver conclusões válidas e emitir juízos consistentes sobre o estado de saúde da pessoa, bem como, a capacidade de interação positiva, com habilidades e destrezas para realizar os procedimentos requeridos e tenha definida uma filosofia profissional que oriente sua postura ante a profissão, a saúde e a pessoa que atende.

A análise e interpretação dos dados coletados resultam no *diagnóstico de enfermagem*, que expressa o estado de saúde da pessoa e identifica os problemas. Este se constitui na base para a seleção das intervenções, orientadas para alcançar os resultados sobre os quais a enfermagem é responsável.

A Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) entende que o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, família ou comunidade frente aos processos vitais/problemas de saúde reais ou potenciais, (NANDA, 2005). Esta Associação reconhece a existência dos tipos de diagnósticos de enfermagem: *reais* - quando descrevem respostas humanas a condições de saúde/processo vitais que existem num indivíduo, família ou comunidade, apoiado nas características definidoras; *de risco* - descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se num indivíduo, família ou comunidade, apoiados em fatores de risco que contribuem ao aumento da vulnerabilidade; e *de bem-estar* - descreve respostas humanas a níveis bem-estar num indivíduo, família ou comunidade que tem potencial de aumento ou melhora deste bem-estar; e *de síndrome* - um conjunto ou grupo de sinais e sintomas que quase sempre ocorrem juntos. Juntos esses grupos representam um quadro clínico distinto.

O *planejamento* compreende a determinação de prioridades, o estabelecimento de resultados esperados ou objetivos, a determinação das intervenções de enfermagem, e a documentação do plano de cuidados, que implicam desenvolvimento de estratégias para reforçar as respostas saudáveis da pessoa, impedir, reduzir ou corrigir os problemas de saúde identificados no diagnóstico de enfermagem.

Os objetivos são a chave para a avaliação, pois são referências para mensurar o efeito das ações realizadas sobre a situação-problema da pessoa; devem ser reais, alcançáveis e adequados as suas necessidades. E as intervenções de enfermagem, descrevem as ações e o modo como que a enfermeira pode ajudar a pessoa a alcançar os resultados esperados, apoiando-se em fundamentos científicos, que devem ser compartilhadas com ela, indicando os recursos disponíveis e as probabilidades de êxito, respeitando a autonomia da pessoa e participação na tomada de decisões (GUTIERREZ DE REALES, 1998).

Tanto os objetivos como as intervenções de enfermagem devem ser documentadas em um plano de cuidados, para organizar e orientar as ações, ajudando no uso efetivo do tempo, com dados relevantes e atualizados.

A *implementação* envolve a avaliação das condições da pessoa, análise e revisão do plano de cuidados, definição de recursos necessários para proporcionar o cuidado, indica as intervenções de enfermagem a serem realizadas, de caráter autônomo (independente) ou interdependente podendo adotar sistemas de classificação. Esta exige a utilização de habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas da enfermeira, em cada ação realizada, influenciada pela filosofia de enfermagem adotada pela instituição de saúde. A documentação das intervenções realizadas representa o exercício e responsabilidade profissional, exigida legalmente por todos os sistemas de cuidado em saúde.

A *avaliação* é a etapa em que é definido até que ponto foram alcançados os resultados esperados, é um julgamento relativo às formas que os problemas estão sendo resolvidos, com base em uma situação presente e permite apreciar a qualidade dos cuidados. Mediante essa avaliação a enfermeira determina se o plano de cuidados está apropriado, realista, atual, ou se requer modificações para a continuidade.

Teixidor (2002) menciona que os planos de cuidado padrão, e as trajetórias clínicas, devem ser ferramentas para guiar as ações, e permitir evitar omissões e repetições. Estes requerem atitude reflexiva para detectar as zonas indeterminadas da prática e garantir valores intuitivos e qualidades nas intervenções profissionais. A enfermeira atua em momentos que exigem a percepção sutil da realidade, deve permitir intimidade, receptividade, empatia na sua resposta. É importante, pois, o preparo de profissionais capazes de personalizar os cuidados, além do uso de padrões estabelecidos.

Waldow (2001) assinala que o processo reflexivo e o pensamento crítico devem ser acionados para avaliar, julgar e identificar aquilo que é prioritário. Enfermeiras, docentes e estudantes de enfermagem deverão refletir sobre essas questões e várias outras para encontrar caminhos que sejam viáveis na prática de enfermagem para atender à realidade dos pacientes, de prestar cuidados de qualidade, planejando e implementando e modificando-os conforme as situações e contextos.

O processo de enfermagem não pode ser utilizado de forma mecânica, rotineira, impessoal e desarticulada do contexto institucional na qual existem leis,

limitações e situações complexas que devem ser refletidas e enfrentadas pelo pessoal de enfermagem.

Na última década, alguns estudos explicitam os investimentos realizados para a utilização do processo de enfermagem na prática assistencial, que proporcionam uma fonte de informação sobre o que as enfermeiras conhecem, opinam e adotam em diversas realidades. A exemplo, Reyes (2000) expõe as dificuldades sentidas pelas enfermeiras para aplicar o processo de enfermagem num hospital particular do Distrito Federal no México, quanto à falta de capacitação profissional sobre o uso da taxonomia da NANDA, de modelos e teorias de enfermagem, como também os fatores associados à inter-relação do pessoal operativo e administrativo, os aspectos referentes aos usuários, ao serviço de enfermagem e do contexto institucional.

Garcia et al. (2001) investigaram a atitude clínica de residentes de enfermagem e de enfermeiras gerais na aplicação do processo de enfermagem a pacientes geriátricos no México, não encontrando diferenças estatísticas entre os dois grupos. Caracteriza atitude clínica baseada no trabalho rotineiro sem destacar as ações reflexivas relevantes para julgamento diagnóstico e dos resultados das ações. E ainda o grupo de residentes não revelam atitude clínica diferenciada apesar de ter recebido formação específica sobre o processo de enfermagem.

Garcia e Buendía (2001) assinalam que parte dos profissionais de enfermagem não reproduz as bases conceituais de sua formação e modelos nos cuidados prestados. As instituições públicas e privadas centralizam-se nos cuidados de tratamento, fortalecendo a imagem restrita que a sociedade tem da profissão. A atividade assistencial não adota o PE, os enfermeiros continuam organizando o trabalho por tarefas, adotando plano de cuidados com seus pacientes, sem utilizar o diagnóstico de enfermagem.

Rossi e Casagrande (2001) realizaram um estudo etnográfico numa unidade especializada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP, Brasil (HCFMRP), onde tem havido tentativas de utilizar o processo de enfermagem na organização da assistência desde 1982, e relatam que é percebido como atividade de documentação e um procedimento teórico dissociado do cuidado. A realização diária da prescrição de enfermagem foi incorporada ao seu

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

cotidiano, como atividade burocrática e neste sentido a prática do PE revela-se mecânica, uma rotina implementada num contexto onde o espaço para as interações está limitado pela necessidade do cumprimento de tarefas.

Matte; Thofhern; Muniz, (2001) em um estudo descritivo e exploratório sobre a opinião dos enfermeiros quanto à aplicação do processo de enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Hospital Geral do Rio Grande do Sul, Brasil, assinala que os enfermeiros têm conhecimentos superficiais e confundem os conceitos das fases do processo de enfermagem. Mencionam que a maioria o aprende, somente, durante a fase acadêmica, não tendo oportunidades de utilizá-lo como profissional. Reconhecem sua importância e consideram fundamental a formação técnico-científica da equipe de enfermagem para sua elaboração e execução. Dentre as dificuldades assinaladas para sua aplicação constam a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho.

Vaz et al. (2002) investigaram o Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), em Campinas, São Paulo, Brasil, com objetivo de sistematizar a assistência de enfermagem para os pacientes de câncer genital e mamário, submetidos a radioterapia, desenvolveram fichas para o registro breve dos dados mais relevantes relacionados à atenção de enfermagem contendo: anamnese, orientações gerais à respeito do tratamento, principais problemas colaborativos e diagnósticos de enfermagem, intervenções, resultados esperados e evolução. Foram adotados referenciais teóricos da taxonomia da NANDA, os problemas colaborativos e as intervenções de enfermagem. Após esses instrumentos serem aprovados e validados quanto ao conteúdo e diagramação em fichas, seu uso tem facilitado o registro ordenado dos dados, e permitido o resgate agilizado das informações importantes sobre os usuários, para o planejamento e avaliação da assistência prestada.

Marco et al. (2003) efetuaram um estudo quantiquantitativo no Hospital Geral Universitário de Valencia, Espanha, sobre o desempenho da enfermagem, em que o grupo explicita avaliação favorável sobre as mudanças introduzidas no desenvolvimento profissional; e satisfação com a estruturação do processo de coleta de dados em curso. Porém, para que este seja incorporado à prática diária se faz necessário um período de aprendizagem para exercitar o pensamento crítico na

identificação de problemas e necessidades e definir ações de cuidado. Esses propósitos vão requerer adequação dos instrumentos formulados que deverão ser testados e avaliados na sua utilização na realidade e contexto concreto.

Llamas (2003) buscou conhecer como se utiliza o processo de cuidados de enfermagem na opinião dos enfermeiros do setor sanitário de Sant Martí Barcelona, Espanha, relacionando-o com o perfil profissional, os conhecimentos que fundamentam esse processo, o Modelo de Virginia Henderson e a sobrecarga de trabalho. Os resultados mostraram que não existe relação entre o grau de conhecimentos, a carga de trabalho e a utilização desse processo, nem relação entre as opiniões obtidas sobre a identificação do Modelo de Virginia Henderson e a realização desse processo. Infere-se que o processo não é entendido como uma dinâmica seqüencial de etapas e relações entre elas, fazendo referência a algumas isoladamente. A implementação é a etapa mais registrada por estarem acostumados a realizá-la. Foi destacado que para sua implantação na atenção primária se fazem necessários investimentos motivacionais, de formação e entorno favorável, diante a explicitação de falta de tempo como fator principal que inviabiliza sua aplicação.

Com a finalidade de compreender os significados atribuídos pelas enfermeiras assistenciais ao implantar o diagnóstico de enfermagem no Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Brasil, realizou-se estudo de caso com oito enfermeiras da Unidade de Clínica Médica. Os resultados mostraram que a implementação do diagnóstico de enfermagem foi concebida inicialmente, como uma imposição, gerando reações de resistência e sentimentos de descontentamento. Ao longo desse processo reconheceram que a capacitação teórica-prática e a possibilidade de participar contribuíram para que se convertessem em agentes pró-ativas, desencadeando transformação positiva nos sentimentos, iniciais de descontentamento e percepção desfavorável em relação ao SAE. O processo de implementação continua sendo um grande desafio. A autora refere que experiência mostrou que o resultado se traduziu em crescimento individual e em produto coletivo. A apropriação do processo pelas enfermeiras propiciou além do compartilhamento, a tomada de decisões, assumindo responsabilidade pelos resultados (LIMA, 2004).

Paiva e Lemos (2004) investigaram na literatura as repercussões do processo de enfermagem na execução de ações preventivas e assistenciais da mulher no período de climatério. As autoras assinalam que um dos instrumentos utilizados pelo enfermeiro para garantir a integralidade da assistência a essas mulheres foi o processo de enfermagem, enfatizando aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Essa vivência mostrou uma nova tendência de cuidar em enfermagem, em que o conhecimento técnico-científico dos profissionais ligados direta ou indiretamente às mulheres nessa fase da vida, favorece uma assistência enfocada no cuidado individualizado e holístico, com ênfase à orientação e o acompanhamento no domicílio.

Estes relatos indicam a potencialidade de investir na implementação do processo de enfermagem na prática, aproximando os conhecimentos do exercício de enfermagem na atenção a saúde, educação e pesquisa.

Diante do exposto pelos diversos autores, reafirma-se a perspectiva do pesquisador, de que o processo de enfermagem se constitui numa ação revestida de significados, possível de ser desenvolvida pelas enfermeiras na sua prática, como uma metodologia de assistência, possibilitando mudanças e melhorias no cuidado de enfermagem. No entanto, percebe-se a falta de um olhar do processo de enfermagem no contexto hospitalar, a partir dos sujeitos que nele atuam; há dúvidas, incertezas e questões sobre como ele pode ser operacionalizado ou como esta sendo utilizado nesse contexto. Na busca de ter uma proximidade a essas questões, com base na percepção e vivência dos profissionais de enfermagem na sua realidade, e com o interesse de estimular a reflexão dos atores envolvidos, na consolidação desta metodologia de assistência, delimitou-se este estudo à compreensão dos significados atribuídos ao processo de enfermagem pelas enfermeiras na prática cotidiana no contexto hospitalar.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

- Compreender o significado atribuído ao processo de enfermagem por enfermeiras de uma unidade de internação hospitalar, no México.
- Descrever as ações realizadas por enfermeiras no cotidiano da unidade de internação hospitalar, no México, conforme o significado atribuído ao processo de enfermagem.

3. ABORDAGEM QUALITATIVA

Para compreender o objeto de estudo - significados que as enfermeiras atribuem ao processo de enfermagem, optou-se pela abordagem qualitativa, que permite aproximação desse mundo subjetivo, explorando a realidade onde as enfermeiras atribuem sentido e significados às suas experiências de vivenciar o processo de enfermagem no cotidiano do contexto hospitalar.

A investigação qualitativa aprecia objetos e pessoas em sua situação natural, tentando compreender seu sentido ou a interpretação de fenômeno em termos dos significados que estes representam para as pessoas, insere-se no mundo das ações e relações humanas que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis; esta implica no uso de grande variedade de materiais empíricos que descrevem a rotina, os problemas e os significados atribuídos à vida pelas/das pessoas (DENZIN; LINCOLN, 1994; POLIT; HUNGLER, 2000; MINAYO, 2004).

Praça e Merighi (2003) apontam que a investigação qualitativa na área de conhecimento de enfermagem, oferece oportunidade de compreender o significado da vivência no processo saúde – doença e possibilita o entendimento da subjetividade das pessoas assistidas com ênfase à interpretação cuidadosa da natureza das situações e eventos, sem atribuir maior relevância ao tempo em que ocorrem.

Morse (1994) refere que os métodos de investigação qualitativa constituem-se numa combinação de estratégias para coletar imagens da realidade, sendo o laboratório do investigador a vida diária onde as variáveis não podem ser controladas ou determinadas previamente, elas emergem do processo da investigação, porque sua meta é desenvolver teoria.

Esse processo de investigação qualitativo é complexo, intenso e personalizado, onde os investigadores assumem que requer claro entendimento do método, compromisso e empenho no descobrimento e aproximação ao conhecimento, numa perspectiva diferente, porque seu desempenho neste processo é explicar o significado da conduta das pessoas para transformar o conhecimento implícito em explícito.

A investigação qualitativa deste estudo elegeu o Interacionismo Simbólico para enfatizar o sentido e significado que objetos e eventos têm para o comportamento humano, que emergem do processo de interação entre as pessoas, em seu ambiente natural.

O Interacionismo Simbólico provê o fundamento filosófico para a Teoria Fundamentada nos Dados, e nesta perspectiva mostra-se pertinente para este estudo, pois está centrado na busca do conhecimento da realidade como é percebida e o significado que os objetos e eventos têm para as pessoas; trata-se de uma abordagem de investigação qualitativa que adota procedimentos sistemáticos para gerar teoria através de movimentos indutivos e dedutivos, com base nos dados obtidos (SANTOS; NOBREGA, 2002).

Estes referenciais foram eleitos para o estudo e estão explicitados a seguir.

3.1. Referencial Teórico: Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico tem sua origem nos clássicos da sociologia do final do século XIX com Charles Horton Cooley, W.I. Thomas e George Herbert Mead. A proposição dos pressupostos básicos desta abordagem foi feita por Herbert Blumer que desenvolveu seu conceito teórico a partir da natureza da interação simbólica, da sociedade e da vida em grupo, a natureza dos objetos, da ação humana e da ação conjunta, visando identificar seus princípios metodológicos (HAGUETTE, 1992).

O Interacionismo Simbólico enfatiza a natureza da interação social, a dinâmica e atividade social que envolve os atores, na perspectiva que considera o ser humano ativo no seu meio ambiente, como um organismo que interage com outros e consigo mesmo. Interação significa que os atos de cada ser humano são construídos continuamente, dependendo em parte do que os outros fazem, influenciando uns aos outros e ao atuar e interagir utilizam linguagens derivadas da intersubjetividade operando fundamentalmente dentro de realidades simbólicas aí sustentadas (CHARON, 2004; MOREIRA 2002).

Kimura; Tsunechiro; Angelo (2003) assinalam que o Interacionismo Simbólico se focaliza nos significados que os eventos têm para as pessoas e nos símbolos que usam para atribuir aqueles significados, e o investigador necessita compreender as ações na perspectiva dos participantes(atores), apreender seu mundo, as interpretações que fazem da interação e compartilhar suas definições. As ações devem ser observadas e analisadas no contexto de sua ocorrência, pois os significados derivam da interação social.

Blumer (1998) refere que a vida social é expressa através de símbolos e linguagem e resume o interacionismo simbólico nas seguintes premissas:

- Os seres humanos agem com relação aos objetos com base nos significados que estes têm para si. Estes objetos incluem tudo que o ser humano pode notar no seu mundo como objetos físicos, outras pessoas, instituições, idéias, atividades de outros e as situações que encontram na sua vida cotidiana.
- O significado atribuído aos objetos/coisas deriva-se da interação social entre seres humanos. Este constitui-se num produto social, uma criação formada através das atividades que definem os seres humanos em interação.
- Os significados são manipulados e modificados através do processo interpretativo desenvolvido pelo ser humano ao defrontar-se com objetos e consigo mesmo.

A interação humana é mediada pelo uso de símbolos, pela interpretação, e averiguação do significado das ações dos outros.

O interacionismo simbólico, como o assinala Blumer (1998), está centrado nas *idéias básicas* que representam como vê a sociedade humana e sua conduta, que constituem o marco teórico deste estudo e da análise dos dados, a saber:

Natureza da Vida nas Sociedades e Grupos Humanos: os grupos humanos e/ou sociedades estão constituídos por seres em ação e comprometidos nela. A ação consiste em atividades múltiplas que o ser humano executa na sua vida no encontro com outros e no trato das diversas situações com que se confronta; os seres humanos podem atuar individualmente, coletivamente ou representando outros.

Natureza da Interação Social: a vida em grupo pressupõe interação entre os seus membros, e a sociedade consiste de seres humanos interagindo uns com os outros e as ações de uns ocorrem em resposta às de outros. A interação social, conceito central do Interacionismo Simbólico, é um processo que constrói a conduta humana e não é meramente um meio para sua expressão; a atuação dos outros se constituem como fator positivo na formação da própria conduta. Esta interação pode ser “não simbólica”, quando se responde direta e imediatamente à ação de outro sem interpretá-la, e “simbólica”, quando o ser humano procura entender e interpretar o significado da ação do outro, nela os atos de cada um têm significado tanto para o que origina a ação como para o que a recebe.

Charon (2004) assinala que a interação social cria qualidades básicas humanas, determina a identidade dos seres envolvidos e cria a sociedade, a qual depende da sua continua interação uns com os outros e consigo mesmos.

Natureza dos Objetos: os mundos que existem para os seres humanos estão compostos por objetos, produtos da interação simbólica. Estes podem ser físicos, sociais e abstratos; sendo que sua natureza está constituída pelo significado que têm para os seres humanos. O significado surge da forma em que são definidos pelos seres com quem interagem, assim para entender a ação do ser humano é necessário identificar seu mundo de objetos, que deve ser visto como criação social porque surge do processo de definição e interpretação que se dá na interação dos seres e seus significados devem ser formados, aprendidos e transmitidos através de processos sociais.

Charon (2004) refere que os símbolos são um tipo de objetos sociais criados e utilizados para comunicar e representar alguma coisa aos outros ou a si próprio. Eles são definidos na interação; envolvem um entendimento e significado não só para o ator que os recebe, mas para quem o está utilizando; são intencionalmente usados e arbitrariamente associados com o que representam. Os símbolos podem ser objetos físicos, atos humanos e palavras.

O Ser Humano como um Organismo em Ação: o ser humano em ação não responde unicamente aos outros no nível não simbólico, faz indicações aos outros que as interpretam; ele pode ser um objeto de sua própria ação, um objeto para si mesmo, atua para si guiando suas ações a outros com base no tipo de

objeto que é para si mesmo. Como os outros objetos, o objeto próprio (self-object) emerge do processo de interação social no qual outros seres o definem.

O “self” é um objeto da própria ação do ser humano, é o meio ambiente interno no qual atua, é um objeto social que surge na interação com outros, que muda constantemente na medida em que vivem novas experiências interagindo com outros; é definido e determinado na interação social e pode ser dirigido, influenciado e controlado. Pela sua natureza social é considerado como um processo, mais que uma entidade estável (ANGELO, 1997; CHARON, 2004).

Natureza da Ação Humana: a capacidade do ser humano para fazer indicações a si mesmo lhe dá um caráter distinto a esta ação, o ser humano confronta um mundo que deve interpretar para atuar, e tem que construir e guiar sua ação, e não meramente responder aos fatores do ambiente, deve fazer frente às situações nas que atua averiguando o significado das ações dos outros e planejar sua própria linha de ação à luz dessa interpretação. A ação como parte do ser humano consiste em considerar seus desejos, objetivos, metas, ações dos outros e sua imagem, traçando uma linha de conduta na base da interpretação que faz destes. Sua conduta é formada e guiada através de tal processo de indicação e interpretação; este ponto de vista de ação humana individual, também é aplicado à ação coletiva.

Interconexão da Ação: a vida do grupo humano depende da adaptação recíproca das linhas de ação dos distintos membros que o compõem. A articulação dessas linhas origina a ação conjunta, considerada como organização comunitária de comportamento, baseada nos diferentes atos dos participantes. A ação conjunta possui caráter distinto e experimenta um processo de formação que pode ser considerado uma forma de ação social. Os membros do grupo guiam seus respectivos atos através desse processo e uso de significados, que compartilham e preestabelecem com base no que é esperado das suas ações. Aqueles membros que participam na formação de uma nova ação conjunta contribuem nela com seu mundo de objetos; os significados e esquemas de interpretação que possuem e esta não pode ser vista fora do contexto da ação conjunta prévia.

Blumer (1998) assinala que o Interacionismo Simbólico é uma perspectiva na ciência social empírica delineada para produzir conhecimento da vida humana

em grupo e da sua conduta, e seus princípios metodológicos devem cumprir os requerimentos fundamentais da ciência empírica que pressupõem a existência de um mundo empírico disponível para sua observação, estudo e análise, na qual a realidade existe para ser procurada e verificada.

Essa proposta está baseada no uso dos métodos naturalísticos que reconhecem o mundo empírico e respeitam sua natureza. Assinala que a exploração empírica oferece a possibilidade de obter imagem clara do que está sucedendo no mundo social, através de observação direta, entrevistas, escuta de conversações, histórias de vida, discussões em grupo, consulta de documentos, entre outros. Outro procedimento que permite o exame focalizado e minucioso do conteúdo empírico é a inspeção dos elementos analíticos e da natureza das relações, sistemas de autoridade, redes de relações, estados do ser, elementos de sua organização e acontecimentos, vendo-os de diferentes ângulos, fazendo diferentes questões e retornando ao exame minucioso.

Hutchinson e Wilson (2001) referem que o interacionismo simbólico, descrito pelos psicólogos sociais George Herbert Mead (1934) e Herbert Blumer (1989), proporciona fundamento filosófico para a Teoria Fundamentada nos Dados, guiando as perguntas de investigação e das entrevistas, as estratégias da coleta de dados e os métodos de análise. Auxilia o pesquisador na tradução das experiências para uma linguagem comum, facilitando seu entendimento e aplicação.

3.2 Referencial Metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados

Uma das principais abordagens qualitativas que tem sido utilizada pelos profissionais de saúde é a Teoria Fundamentada nos Dados ou Grounded Theory, desenvolvida em 1960 pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm L. Strauss, que trabalhavam em investigações acerca das interações dos profissionais de saúde com os pacientes moribundos (HOLLOWAY; WHEELER, 2000).

Glaser e Strauss desenvolveram uma abordagem teórica e metodológica para identificar os processos sociais básicos, no contexto em que estes ocorriam. Strauss recebeu grande influência dos estudiosos interacionistas e pragmáticos Everest Hughes, Herbert Blumer, Robert Park e John Dewey, e Glaser, acumulou

bases teóricas da tradição sociológica e influência de Paul Lazarsfeld, um inovador no uso dos métodos quantitativos nas investigações (STRAUSS; CORBIN, 2002).

A Teoria Fundamentada nos Dados, eleita para investigar o mundo empírico, tem suas raízes no Interacionismo Simbólico, cujo propósito é gerar teoria a partir da análise dos dados, que são organizados em categorias conceituais que explicam o fenômeno de interesse. Uma das características básicas é não se iniciar com uma teoria, *a priori*, esta vai sendo construída diretamente dos dados através do uso de métodos dedutivos e indutivos.

Santos e Nóbrega (2002) apontam que se trata de um método de investigação qualitativa que oferece explicações sobre como os eventos ocorrem e proporcionam aos enfermeiros a possibilidade de explorar a riqueza dos dados em contextos relativamente desconhecidos, para o entendimento interpretativo do que estão fazendo.

Strauss e Corbin (2002) entendem a Teoria Fundamentada nos Dados como método em que existe estreita relação entre a coleta de dados de maneira sistemática, a análise e a teoria que vai emergindo durante todo o processo de investigação; a teoria surge da realidade e não meramente da união de conceitos baseados na experiência, ou pressupostos sobre como as coisas deveriam ser ou funcionar.

A intenção do uso da Teoria Fundamentada nos Dados neste estudo é ter oportunidade de fazer uma aproximação detalhada, minuciosa e rigorosa dos dados empíricos, para ver o que há neles, de modo a facilitar o entendimento e compreensão dos significados atribuídos ao processo de enfermagem na vida cotidiana das enfermeiras que estão imersas num dado ambiente no contexto hospitalar.

3.2.1 Conceitos básicos da Teoria Fundamentada nos Dados

Os conceitos estruturais dessa abordagem metodológica, descritos a seguir, foram obtidos nos estudos de Glaser e Strauss (1967), Glaser (1978), Strauss (1987), Hutchinson e Wilson (2001) Strauss e Corbin (2002).

Sensibilidad Teórica

O uso do termo “sensibilidade teórica do investigador” indica a qualidade pessoal requerida que lhe permite ter “*insight*” (discernimento/perspicácia) a respeito de um fenômeno, é a habilidade de reconhecer as sutilezas dos significados nos dados; é a capacidade de compreender e discriminar o que é ou não permitido ao fenômeno em estudo. O investigador deve transformá-lo em categorias, propriedades e hipóteses relevantes, que o impelem a empregar todas as estratégias usuais para o desenvolvimento da teoria.

Método de Comparação Constante

Nessa Teoria, a coleta e análise dos dados são processos simultâneos e sistemáticos, onde o investigador utiliza tanto a indução como a dedução, fazendo o tempo todo comparações teóricas para estimular o pensamento sobre as propriedades e dimensões que direcionam a amostragem teórica. Este compara cada seção de dados e vai identificando as similitudes e as diferenças para chegar à definição de categorias. Hutchinson e Wilson (2001) assinalam que a importância deste método é a geração de construtos teóricos que, aliados aos códigos substantivos, categorias e suas propriedades, formam a teoria que explica variações na conduta.

Amostragem Teórica

Consiste no processo de coleta de dados para gerar a teoria no qual, o analista coleta, codifica e analisa seus dados e decide quais continuar coletando e onde encontrá-los, a fim de desenvolver a teoria que está emergindo. Adota o critério da “saturação teórica”, que significa não ter encontrado dados adicionais segundo os quais se desenvolveram propriedades da categoria, que determinam o momento de parar a amostragem teórica. Esta amostragem não é predeterminada, evolui durante a investigação e se baseia em conceitos que emergem da análise, adequados à teoria em construção (GLASER; STRAUSS, 1967; STRAUSS; CORBIN, 2002).

Os memorandos

Os memorandos consistem nos registros escritos como produto da análise, e podem adotar diferentes formas como notas sobre codificação, notas teóricas, notas operacionais e diagramas. Todos eles evoluem e tornam-se mais complexos, densos, explícitos e precisos à medida que a investigação avança. Seu

propósito é manter a investigação fundamentada e alertar o investigador, aspectos estes fundamentais para a construção da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2002).

Estes tipos de registros representam a teorização escrita de idéias sobre os códigos e suas relações, direcionam o investigador quando realiza a codificação, evitam perda de idéias e de informação relevante no processo de geração de teoria, porque a Teoria Fundamentada nos Dados gera uma proliferação de idéias, e a única forma de guardá-las e não esquecê-las é registrando-as na forma de memórias (GLASER, 1978).

3.2.2. O método da Teoria Fundamentada nos Dados

A descrição das idéias centrais sobre o método da Teoria Fundamentada nos Dados, apresentadas a seguir, foi baseada em Glaser e Strauss (1967), Glaser (1978), Strauss (1987) Strauss e Corbin (2002).

A Teoria fundamentada nos Dados pode ser apresentada como uma série codificada de proposições, ou como uma discussão teórica usando categorias conceituais e suas propriedades. As estratégias de comparação constante para gerar teoria dão ênfase à teoria como processo, que interpreta a realidade da interação social e seu contexto estrutural. A teoria se mostra como uma entidade em constante desenvolvimento e não um produto perfeito. O método desta teoria é um estilo de fazer análise qualitativa que inclui um número de distintas características e certos delineamentos metodológicos como a comparação constante e o uso de um paradigma de codificação que assegure o desenvolvimento e a densidade conceitual. O resultado é que todos os dados são conceituados dentro de categorias e integrados na teoria.

O curso seguido por esta teoria é um processo composto de um grupo de “*double-back steps*”, que significa que o investigador se move para a frente e constantemente volta para etapas prévias, que consistem na coleta, codificação, análise dos dados e delimitação da teoria.

Na *Coleta de Dados*, o investigador pode valer-se das observações de campo, entrevistas, publicações, documentos diversos públicos ou pessoais, livros

ou uma combinação dessas fontes. A coleta inicial de dados não está baseada em um marco teórico pré-concebido; mas sim na sensibilidade teórica do investigador para identificar quais dados são relevantes para o fenômeno em estudo e nunca termina completamente porque a codificação e os memorandos continuam suscitando questões adicionais que podem ser tratadas na geração de novos dados. O processo de coleta de dados é controlado pela teoria emergente.

A *Codificação e Análise dos Dados* constituem-se num processo considerado como essencial e básico na Teoria Fundamentada nos Dados, é a partir dessa que se forma a teoria através de análise minuciosa dos dados que emergem da coleta de informação sobre o fenômeno de estudo, pois esta análise leva à identificação das categorias e suas inter-relações. O processo de coleta de dados, codificação e análise ocorre simultaneamente, e a codificação guia as perguntas geradoras, decompõe/fratura os dados de tal forma que o investigador elabora descrição livre e impulsiona a interpretação a níveis elevados de abstração até alcançar a integração fundamental da análise completa, produzindo a densidade conceitual desejada (STRAUSS, 1987).

Glaser (1978) descreve basicamente dois tipos de códigos gerados dessa Teoria, fundamentada nos dados substantivos e teóricos. Os códigos substantivos conceituam a sustância empírica da área de investigação e os códigos teóricos conceituam como os códigos substantivos podem relacionar-se uns com outros, na forma de hipóteses a serem integradas à teoria. A codificação substantiva pode ser realizada através da codificação aberta e codificação seletiva.

Strauss e Corbin (2002) descrevem três processos de codificação dos dados, denominados em *aberta*, *axial* e *seletiva*, discriminados a seguir:

A *Codificação Aberta* representa um processo analítico em que se identificam conceitos e se descobrem as propriedades e dimensões dos dados. Neste tipo os dados se decompõem em partes discretas; revisados minuciosamente e comparados em busca de semelhanças e diferenças. Os eventos, sujeitos e ações considerados similares em sua natureza ou relacionados ao significado são agrupados em categorias.

Nesta codificação aberta, o investigador decompõe a informação em fragmentos chamados por Glaser e Strauss (1967) incidentes, que podem ser

palavras, frases, parágrafos ou grupos de parágrafos. Nela ainda, não se estabelecem relações entre categorias. A categoria é um elemento conceitual da teoria que amplia seu poder de explicação, e pode ser obtida através da análise linha por linha, frase por frase, palavra por palavra, a oração ou parágrafo inteiro ou ainda o documento completo; fazendo perguntas que permitam ao investigador elaborar códigos mais específicos com as semelhanças e diferenças encontradas, que devem ser intermediados, freqüentemente, para escrever memorandos teóricos. Não se deve assumir a relevância analítica de qualquer dado ou variável tradicional até que seja considerado relevante.

A *Codificação Axial* implica na análise profunda e densa de cada uma das categorias que emergiram do primeiro processo de codificação. Para Strauss e Corbin (2002) esta codificação implica no relacionamento das categorias e subcategorias, seguindo as linhas de suas propriedades e dimensões. É axial porque a codificação ocorre ao redor do eixo de uma categoria com o propósito de agrupar os dados que se separaram durante a codificação aberta, mediante a acomodação das propriedades de uma categoria e suas dimensões; identificar a variedade de condições, ações/interações e conseqüências associadas ao fenômeno; relacionar uma categoria com sua subcategoria, e buscar pontos-chave nos dados que denotem como se podem relacionar as categorias entre si.

Esses autores consideram conveniente construir um esquema para organizar as conexões que vão emergindo denominado paradigma, que não é mais que uma perspectiva adotada sobre os dados, ou posição analítica que ajuda a coletá-los e ordená-los de forma sistemática para conseguir a integração da estrutura e o processo.

Os componentes desse paradigma são denominados *condições* (causais, intervenientes e contextuais), *ações/interações*, e *conseqüências*.

As *condições* são compreendidas como o conjunto de acontecimentos ou sucessos que originam as situações, assuntos e problemas próprios do fenômeno, explicam porque e como os seres humanos respondem de certa forma; têm múltiplas propriedades; são micro ou macro e sua influência sobre as ações/interações pode ser direta ou indireta. Essas condições podem ser “causais”, porque representam conjuntos de acontecimentos que influenciam os fenômenos; “intervenientes”,

quando mitigam ou alteram o impacto das condições causais sobre o fenômeno, e “contextuais”, que representam o conjunto de condições específicas que se entrecruzam nas dimensões de tempo e lugar para gerar as circunstâncias ou problemas a que respondem.

As *ações / interações* constituem-se nas respostas estratégicas ou rotineiras, dadas por seres humanos aos assuntos, problemas ou acontecimentos que emergem das condições em que se apresentam os fenômenos, evoluem com o tempo na medida em que as pessoas definem ou dão significados às situações. Estas são estratégicas quando os atos são deliberados ou executados com propósito de resolver problema, e são consideradas rotineiras no caso que correspondem a formas habituais de responder às ocorrências da vida cotidiana.

As *conseqüências* indicam o resultado obtido com as ações/interações que alteram a situação e afetam o fenômeno. Tanto as *conseqüências* quanto as *condições* têm propriedades inerentes, duração variada e podem ser visíveis para uns mas não para outros; podem ser imediatas ou acumulativas, com impacto pequeno ou amplo sobre o fenômeno.

A *Codificação Seletiva* consiste num processo de integração e refinamento da teoria, em que o investigador delimita a codificação sobre aquelas categorias que têm relação com categorias centrais e são significativas para ser usadas numa teoria parcimoniosa. Uma categoria central tem poder analítico e chega a ser um elemento essencial que guia a amostra teórica, a coleta de dados e através da qual é gerada a teoria.

A categoria central explica melhor as idéias que são significativas para os participantes e integra todos os elementos da teoria, fazendo uso do método de comparação constante para encontrar as propriedades, dimensões e relações de cada categoria; ela emerge ao final da análise dos dados e se conforma como o tema principal ao redor do qual todas as categorias estão relacionadas.

Quando as categorias são identificadas, o investigador deverá retomar a literatura sobre o fenômeno para avaliá-las em comparação com resultados de outros investigadores, para então confirmar, refutar ou descrevê-las mais amplamente. Desta forma, a literatura se converte em parte dos dados da investigação que apóia a explicação da teoria.

Delimitação da Teoria

Glaser e Strauss (1967) assinalam que primeiramente se solidifica a teoria, utilizando o método de comparação e redução, em que o investigador descobre uniformidades subjacentes ou fundamentais para o grupo original de categorias ou das propriedades e, então, pode formular a teoria com um grupo pequeno de conceitos de alto nível. Com isto, delimita a terminologia, o texto e conseqüentes generalizações; então o investigador começa a obter parcimônia de variáveis e o alcance na aplicabilidade da teoria num determinado grau de situações. O outro nível indicado para delimitar a teoria é diminuir a lista original de categorias para codificação, através da coleta, codificação e análise mais seletiva, focalizada nos dados de acordo com aos limites da teoria. Outro fator que delimita mais a lista de categorias é a saturação teórica.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 O local do estudo

A informação que se apresenta tem a intenção de apresentar o local onde se desenvolveu o estudo, situando-o como um espaço geográfico, histórico, político, cultural e social onde estão presentes hábitos, costumes e as diversas interações que as enfermeiras desenvolvem nele e que vão compondo seu cotidiano, sua forma de trabalho, seu modo de olhar e fazer a enfermagem.

O local em que se realizou o estudo está situado no estado de Guanajuato, México, no Hospital General de Zona com Medicina Familiar No. 2 (HGZ M.F. No.2) do Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), articulado ao sistema de serviços de saúde como instituição de segurança social para trabalhadores de economia formal. Está a 44 km da capital do Estado, na parte central da República Mexicana, ocupa prédio próprio com 13.432m² construídos numa área total de 30.000m² incluindo áreas verdes.

Esta instituição conta com serviços de hospitalização em medicina interna, cirurgia, pediatria, gineco-obstetrícia e neonatologia, urgências (área de observação para adultos e crianças, sala de hidratação, sala de recuperação, curativos e centro único de consumo e distribuição, central de esterilização, unidade de parto cirúrgico, sala de cirurgia ambulatorial e sala de recuperação pós cirúrgica, unidade de terapia intensiva, unidade de hemodiálise, clínica de displasias, unidade de inaloterapia, unidade de medicina familiar, estomatologia e medicina preventiva, consultas externas (especialidades), consulta de enfermagem (materno-infantil), e área de informática médica e arquivo clínico.

As principais causas de morbididades atendidas nessa instituição hospitalar estão relacionadas aos partos normais, colelitíases, mães com problemas fetais e anormalidade de órgãos pélvicos e desproporção cefalopélvica, diabetes mellitus, infecções de vias urinárias na gravidez, abortos, falso trabalho de parto, hérnias inguinal/umbilical com tempo médio de internação de 4 a 9 dias.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Para atender à demanda o hospital possui 110 leitos distribuídos nas áreas de medicina interna (25), cirurgia (28), pediatria (27), gineco-obstetrícia (30), e ainda há 52 leitos não computados que incluem as unidades de cuidados intensivos (4), de recém-nascidos (6), serviços de urgências (18), cirurgia ambulatorial (6), puerpério de baixo risco (6), trabalho de parto(6) e recuperação cirúrgica pós-parto (6).

A instituição conta com o departamento de enfermagem que está hierarquicamente subordinado à subdireção médica. Tem a missão de proporcionar assistência de enfermagem com qualidade, eficiência e efetividade no uso de recursos humanos e materiais e o compromisso com a melhora contínua dos processos instituídos. Exerce papel fundamental na organização hospitalar e suas atividades têm grande influência no alcance dos objetivos, cujas políticas básicas visam outorgar às pessoas o direito à atenção de enfermagem integral e pronto atendimento, isento de riscos e imbuído de sentido humanitário.

Para reforçar seu compromisso com a qualidade, o serviço de enfermagem contempla a elaboração e aplicação de protocolos de atenção de enfermagem e participa, ativamente, na aplicação de programas prioritários voltados à atenção integral de saúde ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso; esquemas de vacinas para todas as idades; detecção precoce de diabetes, hipertensão, desnutrição e tuberculose, de câncer cérvico-uterino; programa de prevenção de mortalidade materna, cobertura anticonceptiva, detecção de doenças congênitas, acesso a intervenções cirúrgicas e cirurgia ambulatorial, atenção e trato digno ao paciente com HIV e AIDS, manejo de resíduos perigosos (biológico-infecciosos), controle de infecções hospitalares, entre outros.

Nas unidades de internação hospitalar adota-se a análise das necessidades manifestadas pelo paciente e realização do plano de cuidados específico (individual), baseado nos protocolos de atenção de enfermagem. E ainda, faz parte do sistema de informação para apoiar as decisões, a avaliação dos registros clínicos, tratamentos e observações de enfermagem, previstos na aplicação do processo de enfermagem, bem como, as entrevistas para apreciar a satisfação/insatisfação dos pacientes e dos trabalhadores, visando à detecção de falhas e propor medidas de correção orientadas à melhora dos processos de

atenção de enfermagem, que servem de base para o estudo contínuo e incidental e melhora da qualidade no serviço prestado pela enfermagem (MÉXICO, 2008).

Os profissionais de enfermagem neste hospital têm formação de nível técnico para os bacharéis e auxiliares de enfermagem, que podem ascender às especialidades, e nível superior os licenciados. As categorias de trabalhadores instituídas no hospital são: auxiliar de enfermagem, auxiliar de área médica, auxiliar de saúde pública, enfermeira geral, especializada, chefe do andar, subchefe e chefe de enfermagem que assumem a direção. Destaca-se que as licenciadas são contratadas na categoria de enfermeiras gerais, e algumas destas são inseridas como auxiliares de enfermagem (RAMIREZ, et al. 2007).

A exigência mínima de contratação para enfermeiras gerais restringe a inclusão de profissionais de maior formação, entre estas as licenciadas, que têm maior vocação de atuar em escolas. Porém as instituições de saúde não a incluem em seus quadros de categorias contratuais, tendo que assumir o papel de enfermeira geral.

As funções destinadas aos profissionais de enfermagem foram estabelecidas num acordo de contrato coletivo de trabalho, com especificações por serviço e turno. Está discriminado para a enfermeira geral a aplicação do processo de enfermagem direcionado ao paciente, família e comunidade nas unidades de atenção médica, e ao auxiliar de enfermagem colaborar com ela na atenção de enfermagem para alcançar a saúde e autocuidado, reduzir os danos estabelecidos e sua reabilitação (MÉXICO, 1999).

O departamento de enfermagem estabelece diferentes sistemas de trabalho compatíveis com o modelo de atenção integral, de equipe ou funcional, para atender aos pacientes/famílias, cabendo a decisão e escolha à equipe de cada unidade.

O quadro de trabalhadores de enfermagem está constituído por 327 enfermeiras, sendo uma na chefia de enfermagem, cinco subchefes, 25 chefes de andar conforme as especialidades e áreas no hospital, 41 enfermeiras especialistas, 146 enfermeiras gerais e 109 auxiliares de enfermagem.

O serviço de medicina interna, no qual foi realizado o estudo, está situado no quarto andar do HGZ MF No 2, organizado em áreas sul e norte, com

capacidade de 25 leitos e 3 designados para cirurgia, distribuídos em enfermarias com 3 leitos e quartos individuais, cabendo 17 na norte (sendo uma delas destinada à pacientes de diálise) e 11 na sul. Dentre as principais causas de admissão de pacientes estão: diabetes mellitus, insuficiência renal e cardiopatias, com média de permanência hospitalar 4 a 9 dias.

A equipe de enfermagem nesse andar possui 36 enfermeiras gerais e auxiliares de enfermagem e quatro chefes de andar, para dar conta do dia a dia, cobertura das folgas e férias. A escala diária segue as recomendações gerais de destinar uma enfermeira por área (norte, sul e diálise), três por turno, com duas auxiliares de enfermagem pela manhã e vespertino, sendo apenas uma no noturno.

O sistema de trabalho predominante é o funcional, e ocasionalmente o integral, sobretudo no noturno, quando não há auxiliares de enfermagem e as enfermeiras gerais se responsabilizam por todos os cuidados. O ambiente de trabalho está definido pelas normas tradicionais de organização, políticas e procedimentos administrativos, estilo, estrutura e filosofia gerencial, tecnologia de trabalho e sistema de incentivos e regulamentação (MÉXICO, 2008).

A escolha deste local para estudo foi orientada pelas características representativas da complexidade do trabalho cotidiano das enfermeiras no hospital, com atenção de adultos, bem como experiência da pesquisadora na atenção hospitalar como enfermeira e docente de graduação em enfermagem na área clínica.

4.2 Os Sujeitos

Por ser um estudo de natureza qualitativa baseado na Teoria Fundamentada nos Dados, o número de informantes não foi pré-determinado, resultou do processo de amostragem e saturação teórica, que determina o seu número e o momento de finalizar a coleta de dados; nesse processo foi combinada a coleta com a codificação e análise, até identificar as categorias do fenômeno em estudo.

Strauss e Corbin (2002) assinalam que a saturação teórica ocorre quando nenhum dado adicional é capaz de agregar algo novo numa categoria, porque ela está bem estabelecida e validada.

Glaser e Strauss (1967) apontam que os critérios para a seleção dos sujeitos participantes no estudo, devem ser de relevância teórica, os informantes devem ser selecionados de forma que respondam às proposições da investigação e que promovam a emergência de categorias pertinentes.

Tomando em conta esse pressuposto, foram considerados informantes os integrantes da enfermagem que compõem as equipes de trabalho no serviço de medicina interna, nos períodos matutino, vespertino e noturno, um total de 36.

A abordagem inicial dos sujeitos do estudo foi realizada com as equipes nos diversos turnos, em que foram apresentados os elementos centrais do projeto de pesquisa – objetivos e metodologia, e feito o convite para participarem. A seguir foi feito contato individual para conhecer sua decisão de participar ou não dela. Diante do aceite firmou-se acordo para proceder às entrevistas e observações, conforme a disponibilidade e preferência dos participantes.

Algumas enfermeiras foram reconhecidas pela pesquisadora, por terem estado presentes no período de observação anterior, entre novembro e dezembro de 2005, destinado à sua aproximação para conhecer a instituição, de modo a permitir a indicação da unidade para realizar a investigação e firmar compromisso de retornar para a coleta de dados.

Fizeram parte deste estudo 16 enfermeiras(os), cuja participação foi voluntária, através de convite pessoal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), em consonância com os princípios éticos em pesquisa, preservando seu anonimato. Foi adotada identificação alfa-numérica, optando pela letra E, seguida pelo número seqüencial da entrevista, formação (licenciada, técnico), tempo de experiência no hospital e na enfermagem (anos e meses), idade e período de trabalho: matutino (M), vespertino (V) e noturno (N), ilustrados no Quadro 1.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos segundo número, turno de trabalho, idade, formação, categoria profissional, tempo de experiência hospitalar e na enfermagem, México, 2007.

SUJEITOS	CARACTERISTICAS					
	Turno de trabalho	Idade	Formação	Categoria profissional	Tempo de experiência na instituição	Tempo de experiência na enfermagem
E1	M	37	LIC	EG	15,6	17
E2	M	39	NT	EG	16	20
E3	M	37	LIC	EG	17	18
E4	M	34	NT	AE	10	10
E5	M	47	NT	EG	20	22
E6	V	45	NT	EG	17	22
E7	V	40	NT	AE	18	20
E8	V	30	NT	EG	4,6	7
E9	V	48	NT	EG	18	18
E10	N	42	NT	EG	14	22
E11	N	30	LIC	EG	6	9
E12	N	42	NT	EG	18	21
E13	N	45	LIC	EG	17	18
E14	N	40	NT	EG	14	14
E15	N	35	LIC	EG	12	16
E16	N	31	NT	AE	3	3

Fonte: dados empíricos dos profissionais de enfermagem de uma unidade de internação hospitalar no México, 2007.

Participaram deste estudo 14 mulheres e dois homens, com idades entre 30 e 48 anos, tendo a maioria (dez) até 40 anos. Nestes, há seis enfermeiras com licenciatura que tem categoria de enfermeira geral; e 10 enfermeiras de nível técnico, contratadas três delas, como auxiliares de enfermagem. Com relação ao tempo de experiência, quer na instituição hospitalar, quer na enfermagem, predominaram os profissionais com tempo de atuação entre 10 a 20 anos, havendo apenas três com período inferior.

4.3. Estratégias para coleta dos dados

As estratégias utilizadas neste estudo foram à entrevista, a observação participante e a consulta documental, no período de março a setembro de 2007. Estas estratégias se baseiam na interação do investigador com os sujeitos no seu ambiente habitual, de modo a permitir o acesso a diversas informações de maneira sistemática.

A entrevista como assinala Moreira (2002), é uma conversa entre dois ou mais pessoas com um propósito definido, onde o investigador deseja obter informação que o entrevistado possui. Na entrevista cria-se uma relação interativa em atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde, sobretudo naquelas semi-estruturadas. Neste estudo foi utilizada essa modalidade de entrevista, que é conduzida por perguntas abertas, definindo a área a ser explorada inicialmente, e a partir da qual tanto o entrevistador como o entrevistado podem divergir acerca da continuidade com certa idéia ou se a resposta exige mais detalhes (BRITTEN, 2005).

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro básico, desenhado como guia de perguntas abertas (Apêndice B), que serviu de diretriz e permitiu aos entrevistados e ao entrevistador realizar adaptações, conforme o seu transcorrer, sendo possível acrescentar perguntas para esclarecer e fundamentar as informações obtidas, em ocasiões que se fizeram necessárias.

Foi realizada a validação da forma e conteúdo do roteiro da entrevista com duas enfermeiras docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, e duas profissionais de enfermagem mexicanas que trabalham em instituições de saúde, sendo uma enfermeira docente (cursa o doutorado nessa Escola), e a outra, uma auxiliar de enfermagem, que permitiu acertos na sua estrutura, entre setembro a outubro de 2006, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Os contatos formais com visitas do pesquisador ao local de estudo para apresentar o projeto às enfermeiras do serviço de medicina interna, começaram em março de 2007, informando sobre seus objetivos e direito à liberdade para tomar decisão quanto à sua participação, bem como outras providências para viabilizar a coleta dos dados.

Após a obtenção do aceite em participar, foram agendadas as entrevistas e visitas, individualmente, indicando dia, horário e local para sua realização – a unidade hospitalar, que exigiu encaminhamento de petição para ciência e autorização das enfermeiras na unidade de medicina interna nas datas estipuladas, com compromisso de respeitar a dinâmica das atividades programadas. Houve situações que exigiram a interrupção da entrevista, sendo remarcada para outro momento a sua continuidade. Porém, a opção eleita pelas enfermeiras de realizar as entrevistas no período de trabalho, permitiu maior aproximação dessa realidade no cotidiano hospitalar.

As entrevistas foram gravadas solicitando autorização prévia, possibilitando registrar os relatos verbais e prestar mais atenção aos entrevistados e em suas expressões não verbais. As gravações foram transcritas pela pesquisadora e submetidas à validação dos textos, sem modificações pelos sujeitos entrevistados. Durante as entrevistas foram realizadas notas de campo sobre expressões corporais e informações emitidas com ênfase, que complementaram os dados.

A partir da leitura e análise das entrevistas realizadas e aproveitando o momento de imersão na realidade e observação do processo de enfermagem articulado ao cuidado na unidade, foram retomados contatos e agendados encontros, quando houve necessidade de complementar, ampliar ou esclarecer dados. Nestes encontros a entrevista não foi gravada por solicitação do entrevistado, mas com aceite de notas manuscritas para permitir recuperar as informações.

Apesar dos sujeitos terem sido informados sobre a duração aproximada da entrevista, no termo de consentimento livre e esclarecido, foi possível preservar a espontaneidade na conversação, permitindo aos entrevistados falar livremente durante o tempo que consideraram necessário, assim sendo, o tempo das entrevistas variou entre 10 a 52 minutos.

Outra estratégia utilizada na coleta de dados foi a observação participante, essa técnica como refere Cruz Neto (2004), permite o contato direto do investigador com o fenômeno observado para obter informação sobre a realidade dos atores em seus próprios contextos. O investigador se converte num observador que estabelece uma relação direta com os observados e pode modificar e ser modificado pelo contexto

A observação permite captar fenômenos que não seriam obtidos por meio de perguntas ou em documentos, e que devem contar com a aproximação do investigador à realidade. No caso deste estudo a unidade de medicina interna (enfermarias norte e sul, posto de enfermagem, corredor, área de preparo de medicamentos, área de diálise), nos turnos matutino, vespertino e noturno em que se encontravam os informantes entrevistados, acompanhando suas experiências cotidianas para perceber os significados atribuídos ao processo de enfermagem a partir de suas ações, identificando os momentos, e estratégias de sua prática.

O papel de observador como participante, foi assumido neste estudo, estratégia que permite complementar dados obtidos nas entrevistas, envolvendo as relações com os atores no seu ambiente de trabalho, permanecendo aí curto espaço de tempo, em períodos importantes para a pesquisa (MINAYO, 2006).

Na observação participante, segundo Lüdke e André (1986), a identidade e objetivos da pesquisa são informados aos participantes desde o início. Assim, após obtenção do consentimento prévio das enfermeiras para observá-las, foram tomados acordos mútuos entre o pesquisador e os participantes para ocorrer livre trânsito dentro da unidade de medicina interna, agendando a data, indicando dia e horário para sua realização. O acompanhamento de suas experiências cotidianas foi realizado em duas ocasiões, durante 4 horas aproximadamente, de agosto a setembro de 2007, tentando não interromper a dinâmica de suas atividades, na busca da observação do objeto de estudo.

Para orientar a observação foi elaborado um roteiro (Apêndice C), de acordo com os objetivos da pesquisa, que exigiu readaptações durante o trabalho de campo e aproximação dos aspectos da realidade sobre o fenômeno de interesse.

Os dados das observações foram registrados num diário de campo, logo após cada sessão, para evitar lapsos de memória e utilizados para complementar as entrevistas. Segundo Reiners (1998), esses dados representam o modo que as enfermeiras realizam sua prática cotidiana e reflete o significado atribuído ao processo de enfermagem e os dados gerados pelas entrevistas como a expressão verbal do significado que lhe é atribuído.

As observações participantes seguiram os requisitos da ética em pesquisa, conforme explicitação no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

para as demais técnicas de coleta de dados, com particular atenção ao respeito à cultura e valores dos participantes, cumprindo acordos, garantindo o sigilo, e a livre participação.

A consulta documental foi realizada nos documentos oficiais do Departamento de Enfermagem da instituição de saúde eleita para o estudo, assim como nos registros de enfermagem da unidade de medicina interna, com a prévia autorização de suas autoridades. A informação coletada foi registrada também no diário de campo e constituiu o corpus documental submetido à análise.

4.4 Análises dos dados

A análise dos dados foi realizada de forma combinada com a sua coleta, considerando que a comparação constante é a premissa básica deste método. O primeiro passo desta foi a transcrição dos dados, seguida pela sua codificação, conforme procedimentos referidos por Strauss e Corbin (2002): a codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, para permitir a delimitação da teoria.

A codificação aberta iniciou-se desde a transcrição da primeira entrevista, onde foram identificados incidentes que indicaram o caminho a seguir na coleta dos dados. Nesta etapa foram nomeados e categorizados os fenômenos por meio do exame minucioso dos dados, linha por linha, parágrafo por parágrafo. Os dados foram decompostos em partes discretas ou fragmentos denominados por Glaser e Straus (1967) incidentes, se examinaram e se compararam na busca de similitudes e diferenças gerando códigos que algumas vezes foram chamados “códigos em vivo” porque foram utilizadas as palavras dos entrevistados. Este processo de codificação foi feito com todos os dados até que dados novos não fossem encontrados. A seguir se apresentam exemplos da codificação aberta.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Quadro 2. Exemplo de definição de códigos a partir dos incidentes.

INCIDENTES	CODIGOS
Desde que llego al piso es identificación de pacientes, diagnóstico, nombre, y tratamiento, algún cuidado específico pendiente	Inicia o turno recebendo pacientes, identificando suas condições e pendências leito a leito.
...estamos identificando que tipo de necesidades tiene cada paciente, en base a su tratamiento, reacciones o alguna molestia	Identifica necessidades com base no tratamento, reações e desconfortos do paciente.
y eso es lo que se hace con cada paciente, si tiene algún tratamiento específico como cuantificación de drenajes en pacientes posoperados,	Da cuidado com base no tratamento específico.
el proceso de enfermería se puede aplicar, se puede seguir, pero por el mismo exceso de trabajo nos hacemos rutinarias ...	O PE pode-se aplicar, pode-se seguir, porem nos voltamos rotineiras devido ao excesso de trabalho. [CV]
Usamos el proceso de enfermería pero no lo hacemos notar, ya llevamos una rutina de trabajo y no nos damos cuenta, no pensamos que estamos poniéndolo en práctica, pero se hace porque estamos planeando las actividades y realizamos las acciones	Usamos o processo de enfermagem porque planejamos e executamos as ações, porem não estamos dando-nos conta, não o fazemos notar, é como si foram nossas atividades rotineiras, não pensamos que estamos fazendo.
...no se hace por escrito pero es un plan de actividades que cuando estamos estudiando enfermería, se hace paciente por paciente, siguiendo una secuencia, pero ya aquí es como una rutina.....	O método para dar o cuidado não se faz por escrito, e um “plano de atividades” que já é como rotina.

Após esta primeira aproximação, tentando definir as categorias, voltou-se novamente aos dados para aprofundar os códigos identificados, fazer agrupamentos em uma ordem abstrata baseada na sua capacidade de explicar o que estava sucedendo e emergindo nos dados, o resultado foi a redução do número dos códigos com às quais se estava trabalhando, como se mostra a seguir:

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Quadro 3. Exemplo de formação de categorias a partir dos códigos.

CODIGOS	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Inicia o turno recebendo pacientes, identificando suas condições e pendências leito a leito. • Tenta aplicar o processo de enfermagem avaliando ao paciente desde a recepção do turno, se apresenta, observa, avalia soluções, drenagens, venoclisis. • Inicia o turno recebendo pacientes identificando-os por seu nome e seu diagnóstico revisa venoclisis e soluções. • Avalia estado do paciente com foco na venoclisis e identificação. • Prepara a entrega de turno indagando sobre condição do paciente e soluções parenterais, dieta. • Identifica necessidades com base no tratamento, reações e desconfortos do paciente e registra na folha de enfermagem. <p>Na recepção do turno faz visita de reconhecimento de todos os pacientes designados, se apresenta e avalia brevemente o estado geral do paciente com foco na venoclisis. Enquanto a enfermeira administra medicamentos avalia estado do paciente ampliando a informação com foco nas necessidades básicas (banho, dieta, descanso), situações de desconforto. Observa características da pele no local de punção da venoclisis. (nota de obs. 08/07)</p>	<p>Avaliando as necessidades e condições do paciente</p>

A construção das categorias em termos de suas propriedades e dimensões foi realizada por meio de análise aprofundada dos códigos encontrados nos dados tanto das entrevistas como das observações. Este processo permitiu identificar e nomear as categorias dando-lhes especificidade pelas características particulares, como mostra o exemplo a seguir.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Quadro 4. Exemplo da construção de categorias com base nas subcategorias

SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Diferente do aprendido, com perda na continuidade no seu fazer • Investigação das necessidades e condições dos pacientes. • Planejamento das ações/interações de Enfermagem. • Realização das ações/interações de cuidado. • Registro ou não das ações/interações de cuidado 	<p>O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento pelo paciente e família • Desvalorização de sua prática profissional • Frustração por prestar cuidados limitados 	<p>Satisfação / insatisfação com o cuidado proporcionado</p>

A seguir, na codificação axial foram relacionadas e agrupadas categorias e subcategorias, com apoio no paradigma de codificação sugerido por Strauss e Corbin (2002), possibilitando a sistematização dos dados e relações mais complexas, para formular explicações mais precisas e detalhadas do fenômeno de estudo, representada na ótica dos participantes e firmada nos dados que foram emergindo.

Os componentes desse paradigma de codificação incluem as condições, ações/interações e conseqüências, servem como guias que auxiliam o pesquisador a formular questionamentos, gerar hipóteses e fazer comparações constantes, auxiliando na composição do corpo da teoria. A sua utilização permitiu situar o fenômeno de estudo dentro da estrutura condicional e identificar o processo que denota as ações/interações das enfermeiras, em resposta aos acontecimentos do cotidiano no contexto hospitalar.

Durante todo o processo de pesquisa foram feitas anotações na forma de memorandos teóricos, úteis na análise dos dados e interpretação dos resultados. Glaser e Strauss (1967) assinalam que os memorandos permitem acumular registros

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

de pensamentos, raciocínios, idéias que ajudam na organização dos resultados, como mostra o exemplo a seguir:

3/11/07

Código Vivo “O processo de enfermagem pode-se utilizar, no entanto, pela sobrecarga de trabalho nos fazemos rotineiras”, E1, p. 2.

Neste depoimento a enfermeira expressa que há sobrecarga de trabalho na unidade de medicina interna, condição pela qual realiza o processo de enfermagem de forma rotineira. Diante o exposto, esta situação pode ser considerada condição causal, bem como contextual, que explica porque e como respondem as enfermeiras ante os problemas o situações de seu contexto. Ela pode ter uma influencia direta sobre as ações/interações de cuidado das enfermeiras nessa unidade de internação.

7/11/07

Código aberto: “Trabalho cotidiano marcado pela rotina” E2, p2.

Será que o trabalho cotidiano das enfermeiras na unidade de medicina interna, dirigido por rotinas, regras e normas estabelecidas, responde a uma prática reativa diante as múltiplas situações do contexto (modelo funcional, hegemonia do modelo biomédico, sobrecarga de trabalho) dificultando a prática reflexiva dirigida pelo processo de interpretação a partir do qual constrói sua linha de ação?

5. CARACTERIZAÇÃO DO FENÔMENO – O processo de enfermagem no contexto hospitalar: entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado.

5.1 O cotidiano da enfermagem na unidade clínica hospitalar

As observações realizadas na unidade investigada, como estratégia de aproximação à realidade e buscar situar o fenômeno de estudo, permitiram conhecer o cotidiano do trabalho de enfermagem nos diferentes turnos e seu gerenciamento. Neste cotidiano destacam-se os elementos estruturais desde a distribuição do pessoal de enfermagem conforme escala de trabalho, a recepção e entrega de turno, a seqüência de tarefas na prestação de cuidados, o gerenciamento do cuidado e registros das ações, que serão desenvolvidas a seguir, com vistas a reconhecer aproximações com o uso do processo de enfermagem.

Método de trabalho

As atividades que as enfermeiras desenvolvem nos diferentes turnos, têm maior dinamismo e diversidade no turno da manhã, eleito para esta descrição, a partir dos registros feitos durante as observações de campo, correlacionados com os obtidos nas entrevistas.

Os períodos de trabalho têm duração de 8-10 h., iniciando-se às 07h15min da manhã, e troca de equipe às 14 e 20:30 h. do vespertino e noturno, respectivamente. A distribuição de encargos é feita mediante escalas mensal e diária destinando uma enfermeira e auxiliar de enfermagem para as alas norte e sul, e outra para a unidade de diálise, tendo uma chefia do andar, cabendo em média onze pacientes por enfermeira, considerando a capacidade da clínica e ocupação total dos leitos.

Principia-se o trabalho com a recepção e entrega do plantão (turno), percorrendo leito a leito para conferir as condições dos pacientes e do censo da unidade, seguida pela consulta aos prontuários para completar a coleta de informações que subsidiam o direcionamento do trabalho e ações de cuidado.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Diariamente ocorre visita da equipe responsável pela unidade hospitalar, que consolida a conduta a ser adotada. Outros elementos compõem agenda de investigações diagnóstica que demandam coleta de material e encaminhamentos para exames, que exigem preparo e vigilância, bem como acesso de serviços que provêm às refeições, os medicamentos e materiais utilizados nos procedimentos, ordenação e limpeza do andar, entre outros. A área física destinada à enfermagem possibilita a realização das comunicações de fluxos de decisões de gerenciamento do trabalho e registro dos cuidados e providências.

A equipe de enfermagem faz ações de cuidado orientadas pelas prescrições médicas e pelas necessidades identificadas nos pacientes, predominando a administração de medicamentos, mensuração de sinais vitais, realizam glicoteste, aplicam bandagens, vigiam infusões e drenagens, orientam aos pacientes e familiares, esclarecendo sobre a doença/estado do paciente, entre outros e apóiam procedimentos médicos. Este cuidado é individualizado, clínico, enfatiza mais aspectos biológicos.

Observa-se articulação (ou não) do trabalho entre os membros da enfermagem, a interação verbal sobre o estado do paciente, caracterizando desempenhos individuais e pouca expressão da liderança e comando em equipe.

Há poucas diferenças nas atividades nos outros turnos, com destaque ao trabalho a maior parte sozinha, pela redução no número de funcionários, considerando a diminuição de procedimentos exigidos das enfermeiras.

Há definição de período de descanso durante o turno, definindo duas turmas para permitir a continuidade do cuidado no andar (no noturno).

Entrega e recepção do turno (passagem de plantão)

As atividades que a enfermeira desenvolve no cotidiano da recepção do turno estão caracterizadas pelas interações entre as enfermeiras e as interações que estabelecem com os pacientes e familiares durante o plantão. A enfermeira faz uma visita de reconhecimento de todos os pacientes estabelecendo interação com as enfermeiras do turno anterior, tem como foco a informação oral que é proporcionada pela enfermeira do turno anterior sobre o diagnóstico e tratamento médico, soluções parenterais e pendências do paciente. A interação com o paciente

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

é estabelecida através da apresentação que faz a enfermeira e da avaliação do estado geral do paciente com foco na venoclise. Esta avaliação que ainda que sendo breve, representa a primeira etapa de planejamento do trabalho da enfermagem. Durante estas interações a enfermeira utiliza uma linguagem clara, com palavras simples. Mostra uma atitude gentil, de respeito, acolhedora.

Outra atividade que é feita é a recepção do inventário de equipamento do serviço, e o censo de ingressos/egressos (atividade feita pela auxiliar de enfermagem, mas em alguns plantões no turno noturno também a enfermeira tem que fazer o quando não há auxiliar de enfermagem).

No noturno, a passagem de plantão dos pacientes é feita no posto de enfermagem quando uma das enfermeiras tem que receber inventário/censos, que é também quando elas não têm apoio da auxiliar de enfermagem.

Definição da seqüência das ações de cuidados e vigilância das condições e aplicações terapêuticas

Predominam as ações orientadas pelas prescrições médicas com ênfase na administração de medicamentos, seguindo um fluxo mais ou menos padronizado entre as enfermeiras, que pode ser descrita da seguinte forma: preparo do material (conferência e provisão), preparo do paciente, aproximando-se comunicando o que realizará; execução do procedimento/cuidado. Para aplicação dos medicamentos, investiga o estado do paciente e antecedentes alérgicos, por vezes amplia a indagação para outras necessidades básicas, a exemplo sobre realização da higiene corporal, aceitação alimentar, descanso, auto-percepção de si, e sobre desconfortos, inspeciona características da pele no local da punção venosa, entre outras.

Estabelece uma interação dialógica com paciente e familiar, que não se configura como gesto mecânico o rotineiro, valorizando relação humanizada, porém há situações em que atendimento do paciente está sujeito a horário exíguo em que as ações fluem mecânicas e rotineiras.

Gerenciamento do cuidado e inter-relações com profissionais e serviços de apoio

O exercício da liderança e gerenciamento das enfermeiras adota elementos instituídos em protocolos gerais de cuidado na unidade, porém não foi possível evidenciar a supervisão de sua utilização. Foi evidenciada interação colaborativa na equipe de enfermagem, com profissionais médicos e serviços de apoio, de modo a prover os recursos materiais de consumo na unidade. As enfermeiras tomam decisões de controle das admissões, altas e mobilização dos pacientes no hospital, comunicam e esclarecem sobre procedimentos aos pacientes e familiares, bem como utilizam fluxos de relações entre serviços e coordenam a ordenação e limpeza do ambiente da unidade.

Alguns elementos observados relativos a processos administrativos morosos e providências visando suprir falta de recursos materiais e humanos, que comprometem as ações de cuidado e prolongam a permanência dos pacientes.

Registros das ações de cuidado clínico, tratamentos e observações de enfermagem

Nessa unidade, os registros escritos no prontuário e outros recursos utilizados para as ações da enfermagem, ocupam grande parte do tempo das enfermeiras, consultando documentos e transcrevendo ordens e aspectos definidos para seu papel, com maior freqüência no início do turno do trabalho. Elas se instalam no posto de enfermagem escrevendo, atendendo às demandas de pacientes, familiares, funcionários, médicos, visitantes, atendendo ao telefone, escutando as discussões da equipe, que a distanciam dos cuidados e procedimentos habituais da assistência, diante da demanda burocrática.

Estes registros são feitos com consulta às prescrições médicas, seguindo aspectos do instrumento de “Registros clínicos, tratamentos e observações de enfermagem”, para todos os pacientes durante o turno, conforme mudanças das prescrições e avaliação do estado de paciente que a enfermeira fez desde a recepção do turno, após e durante a administração dos medicamentos. Porém, os sinais e sintomas registrados são genéricos e vagos, não caracterizam o real estado do paciente. A informação preenchida nas medidas assistenciais não apresenta os

cuidados que elas desenvolveram junto do paciente, reduzido sempre a: identificação, sinais vitais, administração de medicamentos e vigilância. Não há registro descritivo, apenas apresentam a classificação geral do estado do paciente como delicado, melhorado ou grave. Nas observações indicam agenda de exames, interconsultas pendentes, informações vagas da enfermagem, sem fazer alusão às atividades de orientação e educação para a saúde, referidas nas entrevistas como atividades cotidianas. E ainda, o espaço destinado no instrumento, aos tratamentos e observações de enfermagem é reduzido, indicando a necessidade de destacar apenas alguns elementos relevantes como responsabilidade da enfermagem.

5.2 O processo de enfermagem no contexto hospitalar: entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado

A Teoria Fundamentada nos Dados apoiada no paradigma de codificação de Strauss e Corbin (2002), utilizada nesta pesquisa, possibilitou a construção de categorias e subcategorias que inter-relacionadas indicaram a categoria central “O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR: ENTRE O FAZER ROTINEIRO E O PENSAR IDEALIZADO”, a qual explicita o fenômeno de interesse, abordado pelo Interacionismo Simbólico, que permite compreender os significados do processo de enfermagem evidenciados no cotidiano das enfermeiras, à medida que avaliam os pacientes, planejam e executam ações/interações de cuidado, resgatando mentalmente elementos teóricos que o constituem, com tendência a compor sua rotina, assumindo diversos significados e idealizações expressos nas categorias ilustradas na figura 1.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Figura 1. Diagrama do fenômeno seguindo o paradigma de codificação proposto por Strauss e Corbin (2002).

A categoria central faz relações com os elementos estruturais e processuais do paradigma, denominados condições causais contextuais e intervenientes, ações/interações e consequências.

As ações/interações estão representadas pelos atos sociais das enfermeiras no seu cotidiano hospitalar, resultantes do seu processo interpretativo sobre o fenômeno, no qual atribuem significado ao processo de enfermagem, indicadas nas categorias: ***o processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro*** e ***idealização do processo de enfermagem no contexto hospitalar***.

As ações/interações que as enfermeiras realizam cotidianamente são ordenadas, contínuas, seqüenciais e coordenadas. No entanto, as condições contextuais e causais que modificam e determinam sua prática cotidiana estão representadas neste estudo pela categoria ***dificuldades na aplicação do processo***

de enfermagem decorrentes da estrutura organizacional hospitalar. E ainda, as condições intervenientes alteram o impacto das condições contextuais e causais do fenômeno, com potencial para interferir na natureza da ação/interação, expressas pelas enfermeiras ao terem oportunidade de *estabelecer relacionamento humanizado no cuidado e necessidade de atualização para retomar o uso do processo de enfermagem.*

As conseqüências obtidas com as ações/interações de enfermagem são destacadas como ***satisfação/insatisfação com o cuidado proporcionado e benefícios do processo de enfermagem para a atenção à saúde e enfermagem.***

5.3 Descrição das categorias empíricas do fenômeno

As categorias, subcategorias e elementos que constituem o fenômeno, esquematizadas a seguir, servirão de referência para esta descrição, incluindo segmentos de falas dos sujeitos entrevistados, que representam os significados atribuídos ao processo de enfermagem no contexto hospitalar: entre o fazer rotineiro e pensar idealizado.

Esquema da categorização empírica dos dados – categorias e subcategorias

1. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro

- 1.1 Diferente do aprendido, com perda na continuidade no seu fazer
- 1.2 Investigação das necessidades e condições dos pacientes, baseada no tratamento médico e percepções de desconfortos
- 1.3 Planejamento das ações/interações de enfermagem priorizando as condições críticas dos pacientes e aplicações medicamentosas.
- 1.4 Realização das ações/interações de cuidado baseadas nas necessidades do paciente, indicações médicas e rotinas estabelecidas
- 1.5 Registro das ações/ interações de cuidado e prescrições médicas

2. Idealização do processo de enfermagem no contexto hospitalar

- 2.1. Como uma maneira de prestar os cuidados
- 2.2. Como instrumento de organização do trabalho

3. Dificuldades na aplicação do processo de enfermagem decorrentes da estrutura organizacional hospitalar.

- 3.1 A delimitação de funções restringe o trabalho em equipe e prejudica a iniciativa.
- 3.2 A sobrecarga de trabalho prejudica a atenção às necessidades do paciente
- 3.3 Os costumes, crenças e valores interferem e direcionam o cuidado

4. Relacionamento humanizado no cuidado

- 4.1 Reconhecimento do paciente/família no processo de interação
- 4.2 Trabalho colaborativo entre enfermeiras

5. Necessidade de atualização para retomar o uso do processo de enfermagem

6. Satisfação/insatisfação com o cuidado proporcionado

- 6.1 Reconhecimento pelo paciente e família
- 6.2 Desvalorização de sua prática profissional
- 6.3 Frustração por prestar cuidados limitados (rotineiros)

7. Benefícios do processo de enfermagem para a atenção à saúde e enfermagem

- 7.1 Possibilidade de proporcionar atenção integral
- 7.2 Possibilidade de racionalização do trabalho

Categoria 1. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro.

O processo de enfermagem utilizado na sua prática é **diferente do aprendido, com perda na continuidade no seu fazer**, estabelecendo comparações com experiências na graduação, quando foi ensinado: com enfoque individual, poucos pacientes, fazendo-o passo a passo, em situações escolhidas, diferentes das que vivenciam no seu cotidiano. E ainda, o ensinado na escola é colocado como um saber com limites que não dá conta da realidade, chegando a idealizar o conhecimento teórico aprendido que na prática se torna difícil de aplicar.

“como el proceso de enfermería va teóricamente, a lo mejor no lo hacemos, pero si nos ponemos a analizar, lo vamos haciendo paso a paso porque a final del turno hacemos la evaluación, que vendría marcada en el proceso de enfermería, cuando nosotros

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

registramos como dejamos al paciente y como lo entregamos al siguiente turno”, (E8).

“el proceso de enfermería lo veo pobre, porque no me enfoco tanto a un solo paciente, no hago una valoración tan detallada como cuando estaba en la escuela”, (E13).

“según lo que me enseñaron en la escuela, es algo diferente a lo que yo aplico aquí, es más que nada practicidad, es muy difícil que lo apliques de acuerdo a como están los estándares en los libros, estas en un área hospitalaria, en un área de urgencias, que hago con 20 libros que tengo cargando aquí”, (E16).

As enfermeiras reconhecem os benefícios que o processo de enfermagem proporciona em suas ações de cuidado, não obstante o percebem como uma perda de continuidade no seu fazer, porque o realizam de forma incompleta e não passo a passo como lhes foi ensinado, mostrando a dualidade entre o fazer como um trabalho rotineiro e o pensar como deveria ser, esperando obter um resultado positivo no sentido de solucionar os problemas do paciente, fazê-lo corretamente e melhorar a atenção, podendo simplificar o trabalho das enfermeiras, porém reconhecem a sobrecarga de trabalho como condição relacionada a esta perda de continuidade.

“es muy diferente cuando no lo platican, cuando lo aprendemos en la escuela, yo le estoy hablando de más de 20 años que termine, con el paso del tiempo, se va perdiendo esa continuidad, vamos dejando cosas que son importantes, ya no lo manejamos como cuando vamos a la escuela, con más detenimiento porque se nos deja un paciente o máximo dos, aquí estamos manejando 13 con diagnósticos diferentes”, (E10).

“Si lo deberían de implementar, pero en forma lógica, ajustando el número de pacientes enfermera para que se pueda dar como debe de ser, con calidad no con cantidad, es imposible aplicarle un proceso de enfermería a 16 pacientes, no es igual que aplicarlo a

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

cinco o seis, si se puede aplicar pero es complicado por la carga de trabajo, es difícil llevarlo a cabo completamente”, (E15).

“lo hacemos, pero yo creo que no se lleva totalmente, así como nos dice en el libro, que hacemos el cuidado y en el mismo momento tenemos que tener la respuesta del cuidado”, (E9).

O significado que as enfermeiras atribuem ao processo de enfermagem se faz presente em suas ações de cuidado, quando expressam que em seu trabalho cotidiano o utilizam para fazer os cuidados, porque a partir da identificação das necessidades do paciente, planejam, realizam ações de cuidado e avaliam os resultados, porém, o percebem, sem estabelecer relações, sem destacar, como se fosse uma atividade rotineira, convertendo-o numa atividade mecanizada, já sabendo com antecedência o que irão realizar.

“el proceso realmente como es, no se lleva, a lo mejor lo hacemos , pero la mayoría no estamos conscientes de que lo estamos aplicando, lo volvemos un trabajo rutinario”, (E8).

“usamos el proceso de enfermería pero no lo hacemos notar, ya llevamos una rutina de trabajo y no nos damos cuenta, no pensamos que estamos poniéndolo en práctica, pero se hace porque estamos planeando las actividades y realizamos las acciones, pero es como si fueran nuestras actividades rutinarias”, (E10).

“si lo hacemos porque valoramos a nuestro paciente, el diagnostico, se planea lo que se va a hacer, se toman medidas para la ejecución y también se evalúa si en realidad le dimos buena atención de enfermería o no, pero ya lo hacemos todo muy practico”, (E1).

Reconhecem, no entanto, que há atividades diferentes para cada paciente, porém, na maioria das vezes, seu trabalho é rotineiro, sobretudo o que se refere à aplicação de medicamentos, a verificação de sinais vitais. Esta rotina se mostra como um eixo que direciona seu trabalho e é descrita como a sequência das

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

atividades: recepção de turno, atualização de registro de enfermagem, preparo e aplicação de medicamentos, realização dos cuidados prescritos pelo médico e de acordo com as necessidades identificadas no paciente pela enfermeira.

“nuestro trabajo es rutinario en cuanto a la aplicación de medicamentos, toma de signos vitales, hay muchos trámites administrativos”, (E2).

“aquí en el servicio son rutinas, ya uno más o menos sabe que tipo de pacientes son los que hay en el servicio, siendo de cirugía o de medicina interna son diferentes tipos de cuidados, uno se enfoca a los cuidados que el paciente va ameritando, pero la mayoría son rutinas, por ejemplo, toma de signos, los cuidados de venoclisis, de alguna sonda nasogástrica”, (E7).

“el trabajo cotidiano en el hospital esta marcado por rutinas que ya están estandarizadas, hay horarios de medicamentos, tiempo para actualizar las indicaciones del personal médico y empezar a ejecutarlas, ya esta delineado que se va hacer primero, que se hace después”, (E3).

A Investigação das necessidades e condições dos pacientes baseada no tratamento médico e percepções de desconfortos, implica num processo organizado, sistemático e contínuo de coleta de dados em diferentes dimensões da pessoa, que permite analisar seu estado de saúde e estabelecer conclusões lógicas das situações que estão vivendo. No contexto hospitalar, ao realizar o processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro, as enfermeiras expressam que o usam avaliando as necessidades e condições do paciente através de um processo de coleta de informação em diferentes momentos do turno; durante a recepção/entrega; quando realizam algum cuidado; ao atender aos chamados dos pacientes e familiares; ao intercambiar informações com os outros profissionais e equipe de enfermagem. A informação que é coletada lhe permite identificar as situações (dor, febre, hipertensão) que requerem sua intervenção, orientando a realização das ações e a evolução dos cuidados realizados.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

“desde que llegamos al turno, recibimos paciente por paciente, los revisamos, les preguntamos como están, verificamos si es en realidad el paciente.....y ya vamos viendo los medicamentos que le tocan a tales horas y luego, los signos y los síntomas, como lo vimos cuando llegamos y como esta durante todo el turno, no pues que esta con dolor, o con fiebre o hipertenso... Utilizo el proceso de enfermería valorando al paciente, le pregunto ¿como se siente hoy?, ¿como amaneció? ¿durmió bien?”. (E1).

Esta investigação que as enfermeiras realizam ainda que de forma assistemática, com maior e menor detalhe, com ênfase em algumas necessidades ou outras dependendo das condições do paciente, não segue um padrão determinado e único, mas sim é realizada a partir do significado que representa para ela esta ação/interação, baseando-se no tratamento médico visualizando este como o centro ao redor do qual giram a maioria de suas ações no contexto hospitalar e que determina a prioridade dos aspectos a avaliar.

“estamos identificando que tipo de necesidades tiene cada paciente, esto es en base a su mismo tratamiento, que reacciones ha presentado durante el día o alguna molestia que presenta”, (E10).

“recibimos pacientes, vemos los pendientes, las urgencias, nos enfocamos a lo prioritario, por ejemplo si me indicaron unos laboratorios urgentes, tengo que tomarlos en el momento en que me lo están indicando”, (E9).

O valor atribuído ao tratamento médico está evidenciado nas ações de cuidado que a enfermeira realiza, enfatizando a observação da punção venosa, soluções e medicamentos, situação relacionada com a hegemonia do modelo médico presente nas instituições de saúde, que continua caracterizando o trabalho cotidiano das enfermeiras no contexto hospitalar.

“vamos viendo al paciente lo saludamos, yo siempre le reviso nada más lo que es la venoclisis, a mi me gusta recibirlos, revisarlos y

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

hablarles por su nombre para que me contesten, ver la venoclisis que este permeable”, (E2).

“reviso las venoclisis que no estén caducadas, que no estén vencidos los equipos, reviso los pacientes que estén en buenas condiciones, (E7).

“se recibe el turno, nos dicen el nombre del paciente,, el diagnóstico, se revisa que la venoclisis tenga todos los datos, que no pase de tres días, que el paciente tenga su suero y que corresponda al que esta en las indicaciones, (E13).

A investigação das necessidades e condições do paciente também é realizada baseando-se nas percepções e relatos de desconfortos, havendo manifestação do caráter autônomo da enfermeira que procura dotar de maior informação para dar uma resposta profissional às demandas do cuidado, esta informação é identificada principalmente durante a recepção do turno, a administração de medicamentos, e quando realiza a instalação, reinstalação e vigilância das punções venosas. Durante as ações de cuidado, algumas enfermeiras efetuam a avaliação dos resultados através de um breve interrogatório ao paciente ou familiar sobre a melhora de suas condições.

“lo llamo por su nombre, le explico que voy a ponerle los medicamentos y al momento que los estoy aplicando trato de platicar un poco con el, le pregunto cómo paso la noche, cómo durmió, o si siente alguna molestia en ese momento”, (E2).

“el proceso de enfermería si lo aplico, no tan claramente como debiera ser, pero procuro llevarlo, en el momento de la recepción me enfoco a observar al paciente, reviso si se le repite la solución, que este bien su venoclisis, si tiene algún drenaje, si esta seco, le pregunto si hubo algún percance en el turno anterior, veo si tiene pendientes, entonces esa sería mi valoración..... Al final del turno hago la evaluación, cuando registro estoy dejando al paciente y como lo entrego al siguiente turno” (E8).

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

“vamos paciente por paciente, para ver como paso el turno, nuevamente aplicación de medicamentos, cuantificación de drenajes, ver que su área este limpia, su cama este seca y eso es en forma individual” (E10).

A partir da investigação das necessidades e condições do paciente, a enfermeira identifica as situações que requerem **planejamento das ações/interações de enfermagem priorizando as condições críticas dos pacientes e aplicações medicamentosas**. A priorização implica na atenção imediata, alterando a seqüência de suas atividades cotidianas e para tal analisam e interpretam as informações coletadas, com base em seus conhecimentos, sua experiência clínica e valores do contexto hospitalar. Este processo lhe permite estabelecer um juízo sobre a condição do paciente, a qual é considerado como de urgência, fazendo referência à possibilidade de dano que este pode sofrer, aos desconfortos e ao indicativo de diagnóstico e tratamento médico que se deve realizar.

As enfermeiras relatam que utilizam um plano de cuidados que as ajuda a julgar a prioridade da condição do paciente, o qual se converte em um meio para organizar e dirigir suas ações.

“el plan de cuidados me ayuda para dar prioridad a las cosas, si tengo un paciente que manifestó alguna situación difícil, tengo que enfocarme a la necesidad, a la urgencia que se me está presentando, el plan de cuidados es para, llevar una secuencia, que es lo que debo hacer primero”, (E10).

“para atender a los pacientes identifico sus necesidades, veo sus prioridades, que es lo más urgente y con base en eso trato de dar los cuidados de enfermería, lo que el requiera, así hago mi trabajo día con día”, (E2).

“en la mañana llego y empiezo a ver a los pacientes para conocerlos, veo sus diagnósticos médicos, que características puede tener en cuanto a síntomas o algo que este inquietándolo y con base en eso, voy priorizando, si hay algún paciente que tiene

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

algún cuidado que es más urgente, le doy más atención a ese paciente”, (E3).

Na organização de seu trabalho cotidiano, a enfermeira precisa priorizar as aplicações medicamentosas para economizar tempo, conforme o numero de pacientes e medicações indicadas, prevendo o material de consumo que é requerido. Esta atividade se visualiza como prioritária, diretamente relacionada com a indicação médica, a qual se desvela como elemento central do trabalho cotidiano das enfermeiras no contexto hospitalar.

“primero, veo cuantos pacientes tengo y de acuerdo a eso me voy con mi carro, preparo mis jeringas con solución fisiológica, ya después me voy paciente por paciente, porque sino lo hago así, eso es perdida de tiempo para aplicación de medicamentos”, (E1).

“continuamos con la preparación de medicamentos en base a unas tarjetas de identificación, se hace un registro de los medicamentos a la tarjeta de cada paciente, se inicia la preparación de medicamentos, identificando numero de cama y posteriormente procedemos a su aplicación, claro todo esto es llevando las reglas correspondientes”, (E10).

“tomo un listado de todo el material que se va a ocupar del tercer piso que es donde esta la central de medicamentos y equipo, se va y se surte, ya después lo subo, lo vuelvo a acomodar en sus respectivas áreas, ya sea en el carro de paro, en el de curaciones, en los mismos carros de trabajo de las compañera”, (E16)

Em seu cotidiano hospitalar as enfermeiras coordenam as ações de cuidado, com sua equipe, com os demais profissionais de saúde e funcionários do serviço de apoio, para facilitar e agilizar o atendimento dos pacientes. Esta coordenação surge das interações entre os membros utilizando comunicação verbal e não verbal.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

A enfermeira coordena as ações de cuidado em diferentes momentos do turno para realizar os fluxos do serviço, prestar o cuidado, solicitar material de consumo e encaminhamento dos pacientes para avaliação e tratamento.

“veo si los pacientes tienen pendientes rayos X, o pruebas de transfusión, pruebas de laboratorio, para coordinarnos con el compañero de intendencia, de laboratorio o de mensajería para que lo hagan”, (E2).

“se tiene que estar al pendiente si el paciente tiene rayos X, si tenemos un examen general de orina pendiente, tener el material para en la mañana, ver que se hagan las interconsultas de medicina interna para preoperatorio”, (E13).

“las compañeras que nos están entregando nos dicen los cuidados, los medicamentos, los cambios que se hayan realizado durante su turno, o si hay pendientes como por ejemplo, cirugías o algún estudio, para coordinarnos con otros departamento”, (E1).

Esta coordenação também é realizada quando a enfermeira atende às pessoas que entram e saem da unidade, dirigindo o fluxo continuo de eventos e informações sobre o paciente, sobre as situações que ocorrem, buscando solucionar os problemas que se apresentam, assumindo responsabilidades do provimento dos cuidados.

“La enfermera se encuentra haciendo sus registros en el puesto de enfermería,

Familiar: ¿señorita y que paso con lo de la sangre?

Enfermera: déjeme ver (revisa el expediente) mire vaya al laboratorio y pregunte si le van a prestar un paquete.

Familiar: ¿y si se la van a prestar?

Enfermera: Si, no se preocupe, pero necesita ir a preguntar, yo también voy a comunicarme con ellos”,. (Observ. - E2- 08/07).

A **realização das ações/interações de cuidado baseadas nas necessidades do paciente, indicações médicas e rotinas estabelecidas** exige a utilização de habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas, sendo influenciadas pela filosofia de enfermagem que cada profissional assume. Estas ações/interações consistem em intervenções terapêuticas e de educação aos pacientes sobre sua doença, cuidados em casa, higiene, conforto, entre outros; cuidados diretos como movimentação, bandagens, cuidados de descanso e abrigo, administração de medicamentos, soluções e complementos sanguíneos, cuidados e vigilância das punções venosas, entre outros.

Estas ações/interações de cuidado orientadas para atender às necessidades do paciente, seguem às vezes protocolos de atenção que têm sido interiorizados pelas enfermeiras em seu cotidiano. A autonomia da enfermagem na instituição reflete-se nas ações/interações de cuidado que resultam do julgamento profissional com finalidade de satisfazer as necessidades do paciente, valorizando sua tomada de decisões.

“si el vendaje esta muy apretado, lo ajusto, o si la cama esta en posición inadecuada o esta muy alta y el quiere estar mas acostado o más levantado, lo acomodo, porque eso influye en que no puedan descansar, o que tuvo frío, ya le llevamos un cobertor”, (E1).

“no solo hacemos los cuidados siguiendo las indicaciones médicas, generalmente el médico pasa visita y se va y nosotros somos las que nos damos cuenta si el paciente tiene cambios, problemas o necesidades, entonces nosotros tomamos decisiones sobre que hacerle al paciente”, (E9).

“Señora, ahora que termine de darle la nebulización a su mama, la pone de lado y le da unos golpes en su espalda, asi mire (le hace la demostración), eso le ayuda a sacar las flemas y también para que no se le lastime su piel porque ya tiene mucho tiempo en la misma posición”, (observ.- E11 – 08/07).

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Estas ações/interações de cuidado também estão baseadas nas indicações médicas, com ênfase as aplicações medicamentosas, que ocupam um tempo importante do seu trabalho cotidiano, que se encontra inserido em um modelo funcional, e favorece o seguimento das linhas de autoridade estabelecidas na estrutura institucional. Assim, o cuidado a partir da conduta médica emerge com maior visibilidade nas ações das enfermeiras.

“y los cuidados que tenga que hacerles, que aspiración de secreciones, que recolección de orina, otras muestras que se tengan que tomar, las que nos dicen que nos toca”, (E1)

“vamos por los pasillos, antes de entrar con cada paciente vamos revisando la tarjeta de medicamentos, corroboramos que estén en el carro, los vamos preparando y aplicando, antes de aplicarlos vuelvo a verificar en la hoja del paciente, preparamos soluciones, estamos al pendiente si se le puso algún medicamento con algún otro equipo retirarlo para que quede permeable su venoclisis, vigilamos las soluciones porque a ellos les de mucho pendiente que se les terminen y les entre aire”, (E2).

Nesta estrutura institucional, as ações/interações de cuidado também seguem as rotinas padronizadas e funções estabelecidas, criadas para disciplinar o trabalho e fazê-lo eficiente, mostrando-se como elementos que direcionam suas atividades.

“siempre va uno nuevamente a lo mismo, tomar signos, pasar registros de enfermería, continuar con los cuidados que indica el médico tratante de cada paciente, lo que ya esta establecido en el servicio”, (E7).

“aviso al médico para ver los cuidados que sean necesarios, para no ir atrasadas, o que hasta el final del turno me di cuenta que estaba disfuncional, entonces, esos serían mis cuidados de enfermería”, (E8).

Transcender da palavra oral para a escrita é um fato formal que assume responsabilidade, que ainda permanece como elemento latente no trabalho cotidiano das enfermeiras. O **registro das ações/interações de cuidado e das prescrições médicas** é considerado ferramenta valiosa da profissão, instrumento para o cuidado, e requerimento legal, no entanto, as enfermeiras em seu cotidiano o percebem como pouco importante, rotineiro e desvalorizado por outros profissionais no âmbito de suas ações, alegando falta de tempo para realizá-los. Assim os registros mostram-se vagos, menos detalhados, incompletos, repetitivos e não evidenciam o seu fazer.

“registro los signos y síntomas, como veo al paciente cuando lo recibo y después que le hago sus cuidados lo registro en medidas asistenciales, (E3).

“no registramos todo lo que hacemos porque siento que hay falta de tiempo, hay guardias que yo solo pongo lo mismo del otro turno “todo igual”, creo que no tenemos tiempo para hacer un registro detallado de nuestras acciones”,(E13).

“le hemos perdido importancia a la hoja de enfermería, el médico no le da importancia a nuestros reportes, nos preguntan cuanto tiene de frecuencia cardiaca el paciente y ese dato esta en el cuadro, quiere decir que no lo están viendo, ya ve orientamos, reinstalamos venoclisis y eso no lo ponemos, (E10).

“Queremos actualizar pronto, terminar, seguir con otro, es un reporte rutinario, y aunque nuestras jefas nos revisan los cuadros, nos dicen y nos califican, nos dan un 7 y lo firmamos y ya, entonces como que no nos interesa porque no hay credibilidad, los médicos nunca revisan los cuadros clínicos”, (E2).

No entanto, estabelecem uma diferença quando se trata dos registros relacionados às prescrições médicas, aos quais dedicam uma grande parte de seu tempo, confrontando-os e atualizando-os em diferentes momentos do turno, sobre todo os referentes aos registros dos medicamentos, que adquirem importância relevante ao relacioná-los com a atividades de administração de medicamentos que em seu cotidiano representa o foco principal de sua atuação.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

“después de que recibimos pacientes, nos vamos con las carpetas y tarjetas de medicamentos para verificar que sean los mismos que están registrados aquí y los que están en la hoja de enfermería, porque todo lo pasamos de la hoja de indicación médica, las medidas, dieta, los parenterales, si tiene sonda foley, drenes, destroxitis, todo se anota en esta hoja de enfermería, (E1).

“vamos revisando que coincidan las indicaciones médicas con el registro de enfermería, ya que administro los medicamentos vuelvo a revisar las indicaciones para ver si se cambio algún tratamiento o si están pendientes indicaciones transcribimos lo mismo”, (E2).

Categoria 2. Idealização do processo de enfermagem no contexto hospitalar

A enfermeira ao atribuir significado ao processo de enfermagem o conceitua de diversas formas mostrando indissolubilidade com a atividade que realiza em seu trabalho cotidiano, inserido em um contexto que privilegia as atividades rotineiras. É visualizado pelas enfermeiras **como uma maneira de prestar os cuidados**, que lhe permite a atenção diferenciada baseada nos conhecimentos e princípios da enfermagem, reconhecendo-o como elemento facilitador de seu trabalho.

“el proceso de enfermería es algo que nos ayuda a hacer nuestro trabajo como enfermeras, aunque ya lo tomamos como algo practico, como una rutina. Es una “manera” de dar los cuidados”, (E1).

“el proceso de enfermería es muy importante son los conocimientos de enfermería sobre los signos, los síntomas de la enfermedad, para dar atención, porque cada paciente es diferente por su sintomatología y a cada uno la atención es diferente”, (E2).

“el proceso de enfermería es la detección oportuna, el tratamiento que corresponde, los cuidados, la orientación sobre los padecimientos para evitar el riesgo hospitalario”, (E10).

Nesta conceituação o processo de enfermagem é também considerado **como instrumento de organização do trabalho**, que permite à enfermeira realizar e sistematizar suas atividades em seu cotidiano hospitalar, nesta concepção a enfermeira acredita que o processo de enfermagem tem a possibilidade de melhorar a atenção, de solucionar desconfortos e problemas que o paciente enfrenta e de simplificar seu trabalho

“es un instrumento de trabajo, es lo que nos da la pauta para cumplir y hacer nuestras actividades como debe de ser”, (E8)

“es una herramienta muy útil, valiosa, adecuada, nos serviría bastante en el hospital, para dar calidad de atención y para educar, tanto a los familiares como al paciente y sistematizar nuestras actividades específicas para cada paciente, no rutinas, porque no todos necesitan lo mismo aunque tengan el mismo padecimiento”, (E15).

Categoria 3. Dificuldades na aplicação do processo de enfermagem decorrentes da estrutura organizacional hospitalar.

As enfermeiras percebem que a utilização do processo de enfermagem não depende só delas, mas que está relacionada à estrutura organizacional da instituição hospitalar, e reconhecem que em seu cotidiano **a delimitação de funções restringe o trabalho em equipe e prejudica a iniciativa** pela organização do trabalho estabelecida dentro do modelo funcional, assim como as normas que direcionam sua atuação profissional. Esse modelo que privilegia a divisão do trabalho em funções gera rupturas e descontinuidade na realização das ações que lhes correspondem, a exemplo:

“la delimitación de funciones auxiliar/general limita el proceso de enfermería porque no trabajamos en equipo, cada quien hace lo que le corresponde, las auxiliares no se meten con administración de

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

medicamentos, ni actualización de registros, algunas de ellas si apoyan, pero depende de las personas”, (E9)

“la aplicación del PE se restringe por la delimitación de funciones de enfermeras generales, auxiliares, médicos, porque cuando hay que hacer algunos procedimientos como por ejemplo aplicar sonda nasogástrica, sonda foley, hacer curaciones, hay que esperar que venga el médico interno y los reclamos de los pacientes son para nosotros y no nos queda más que esperar porque cuando uno hace demás, las mismas compañeras enfermeras dicen que estamos haciendo mal porque eso no nos corresponde”, (E7).

E ainda, esse tipo de organização de trabalho pode limitar sua iniciativa para desenvolver ações de cuidado independente, tornando-o mecânico e dependente da indicação médica, que mostra a hierarquização e valorização diferenciada das atividades.

“Yo creo que el hecho de tener delimitadas las funciones esta en contra del proceso de enfermería porque no hay flexibilidad, tenemos que entrar en ese molde y se limita la iniciativa, algo que podemos hacer de otra manera no se puede porque ya esta normado que se haga así, entonces como que nos volvemos muy mecánicas, no aceptamos que un paciente nos hable, porque me quita el tiempo”, (E3).

“Tener delimitadas las funciones nos restringe para hacer algunos cuidados, limita el proceso de enfermería porque si un paciente necesita una curación, una sonda foley, no podemos hacerlo o tenemos que esperar al médico”, (E1).

No contexto hospitalar definido para este estudo, o trabalho cotidiano dos profissionais de enfermagem se caracteriza por atender grande demanda de usuários em diversos estados de saúde, com escassez de profissionais, fato esse que repercute no gerenciamento do tempo e das atividades nos diversos turnos,

destaca-se que **a sobrecarga de trabalho prejudica a atenção às necessidades e uso do processo de enfermagem**, a exemplo:

“mas que nada aquí tratamos de hacerlo todo rápido, por la carga de trabajo, a veces no tenemos tiempo ni de sentarnos un rato porque hay pacientes graves que tienen muchos cuidados, es un piso con muchos pacientes seniles y como todos son de medicina interna, tienen mas cuidados que en otros pisos”, (E1).

“a veces tenemos tan saturado el servicio que ya nada más pasas rápido, tomas los signos y llenas la hoja de enfermería donde apuntas observaciones, características y lo que le aplicas al paciente por medio de tus técnicas”, (E16).

“la carga de trabajo es pesada, es difícil para mí verlos de manera integral, pero trato de hacerlo... en una ocasión me sentí como que nada más era aplicadora de medicamentos, sin tiempo para los pacientes”, (E3).

A sobrecarga do trabalho influencia a avaliação das condições dos pacientes sob sua responsabilidade e a tomada de decisões, priorizando os cuidados de rotina que orientam o curso das atividades no turno. Assim, as enfermeiras percebem que em seu trabalho cotidiano aplicam mecanicamente o processo de enfermagem, pois tendo grande número de pacientes a cuidar, estes exigirão agilidade na realização de suas ações para dar conta do trabalho a elas destinado.

“el proceso de enfermería se puede aplicar, se puede seguir, pero por el mismo exceso de trabajo nos hacemos rutinarias”, (E10).

“por el volumen de pacientes es un poco más difícil que el proceso se dé completamente, lo hacemos pero de una manera más mecánica”, (E3).

Outros aspectos observados neste hospital relacionam-se a falta e insuficiente numero de medicamentos para atender às prescrições dos pacientes e

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

de material para viabilizar ações terapêuticas, demora no acesso aos serviços de apoio, dificuldades de agendamento de exames e interconsultas, condições essas que dificultam o cotidiano das enfermeiras, alterando a continuidade e segurança no cuidado prestado aos pacientes.

“Compañeras solo nos mandaron 3 ketorolacos y hay muchos pacientes que lo tienen indicado, nos toca de un ampula, así que veamos cuales pacientes lo necesitan mas”, (observ. -E11- 08/07).

“Enfermera general: jefa una interconsulta a medicina general

Jefa de piso: con esta son 3 y ninguna le han dado

Enfermera general: ¿jefa a Elvira la del 423 no le habían cruzado sangre?

Jefa de piso: déjame ver porque creo que si se la habían solicitado

Enfermera general: porque ahora me dejaron otra solicitud

Jefa de piso: si mira, aquí esta una del día 15 de agosto

Enfermera general: hoy estamos a 22, hace 7 días...”, (observ. - E1-08/07)

As enfermeiras inseridas na cultura hospitalar interagem com **costumes, crenças e valores que interferem e direcionam o cuidado e uso do processo de enfermagem** incorporando-os ou modificando-os, conforme sentido e representação atribuídos, a exemplo:

“sería muy práctico implantar el proceso de enfermería, pero a la vez es algo difícil porque los trabajadores tenemos nuestros vicios, nuestras costumbres, nuestra forma de ser que chocaría con el proceso”, (E16)

“la gente que esta arriba de nosotros nos debe motivar, para tomar conciencia de que nuestro trabajo no es rutinario, sino con fundamentos, pero ya eso se perdió, se quedo la idea de que nuestro trabajo es de obrero y no es así, porque tenemos conocimientos para dar la atención, pero no lo hacemos así”, (E11).

“uno se acostumbra a ya no hacer más que las rutinas, lo indicado, sobre todo las nuevas generaciones ya no tienen esa visión de lo que es enfermería, ya dicen, “no es que eso no me toca”, la imagen que uno tiene como enfermera es muy pobre”, (E15).

Categoria 4. Relacionamento humanizado no cuidado

Em seu trabalho cotidiano a enfermeira se mostra sensível aos aspectos relacionados às diversas dimensões dos pacientes, tais como o estado de ânimo, a família, as crenças religiosas e não somente os aspectos físico-biológicos, visto que influem nas condições de saúde. Esta percepção implica numa abordagem de **reconhecimento do paciente/família no processo de interação** que lhe permite estabelecer diálogo e confiança, utilizando formas de comunicação informal sobre diversos aspectos de seu interesse, usando gírias e linguagem acessível, e formal, de natureza educativa sobre aspectos da doença, considerando suas preocupações, emoções e dúvidas. Nesse relacionamento humanizado, a enfermeira reconhece que sua ação de cuidar envolve aproximação do paciente.

“trato de ver el complemento, la familia, el hecho de que este en un hospital, el tiempo que ya tiene hospitalizado, trato de enfocarme en el estado anímico, lo que no se observa, eso he visto que si funciona, porque el paciente necesita que alguien le escuche, que alguien vea por él, porque desde el momento que se le pone una bata se despersonaliza, simplemente se vuelve un diagnostico, un número y no hay interés por la persona”, (E3)

“con cada paciente mi actividad es diferente, dependiendo de la enfermedad, estado de animo, cooperación y grado de delicadeza, es como me voy desarrollando, con una charla que le haga perder el hastío que tiene dentro del hospital, o una conversación amena, una terapia afectiva, orientarle, hablar hasta de sus convicciones religiosas, eso les ayuda”, (E16)

E ainda, o **trabalho colaborativo entre enfermeiras** é referido como condição que favorece suas ações/interações de cuidado, que implica na relação cordial no seu cotidiano hospitalar, envolvendo coordenação e apoio aos integrantes de equipe, em cumprimento das responsabilidades assumidas entre profissionais e com pacientes/famílias. Esse trabalho colaborativo tem relação estreita com atitudes e condições da sobrecarga de atividades e demanda de cuidado, manifestados como elementos que o debilitam, ilustrados nas seguintes falas:

“si puedo y tengo el tiempo, recibo pacientes con las compañeras... no me limito a hacer mi actividad de auxiliar, si veo que el paciente, esta hipotenso, le aviso a la enfermera general, el procedimiento que voy a hacer, son actividades que a lo mejor no me competen, pero viendo la carga de trabajo de mis compañeros y la necesidad del paciente, opto por tomar la iniciativa, si claro, ellas también me apoyan, no puedes trabajar al margen de los demás, tienes que trabajar en equipo, desde el médico, el de intendencia, los enfermeros, hasta el vigilante”, (E16).

“si hay tiempo les ayudo a mis compañeras auxiliares de enfermería en las actividades que les tocan, como por ejemplo el tendido de cama”, (E1).

“A veces depende de las personas con quien se trabaja, cuando nos apoyan, nos vemos en el compromiso de apoyarlas también, es cuestión de actitud, si trabajamos en equipo podemos atender mejor al paciente, hay quienes se limitan nada mas a lo suyo a lo que les corresponde, entonces nosotros también”, (E15).

“en esta guardia trabajamos como equipo y como tal hacemos todo para que el paciente mejore, depende de los compañeros y del ambiente, hay compañeros que se limitan mucho y dicen esto me toca y esto no, pero hay excelentes compañeros con los que se trabaja muy a gusto y aún cuando la guardia sea pesada pasa rápido”, (E11).

Categoria 5. Necessidade de atualização para retomar o uso do processo de enfermagem

As enfermeiras reconhecem que para utilizar o processo de enfermagem em sua prática cotidiana precisam se atualizar, retomando os conhecimentos teóricos exercitando sua aplicação a realidade complexa e dinâmica. Consideram fundamental a participação ativa na sua estruturação para viabilizá-lo no dia a dia da prática de enfermagem.

“pienso que lo deberíamos de retomar, nos deberían de mandar a actualización, porque hay muchas cosas que ya no son igual que como lo vimos en la escuela, que nos dieran unos cursos de actualización, cuando menos un día, dos días”, (E1).

“el proceso es importante pero tiene que ser mas difundido y que uno tenga la participación activa cuando se están desarrollando, no cuando ya están implementados, para que se puedan proponer ideas, porque generalmente el que trabaja con el paciente es la enfermera, y los que están redactando los escritos, los lineamientos están fuera del área hospitalaria, necesitan trabajar las dos partes para que vean como pueden funcionar mejor las cosas”, (E3).

“sería muy bueno llevar el proceso de enfermería, nada más sería cuestión de que nos refrescaran el conocimiento, yo pienso que si no lo dijeran otra vez, o lo practicáramos, lo llevaríamos bien, como antes, pero es que ya tanto año y tanto trabajo...”,(E12).

Categoria 6. Satisfação ou insatisfação com o cuidado proporcionado

As ações que a enfermeira realiza em resposta ao processo de enfermagem entre a rotina e o pensar idealizado, geram certas conseqüências, uma delas é expressa pela enfermeira como sentindo satisfação/insatisfação pelo cuidado proporcionado, assim em sua fala manifesta que os momentos em que se sente satisfeita, são quando percebe que há **reconhecimento pelo paciente e os**

familiares. É nesta interação que a enfermeira identifica seu trabalho como importante no contexto hospitalar, quando os pacientes ou familiares lhe manifestam seus agrados pelo cuidado proporcionado durante sua estância hospitalar, ou ao dar os cuidados e ver as repostas dos pacientes, por que esta servindo a pessoas através de uma abordagem compreensiva e individualizada, considerando sua parte humana e não se limita somente ao tratamento que, como membro da equipe de saúde pode oferecer.

“al hacer los cuidados y ver la respuesta yo me siento bien, me siento satisfecha, si, así me siento, se va uno con la sensación de que si se hizo lo que estaba en nuestras manos”, (E9).

“me enamore del servicio de cómo uno convive con los pacientes, cómo son agradecidos, te sientes muy bien cuando te lo agradecen, porque tu sabes que cumpliste con una misión.....hay enfermedades que no hay tratamiento que pueda curarlas, sino el amor, el cariño lo que tu les puedas ofrecer como ser humano. He conocido casos de niños que murieron pero se fueron contentos y yo me quede muy contento con ellos y los papas agradecido, te sientes muy bien, son cosas que guardas, que atesoras como invaluable, te queda la satisfacción que lo poquito que le diste fue de calidad, de gran valor”, (E16).

“el paciente si aprecia lo que uno hace y eso es importante, si el personal directivo no lo ve, pues ni modo, pero cuando menos la satisfacción de que los pacientes lo ven, los familiares si lo reconocen y eso me gusta porque de todas maneras, uno viene a trabajar con ellos, es una labor excelente la que hacemos”, (E3).

Além desta sensação positiva, a enfermeira manifesta que na sua rotina existem situações que lhe provocam insatisfação pelo cuidado proporcionado, sobre tudo quando percebem que há uma **desvalorização de sua prática profissional** porque seu trabalho não é reconhecido pelo pessoal médico, diretores e inclusive em ocasiões pelos pacientes, quando ao sair da instituição hospitalar, dão

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

reconhecimento somente ao médico pela sua recuperação, sem considerar que a enfermeira é quem tem maior contato com o paciente.

“en el área hospitalaria es más difícil para los médicos vernos como profesionales, y se nota en la manera como nos tratan, no nos aceptan muy bien pero saben que no podrían hacer su trabajo si no estuviéramos nosotros, pero tampoco lo reconocen, somos una profesión muy abandonada”, (E3).

“más que nada nosotros somos las que tenemos más relación con los pacientes, ocho horas, ellos en media hora terminan, y a veces cuando ya se van los pacientes, es solo gracias al doctor, no toman en cuenta el trabajo de enfermería”, (E9).

Outra situação que provoca insatisfação na enfermeira apresenta-se quando sua atividade se limita a certos cuidados pela quantidade de pacientes a ela designados, sentindo **frustração por não prestar um cuidado integral**, por que não esta realizando tudo o que poderia fazer, como consequência sua interação com o paciente se vê comprometida e sua atividade se enfoca aos cuidados considerados como prioritários no serviço, que se relacionam com o tratamento médico e que estão sujeitas a rotinas estabelecidas.

“a mí me frustra que a veces no se puede hacer todo lo que uno pudiera hacer, sino que solamente son cuidados limitados, por la cantidad de pacientes, en una ocasión yo me sentí como que nada más era aplicadora de medicamentos, eran tantos, yo me sentía que nada más estaba aplicando medicamentos sin tiempo para los pacientes”, (E3).

Categoria 7. Benefícios do processo de enfermagem para a atenção à saúde e enfermagem.

Na sua prática cotidiana a enfermeira reconhece que o processo de enfermagem é uma guia para orientar sua atividade com **possibilidade de**

proporcionar a atenção integral, já que lhe permite dar o cuidado com base em suas necessidades, considerando o âmbito familiar, a atenção médica e as diversas estratégias de ação no cuidado de enfermagem, como a educação e a interação com o paciente. Estratégias que proporcionam benefícios para o paciente e que representam não só a execução de ações e técnicas planejadas, se não o estabelecimento de uma relação de empatia com o paciente.

“el proceso nos permite dar una atención más integral porque vamos a unir la atención del médico, la aplicación de sus medicamentos, la atención que uno le esta dando, por ejemplo, el apoyo, el escucharlos, el comprenderlos”, (E7).

“el proceso de enfermería es importante, nosotros tenemos que saber porque estamos haciendo las cosas, nos orienta, necesito un diagnóstico de enfermería para saber que acciones tengo que encaminar y de esa manera puedo empezar a ver el paciente de una manera integral, la familia, la educación”, (E3.)

“sería bueno retomar el proceso de enfermería porque el paciente tendría mejor atención, mejor calidad y con base en eso, también mejores resultados”, (E11).

“el PE es una guía para atender al paciente en una forma integral”, (E13).

Ao mesmo tempo, a enfermeira identifica que o uso do processo de enfermagem em sua prática cotidiana, tem a **possibilidade de racionalização do trabalho** ao proporcionar-lhe direcionamento a suas atividades em um plano profissional, lhe permite atuar não somente para resolver problemas de saúde se não para preveni-los, beneficiando ao pessoal de enfermagem em quanto à quantidade de pacientes designados, o controle do estresse, e a simplificação de seu trabalho.

“si nosotros implementamos el proceso atención de enfermería, quizá la cantidad de pacientes, sería menor, porque estamos haciendo una detección temprana para evitar que los pacientes

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

lleguen hasta aquí, hasta estas áreas, serviría para darles el tratamiento correspondiente, es primordial”, (E10).

“yo creo que estaría muy bien, porque permitiría una mejor atención para el paciente y nos simplificaría también el trabajo”, (E13).

“creo que nos quitaríamos mucho estrés, todo caminaría más fácil porque sabríamos exactamente que es lo que vamos a hacer, porque nos basamos en las indicaciones que nos dan, y si esta bien, pero atención por nosotros, a veces no la hacemos, el proceso de enfermería es de nosotros, más profesional”, (E9).

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Diante o exposto, a proposta teórica do fenômeno é representada na figura 2, na qual são explicitadas as relações entre as categorias e subcategorias referidas, representando os elementos do processo de interação entre as enfermeiras com outros, consigo mesmas e com os diversos objetos que constituem seu cotidiano no contexto hospitalar. Essas múltiplas relações e contatos com outros possibilitam a compreensão do PE nesse cotidiano. Assim, como destaca Blumer (1998), as ações de cada membro se produzem, primordialmente, em resposta ou em relação à dos demais, e são frutos da interação social.

FIGURA 2. O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR: ENTRE O FAZER ROTINEIRO E O PENSAR IDEALIZADO

6. DISCUSSÃO DA COMPREENSÃO DO FENOMENO

Pretende-se explicar à luz do Interacionismo Simbólico o processo social básico pelo qual as enfermeiras participantes deste estudo atribuem significados ao processo de enfermagem no contexto hospitalar, captando o aspecto intersubjetivo das experiências, enfatizando a participação pessoal como agente construtor de sua prática nas situações enfrentadas no cotidiano, atuando em relação aos objetos com base nos significados que têm para si, nas múltiplas interações que compõem seu cotidiano

Essa discussão inclui as reflexões do pesquisador corroboradas por outros pesquisadores, a partir da perspectiva teórica eleita que fortalecem os resultados desta pesquisa.

O fenômeno denominado “O Processo de Enfermagem no contexto hospitalar: entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado”, explicita os significados atribuídos pelas enfermeiras no seu trabalho cotidiano ao processo de enfermagem e como estes orientam suas ações de cuidado na instituição eleita para o estudo.

Assim, na **idealização do processo de enfermagem no contexto hospitalar** as enfermeiras entendem o processo de enfermagem como um instrumento de organização do trabalho que lhes permite atuar de forma sistemática, com base em etapas estabelecidas, que podem ordenar e direcionar o seu trabalho, e como uma maneira de fazer os cuidados para alcançar a atenção integral individualizada, e de qualidade, baseada em seus conhecimentos, representando a crença de que ele pode conduzir a uma prática de enfermagem autônoma, que auxilia aos profissionais a tomar decisões, prever e avaliar as conseqüências para os pacientes.

A percepção simbólica é evidenciada quando buscam explicar essa metodologia a partir de conceitos compartilhados na sua experiência cotidiana hospitalar e do significado assimilado. Este significado orienta suas ações / interações de cuidado na prática mostrando visibilidade quando a

enfermeira interage consigo mesma, tomando ciência do que estão fazendo em seu cotidiano tem relação com essa metodologia, e que esta dá base aos cuidados.

As enfermeiras compartilham suas concepções, perspectivas e símbolos com outras, porém isso nem sempre pode ser feito com sucesso. Charon (2000) refere que o uso de símbolos nem sempre funciona a contento, para que assim ocorra é necessário que estes sejam percebidos e entendidos pelos outros da mesma forma que quem os utiliza.

Freitas; Queiroz; Souza (2007) apontam que as enfermeiras elaboram conceitos próximos aos afirmados na literatura sobre o processo de enfermagem, quando destacam as etapas necessárias para sua implementação, ressaltando sua importância como um caminho para o cuidado individualizado, e que nem sempre é possível utilizar no cotidiano da prática hospitalar.

Sob esse aspecto as enfermeiras da unidade investigada, realizam suas ações de cuidado percebendo ***dificuldades na aplicação do processo de enfermagem decorrentes da estrutura organizacional hospitalar***, assinalam que a delimitação de funções afeta o trabalho em equipe e prejudica a iniciativa para fazer suas ações de cuidado no cotidiano hospitalar.

Para o Interacionismo Simbólico o comportamento dos seres humanos não pode ser visto independente do contexto em que ocorre e da percepção que estes têm dele. A ação do ser humano consiste em enfrentar as situações em que se vê impelido a atuar, e esta se forma a partir da sua percepção, e interpretação atribuindo - lhe significado, e a partir daí traça a linha de ação que se propõe a seguir. As linhas de ação que as enfermeiras realizam no seu cotidiano focalizando a iniciativa e o trabalho em equipe, mostrando a importância da utilização do processo de enfermagem.

O trabalho em equipe favorece as interações de seus membros e fortalece os processos colaborativos, gerando motivação e satisfação ao propiciar maior proximidade e coesão entre eles; impulsiona o desenvolvimento de habilidades sociais ao exigir a aceitação do outro como cooperante no trabalho comum; é uma estratégia que favorece as relações interpessoais, a flexibilidade no trabalho colaborativo e inovações.

No entanto, o trabalho evidenciado no cotidiano das enfermeiras, se limita à realização do que lhes corresponde, conforme contrato estabelecido para as funções, ou seja, cumprir o que faz parte da rotina, e ainda, as dificuldades de relacionamento interpessoal que se mostram na falta de colaboração entre os membros do grupo. A tentativa de realizar trabalho em equipe enfrenta condições que o enfraquecem e o determinam.

Martins e Faria (2002) indicam a delimitação de tarefas no trabalho como uma das causas de conflito no grupo, gerando rivalidade entre os integrantes que perseguem *status* social relacionado às posições e funções que ocupam, e afastamento entre eles, porque cada um quer garantir sua posição definida no grupo.

Blumer (1998) assinala que na ação de grupo o comportamento coletivo é resultado de um processo interpretativo ao enfrentar as situações em que seus membros atuam. Esse processo se desenvolve através da formação recíproca de indicações entre aqueles que intervêm na ação, e não somente através daquelas que cada membro dirige a si mesmo, perspectiva essa que permite explicar a complexidade do trabalho em equipe.

No cotidiano estudado as enfermeiras executam suas ações de cuidado percebendo que ***a sobrecarga de trabalho prejudica a atenção às necessidades do paciente***, esta condição se configura como objeto significativo determinante do uso do processo de enfermagem. As enfermeiras acreditam que, pelo excesso de atividades e pacientes sob sua responsabilidade o aplicam como ação mecanizada e rotineira, limitando sua criatividade e capacidade de argumentação, convertendo-se em apenas executoras do que já está estabelecido na organização hospitalar.

Esse cotidiano hospitalar, em que ocorre constante interação com elementos que se conformam como objetos, a exemplo a estrutura e cultura organizacional, envolvendo profissionais e pacientes/família, estes assumem significado que lhes permitem definir e orientar suas ações na organização social.

O Interacionismo Simbólico entende que as organizações sociais constituem-se em ordenações de seres humanos vinculados reciprocamente em seus atos, cujas estruturações e interdependências têm lugar entre estes, nos

diferentes pontos da organização, na qual enfrentam atividades ordenadas e outras, nas quais se devem adaptar, e que implicarão num processo de definição, interpretação e enfrentamento das situações. Nesse sentido, as enfermeiras em seu cotidiano enfrentam a sobrecarga de trabalho, condição esta decorrente do modelo funcional, acelerando a realização das suas tarefas, destinando pouco tempo para comunicar-se com os pacientes e atender às suas necessidades.

Hagbaghery; Salsali; Ahmadi (2004) entendem que a cultura e estrutura organizacional centradas na rotina, afetam a atuação das enfermeiras quando têm que seguir ordens médicas, prioritariamente, ocasionando conflitos no exercício autônomo de seu papel, limitando sua iniciativa e poder de decisão para desenvolver as ações de cuidado no cotidiano hospitalar; ainda que possuam conhecimentos e habilidades não têm autoridade para utilizá-los.

As enfermeiras reconhecem no seu cotidiano hospitalar que ***os costumes, crenças e valores interferem e direcionam o cuidado***, que se constituem em condições que têm orientado comportamentos manifestados nas formas de pensar e fazer o cuidado vivenciado, com base na subordinação e intuição, na rotina e delimitação de funções. Estes refletem a influência de sua história, cultura e ideologia, que podem se converter em obstáculos para o uso do processo de enfermagem com outras bases. As enfermeiras acreditam que os costumes, crenças e valores pessoais e profissionais devem-se reconstruir para promover uma prática de enfermagem diferente.

Rossi e Casagrande (2001), num estudo etnográfico, apontam que a coordenação das ações de enfermagem muitas vezes é guiada por processos não comunicativos, pela tradição, pelos valores instrumentais e pelo poder, importando a finalização da ação na tarefa. Assim, a prática de enfermagem é orientada pela ideologia da rotina. O caráter caritativo religioso das práticas hospitalares, mesmo inserido em sociedade que vigore o modo de produção capitalista, continua originando ambigüidade entre o assistencialismo gerado pelo espírito caritativo e as regras da organização do trabalho (ELIAS; NAVARRO, 2006).

No Interacionismo Simbólico, todo tipo de ação conjunta surge necessariamente da história de ações prévias dos participantes, não se desconsidera o vínculo histórico, a conexão e continuidade dos acontecimentos

passados. As enfermeiras reconhecem que os costumes, crenças e valores pessoais e profissionais sobre o cuidado, são objetos significativos que permeiam e direcionam suas ações/interações no cotidiano hospitalar

Diante da explicitação das condições contextuais do hospital vivenciadas pelas enfermeiras, e considerado os objetos significativos nessa vivência, o uso do processo de enfermagem no seu trabalho cotidiano se mostra como fazendo parte de sua rotina, incorporado no fazer mecânico, sem reflexões sobre como o realizam, em que o ritmo ocupa o pensar, num espaço em que o cumprimento de tarefas e normas é fundamental, sem abrir espaço para a prática de outro cuidado, além do que consta na prescrição médica. ***O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro***, representa essa vivência das enfermeiras ao prestar o cuidado avaliando as necessidades e condições dos pacientes, planejando as ações/interações de enfermagem, fazendo as ações/interações de cuidado com mais e menos autonomia, e registrando-as ou não. Estas ações/interações se mostram na maioria das vezes prescritivas de resolutividade imediata; priorizadas em função das pendências, necessidades e condições de risco; com pouco tempo para escuta atenta ou proximidade com os pacientes. Assim, a rotina predomina nas ações/interações das enfermeiras em seu cotidiano complexo hospitalar, tentando dar conta de seu fazer.

Mantzoukas e Jasper (2004) apontam que as enfermeiras realizam sua prática rotineira e ritualista, no entanto, a imposição da rotina não é derivada de uma pessoa específica, tem sido incorporada ao mundo da cultura denominada como uma prática normal, rapidamente aprendida e adaptada pelas enfermeiras.

Strauss e Corbin (2002) assinalam que as rotinas são necessárias nas organizações e consideram que estas representam a ação/ interação que corresponde à forma habitual de responder a certas ocorrências da vida cotidiana, e que podem chegar a serem adotadas institucionalmente como regras, diretrizes e procedimentos, que tendem a manter determinada ordem social. As rotinas no hospital são criadas para satisfazer às necessidades de atenção do paciente e facilitar o trabalho cotidiano, no entanto, podem representar um problema quando se realizam como um ritual, convertendo-o em atividade automatizada, mecanicista,

cuja reflexão fica limitada a cada ato, por já estar descrito e normatizado o que será realizado.

Segundo Blumer (1998) o ser humano é um organismo capaz de interagir consigo mesmo e na relação que estabelece com seu entorno, não se limita a responder à influência dos fatores que atuam sobre ele, sendo um organismo ativo que reage ao que é percebido através do processo de auto-indicação mediante o qual converte em objeto (social, abstrato ou físico) aquilo que é percebido, lhe atribui significado e o utiliza como base para direcionar suas ações. E ainda, atua modelando sua linha de ação, baseando-se no que considera importante e significativo, sem limitar-se a emissão de resposta diante a interação com algum fator na organização.

Considerando essas idéias, ao situar o hospital como uma organização estruturada conforme o modelo funcional, que vem sofrendo aumento da demanda de serviços sem ocorrer novas contratações de profissionais de enfermagem, essa condição tem gerado sobrecarga do trabalho. As enfermeiras, diante dessa situação se convertem em organismos ativos capazes de modelar sua linha de atuação e realizam o processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro, cumprindo as tarefas habituais estabelecidas na organização, sem refletir sobre o modo como estão realizando suas ações/interações de cuidado, baseando-se na importância que para elas representa o apego às normas e rotinas padronizadas consideradas significativas.

Porém, o processo de enfermagem no cotidiano hospitalar mostra-se, na maioria das vezes, distante da prática das enfermeiras, no nível não simbólico da interação, que se manifesta nas respostas reflexas imediatas à ação sem interpretação, ficando oculto e pouco visível, tanto para estas como para os outros, como se ele só existisse no seu pensar de forma estática, sem ser mediado pelo processo de interpretação assinalado por Blumer (1998), porque elas percebem que *o estão realizando diferente do aprendido com perda na continuidade no seu fazer*, porque já não o podem realizar de forma sistemática, individualizada, seguindo as características do método que lhes foi ensinado, que não é compatível com sua realidade caracterizada pela estrutura organizacional funcional, centrada no

modelo biomédico, havendo escassez de recursos (humanos e materiais), aumento do número de pacientes internados e a sobrecarga de trabalho.

A esse respeito, Rossi e Casagrande (2001) num estudo etnográfico, os profissionais de enfermagem conceituam o processo de enfermagem como um método de organização de seu trabalho, filosofia que valoriza o cuidado individualizado e teoria separada da prática. Freitas; Queiroz; Souza (2007) assinalam que permanece a dicotomia, entre o ensino e prática gerando insegurança e descrença nos estudantes e profissionais acerca dessa metodologia aplicada à assistência.

Essa situação a pesar de ser constantemente abordada na academia e no serviço, ainda representa um desafio para a enfermagem, gerando questionamentos sobre a forma mais adequada de ensino do processo de enfermagem, suas estratégias de operacionalização no ensino de campo e sua integração nos programas acadêmicos, além da ideologia e sistema de valores dos docentes. Na realidade, o modelo acadêmico que prevalece no preparo dos enfermeiros é técnico-racional, que descreve a perspectiva científica da enfermagem como um conhecimento hierárquico, teórico e de *status* acadêmico (SANTOS; NÓBREGA 2004).

O descompasso entre a prática da enfermagem no cotidiano hospitalar e a proposta teórica do ensino do processo de enfermagem precisa ser enfrentado, na busca de estratégias viáveis para sua utilização efetiva nos serviços de saúde, de modo a apoiar as ações das enfermeiras de cuidado e que sofra ajustes às condições e características dos pacientes/família atendidos.

Santos e Nóbrega (2004) defendem a abordagem crítica para a formação dos enfermeiros, elegendo como elementos essenciais o dimensionamento da ciência aplicada, o conhecimento e a prática de enfermagem.

Neste sentido, as enfermeiras assistenciais devem ter participação ativa nas propostas de ensino do processo de enfermagem aplicadas à realidade dos serviços, como também naquelas relacionadas ao seu uso para aperfeiçoamento da prática profissional.

Assim, as enfermeiras da unidade investigada explicitam a ***necessidade de atualização para retomar o uso do processo de enfermagem*** no seu

cotidiano, e o entendem como objeto significativo para orientar suas ações/interações de cuidado. Reconhecem que seus conhecimentos sobre esta metodologia são superficiais, não atualizados e terem esquecido alguns aspectos para viabilizá-la nas suas ações. Manifestaram interesse no seu preparo permanente, como estratégia para fortalecer, atualizar e integrar seus conhecimentos sobre o processo de enfermagem na perspectiva de sua implementação hospitalar.

Matté, et al. (2001) entendem que para ocorrer efetiva aplicação do processo de enfermagem na prática e sua continuidade com sucesso, é preciso preparar as enfermeiras com conhecimentos científicos adequados e promover atualização constante na busca dos novos conhecimentos. Outros autores destacam a educação permanente em enfermagem com ênfase na busca de novos paradigmas, propostas educativas inovadoras que motivem ao autoconhecimento, aperfeiçoamento, a atualização, e que motivem as pessoas com vistas a fortalecer processos de crescimento pessoal e transformação no âmbito profissional, promovendo a articulação da teoria e prática e o desenvolvimento integral dos trabalhadores (RICALDONI; SENA, 2006; PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA 2006; CHIODELLI, S. N.; DO PRADO, 2007)

Nesse sentido, a educação permanente sobre o processo de enfermagem deve estar presente no cotidiano das enfermeiras, acompanhando exigências decorrentes dos avanços, motivando sua aplicação à realidade, gerar conhecimentos e transformações necessários para que essa metodologia possa responder às necessidades dos pacientes e das enfermeiras nas condições atuais do seu cotidiano hospitalar.

Waldow (2001) destaca a incompatibilidade do processo de enfermagem em relação ao cuidado humano. Aponta que a enfermagem enfrenta problemas de sobrecarga de tarefas e falta de tempo, sendo oportuno realizá-lo mais prático e reduzido, e que focalize as necessidades atuais do paciente, assunto este a ser refletido pelas enfermeiras, docentes e estudantes para encontrar caminhos viáveis na sua prática.

Bujdoso; Trape; Pereira; Soares (2007) resgatam que nos últimos séculos constitui-se o campo de práticas técnicas de cuidado, socialmente determinadas, em

que o modelo de agir do médico foi tornando-se dominante, e as demais práticas se caracterizam por fragmentação entre os agentes para a execução de atividades manuais.

Neste contexto as enfermeiras reconhecem que suas ações de cuidado e uso do processo de enfermagem no seu trabalho cotidiano vêm sendo comprometidas com esse tipo de estrutura organizacional, que se reflete numa avaliação focalizada nos sinais, sintomas e necessidades do paciente, com foco nos aspectos físicos e situações críticas do paciente. Esta avaliação está mediada pelos conhecimentos adquiridos, os valores interiorizados e os significados atribuídos ao ato de cuidar. Considerando a perspectiva do interacionismo simbólico, estes significados surgem da interação social que as enfermeiras realizam com os outros no cotidiano hospitalar, e são modificadas através de um processo de interpretação, onde estes são utilizados e revisados como instrumentos para orientação de suas ações/interações de cuidado no cotidiano da unidade de medicina interna.

Por tanto, o planejamento das ações interações de cuidado, que chega a ocupar uma parte importante do tempo das enfermeiras em seu cotidiano, é apenas percebido, orientado por protocolos e rotinas estabelecidas no serviço, que têm sido interiorizadas através do processo de interpretação, referido pelo interacionismo simbólico, por meio do qual o indivíduo percebe e faz juízo do que se apresenta ante ele, elaborando sua linha de conduta. A enfermeira como ator social interage não só com os outros atores do contexto hospitalar - outros profissionais, funcionários, enfermeiras, familiares-, mas também consigo mesma, ao formular indicações a si mesma, a enfermeira pode aplicar a sua conduta às normas institucionais e deste modo guiar-se em sua interação com os demais, alienando-se na realização das tarefas instituídas pela instituição de saúde, fator determinante das ações/interações de cuidado das enfermeiras no cotidiano da unidade de medicina interna, baseadas principalmente nas prescrições médicas.

Alem disso, as enfermeiras executam ações/interações de cuidado, baseadas nas necessidades do paciente, mostrando um exercício autônomo fundamentado em seus conhecimentos e saberes, no raciocínio crítico e tomada de decisões, que evidencia uma atividade que vai além do seguimento e apego ao

modelo normativo institucional e como assinala Blumer (1998), fortalece a natureza do ser humano considerado como organismo agente, onde faz indicações a si mesmo, as quais orientam seus atos.

A esse respeito, Tapp; Stansfiel; Stewart (2005), afirmam que as enfermeiras experimentam a autonomia quando cumprem as metas do cuidado do paciente por meio de seus conhecimentos e habilidades, e descrevem a autonomia dentro do contexto da compreensão e contribuição ao plano de cuidados, avaliando as necessidades e condições dos pacientes, comunicando as preocupações e prioridades do cuidado e coordenando os recursos da equipe multidisciplinar.

Rossi e Casagrande (2001), encontraram em estudo realizado que o processo de enfermagem era visto pelas enfermeiras como uma *rotina* implementada num contexto onde o espaço para as interações é limitado pela necessidade do cumprimento das tarefas; sua prática revela-se como uma atividade mecânica, onde a prescrição de enfermagem não se baseia em uma avaliação do paciente, nem retratando a sua individualidade. Os cuidados, sejam eles prescritos ou não, são implementados rotineiramente.

Assim o processo de enfermagem é incorporado nos elementos estruturais do trabalho de enfermagem, porém, sem registros detalhados sobre as características e condições dos pacientes e dos cuidados realizados. Estes registros representam o cuidado fragmentado pelas características das ações/interações das enfermeiras nesse cotidiano hospitalar, e às vezes indicam a possibilidade de haver um **relacionamento humanizado no cuidado**, que se mostra ainda como grande desafio para as enfermeiras. Olhar para os pacientes e ver neles a vida organizacional do sistema de cuidados é um desafio de ótica e do pensamento, no sentido de que o cuidado é um processo de vida ou do viver o momento de cada paciente, e as ações de cuidado de enfermagem são processos auxiliares em cada paciente (ERDMANN, 1996).

Este desafio está relacionado com os crescentes avanços na ciência e tecnologia aplicada à saúde e a persistência do paradigma técnico – científico que instiga reflexões sobre a humanização do cuidado e suas repercussões na prática dos profissionais da área, e busca de estratégias que integrem os valores da ciência e humanos, considerando sua complexidade.

Pauli e Bousso (2003) alertam sobre as dificuldades que as enfermeiras encontram para prestar cuidado humanizado diante de situações freqüentes de emergência na área de trabalho, que limitam seu tempo, e a busca de estratégias para viabilizá-lo, em que suas atitudes se baseiam nas situações e crença de que essa perspectiva de cuidado é a indicada.

As ações/interações das enfermeiras investigadas, mesmo que rotineiras em resposta ao que está previsto pela organização hospitalar, procuram aproximar-se do paciente percebendo-o e integrando-o no cuidado e seus resultados, valorizando a comunicação e interação individual em suas diversas dimensões, criando potencialidade para romper com atos meramente instrumentais/procedimentais, orientados para as tarefas e necessidades dos serviços de saúde. Deste modo, favorece a expectativa de utilizar o processo de enfermagem como metodologia para enfatizar, também, as necessidades reais dos pacientes.

Para o Interacionismo Simbólico, os contextos em que os seres humanos vivem, se compõem de objetos - produto da interação simbólica, que podem ser físicos, sociais e abstratos, sua natureza depende do significado que estes possuem para os seres, assim estes se desenvolvem em um mundo de objetos sociais e efetuam seus atos em função dos mesmos, na busca para entender seus atos é necessário conhecer os objetos que compõem seu mundo.

Portanto, no relacionamento humanizado, as enfermeiras tentam reconhecer e compreender objetos sociais dos pacientes, como seu estado de ânimo, a família, as emoções, aspectos religiosos e a sua participação em seu processo de atenção, que configuram seu mundo e interagem no ato de cuidar. Estes objetos mostram-se significativos na vida dos pacientes e definem a forma em que estão dispostos a agir em seu cuidado, assim, as enfermeiras ao considerar estes objetos nas suas ações/interações de cuidado se movimentam na linha de ação com outros de cuidado humanista. E ainda, no contexto de uma prática tradicional, centrada na doença/cura dos pacientes, o que é valorizado é a eficiência e a efetividade da ação dos profissionais responsáveis pela modalidade de atenção, sem envolver objetos que caracterizem os pacientes como membros do grupo na organização e seus atos.

A esse respeito Backes; Koerich; Erdmann (2007) assinalam que o cuidado humanizado é uma experiência, um processo vivencial, que permeia o ser e fazer dos profissionais, em diferentes expressões, dimensões e interações; significa tornar a experiência de estar no ambiente hospitalar, voltada para o ser humano, tomando conta de seus valores, crenças, sentimentos, emoções e não apenas ao seu aspecto biológico. Neste cuidado é possível desenvolver competências para provocar o re-significado dos valores e princípios que fundamentam a humanização, visando o trabalho como realização pessoal/profissional; aliando competência técnica e humana à prática dos profissionais que vivenciam o cuidado humano.

O processo de humanização tem também relação com o trabalho enquanto instrumento humanizador e/ou desumanizador, como referem Backes; Koerich; Erdmann (2007). Assim as práticas em saúde sinalizam para a existência de uma forte correlação entre funcionários realizados e clientes satisfeitos, pois quando as pessoas gostam do que fazem as práticas humanizadas fluem naturalmente.

Nessa perspectiva, o cotidiano hospitalar das enfermeiras investigadas, enfrentando as limitações impostas pela sobrecarga de trabalho e a divisão de tarefas por funções, realizam ações/interações colaborativas de cuidado com os integrantes da equipe e outros funcionários da organização, numa relação de respeito, apoio e coordenação, para atender às demandas do serviço e às necessidades dos pacientes. Reconhecem que o trabalho colaborativo é uma estratégia de integração que as ajuda na realização das ações no seu grupo, que influencia o relacionamento solidário, que se reflete no seu fazer cotidiano, quando são reconhecidas pelo paciente que esteve hospitalizado e sua família, ao referir estarem satisfeitos com a atenção recebida. Diante o exposto, as enfermeiras expressam sentir **satisfação com o cuidado proporcionado** e percebem a sua importância, pois é valorizado o seu esforço; acreditam que estão fazendo um bom cuidado aos pacientes; que cumprem sua missão orientada à sua melhora e recuperação (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Martins e Faria (2002) comungam com Elias; Navarro (2006) sobre a compreensão das enfermeiras sobre sua importância como cidadãs e trabalhadoras de saúde, quando seu trabalho é reconhecido pelos usuários do serviço, pelos

membros da equipe, pela instituição em que trabalha, e pela sociedade em geral. Em contrapartida, quando não ocorre reconhecimento, gera sofrimento.

Assim, no cotidiano do grupo estudado, as enfermeiras manifestaram estar sentindo ***insatisfação com o cuidado proporcionado*** quando são desvalorizadas em suas ações profissionais, não sendo reconhecidas pelos médicos ou diretores do hospital, ou mesmo por alguns pacientes, para quem a representação simbólica do seu trabalho é objeto fundamental na colaboração e ajuda de outros no cuidado e recuperação dos pacientes. Portanto, elemento indispensável nas organizações hospitalares, respondendo pelo movimento que ocorre nesse cotidiano dos pacientes, enfrentando as contingências e dificuldades de seu dia a dia, muitas vezes relegando a fadiga e desconfortos corriqueiros. Essa representação simbólica das enfermeiras dispostas a servir, tem sido incorporada à interação cotidiana na organização hospitalar, e socialmente reconhecida como inerente, ao longo do tempo, criando imagem de promotoras do cuidado e conforto às enfermeiras.

Fealy (2004) ilustra as diversas imagens que as enfermeiras têm sido publicamente retratadas, que refletem seu valor na sociedade, havendo muitas delas que não refletem a realidade e revelam mitos. Assim, a imagem da boa enfermeira tem estado relacionada ao longo do tempo a atributos e qualidades, a exemplo: atributos femininos e maternais, disposição para com os outros e seu trabalho, alto nível de conduta pessoal, profissional e competência clínica.

Elias e Navarro (2006) lembram que, ao mesmo tempo em que fica evidente a idealização do trabalho da enfermeira e valorização da enfermagem, há também, frustração pela imagem inversa de não reconhecimento e desvalorização. O trabalho da enfermagem é reconhecido nas suas raízes e características históricas orientadas ao cuidado do outro, em que tem havido avanços na construção e consolidação de suas bases científicas, culturais e técnicas, porém, a frustração e insatisfação envolvem as condições sócio-políticas e culturais de sua realização, ao longo do tempo.

As enfermeiras da unidade investigada manifestam insatisfação quando não lhes é possível prestar cuidado integral, diante de múltiplas demandas de trabalho, que na maioria das vezes se fazem presentes no seu cotidiano hospitalar. Essa condição contextual influencia as ações/interações desenvolvidas pelo grupo

de enfermeiras, que têm - se caracterizado rotineiras, e comprometem sua autonomia na tomada de decisões sob sua responsabilidade e função. Backes, Koerich, Erdmann (2007) alertam para o aspecto que o resgate de valores humanos não decorre do trabalho mecanizado e rotinizado, mas, através daquele que gera realização profissional, que envolve competência técnica e humana e vivência do cuidado humanizado.

Limitantes desse modelo rotineiro de cuidado são evidenciadas nas interações pontuais e restritas a procedimentos, em lugar das ações/interações reflexivas e criativas com os integrantes do grupo no cotidiano hospitalar (da equipe e usuários), para redirecionar ações de cuidado como atos compartilhados com responsabilidade e compromisso com o cuidado humanizado.

Esses sentimentos de satisfação/insatisfação pelo cuidado proporcionado são resultado do processo interpretativo das enfermeiras, baseado nos seus conceitos e nos dos outros sobre a profissão e sobre seu trabalho que ao ser realizado como atividade rotineira, mecanizada, lhes provoca frustração. No entanto, ao experienciar ações de cuidado humanizado, o indicam como um dos caminhos que pode proporcionar mudanças para melhorar o seu cotidiano na organização hospitalar. Neste sentido, acreditam que o processo de enfermagem traz **benefícios para a atenção à saúde e enfermagem**, porque possibilita a atenção integral dos pacientes, no sentido de atender não só às suas necessidades físicas, como também àquelas relacionadas às demais dimensões da vida.

E ainda, integrando o ser humano e sua família no cuidado, mediante trabalho coordenado com a equipe de saúde, definindo ações/interações através da utilização do processo de enfermagem, que podem permite fazer seu trabalho organizadamente, reconhecendo a importância da sistematização das ações de enfermagem, e buscar simplificar e garantir qualidade no cuidado e melhorar as condições de trabalho no cotidiano hospitalar.

O processo de enfermagem é reconhecido como possibilidade de estruturar as ações de cuidado e oferecer assistência planejada, como instrumento que permita o retorno da enfermagem às questões do cuidado, e a sistematização do cuidar que é essencial; sistematizar a assistência é uma experiência positiva e

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

mostra a viabilidade da transformação da prática de enfermagem (MENDES; BASTOS, 2003).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Teoria Fundamentada nos Dados e a perspectiva do Interacionismo Simbólico possibilitaram a compreensão dos significados que as enfermeiras da unidade de medicina interna atribuem ao processo de enfermagem e como esses significados orientam suas ações de cuidado no cotidiano da organização hospitalar.

Esses significados representados na categoria central *“o processo de enfermagem no contexto hospitalar: entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado”* mostram o processo social pelo qual as enfermeiras atribuem significados ao processo de enfermagem, captando o aspecto intersubjetivo de suas experiências de cuidado no trabalho cotidiano, considerando sua participação como agente construtor de sua prática ao realizar ações de cuidado orientadas pelos significados atribuídos ao processo de enfermagem nas interações, ainda que as normas e políticas que constituem a estrutura organizacional hospitalar, estabeleçam limites e imponham desgastes, afetando seu comportamento.

Para as enfermeiras, o processo de enfermagem na sua prática cotidiana se desvela como um fenômeno em movimento, entre a rotina e sua idealização, integrado e realizado como ações de cuidado rotineiro e despercebido, seguindo os protocolos de atenção estabelecidos no hospital, aplicado de forma diferente ao aprendido. No entanto, é considerado a base de seu trabalho, uma maneira de fazer os cuidados e ajudar aos pacientes a solucionar seus desconfortos, na perspectiva de desenvolver atenção integral; um instrumento de organização que lhes permite fazer bem suas atividades e conduzir à prática autônoma e profissional.

Este significado sobre o processo de enfermagem se apresenta no nível simbólico da interação, quando é utilizado no cotidiano hospitalar integrado à rotina e perspectiva idealizada, permeada pelos conhecimentos que foram ensinados e assimilados. O simbólico é expresso no fazer das enfermeiras, seguindo a estruturação do processo de enfermagem, a partir de conceitos compartilhados e da vivência das enfermeiras no cotidiano hospitalar.

Assim, o processo de enfermagem no contexto hospitalar, se mostra na dissociação entre o pensar e o fazer, na falta de correspondência

entre aquilo que é preconizado nos espaços formais de ensino com o que acontece no trabalho cotidiano, indicando a importância da articulação entre a teoria e a prática e na busca de estratégias que minimizem seu distanciamento, desafio este que precisa ser abordado envolvendo os atores do âmbito acadêmico e do assistencial, a partir do paradigma crítico e reflexivo.

Verificou-se tanto nas observações como nas entrevistas que as ações/interações de cuidado realizadas pelas enfermeiras, podem ser caracterizadas como ações orientadas principalmente à atenção física; realização de procedimentos que seguem a rotina e os protocolos de atenção estabelecidos na unidade; centradas na recepção / entrega de turno, administração de medicamentos, mensuração de sinais vitais, registros clínicos de enfermagem e encaminhamento dos pacientes, visando dar conta da investigação das necessidades do paciente, planejamento e realização das ações de cuidado, na perspectiva da abordagem individualizada e uso do processo de enfermagem.

As enfermeiras realizam ações/interações com autonomia, representando seu espaço de tomada de decisões e estabelecimento de relacionamento humanizado, que lhes permite proximidade com os pacientes através da escuta, acolhimento e busca sua compreensão, que se refletem na satisfação pelo cuidado realizado, evidenciando sua capacidade de lidar com as condições do contexto hospitalar, decorrentes da estrutura organizacional, indicadas como limitantes no uso do processo de enfermagem, a exemplo: a delimitação de funções, sobrecarga de trabalho e os costumes, crenças e valores pessoais e profissionais, constituem-se em objetos com os quais as enfermeiras interagem cotidianamente, que compõem sua realidade, e diante dos quais respondem com determinadas ações/interações de cuidado.

As enfermeiras acreditam que o processo de enfermagem é uma metodologia da assistência que permite a atenção integral aos pacientes, e que traz benefícios para a enfermagem. No entanto, deve implantar-se considerando as condições do contexto organizacional, a participação das enfermeiras envolvidas na atenção dos pacientes e a atualização permanente, que se mostra como objeto significativo para mobilizar mudanças nas ações/interações e possibilidade de revisar o significado do uso dessa metodologia no cotidiano hospitalar.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

O conhecimento produzido neste estudo, permitiu descrever o processo social presente na vivência de enfermeiras clínicas, no que se refere ao processo de enfermagem. Considera-se que o estudo contribui para o avanço na compreensão do significado atribuído ao processo de enfermagem por um grupo de enfermeiras do contexto hospitalar, que pode ser utilizado como objeto de reflexão e sensibilização para a prática e formação das enfermeiras, na busca de estratégias que possam aprimorar a profissão. No entanto, é necessário continuar realizando pesquisas sobre o tema, de modo a explorar a percepção dos usuários (paciente e família) do hospital, em complementação às crenças e práticas das enfermeiras que apostam na implementação do processo de enfermagem para gerar mudanças em seu cotidiano profissional.

A crença no processo de enfermagem como metodologia que orienta o cuidado individualizado, com possibilidade de gerar uma prática de enfermagem diferenciada, aponta a importância de incentivar a sua implementação no contexto hospitalar, levando em consideração seus aspectos positivos nas ações de cuidado das enfermeiras investigadas, relacionadas ao cuidado atento e próximo do paciente, que podem ser resgatas como objeto sensibilizador para uma prática que ultrapasse o caráter racional e instrumental da rotina, na perspectiva do cuidado a partir do ser humano e para este.

Nas condições atuais do cotidiano hospitalar, as ações de cuidado exigem mais que conhecimentos e habilidades, atitudes de empatia com o outro e competência ética na interação com outros no mundo real que amplia a perspectiva profissional instituída nessa organização.

Os achados deste estudo se relacionam a população, amostra e contexto estudado e podem ser convertidos em estímulos para pesquisas adicionais desenvolvidas em locais e com sujeitos diferentes, ainda com outras abordagens teórico – metodológicas na busca e aprofundamento da compreensão dos significados atribuídos ao processo de enfermagem.

REFERENCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. 4^a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem**. 1997. 117 f. Tese (livre-docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA, A.C. (ANE). **Proceso de atención de enfermería**. Documento básico. México, 1976. 36 p.

ANTUNES, M.J.M. A prática de enfermagem e os sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In: GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. (Org). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem; Idéia, 2000. Cap. 1, p. 9-18.

BACKES, S.D.; KOERICH, S.A.; ERDMANN, L. A. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 34-41, janeiro/fevereiro 2007.

BENAVENT, G. A.; DEL REY, C. F.; FERRER F. E. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. En: BENAVENT, G. A.; FERRER, F. E.; DEL REY, C. F. **Fundamentos de Enfermería**. España: DAE, 2001. Cap. 8, p. 217-238. REVISADA

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção a saúde**. 2^a.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 2. p. 21-29.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1998. 208 p.

BUJDOSO, Y. L.; TRAPE, C.; PEREIRA, E.; SOARES, C. A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou

superação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasil, v. 12, n. 5, p. 1364-1374, setembro/outubro 2007.

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: WESTPHALEN, M.; CARRARO T. E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. p. 17-27.

CHARON, M. J. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 8a. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2004. 242 p.

CHIODELLI, S. N.; DO PRADO, M. L. educación continua en el trabajo: nuevos desafios para los profesionales de enfermería. **Universidad de Antioquia/Facultad de Enfermería/investigación y educación en enfermería**, Medellín, v. 25, n. 1, p. 100-105, marzo 2007.

CRAVEN, F. R.; HIRNLE, J. C. Nursing process: foundation for practice. In: _____. **Fundamentals of nursing**: human health and function. 4a. ed. Philadelphia: Lippincott, 2002. Cap. 9, p. 137-183.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Cap. 3, p. 51-66.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA A.M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 185-191, março/abril 2002.

DENZIN, K. N.; LINCOLN, S. Y. Introduction: entering the field of qualitative research. In: _____. **Handbook of qualitative research**. California: Sage Publications, 1994. Cap. 1, p. 1-17.

ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFP, 1996. 138 p.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, julho/agosto 2006.

FEALY, M. G. The good nurse: vision and values in images of the nurse. **Journal of Advancing Nursing**, USA, v. 46, n. 6, p. 649-656, January 2004.

FRANCO, O. M.; ESPINOSA, M. V. Valoración de la necesidad de alimentación en los niños. **Revista Desarrollo Científico de Enfermería**, México, v. 11, n. 4, p. 115-119, mayo 2003.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, A. T.; SOUZA, V. J. A. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 207-212, março/abril 2007.

GARCÍA, J. A.; GONZÁLEZ, C. R. P.; VINIEGRA, V. L.; JIMENEZ, V. M. Evaluación de la aptitud clínica a través de la metodología del proceso de enfermería. **Revista de Enfermería del IMSS**, México, v. 9, n. 3, p. 127-131, 2001.

GARCÍA, M. I.; BUENDÍA, M. A. Identidad e identificación de la enfermería. **Revista ROL de Enfermería**, Barcelona, v. 24, n. 7-8, p. 539-545, 2001.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. Hawthorne, New York: Aldine Publishing, 1967. 271 p.

GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**. Mill Valley: Sociology Press, 1978. 164 p.

GUTIERREZ DE REALES, E. **Propuesta para aproximar el proceso de enfermería a un marco de referencia del cuidado**. En: Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Colombia: Ed. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1998. Cap. 2.

HAGBAGHERY, M. A.; SALSALI, M.; AHMADI, F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. **Human Resources for Health**, v. 2, n. 9, p. 1-14, june 2004.

HAGUETTE, F. T.M. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes, 1992. Cap. 1, p. 25-47.

HOLLOWAY, I.; WHEELER S. **Qualitative research for nurses**. Great Britain: Blackwell Science, 2000. 214 p.

HUTCHINSON, A. S.; WILSON, S. H. Grounded Theory. In: MUNHALL, L. P. **Nursing research: a qualitative perspective**. Sudbury, USA: Jones and Bartlett Publishers, 2001. Cap. 7, p. 209-242.

IYER, W. P.; TAPTICH, J. B.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería**. 2ª. ed. México: Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1993.

KIMURA, A. F.; TSUNECHIRO, M.A.; ANGELO, M. Teoria fundamentada nos dados. In: MERIGHI, B. M. A; PRAÇA, N. DE S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Cap. 6, p. 39-44.

LEOPARDI, M. T. O método como objetificação científica na assistência da enfermagem. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n.1, p. 9-18, janeiro/junho 1995.

LIMA, A. F. C. **Significados que as enfermeiras assistenciais de um hospital universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do Sistema de Assistência de Enfermagem- SAE**. 2004. 174 f. Tese (doutorado). Programa Interunidades dos “campi” de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, 2004.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LLAMAS, U. C. ¿Como se utiliza el proceso de cuidados de enfermería? **Revista ROL de Enfermería**, Barcelona, v. 26, n. 5, p. 354-362, mayo 2003.

MANTZOUKAS, S.; JASPER, M. Reflective practice an daily ward reality: a covert power game. **Journal of Clinical Nursing**, London, v. 13, p. 925-933, 2004.

MARCO, G. A.; FONFRÍA, V, C.; CERRADA, R.; SANMARTÍN, H. G.; ZUBICOA, M. C.; MUÑOZ, I. A. Integrar el rol de enfermería en nuestra práctica diaria. **Revista ROL de Enfermería**, Barcelona, v. 26, n. 4, p. 272-276, abril 2003.

MATTÉ, V. M.; THOFHERN, M. B.; MUNIZ, R. M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.101-121, janeiro 2001.

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

MARTINS. J. J.; FARIA E. M. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer e sofrimento. In: **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 169-186. janeiro/abril 2002.

MENDES, M. A.; BASTOS, R. M. A. Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 271-276, maio/junho 2003.

MENDOZA, L. C.; VAZQUEZ, T. DE J. Plan de atención en paciente con traumatismo craneoencefálico. **Revista Desarrollo Científico de Enfermería**, México, v. 11, n. 2, p. 49-54, marzo 2003.

MÉXICO. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección Regional Occidente. **Manual de organización del departamento de Enfermería**. Guadalajara: Agata, 1999.

MÉXICO. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación estatal Guanajuato. **Plan estratégico de jefatura de enfermería**. Guanajuato, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Cap. 1, p. 9-29.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 393 p.

MOREIRA, D. A. A natureza da pesquisa qualitativa. In: _____. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002. Cap. 4, p. 43-57.

MORSE, M. J. Qualitative research: Fact or fantasy? In: _____. **Critical issues in qualitative research methods**. California: SAGE publications, 1994. Cap. 1, p. 1-9.

NANDA. **Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006**. Madrid: Elsevier, 2005. 299 p

NOBREGA, M. M. L; GUTIÉRREZ, M.G.R. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. (Org.). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho**

coletivo. João Pessoa: associação brasileira de enfermagem; Idéia, 2000. Cap. 2 p. 19-27.

OLIVEIRA, C. M. Algumas reflexões sobre o diagnóstico de enfermagem e os elementos do processo de trabalho. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 150-159. janeiro./junho. 1995.

PAIVA, L.; LEMOS R. C. A. Repercussões do processo de enfermagem na assistência à mulher no climatério. In: IV FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 4., 2004. Uberlândia. **Anais “Diversificando o Cuidar”**. Uberlândia: UFU, novembro. 2004. p. 197-209.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 336-343, setembro 2006.

PAULI, M. C.; BOUSSO, S. R. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 280-297, maio/junho 2003.

PRAÇA, DE S. N.; MERIGHI, B. M. A. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: MERIGHI, B. M. A; PRAÇA, N. DE S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Cap. 1, p. 1-3.

POLIT, F. D.; HUNGLER, P. B. **Investigación científica en ciencias de la salud**. 6ª. ed. México: McGraw-Hill, 2000. 715 p.

POTTER, A. P.; PERRY, G. A. O raciocínio crítico e o julgamento de enfermagem. In: _____. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**, vol. 1. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Cap. 6, p. 90-98.

POTTER, A. P.; PERRY, G. A. Implementação do processo de enfermagem. In: _____. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3ª. ed. São Paulo: Editora Santos, 2002. Cap. 6, p. 101-125.

RAMIREZ, T.; SOTO, M. O.; PALAZUELOS, C.; HERNANDEZ, B.; MATUS, R.; CAMACHO, M.; JINEZ, L.; GAONA, G.; MELENDEZ, M. Perfil académico del personal de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2005-2006. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, México, v. 15, n. 2, p.105-115, 2007.

REINERS, A. A. O. Grounded Theory: opção metodológica para a enfermagem. **Revista Enfermagem, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 370-376, dezembro 1998.

REYES A. **Factores que intervienen en la aplicación del proceso de enfermería**. 2000. p. Tesis (maestría).- Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, México, 2000.

RIVERA, V. P. Proceso de enfermería en el recién nacido con trastorno respiratorio. **Revista Desarrollo Científico de Enfermería**, México, v. 12, n. 9, p. 270-273, octubre 2004.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, novembro/dezembro 2006.

ROSALES, C. R. F.; ESPINOS, V. M. E. La esperanza en el diagnóstico y la intervención de enfermería. **Revista Desarrollo Científico de Enfermería**, México, v. 12, n. 9, p. 274-277, octubre 2004.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, R. L. D. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 39-46, setembro/outubro 2001.

_____. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO T. I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. Cap. 3, p. 41-62.

SANTOS, S. R.; NOBREGA, M. M. L. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 575-579, setembro/outubro 2002.

SANTOS, S. R.; NOBREGA, M. M. L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem- enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 460-468, maio/junho 2004.

STANTON M.; PAUL, CH.; REEVES, S. J. Um resumo do processo de enfermagem. In: GEORGE, B. J. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 2, p. 24-37.

STRAUSS, A. L. **Qualitative analysis for social scientists**. Cambridge: University of Cambridge Press, 1987. 319 p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa**: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2002. 341 p.

STREUBERT, J. H.; CARPENTER, R. D. **Qualitative research in nursing**: advancing the humanistic imperative. 2a. ed. Philadelphia: Lippincott, 1999. 344 p.

TAPP, D.; STANSFIEL, K; STEWART, J. La autonomía en la práctica de enfermería. **Revista Aquichan**, Colombia, v. 5, n. 1 (15), p.114-127, octubre 2005.

TEIXIDOR, F. M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (IV). **Revista ROL de Enfermería**, Barcelona, v. 25, n. 10, p. 650-652, 2002.

THOMAZ, V.A.; GUIRARDELLO, E.B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Nursing**, v. 5, n. 54, p. 28-33, novembro 2002.

VAZ, A. F.; MACEDO, D. D.; MONTAGNOLI, E. T. L.; LOPEZ, M. H. B. M.; GRION, R.C. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 288-297, maio/junho 2002.

WALDOW, V. R. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **Revista Enfermagem, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 284-293, set./dez. 2001.

YURA, H.; WALSH, B. M. **The nursing process-assessing, planning, implementing, evaluating**. 4a. Ed. Connecticut, USA: Prentice-Hall do Brasil, 1983. 364 p.

ZAGONEL, S. I. P. Consulta de enfermagem: un modelo de metodología para o cuidado. In: WESTPHALEN, M. E.; CARRARO, T. E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiania: Editora AB, 2001. p. 41-56.

APÊNDICES E ANEXOS

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APENDICE B - Roteiro de entrevista

APENDICE C – Roteiro de observação

APENDICE D - Exemplo das tarefas analíticas da codificação aberta:
identificação de incidentes, definição de códigos, categorias e
subcategorias

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de
Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, Universidad de Guanajuato

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Investigação do Hospital General
de Zona com Medicina Familiar No. 2 do Instituto Mexicano del Seguro
Social, Irapuato, Guanajuato, México

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Mi nombre es Ma. Elena Ledesma Delgado, soy estudiante de doctorado de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Brasil y estoy realizando una investigación sobre “El Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario: significado para las enfermeras en su práctica cotidiana”, que tiene como objetivos comprender los significados que usted como enfermera del área asistencial atribuye al proceso de enfermería en su práctica y describir las acciones realizadas en su cotidiano conforme el significado que usted le atribuye a este proceso.

Su participación será en dos momentos: uno de ellos consistirá en responder preguntas relacionadas con lo que para usted significa el proceso de enfermería (apéndice 1) que podrán ser gravadas, si usted lo autoriza, con el propósito de no perder información, y transcritas para su apreciación del contenido.

La entrevista tendrá una duración aproximada de una hora, podrá ser realizada en más de un encuentro, en el tiempo y lugar que a usted le sea más adecuado, sin que esto implique interrupción en sus actividades laborales y puede darse por terminada en el momento que usted lo desee. La entrevista será identificada por letra y número, por ejemplo: enfermera 1 (E1), respetando el sigilo, siéntase en la libertad de expresar sus ideas u opiniones con relación a los temas preguntados y para participar o no sin que esto represente perjuicio para su situación laboral. La información que proporcione solo servirá para fines de este estudio.

El otro momento, para el cual solicito su participación y autorización, es que me permita observar sus actividades cotidianas en el servicio y turno en que labora, durante un tiempo de 3 a 4 horas por un promedio de 2 ocasiones, sin que esto implique interrupción en sus actividades laborales y teniendo usted la libertad de dar por terminada la observación en el momento en que usted lo desee. La observación se orientará a los siguientes aspectos: observación del contexto de la práctica clínica donde se da el PE (movimientos del servicio, registros de enfermería, equipo y material de apoyo al trabajo de enfermería), observación de las interacciones entre sujetos y acciones tales como procedimientos de atención al paciente, visita médica, entrega y recepción de turno, procedimientos administrativos entre otros (apéndice 3). Los datos obtenidos de las observaciones se registrarán diariamente en un diario de campo y solo serán utilizados para fines de esta investigación.

Los resultados del estudio podrán ser presentados en eventos y revistas científicas, garantizando que en ningún caso se revelará su identidad.

Su participación en esta investigación es de gran importancia para lograr la comprensión del fenómeno de estudio –significados atribuidos al proceso de enfermería en el contexto hospitalario-. Si usted desea colaborar, le solicito firme en el espacio siguiente:

Nombre y firma del participante

Para cualquier duda o aclaración respecto a este estudio podrá ponerse en contacto con:

Ma. Elena Ledesma Delgado

Teléfono: 62 5 06 74 (FEI/UG), e mail meld_82@hotmail.com

M. Manuela Rino Mendes manu@eerp.usp.br Ramal 3430 (EERP)

Ma. Elena Ledesma Delgado

APENDICE B - Roteiro de entrevista

E. No. _____

Investigación: El proceso de enfermería en el contexto hospitalario: significado para las enfermeras en su cotidiano

Investigador: Ma. Elena Ledesma Delgado

Orientador: M. Manuela Rino Mendes

Sujetos: Miembros del equipo de enfermería

Local: Institución hospitalaria, unidad de hospitalización de medicina interna (4 piso)

Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____

Caracterización del entrevistado: escolaridad, años de egreso de la institución educativa, antigüedad laboral en la institución hospitalaria y en el servicio, edad y sexo.

PREGUNTAS NORTEADORAS

1. Puede hablarme sobre su trabajo cotidiano en el hospital y como ve el proceso de enfermería en este contexto
2. ¿Como utiliza usted el proceso de enfermería?
3. ¿Puede decirme cómo el proceso de enfermería influye en el desarrollo de su trabajo?
4. ¿Que piensa usted sobre la implementación del proceso de enfermería en las unidades de internación, en este hospital?
5. ¿Que significa para usted el proceso de enfermería?

APENDICE C - Roteiro de observação

O. No. _____

Investigación: El proceso de enfermería en el contexto hospitalario: significado para las enfermeras en su cotidiano.

Investigador: Ma. Elena Ledesma Delgado

Orientador: M. Manuela Rino Mendes

Sujetos: Miembros del equipo de enfermería

Lugar: Institución hospitalaria, unidad de hospitalización de medicina interna (4º. Piso)

Fecha _____ Hora de Inicio _____ Hora de termino _____

Aspectos a observar para identificar cómo se da el proceso de enfermería en el contexto y las acciones/interacciones del personal de enfermería en su práctica cotidiana:

- Método de trabajo
- Entrega recepción de turno
- Procedimientos específicos
- Registros de enfermería (expedientes, protocolos)
- Procedimientos administrativos: movimientos del servicio (ingresos, altas, traslados, visitas), equipo y material de apoyo para el trabajo de enfermería.

Nota: la observación estará focalizada en las etapas del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación

APENDICE D - Exemplo das tarefas analíticas da codificação aberta:
 identificação de incidentes, definição de códigos, categorias e
 subcategorias

- IDENTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

1. Puede hablarme sobre su trabajo cotidiano en el hospital y como ve el proceso de enfermería en este contexto

(E) Desde que llego al piso es identificación de pacientes, su diagnóstico, nombre, y su tratamiento, algún cuidado específico que tengan pendiente, este es un enlace de turno, turno vespertino con turno nocturno y eso lo que hacemos llegando al servicio, **(inicia el turno recibiendo pacientes en su unidad identificando su condición y pendientes)** posteriormente al enlace de turno es revisar indicaciones de cada uno de los pacientes, ver el tipo de tratamiento que tiene, desde las soluciones que tienen indicados, los medicamentos y cuidados específicos y nuevamente si quedo algún pendiente de laboratorio, de gabinete, alguna interconsulta específica, eso es numero dos, **(consulta conductas médicas: medicamentos, soluciones, tratamiento, cuidados específicos, exámenes, etc.)** después continuamos con la preparación de medicamentos en base a unas tarjetas de identificación que se manejan, se hace un vaciado de los medicamentos a la tarjeta de cada paciente, se inicia la preparación de medicamentos, identificando numero de cama y posteriormente procedemos a la aplicación, claro todo esto es llevando las reglas correspondientes sobre identificación del paciente, que sea el paciente correcto, la dosis correcta, el medicamento correcto **(prepara y aplica medicamentos en los horarios prescritos conforme tarjetas transcritas y reglas correspondientes)** y a la vez estamos identificando que tipo de necesidades tiene cada paciente, esto es en base a su mismo tratamiento, que reacciones ha presentado durante el día o alguna molestia que presenta el paciente y todo esto se va mostrando en los cuadros de enfermería **(identifica necesidades en base a tratamiento, reacciones o molestias del paciente y registra en cuadros de enfermería)** y eso es lo que se hace con cada paciente, igualmente si tiene algún tratamiento específico, como cuantificación de drenajes en pacientes posoperados, también se hacen en ese momento **(da cuidado con base a tratamiento específico)**, posteriormente a la aplicación de medicamentos y a la detección de necesidades del paciente, es la vigilancia, estar viendo que sus soluciones parenterales vayan lo más cercano al horario que deben de ir, tratar de que pasen el turno lo tranquilos, hay pacientes que durante el turno ya tienen otras manifestaciones como datos de dificultad respiratoria, dolor intenso, con sonda foley a drenaje o cistoclasia, se tiene que estar vigilando la permeabilidad de la sonda, hay pacientes están manifestando retención de orina, y entonces con ellos son con los que hay que estar más al pendiente, eso se hace ya posterior a la aplicación de medicamentos, **(posterior a la aplicación de medicamentos e identificación de necesidades es la vigilancia del estado del paciente, continuidad de soluciones y permeabilidad de sondas durante el turno)** y ya por la mañana, nuevamente a estar paciente por paciente para ver como paso el turno, **(por la mañana nuevamente valora condición del paciente)** nuevamente aplicación de medicamentos, **(administra medicamentos)** cuantificación de drenajes, ver que su área este limpia, que

**Significado Atribuido ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

su cama este seca y eso es en forma individual, (**presta cuidado higiénicos**) igualmente se hace el reporte de cómo paso el paciente el turno, la noche y esperamos nuevamente a las 7:00 de la mañana que es el enlace del turno matutino con nuestro turno (**registra respuesta y evolución alcanzada y espera el enlace de turno**)

En cuanto al proceso de enfermería, se puede aplicar, se puede seguir, pero por el mismo exceso de trabajo nos hacemos rutinarias, (**el proceso de enfermería se puede aplicar, se puede seguir, pero por el mismo exceso de trabajo nos hacemos rutinarias**)[CV], lo usamos, lo que pasa es que no lo hacemos notar, ya no lo vemos como el proceso de enfermería, si lo hacemos pero no estamos dándonos cuenta, ya llevamos una rutina de trabajo y no nos damos cuenta, no pensamos que lo estamos poniendo en práctica, aunque si se hace porque estamos planeando las actividades y realizamos las acciones, pero es como si fueran nuestras actividades rutinarias. (**el PE lo hacemos porque planeamos las actividades y realizamos las acciones, pero no estamos dándonos cuenta, no lo hacemos notar, es como si fueran nuestras actividades rutinarias y no pensamos que estamos poniendo en practica el PE**), no estamos limitadas para aplicar el proceso, claro, nosotros nos regimos por ciertos parámetros que es el médico, pero hay determinadas acciones en que yo puedo tomar decisiones, por ejemplo si un paciente presenta datos de insuficiencia respiratoria yo puedo colocarle oxígeno, el médico no puede decirme nada, yo puedo tomar esa decisión, ya uno sabe sus limitaciones (**hay determinadas acciones en que yo puedo tomar decisiones**)

- **DEFINIÇÃO DE CODIGOS A PARTIR DOS INCIDENTES**

INCIDENTES	CODIGOS
Desde que llego al piso es identificación de pacientes, su diagnóstico, nombre, y su tratamiento, algún cuidado específico que tengan pendiente, este es un enlace de turno, turno vespertino con turno nocturno y eso lo que hacemos llegando al servicio,	5. Inicia el turno recibiendo pacientes en su unidad identificando su condición y pendientes
posteriormente al enlace de turno es revisar indicaciones de cada uno de los pacientes, ver el tipo de tratamiento que tiene, desde las soluciones que tienen indicados, los medicamentos y cuidados específicos y nuevamente si quedo algún pendiente de laboratorio, de gabinete, alguna interconsulta específica, eso es numero dos,	7.Consulta conductas médicas: medicamentos, soluciones, tratamiento, cuidados específicos, exámenes, etc.
después continuamos con la preparación de medicamentos en base a unas tarjetas de identificación que se manejan, se hace un vaciado de los medicamentos a la tarjeta de cada paciente, se inicia la preparación de medicamentos, identificando numero de cama y posteriormente procedemos a la	8. Prepara y aplica medicamentos en los horarios prescritos conforme tarjetas transcritas y reglas correspondientes

**Significado Atribuido ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

aplicación, claro todo esto es llevando las reglas correspondientes sobre identificación del paciente, que sea el paciente correcto, la dosis correcta, el medicamento correcto	
y a la vez estamos identificando que tipo de necesidades tiene cada paciente, esto es en base a su mismo tratamiento, que reacciones ha presentado durante el día o alguna molestia que presenta el paciente y todo esto se va mostrando en los cuadros de enfermería	41. Identifica necesidades en base a tratamiento, reacciones o molestias del paciente y registra en cuadros de enfermería
y eso es lo que se hace con cada paciente, igualmente si tiene algún tratamiento específico, como cuantificación de drenajes en pacientes posoperados, también se hacen en ese momento (	21. Da cuidado con base a tratamiento específico
posteriormente a la aplicación de medicamentos y a la detección de necesidades del paciente, es la vigilancia, estar viendo que sus soluciones parenterales vayan lo más cercano al horario que deben de ir, tratar de que pasen el turno lo tranquilos, hay pacientes que durante el turno ya tienen otras manifestaciones como datos de dificultad respiratoria, dolor intenso, con sonda foley a drenaje o cistoclasia, se tiene que estar vigilando la permeabilidad de la sonda, hay pacientes están manifestando retención de orina, y entonces con ellos son con los que hay que estar más pendiente, eso se hace ya posterior a la aplicación de medicamentos,	21. Da cuidado con base en la identificación de necesidades y problemas, diagnóstico, indicaciones médicas, priorizando necesidades del paciente
y ya por la mañana, nuevamente a estar paciente por paciente para ver como paso el turno	5. Por la mañana nuevamente valora condición del paciente,
nuevamente aplicación de medicamentos,	8. Administra medicamentos,
cuantificación de drenajes, ver que su área este limpia, que su cama este seca y eso es en forma individual	21. Da cuidado con base en la identificación de necesidades y problemas, diagnóstico, indicaciones médicas, priorizando necesidades del paciente
igualmente se hace el reporte de cómo paso el paciente el turno, la noche y esperamos nuevamente a las 7:00 de la mañana que es el enlace del turno matutino con nuestro turno	10. Registra respuesta y evolución alcanzada y espera el enlace de turno

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

En cuanto al proceso de enfermería, se puede aplicar, se puede seguir, pero por el mismo exceso de trabajo nos hacemos rutinarias	26. El proceso de enfermería se puede aplicar, se puede seguir, pero por el mismo exceso de trabajo nos hacemos rutinarias[CV]
lo usamos, lo que pasa es que no lo hacemos notar, ya no lo vemos como el proceso de enfermería, si lo hacemos pero no estamos dándonos cuenta, ya llevamos una rutina de trabajo y no nos damos cuenta, no pensamos que lo estamos poniendo en práctica, aunque si se hace porque estamos planeando las actividades y realizamos las acciones, pero es como si fueran nuestras actividades rutinarias	22. el proceso de enfermería lo hacemos porque planeamos las actividades y realizamos las acciones, pero no estamos dándonos cuenta, no lo hacemos notar, es como si fueran nuestras actividades rutinarias y no pensamos que estamos poniendo en practica el proceso de enfermería
No estamos limitadas para aplicar el proceso, claro, nosotros nos regimos por ciertos parámetros que es el médico, pero hay determinadas acciones en que yo puedo tomar decisiones, por ejemplo si un paciente presenta datos de insuficiencia respiratoria yo puedo colocarle oxígeno y el médico no puede decirme nada yo puedo tomar esa decisión, ya uno sabe sus limitaciones	42. no estamos limitadas para aplicar el proceso de enfermería, hay determinadas acciones en que yo puedo tomar decisiones

• **FORMACION DE CATEGORÍAS A PARTIR DE LOS CÓDIGOS**

CODIGOS ABERTOS	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Em realidade o processo de enfermagem o fazemos já como rotineiro • Trabalho rotineiro em quanto aplicação de medicamentos, mensuração dos sinais vitais, há muitos tramites administrativos • O trabalho cotidiano marcado por rotinas que já estão estandardizadas • Se só atendemos necessidades fisiológicas porque no hospital é assim, então nosso trabalho já se volta muito rotinizado • Às vezes nos voltamos muito mecanizadas, já não 	Processo de enfermagem como trabalho rotineiro

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

<p>perguntamos ao paciente sobre seu desconforto, e isso tem muito que ver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Já uno conhece que tipo de pacientes há no serviço então geralmente o que se faz aqui são rotinas, há atividades que deferem em cada paciente, pero a maioria são passos, são rotinas, por exemplo, sinais vitais, cuidado da venoclisis, das sondas, tirarem equipes. • As atividades as fazem já como rotina 	
<p>42. Não estamos limitadas para fazer o PE, há determinadas ações em que eu posso tomar decisões</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trato de fazer uma atenção integral nos apoiamos e organizamos com o pessoal auxiliar para dar os cuidados e não fazer só o que nos toca, neste turno temos mas liberdade de tomar decisões • Não só fazemos os cuidados seguindo as indicações medicas, também tomamos decisões sobre o que fazer lê ao paciente 	<p>Trabalho rotineiro com autonomia</p>
<p>5. Inicia o turno recebendo pacientes, identificando suas condições e pendências leito a leito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procura aplicar o processo de enfermagem fazendo a avaliação do paciente desde a recepção do turno, se apresenta, observa, avalia soluções, drenagens, venoclisis • Inicia o turno recebendo pacientes identificando-os por seu nome e seu diagnostico, revisa venoclisis y soluções <p>19. Avalia estado do paciente com foco na venoclisis e identificação</p> <p>37. Prepara a entrega de turno indagando sobre condição do paciente e soluções parenterais, dieta</p> <p>41. Identifica necessidades com base no tratamento, reações e desconfortos do paciente e registra na folha de enfermagem</p>	<p>Avalia necessidades e condições dos pacientes</p> <p>Com base no tratamento medico Com base nas reações e desconfortos</p>
<p>12. Indaga sobre antecedentes alérgicos a medicamentos antes de aplicá-los</p> <p>13. Avalia a percepção sensorial do paciente quando aplica medicamentos alterando seu fluxo e diluição para alivio de desconforto</p> <p>8. Prepara e aplica medicamentos nos horários prescritos conforme fichas transcritas, princípios científicos/de segurança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administra medicamentos y sua vigilância durante o turno • 	<p>Administra medicamentos e sua vigilância</p>
<p>14. Planeja o preparo e aplicação de medicamentos injetáveis para economizar tempo, conforme o numero de pacientes e medicações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planeja o preparo do material para cada procedimento para economizar tempo • Prepara o lugar de trabalho seu e de seus colegas • Requisita/confere material de consumo do andar • O método para dar o cuidado não se faz por escrito, e um “plano de atividades” que já é como rotina 	<p>Planejamento das medicações, soluções, procedimentos, cuidados</p>

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

Organiza-se tomando notas sobre a identificação, condição e pendências do paciente quando recebe turno	
<p>17. Prioriza a continuidade das soluções e cuidados prescritos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparo de soluções, vigilância da permeabilidade e termino das venoclisis • Verifica novamente as equipes de venoclisis, que tenham data, que não estejam sujos para a entrega de turno • Prioriza a atenção de enfermagem com base aos pacientes que ela tem, seu diagnóstico médico, sintomas, desconfortos e condições de urgência <p>18. Actuando rápido por la carga de trabajo, por la condición de pacientes graves, por deficiencias de personal</p>	Realiza as ações de cuidado com perspectiva de priorização, com agilidade
<p>21. Dá cuidado com base na identificação das necessidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifico necessidades, priorizo com base no mais urgente e presto os cuidados, así faço meu trabalho dia com dia • Há uma seqüência de detecção de necessidades e aplicação de medicamentos • As normas fortalecem a satisfação de necessidades fisiológicas além disso eu trato de satisfazer as outras necessidades para olhar que esta sucedendo com o paciente [CV] • Dá cuidado com base nas necessidades do paciente através de um trabalho coordenado e colaborativo entre membros da equipe 	Cuidado orientado para as necessidades, (ênfase nas fisiológicas)
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado com base no tratamento específico • Cuidado com base na identificação das necessidades e problemas, diagnóstico, indicações médicas, priorizando as necessidades • O que necessita o paciente pero basicamente atendemos as indicações médicas porque falta tempo temos menos pessoal • Os processos que fazemos devem ter a finalidade de apoiar o tratamento médico 	Cuidado orientado pelas indicações médicas e problemas
<ul style="list-style-type: none"> • Tenta visualizar a pessoa a partir de diversos aspectos, o complemento, a família, estado anímico • Cuidado visualizando ao paciente a partir de diversos aspectos, considerando sua doença, estado anímico, cooperação e tempo disponível • Atenção das necessidades do paciente tomando em conta ao familiar acompanhante 	Cuidado com foco a pessoa
<p>27. Não se faz como se fazia antes (aprendeu na escola)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Já não o fazemos como quando vamos à escola, com mais detalhamento, com um só paciente, aqui temos 13 com diagnósticos diferentes, com o passo do tempo vamos 	O processo de enfermagem não é realizado como na teoria, passo por

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

<p>perdendo essa continuidade, deixando coisas que são importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como tal como o processo de enfermagem vai teoricamente talvez não o fazemos, pero o vamos fazendo passo a passo ate chegar a avaliação quando fazemos a entrega de turno • O processo de enfermagem como algo pobre, porque a maioria das vezes fazemos as atividades porque estão indicadas, não é como quando estávamos na escola com um só paciente e com uma avaliação más detalhada • Diferente de como aprendeu na escola, o faço mais pratico, é difícil fazer os procedimentos de acordo aos padrões dos livros, sacamos o plus de nossa criatividade de nossos desejos de fazer as coisas • O processo de enfermagem o realizamos, pero não se leva totalmente como nos diz no livro, que fazemos o cuidado e no momento temos uma resposta) <p>3. O PE não se faz passo por passo [CV]</p>	<p>passo, com detalhes, com enfoque individual</p>
<p>16. Sobrando tempo na sua rotina ajuda a seus colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrando tempo recebe pacientes com seus colegas • Trabalhamos em equipe, nos apoiamos, pero depende de com quem se trabalhe, é coisa de atitude • Cada quem deve fazer o que lhe corresponde pero sempre trabalhando em equipe 	<p>Trabalho colaborativo</p>

• **FORMAÇÃO DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS**

SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Diferente ao aprendido, com perda da continuidade Características: Processo de enfermagem despercebido, sem atentar, sem fazer relações, mecânico Investigação das necessidades e condições dos pacientes. Propriedades: Baseada no tratamento médico Com base nas reações e desconforto Com foco na venoclisis Em diferentes momentos do turno: inicio,</p>	<p>O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO AÇÕES DE CUIDADO ROTINEIRO Fazer mecanizado Baseado em atividades estandardizadas Limitado a atenção as necessidades fisiológicas Tentando dar visibilidade do uso do processo de enfermagem</p>

**Significado Atribuído ao Processo de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
“Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado”**

<p>durante ao final</p> <p>Planejamento das ações Priorizando a aplicação das medicações, soluções, procedimentos, cuidados Realiza as ações de cuidado com perspectiva de priorização, com agilidade Comunicação das enfermeiras entre turnos, com serviços de apoio, com médico</p> <p>Realização das ações/ interações de cuidado Orientadas para as necessidades do paciente (ênfase nas fisiológicas) Baseadas nas indicações médicas, problemas Baseadas nas rotinas</p> <p>Registro das ações/interações de cuidado Registros de enfermagem sobre sinais e sintomas, cuidados prestados e respostas a condutas realizadas Registros de enfermagem a partir da consulta das condutas médicas Registros de enfermagem vagos e repetitivos das informações habituais</p>	
<p>Processo de enfermagem como um instrumento Ajuda e orienta a organização, priorização e sequência dos cuidados</p> <p>O processo de enfermagem na prática e uma maneira de prestar os cuidados Ajuda a solucionar os problemas do paciente com uma atenção diferenciada</p>	<p>IDEALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM</p>
<p>Modelo de trabalho funcional e normas do hospital restritivo do processo de enfermagem Restringe o trabalho em equipe Prejudica a iniciativa</p> <p>A carga de trabalho dificulta o uso do processo de enfermagem Dificulta a visualização integral dos pacientes</p> <p>Costumes, crenças e valores dificultam o uso do processo de enfermagem Direcionam e interferem no cuidado</p>	<p>DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DECORRENTES DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL</p>

**Significado Atribuido al Proceso de Enfermagem por Enfermeiras de um Hospital no México:
"Entre o Fazer Rotineiro e o Pensar Idealizado"**

**ANEXO A - Aprobación do Comitê de Ética da Faculdade de
Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, Universidad de Guanajuato**

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

Mutualismo No. 303 Apdo. Postal 91 Celaya, Gto. ☎/Fax (461) 615 36 48 y 615 36 65

Celaya, Gto., 16 de enero de 2006.

Ma. Elena Ledesma Delgado
Presente.

Por este conducto, me permito comunicarle que el Comité de Bioética realizó la primer revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado: **"EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO HOSPITALAR: SIGNIFICADO PARA LAS ENFERMERAS EN SU PRÁCTICA COTIDIANA"**, el Comité dictaminó que se **aprueba**, se anexan al presente algunas observaciones.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

"LA VERDAD OS HARÁ LIBRES"
UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
Facultad de Enfermería y Obst. de Celaya

MTRA. ROSALINA DÍAZ GUERRERO
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

PSIC. ELISA GUERRERO FERNÁNDEZ
SECRETARIA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

C/2 anexos.
C.c.p. Mtra. María de Lourdes García Campos.-Coordinadora de Investigación FEOC.
C.c.p. Dra. Leticia Cacique Cacique.-Coordinadora del Doctorado de la FEOC.
C.c.p. Archivo.
*cmm.

Ma. Elena Ledesma Delgado

**Significado Atribuido al Proceso de Enfermería por Enfermeras de un Hospital no México:
"Entre el Hacer Rotineiro y el Pensar Idealizado"**

ANEXO B - Aprobación del Comité de Investigación del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Irapuato, Guanajuato, México.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE OCCIDENTE
DELEGACIÓN GUANAJUATO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON M.F. 2 IRAPUATO
DEPTO. DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN
SALUD.**

A QUIEN CORRESPONDA:

Siendo las diez de la mañana del día 12 de enero del dos mil seis en el aula del departamento de educación médica e investigación salud, de este Hospital General de Zona con Medicina Familiar número dos en Irapuato, Guanajuato, reunidos los integrantes del **comité local de Investigación número 1003**. Dr. José Jaime Ríos presidente del comité, Dr. Teodoro Carrada Bravo Secretario, Dra. Yolanda Vela Otero Vocal, Enf. Ramona Quiroz Gómez Vocal, Dr. Miguel Ángel Najera Díaz vocal, para la presentación y autorización del protocolo: **Con el título: EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO HOSPITALAR: SIGNIFICADO PARA LAS ENFERMERAS EN SU PRÁCTICA COTIDIANA**" Alumna de doctorado en Ciencias de Enfermería: **Ma. Elena Ledesma Delgado**, teniendo como asesor externo a Dra. Maria Manuela Rino Mendes y como interno dentro al Dr. Teodoro Carrada Bravo. Se le autoriza la realización de la investigación en este hospital.

Atentamente

Dr. Teodoro Carrada Bravo
Jefe de Educación e Investigación en Salud

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD
H G Z / M F 2
IRAPUATO, GTO.

Ma. Elena Ledesma Delgado