

Antônio Fernandes Costa Lima

**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**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento dos "campi" de São Paulo e Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Paulina Kurcgant

São Paulo
2004

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
1 A justificativa do estudo	8
2 A contextualização do Diagnóstico de Enfermagem.....	13
3 O processo de implementação do Diagnóstico de Enfermagem no Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE).....	22
4 Os questionamentos e o referencial teórico sobre um processo de mudança planejada... ..	42
5 A trajetória metodológica.....	53
5.1 O estudo de caso qualitativo	54
5.2 O lócus de estudo	56
5.3 O Departamento de Enfermagem no contexto do HU-USP	57
5.4 O cenário de trabalho das colaboradoras do estudo.	60
5.5 A seleção das colaboradoras	61
5.6 A coleta de dados	61
5.7 A coleta de dados no estudo	64
5.8 A preservação dos aspectos éticos.....	65
5.9 A análise dos dados.....	66
6 Apresentando as colaboradoras deste estudo	68
6.1 Meresankh.....	71
6.2 Nitócris.....	79
6.3 Néftis.....	87
6.4 Cleópatra.	93
6.5 Nefertite.....	98
6.6 Nefertari.....	105
6.7 Ísis	112
6.8 Neith.....	119
7 Análise interpretativa dos dados.....	129
7.1 Percepção do SAE antes da implementação do diagnóstico de enfermagem	130
7.1.1 Aspectos referentes à operacionalização do SAE	132
7.2 Percepção do SAE com a implementação do diagnóstico de enfermagem.....	135
7.2.1 A dimensão teórica no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem.	136
7.2.2 Os sentimentos vivenciados no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem	138
7.3 Percepção dos novos caminhos do SAE	150
7.3.1 Na condução da equipe de enfermagem.....	150
7.3.2 Na proposta de informatização do SAE	155

8 Considerações finais.....	159
9 Referências	163
10 Anexos.....	172

RESUMO

Lima, AFC. 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. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Este estudo de caso qualitativo busca compreender os significados atribuídos por enfermeiras assistenciais ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas com oito enfermeiras da Unidade de Clínica Médica, que participaram de um teste piloto para a construção de um instrumento para implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do SAE. Os dados foram apresentados na forma de narrativa. Nos seus relatos as colaboradoras explicitaram ter percebido, inicialmente, a implementação do diagnóstico de enfermagem como uma imposição da chefia, o que gerou reações de resistência e sentimentos de desconforto. Evidenciaram que a capacitação teórico-prática e a possibilidade de participação, ao longo do processo, contribuíram para se tornarem agentes pró-ativas, em decorrência de uma transformação positiva em seus sentimentos a partir do desconforto inicial e da percepção desfavorável em relação ao processo. Relataram que os sentimentos compartilhados, durante a realização do teste piloto, foram trabalhados com mais facilidade uma vez que o grupo assumiu atitude pró-ativa em relação a eles, confiando que podiam lidar com esses sentimentos e superar as dificuldades. As colaboradoras revelaram, ainda, que o processo de implementação do diagnóstico de enfermagem, como etapa do SAE, continuava sendo um grande desafio a ser vivenciado. Entretanto, mostraram que a apropriação do processo permitiu além do compartilhamento das decisões e da responsabilidade pelos resultados, o desenvolvimento da crença de que serão capazes de superar as dificuldades quando forem vivenciar os acontecimentos. Fica evidente que o processo participativo é mais demorado, no entanto propicia a detecção das necessidades dos diferentes grupos, e de cada

componente, fornecendo dados para que essas necessidades sejam atendidas. Dessa forma, proporciona autonomia aos participantes, gerando sentimentos de prazer e de auto-realização e, conseqüentemente, o resultado obtido é mais seguro e duradouro.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Mudança Organizacional. Enfermagem.

ABSTRACT

Lima, AFC. Meanings attributed by nurses at a University Hospital to the nursing diagnosis implementation process as a stage for the Nursing Care System - NCS. [thesis] Sao Paulo (SP): Nursing School of the University of Sao Paulo; 2004.

This qualitative case study searches for understanding the meanings attributed by nurses for the nursing diagnosis implementation process on the Nursing Care System (NCS) from the University Hospital at the University of Sao Paulo. Data collection was made through interviews with eight nurses from the Medical Clinic Unit, who attended a pilot test for building up an instrument for nursing diagnosis implementation as a stage of the NCS. Data was presented through a narrative way. The respondents told clearly on their reports having perceived initially the nursing diagnosis implementation as a management imposition, which generated resistance reaction and discomfort feelings. They evidenced that the theory-practice capability and the possibility of participation throughout the process helped them for being proactive agents, resulting from a positive transformation in their feelings starting from the initial discomfort and the unfavourable perception regarding to the process. They reported that shared feelings during the pilot test were worked up easier once the group assumed a proactive attitude for them. They trusted they could deal with these feelings and overcome difficulties. The respondents also revealed that the nursing diagnosis implementation process, as a NCS stage, keeps on being a big challenge to be lived. However, they showed that the appropriateness of the process allowed, besides the decision sharing and responsibility for the results, the development of a belief that they will be able to overcome difficulties when they face the facts. It becomes clear that the participative process takes longer; nonetheless, it offers the detection of needs from different groups and each of their components, providing data for meeting their needs. Thus, it gives autonomy for their participants, creating pleasure and self-satisfaction feelings and, consequently, the result obtained is safer and lasting.

Key words: Nursing process. Nursing diagnosis. Organizational changes. Nursing.

Iniciei minha trajetória profissional como enfermeiro no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), em 1991, atuando na Unidade de Pediatria. Alguns meses depois, no próprio HU, fui aprovado por meio de um processo seletivo interno, para integrar uma equipe composta por enfermeiras, médicos e técnicas de enfermagem que tinha como propósito a organização de um Serviço de Hemodiálise. Considerei que esta seria uma oportunidade importante para o meu desenvolvimento profissional, mas tinha a intenção de permanecer apenas alguns anos no serviço de hemodiálise, pois pretendia regressar à Unidade de Pediatria por me identificar muito com o trabalho desenvolvido junto às crianças.

No entanto, vencidas as dificuldades iniciais para a implantação do Serviço de Hemodiálise, o envolvimento e o vínculo que estabeleci com a equipe compromissada e preocupada em assistir o paciente como um ser humano único, portador de necessidades individuais, fizeram-me desistir da pretensão de transferir-me para qualquer outra Unidade. Certamente a vivência com as pessoas portadoras de insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise e o compartilhar de experiências neste contexto foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ainda buscando o aprimoramento profissional participei de eventos científicos e produzi trabalhos que foram publicados na forma de artigos e capítulos de um livro sobre a qualidade assistencial no cenário da hemodiálise (Lima et al, 1998a; Lima, et al, 1998b; Lima, et al, 1998c). O amadurecimento profissional despertou em mim a necessidade de compartilhar, com os demais profissionais, as experiências e o aprendizado que obtive e passei a atuar na Comissão de Ética de Enfermagem do HU e a desenvolver algumas atividades de ensino no Serviço de Apoio Educacional (SEd), procurando enfatizar a importância do profissional de saúde no processo de cuidar e na humanização da assistência.

Em Julho de 2000 obtive o título de mestre em Fundamentos de Enfermagem após ter realizado um estudo que buscava compreender o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico e o impacto desta modalidade terapêutica em sua qualidade de vida. Os colaboradores deste estudo

evidenciaram, entre outros aspectos relevantes, a importância que atribuíam ao vínculo estabelecido com os profissionais que os assistiam (Lima, 2000). Decidi, então, realizar um projeto para a seleção no Programa de Doutorado Interunidades da Escola de Enfermagem (EE) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP, com o propósito de compreender os significados, as crenças e os valores atribuídos, pelos profissionais de saúde, à experiência de vivenciar a assistência prestada a pessoas portadoras de insuficiência renal crônica, em um Serviço de Hemodiálise.

Em Janeiro de 2002 fui convidado, pela Diretora do Departamento de Enfermagem (DE) do HU, para assumir a diretoria do SEd. Este convite colocou-me frente a um dilema: aceitar um novo desafio onde teria a oportunidade de ampliar meus conhecimentos e o âmbito de atuação profissional ou permanecer no Serviço de Hemodiálise, contexto onde eu tinha um conhecimento aprofundado, vivências e experiências consistentes, enfim meu porto seguro por mais de dez anos.

Após muitas reflexões, e até mesmo noites insones, optei por assumir o desafio de tornar-me Diretor Técnico do SEd em Março de 2002 . Cabe ressaltar que o HU estava, nesta época, iniciando um processo de muitas mudanças uma vez que, após um seminário histórico, realizado pela superintendência com a participação dos líderes de todas as áreas profissionais, havia sido definida a missão da instituição: "O Hospital Universitário é um órgão complementar da Universidade de São Paulo destinado ao ensino e pesquisa, oferecendo assistência multidisciplinar, de média complexidade, com base no perfil epidemiológico do Distrito de Saúde do Butantã".

A partir da definição da missão do HU foram formados quatro grupos de trabalho nos quais a enfermagem estava inserida e participava ativamente:

- Grupo de ensino e pesquisa / Modelo de programas de assistência,
 - Gestão de qualidade / Treinamento e desenvolvimento,
 - Atualização e estrutura física,
 - Atualização tecnológica.
-

Na seqüência, os integrantes deste seminário, bem como outros profissionais do HU, foram convidados a participar de uma série de seminários com o objetivo de viabilizar ações para o alcance da missão proposta. Todas as áreas do HU passaram então a desenvolver atividades conjuntas, valendo ressaltar a importância da participação dos profissionais do DE uma vez que nenhuma instituição de saúde pode prescindir da presença e da colaboração dos profissionais de enfermagem.

Neste cenário de mudanças fui acolhido de maneira extremamente receptiva pela equipe do SEd que me apoiou integralmente desde a fase de adaptação inicial. O SEd compreendia a área de Educação Continuada e a Escola de Auxiliar Técnico de Enfermagem e possuía uma equipe composta de seis enfermeiros e duas secretárias.

O SEd foi criado pelo DE, desde a inauguração do HU-USP em 1981, para auxiliar no desenvolvimento das atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa na área de enfermagem, tendo como missão manter a equipe de enfermagem com elevado nível de qualificação pessoal, ética e técnica bem como envolvida com as propostas e resultados institucionais, em sintonia com os diferentes setores do hospital e o as necessidades da clientela. Em síntese esse Serviço compartilha, com outros Serviços de Enfermagem, a responsabilidade pelas atividades de coordenação, planejamento, seleção, movimentação interna, treinamento, desenvolvimento, avaliação de desempenho e desligamento dos membros da equipe de enfermagem da instituição. Além de realizar trabalho integrado com outros setores de enfermagem, auxilia na promoção da integração docente-assistencial entre o HU-USP e a EEUSP.

De acordo com as responsabilidades do SEd a equipe desempenhava um papel essencial em todas as propostas de trabalho desenvolvidas pelo DE. Percebi então que teria que mudar o foco do meu projeto de pesquisa para o doutorado, a fim de adequá-lo às demandas do Programa de Pós Graduação, do HU e do DE.

Logo que assumiu a Diretoria do DE, em 2000, a nova Diretora evidenciou sua preocupação, compartilhada por muitas enfermeiras do DE, com o

desenvolvimento e aprimoramento do Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE). Para tanto as enfermeiras do DE acreditavam ser necessária a revisão das condutas/intervenções de enfermagem objetivando a informatização do SAE.

Para a informatização do SAE tornou-se imprescindível a utilização de um sistema padronizado de linguagem a fim de que se pudesse realizar a captura de dados, agrupá-los, classificá-los, analisá-los e transforma-los em informações. A padronização pressupunha a utilização de um conjunto de termos pré-estabelecidos que expressassem: situações de saúde/doença que pudessem ser modificadas por intervenções de enfermagem; ações de enfermagem que modificassem as situações de saúde/doença e resultados obtidos com a efetivação destas ações. Assim, para viabilizar a padronização da linguagem e conferir visibilidade à enfermagem perante os sistemas de saúde, optou-se pela implementação do sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem no SAE, que pode ser situado como um sub-processo dentro do processo de enfermagem e concebido como o segundo momento do processo de enfermagem.

O termo diagnóstico de enfermagem foi introduzido na literatura por Fry, em 1953, a fim de descrever uma etapa necessária para o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem. Nos vinte anos posteriores as referências aos diagnósticos de enfermagem apareceram apenas esporadicamente na literatura (Carpenito, 2002).

De acordo com Cruz (2001) as iniciativas de se construir um sistema de linguagem compartilhado pelos profissionais de enfermagem ganharam corpo somente no início da década de 70, na América do Norte. Azevedo (2001) ressalta que nesta década vários expoentes da enfermagem reconheceram a necessidade de desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados por enfermeiras, sendo realizados estudos com o propósito de se estabelecer uma classificação internacional dos diagnósticos de enfermagem.

Em 1973, nos Estados Unidos da América, foi realizada a First National Conference on Classification of Nursing Diagnoses com a finalidade de identificar os problemas dos pacientes que dependiam de intervenções de enfermagem e estabelecer um sistema de classificação compatível com a informática. A partir desta conferência foi criado o National Group of the Classification of Nursing Diagnosis que, após a quinta conferência, em 1982, passou a ser denominado North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (Carpenito, 2002).

Buscando sistematizar o desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem a NANDA estruturou uma taxonomia, baseada na Teoria do Homem Unitário de Martha Rogers, que tem sido revisada, refinada e atualizada nas conferências bienais que congregam enfermeiros de diversos países (Gordon, 1994; NANDA, 1992-1993). Vale ressaltar que o resultado mais recente desses trabalhos foi a mudança na estrutura do sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem que resultou na taxonomia II (NANDA, 2001).

Dentre as questões que tem permeado os trabalhos da NANDA Cruz (1994) destaca as que se referem à validação clínica dos diagnósticos aceitos nas conferências (se a denominação destes diagnósticos realmente representam um fenômeno da prática de enfermagem); à categorização dos diagnósticos numa

taxonomia; ao desenvolvimento de uma estrutura conceitual para os diagnósticos de enfermagem; aos fundamentos metodológicos para as pesquisas de identificação e validação e ao projeto de inclusão dos diagnósticos de enfermagem num capítulo da Classificação Internacional das Doenças.

O desenvolvimento de um sistema de classificação para os diagnósticos de enfermagem, de forma científica e confiável, tem provado ser um processo lento e difícil. No entanto, apesar dos problemas, este sistema de classificação, em franca evolução, reflete, cada vez mais, a arte e a ciência da enfermagem graças ao esforço e empenho de excelentes enfermeiras clínicas, de pesquisadoras de enfermagem, e de outros profissionais e organizações da área (Carpenito, 2002).

Para Cruz (2001) o diagnóstico de enfermagem pode ser analisado sob várias perspectivas sendo, em uma delas, a que o define como uma das etapas do processo de enfermagem. Esta autora afirma que no contexto do processo de enfermagem, tradicionalmente descrito em cinco etapas que são levantamento dos dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, o diagnóstico é a conclusão do levantamento dos dados uma vez que o propósito primordial, desse levantamento, é a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem a serem prestados aos pacientes.

Segundo Rossi, Dalri (1993) quando o processo de enfermagem é praticado como uma forma de investigação, conduz o enfermeiro no desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona julgamentos na forma de diagnósticos de enfermagem, fornecendo uma base segura para a assistência de enfermagem.

Os princípios, os conceitos e as etapas que fundamentam o processo de enfermagem têm sido explicitados por diferentes autores nacionais e internacionais sendo encontrados, na literatura, vários conceitos e formulações referentes à sua definição, terminologia e etapas (Rossi, Casagrande, 2001).

O processo de enfermagem proposto por Horta (1979), constando de seis fases inter-relacionadas, sendo uma delas denominada diagnóstico de enfermagem, certamente configurou-se em um divisor de águas nos processos de trabalho da enfermagem brasileira, tendo norteado o ensino e a assistência desde

a década de 70. Apesar das publicações de Horta terem ocorrido no final da década de 60 e durante a de 70, Cruz (1989) ressalta que no Brasil, até o final da década de 80, pouco se encontra publicado sobre diagnóstico de enfermagem, tal como proposto pela NANDA.

Algumas das etapas do processo de enfermagem proposto por Horta foram suprimidas por serem consideradas complexas e de difícil aplicabilidade prática, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem. Assim, embora o modelo de sistematização da assistência de Horta seja adotado no ensino e na assistência de enfermagem, constata-se que a implementação não ocorre de forma completa e integrada (Azevedo, 2001).

Peres, Nóbrega, Farias, Coler (1990) ressaltam a importante participação de enfermeiras da Paraíba, representando a enfermagem brasileira, na oitava conferência da NANDA, em 1988, por meio de um estudo relatando a experiência da utilização do diagnóstico de enfermagem no ensino.

Azevedo (2001) enfatiza que a partir desta data memorável o interesse da enfermagem brasileira em divulgar, implantar e desenvolver o diagnóstico de enfermagem no ensino, na pesquisa e na assistência tem sido uma preocupação constante evidenciada por inúmeros trabalhos publicados, dissertações e teses, realização de simpósios, encontros, congressos e conferências, nacionais e internacionais, cursos de atualização profissional e criação de grupos de pesquisa e Grupos de Interesse em Diagnósticos de Enfermagem (GIDE) nas principais cidades brasileiras.

Na década de 90 Cruz (1992) já sinalizava alguns possíveis benefícios do ensino dos diagnósticos de enfermagem na graduação, tais como, permitir aos alunos interpretar dados da avaliação do paciente; trazer à tona as lacunas de conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem e contribuir para o desenvolvimento consistente na formação da enfermeira. No entanto esta autora já evidenciava questões que precisavam ser analisadas para a inserção dos diagnósticos de enfermagem em qualquer nível da formação do profissional sendo, uma delas, como os docentes se capacitariam para o ensino deste tema;

outra questão seria quais os possíveis efeitos de introduzi-lo em disciplinas, isoladamente.

Tais questões ainda estão presentes considerando-se, como exemplo, que a maioria dos enfermeiros que participaram, em Junho e Julho de 2002, do Curso sobre diagnóstico de enfermagem realizado no HU-USP, referiram ter tido pouca ou nenhuma abordagem deste tema na sua graduação sendo, esta abordagem, quando presente, superficial e pouco articulada à assistência, configurando-se apenas em um exercício intelectual.

Cruz (1994) afirma que se não houver acompanhamento e participação dos diferentes seguimentos da enfermagem no desenvolvimento dos diagnósticos voltados à realidade brasileira, com explicitação de suas controvérsias e inconsistências e que se o uso da terminologia caracterizar-se como um mero exercício intelectual, descontextualizado do processo de enfermagem, tornar-se-á apenas um "elefante branco" na profissão.

Assim, o grande desafio para as enfermeiras será integrar o diagnóstico de enfermagem nas esferas do ensino, da pesquisa e da assistência já que o seu uso, na prática da enfermagem, parece ser uma tendência mundial.

Oliveira, Vargas (2001) salientam que a taxonomia da NANDA vem sendo sistematicamente estudada e introduzida na maioria das escolas de enfermagem do Brasil.

Além disso, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN n° 272, de 27 de Agosto de 2002 ao dispor sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde Brasileiras, resolve que:

- Artigo 1º: ao enfermeiro incumbe privativamente a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. Para a implementação da assistência de enfermagem devem ser considerados os aspectos essenciais das seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem;
 - Artigo 2º: a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada;
-

- Artigo 3º: a SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por: Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem e Relatório de Enfermagem.

Neste cenário em que a enfermeira é responsabilizada legalmente pela SAE percebe-se que a lacuna referente ao ensino e à prática da operacionalização do processo de enfermagem, principalmente na etapa do diagnóstico de enfermagem, representa uma deficiência que precisa ser sanada. Esta responsabilidade deve ser compartilhada não só pelos profissionais, que devem buscar meios para o seu próprio desenvolvimento, mas também pelas instituições de saúde que, por sua vez, deverão colaborar na capacitação dos profissionais.

Quando se utiliza o termo diagnóstico no contexto da área da saúde a maioria dos profissionais o associa, erroneamente, às atividades desenvolvidas pelo médico.

Carpenito (2002) chama a atenção para o fato da palavra “diagnóstico” causar muitas respostas nas enfermeiras, que tradicionalmente vinculam esta palavra à medicina, até mesmo porque muitas foram ensinadas a evitar afirmações definitivas ao documentar suas ações e aconselhadas a utilizar frases como “parece ser” ou “aparenta ser”.

No entanto para a enfermagem o termo diagnóstico é uma idéia nova apenas enquanto conceito pois, enquanto atividade, vem sendo desenvolvido desde o advento da enfermagem moderna com Florence Nightingale. A partir de então o ato diagnóstico tem permeado o processo envolvido na assistência de enfermagem, seja ele sistematizado ou não, porque a discriminação entre o que necessita e o que não necessita de ações de enfermagem tem sido tradicionalmente a base para a realização dessas ações (Cruz, 1994).

Quando se faz referência ao diagnóstico na atuação da enfermeira e da enfermagem torna-se fundamental a consciência de que estamos nos reportando a um processo que envolve uma forma diferenciada de julgamento. Este julgamento pressupõe, por parte dos profissionais de enfermagem, determinadas competências e conhecimento teórico-prático acerca de sua atuação clínica.

De acordo com Jesus; Carvalho (1997) no processo de julgamento clínico a enfermeira precisa avaliar o significado das informações obtidas a respeito do cliente, estabelecer relações entre os dados, nomear o fenômeno e formular o diagnóstico a partir da inferência e de estratégias de pensamento, baseando-se em suas experiências, conhecimentos e valores. Neste sentido, Cruz (2001) afirma que a grande novidade do diagnóstico não está no julgamento clínico, mas sim no uso de uma linguagem padronizada para expressar os focos clínicos da profissão.

Segundo a NANDA o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas, atuais ou potenciais, que os indivíduos, famílias ou comunidades apresentam a problemas de saúde / processos de vida (NANDA, 1990).

Mills (1991) ressalta que o diagnóstico de enfermagem é o resultado do pensamento crítico, ou seja, compreende decisões acerca das situações de enfermagem, em diversas áreas, que se referem ao estado do indivíduo, família ou comunidade visando resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

A decisão de realizar determinado cuidado é pautada na discriminação da situação que se queira modificar com este cuidado, mesmo que não haja um sistema de padronização da linguagem. Por isso Cruz (2001) considera correto afirmar que não existe o cuidar sem o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e, portanto, o diagnóstico de enfermagem existe desde que alguém cuidou de alguém pela primeira vez.

O julgamento diagnóstico envolve a coleta de informações, classificação destas informações e tomada de decisão para realizar as ações. Propicia inferências de complexidade variável sendo um processo marcado pela incerteza. O grande desafio para as enfermeiras é aprender a lidar com a incerteza do processo diagnóstico sem prepotência e sem paralisia.

O enunciado completo de um diagnóstico proposto pela NANDA (2000) contém o título (nome, rótulo, designação), um conjunto de características definidoras (dados observáveis que são associados e interpretados para se chegar a um dado diagnóstico de enfermagem, ou seja, conjunto de sinais e sintomas) e

um ou mais fatores relacionados que se referem àquilo que está causando o diagnóstico de enfermagem, ou seja, os fatores etiológicos.

Existem três tipos de diagnósticos de enfermagem: o de bem-estar, o atual e o de risco. O diagnóstico de bem-estar descreve as respostas humanas no nível de bem-estar de um indivíduo, família ou uma comunidade, que apresentam um potencial para aumento, alcançando um estado mais alto. O diagnóstico atual descreve respostas humanas a condições de saúde e/ou processos vitais apresentadas por um indivíduo, família ou comunidade, sustentado por características definidoras que se agrupam em padrões de sugestões ou inferências relacionadas. O diagnóstico de risco descreve respostas humanas a condições de saúde e/ou processos vitais apresentados por um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis, sustentado por fatores de risco que contribuem para uma vulnerabilidade aumentada (NANDA, 2000). Pode-se perceber que os diagnósticos de enfermagem estão relacionados tanto a problemas de saúde/processos de vida presentes (atuais) quanto àqueles que por ventura possam a vir acontecer (risco para).

Após a elaboração dos diagnósticos a enfermeira deverá priorizá-los fundamentando-se na experiência profissional, no conhecimento clínico e nas demandas explicitadas pelo indivíduo, pela família ou comunidade. Os diagnósticos formulados só têm significação no contexto do processo de enfermagem, se forem um elo entre o levantamento de dados e a determinação das intervenções necessárias para o alcance dos resultados esperados.

Para todo diagnóstico feito, pela enfermeira, a equipe de enfermagem deverá ter uma ação correspondente, porém, nem toda ação de enfermagem estará relacionada ao diagnóstico de enfermagem. Como exemplo temos que um Serviço de Enfermagem pode utilizar padrões assistenciais pré-estabelecidos para nortear cuidados considerados como rotineiros.

Cabe ressaltar que o diagnóstico de enfermagem é apenas uma ferramenta e, como tal, depende do conhecimento e da habilidade que a enfermeira possui para sua concretização. Suriano, Barros (1999) afirmam que para formular adequadamente um diagnóstico de enfermagem a enfermeira

necessita ter conhecimento científico, habilidades técnicas, julgamento clínico a respeito do estado de saúde do indivíduo e da comunidade e deve fornecer conhecimento e subsídios para que o paciente possa evoluir para o autocuidado sendo imprescindível a comunicação, a orientação e o ensino deste cuidar, visando uma assistência holística.

Como um primeiro momento foi realizado, em Dezembro de 2001, um seminário enfocando a informatização da documentação clínica de enfermagem, com a participação de cerca de 60% das enfermeiras em exercício no HU-USP. A proposta desse seminário foi a de sensibilizar as enfermeiras para a necessidade de planejar processos que sustentassem as mudanças para a informatização da documentação do SAE. Ao término do evento o grupo de enfermeiras comprometeu-se a delinear um plano para a implementação do diagnóstico de enfermagem.

Em Março de 2002, como segundo momento, foi realizado um curso teórico-prático de 16 horas, ministrado por uma docente da Escola de Enfermagem (EE) da USP com grande experiência no processo de diagnóstico em enfermagem. Contou com a participação da Diretora do DE, das Diretoras de divisão, Diretora do SEd, das Chefes de seção, das enfermeiras representantes de unidades de enfermagem onde não havia designação de cargo de chefia (Hemodiálise, Endoscopia) e de duas docentes da EEUSP. A proposta deste curso foi a de capacitar as participantes para se tornarem agentes multiplicadores do conteúdo teórico-prático sobre diagnóstico de enfermagem junto a todos as enfermeiras do DE.

Após a realização do curso foi criado o Grupo Facilitador para a Implementação do Diagnóstico de Enfermagem (GFIDE), que passou a se reunir, sistematicamente, para discussão e criação de um plano de ação. Foi então concebido um curso para abordar e discutir o diagnóstico em enfermagem, visando a sensibilização das enfermeiras para a sua implementação; enfatizando a importância do diagnóstico para o desenvolvimento do raciocínio clínico da enfermeira e para a qualidade da assistência de enfermagem; enfocando o diagnóstico como segunda etapa do SAE e estudando a estrutura dos diagnósticos proposta pela NANDA (2000).

O I Curso de Diagnóstico de Enfermagem para enfermeiras do HU-USP foi realizado em Junho de 2002, durante três dias, com duração total de seis horas. Foram abordados tópicos sobre a introdução do diagnóstico de enfermagem no HU, a importância do diagnóstico como etapa do SAE, a história

do diagnóstico em enfermagem, a padronização da linguagem, a estrutura do diagnóstico proposta pela NANDA, as etapas do raciocínio clínico, o estudo de caso para a elaboração de diagnóstico de enfermagem e considerações sobre os benefícios e tendências do diagnóstico na profissão de enfermagem. Além disso, foi apresentado o esboço de um cronograma para a implementação do diagnóstico no SAE para que as participantes pudessem opinar e propor sugestões.

Das 161 (100%) enfermeiras assistenciais que faziam parte do quadro de pessoal do DE 142 (88%) participaram desse curso. Ao final do mesmo foi solicitado, as participantes, que preenchessem um impresso de avaliação considerando se o curso havia correspondido às suas expectativas; se havia contribuído para o seu crescimento profissional e se o local, o horário, o conteúdo, a organização e os recursos audiovisuais utilizados haviam sido pertinentes e adequados. Das participantes que devolveram o impresso de avaliação 113 referiram que o curso propiciou crescimento profissional e 84 responderam que correspondeu às suas expectativas. A maioria das respondentes classificou, como bom, o local, o horário, o conteúdo, a organização e os recursos audiovisuais.

É importante ressaltar que durante a realização desse curso pode-se constatar que emergiram sentimentos conflitantes entre as participantes. Algumas demonstraram interesse na nova proposta de trabalho e a grande maioria não tinha conhecimento prévio sobre o conteúdo abordado referindo sentir-se preocupada com as mudanças que seriam necessárias para a implementação do diagnóstico como etapa do SAE. Outras, ainda, posicionaram-se com resistência à nova proposta afirmando que esta traria sobrecarga de trabalho.

Cientes destas manifestações os membros do GFIDE elaboraram um cronograma para a implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE do HU-USP. A época considerada adequada para que a maioria das unidades estivesse documentando os diagnósticos de enfermagem nos prontuários foi Janeiro de 2003. Para atingir essa meta estabeleceu-se um plano de trabalho para o 2º semestre de 2002.

Assim, a partir de Julho tiveram início reuniões semanais nos diferentes plantões, coordenadas pela enfermeira chefe de cada unidade, quando as

enfermeiras passaram a realizar e a apresentar estudos de caso levantando os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes na suas unidades. Nestas reuniões a enfermeira chefe identificava as expectativas do grupo e registrava as propostas sugeridas para a implementação do diagnóstico de enfermagem. A meta estabelecida foi a de que cada enfermeira realizasse e apresentasse, pelo menos, um estudo de caso completo por mês, em sua respectiva unidade, até a concretização da implementação do diagnóstico de enfermagem. Para viabilizar a realização dos estudos de caso as enfermeiras deveriam se fundamentar no conhecimento orientador de sua prática assistencial, bem como nos protocolos já existentes na instituição. Foi elaborado um roteiro onde a enfermeira deveria registrar breve histórico do paciente, com dados do exame físico e entrevista; listar as características definidoras ou fatores de risco observados; formular possíveis diagnósticos de enfermagem; escolher os diagnósticos de enfermagem definitivos¹ e propor intervenções de enfermagem a eles correspondentes. Havia ainda um campo para o registro de sugestões e observações acerca do processo diagnóstico. Após a apresentação e discussão dos estudos de caso, a enfermeira chefe encaminhava os roteiros ao SEd para a criação de um banco de dados, com os diagnósticos mais freqüentes, encontrados na sua unidade.

Ainda em Julho de 2002 foi realizado o II Curso de Diagnóstico de Enfermagem para enfermeiras do HU-USP, para 15 (9%) enfermeiras que estavam em férias ou em licença, com conteúdo similar ao do primeiro curso, porém, sintetizado para ser ministrado num único dia, com duração de quatro horas abrangendo, assim, o total de 157 (97%) enfermeiras do quadro de pessoal do DE. A partir deste curso o SEd acrescentou conteúdo referente ao diagnóstico de enfermagem no programa de treinamento admissional a fim de iniciar a capacitação das enfermeiras que fossem admitidos.

Em Agosto de 2002 foram realizadas reuniões científicas sobre o Diagnóstico de Enfermagem com os profissionais de nível médio do quadro de pessoal do DE, com a duração média de duas horas, em três horários distintos

¹ Entende-se por diagnósticos de enfermagem definitivos aqueles que as enfermeiras, após análise e discussão dos diagnósticos possíveis, consideram como mais adequados para expressar as respostas apresentadas pelos pacientes a problemas de saúde / processos de vida.

para profissionais dos diferentes turnos de trabalho. Estas reuniões tiveram como objetivo apresentar, aos técnicos e auxiliares de enfermagem, a proposta de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE e enfatizar a importância da participação ativa, de cada um, no processo de levantamento de dados e no planejamento da assistência. Chamou atenção a aparente tranquilidade e receptividade destes profissionais em relação ao diagnóstico de enfermagem e a sua insatisfação por não participar, efetivamente, do planejamento da assistência, sendo relegados a meros executores da prescrição realizada pelo enfermeiro.

Este fato mostrou um outro desafio que era o de conscientizar a enfermeira da importância de envolver a equipe e com ela discutir o plano de cuidados a fim de torná-la partícipe e ativa na assistência.

Em Setembro de 2002 foi realizada uma oficina de trabalho onde cada divisão do DE apresentou um caso com os respectivos diagnósticos de enfermagem elaborados. Participaram deste evento especialistas convidados que discutiram e trocaram experiências sobre o processo diagnóstico adotado em cada caso. Pôde-se observar que as enfermeiras que participaram deste evento demonstravam estar comprometidas com a implementação do diagnóstico no SAE apesar das dificuldades e dúvidas evidenciadas.

Concomitantemente ao desenvolvimento do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem e sua melhor inserção no SAE, havia uma proposta da Diretora do DE para a adoção de um novo sistema de trabalho, denominado Primary Nursing. O Primary Nursing, nas palavras de Manthey (1980), é um sistema para a aplicação de serviços de enfermagem constituído por quatro elementos estruturais: alocação e aceitação de responsabilidade individual pela tomada de decisões por uma pessoa; designação de cuidados diários pelo método de casos; comunicação direta pessoa/pessoa e uma pessoa operacionalmente responsável pela qualidade de cuidados administrados a pacientes numa unidade vinte-e-quatro-horas-por-dia, sete dias por semana. Em síntese, este sistema prevê a existência de uma equipe de enfermagem responsável pelas intervenções de enfermagem bem como pela avaliação dos resultados da assistência prestada a determinados pacientes

durante toda a internação. Foi então realizado outro Workshop, em Outubro, aberto a todos os membros da equipe de enfermagem, relacionando o Primary Nursing com o diagnóstico de enfermagem buscando-se ressaltar a pertinência deste sistema no contexto do diagnóstico de enfermagem.

Todos estes eventos e a aproximação da implementação do diagnóstico de enfermagem evidenciaram a necessidade, premente, de serem revisadas as normas do SAE a fim de que realmente ocorresse a aproximação da teoria à prática cotidiana das enfermeiras. Nesse sentido foi realizada uma oficina de trabalho com os membros do GFIDE quando, partindo de estudos de casos vividos, tiveram início as discussões sobre mudanças necessárias nas diferentes etapas do processo de enfermagem. Para tanto os participantes foram divididos em grupos que ficaram responsáveis pela discussão e análise de uma etapa específica do SAE, propondo as mudanças que considerassem importantes e apresentando-as ao GFIDE. Desde o início desta oficina os membros do GFIDE tiveram a clareza da necessidade de participação das enfermeiras assistenciais nas discussões para revisão do SAE, principalmente, porque estas queixavam-se, freqüentemente, do tempo que era gasto para a sua operacionalização. No entanto, pelas dificuldades que acompanham todo processo participativo, considerou-se mais adequado que, a princípio, fossem elaboradas algumas propostas para posterior apresentação às enfermeiras assistenciais. Dessa forma as enfermeiras assistenciais poderiam posicionar-se a respeito destas propostas e sugerir outras participando, ativamente, das mudanças mais pertinentes. Decidiu-se, então, que seriam realizadas visitas a outras instituições que já tivessem o diagnóstico de enfermagem implementado com a finalidade de conhecer sua operacionalização e compartilhar das experiências de outros enfermeiros neste processo. Após visita a duas instituições os membros do GFIDE começaram a estruturar um instrumento provisório para o registro dos diagnósticos de enfermagem no SAE e continuaram, paralelamente, a revisar as normas do SAE com o propósito de agilizar estas atividades e apresentá-las às enfermeiras assistenciais para que juntos buscassem consenso.

Com vistas à facilitação da criação de um instrumento que se adequasse à filosofia do DE e à realidade das enfermeiras do HU-USP optou-se pela realização de um estudo para o levantamento de todos os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes nas diversas unidades. No período de um mês, 13/01 a 13/02/2003, as enfermeiras realizaram o levantamento dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes sob seus cuidados. Para tanto utilizaram a mesma metodologia empregada nos estudos de caso. Ao final do período estabelecido a chefe de sessão encaminhou todos os diagnósticos registrados pelas enfermeiras de sua unidade ao SEd para a criação de um banco de dados, uma vez que não foi viável a criação, deste, por meio dos poucos diagnósticos de enfermagem gerados pelos estudos de casos, realizados durante o período de Julho a Dezembro de 2002.

Tendo início a construção do banco de dados percebeu-se que esta etapa demandaria um tempo maior do que o previsto devido à complexidade da conversão dos dados obtidos para a linguagem informatizada. Vale registrar que para a criação desse banco de dados havia necessidade de alguém que possuísse ampla experiência em informática e conhecimento do processo diagnóstico em enfermagem, sendo indicada uma enfermeira do SEd que, em virtude de outras atribuições, não pode ser designada somente para esta atividade.

Em Abril de 2003, após uma reunião do GFIDE, decidiu-se que as enfermeiras deveriam prosseguir com o levantamento dos diagnósticos de enfermagem apresentados por dois pacientes sob seus cuidados, por semana, com a finalidade de estimular a manutenção e desenvolvimento da atividade diagnóstica até que se viabilizasse a implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE. Ao final de cada mês as chefes de seção encaminhavam os diagnósticos elaborados pelas enfermeiras de sua unidade para o SEd, para que fossem agregados ao banco de dados, em construção. Concomitantemente a essas atividades, foi propiciado a algumas enfermeiras, representantes de diferentes unidades do DE, a participação em eventos relacionados ao diagnóstico de enfermagem.

As discussões sobre as mudanças necessárias no SAE prosseguiram, principalmente, em relação à evolução e anotação de enfermagem. Avaliando-se vários prontuários percebia-se que, em algumas unidades, as evoluções de enfermagem eram muito extensas demandando um tempo maior da enfermeira para sua realização. Na maioria das unidades, as evoluções de enfermagem repetiam informações contidas nos demais impressos tais como gráficos, resultados de exames, anotação de enfermagem e evolução médica. Havia ainda unidades onde as anotações de enfermagem eram muito semelhantes à evolução de enfermagem. Após a conclusão da revisão das normas para o registro da evolução e anotação de enfermagem foi decidido que as mesmas deveriam ser apresentadas aos membros da equipe de enfermagem.

Em Maio de 2003 a Diretora do DE realizou reuniões com os membros da equipe de enfermagem quando foram compartilhadas as propostas de mudanças nas normas do SAE. Durante as reuniões várias pessoas manifestaram sua aprovação a estas propostas referindo que estas direcionariam, melhor, os registros de enfermagem. Após as reuniões decidiu-se que as normas revisadas do SAE vigorariam a partir de Junho de 2003. Paralelamente, a este movimento, alguns membros do GFIDE prosseguiram com a discussão da criação de um instrumento para o registro dos diagnósticos de enfermagem. Com a intenção de listar, nesse instrumento, os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em cada unidade, com as respectivas intervenções de enfermagem, deixando-se um espaço para o acréscimo de outros diagnósticos e intervenções que a enfermeira julgasse necessário. Percebeu-se que este instrumento deveria contemplar as particularidades de cada unidade, sendo importante a realização de um teste piloto, em uma unidade onde os diagnósticos de enfermagem, elaborados pelas enfermeiras, já estivessem inseridos no banco de dados. Nessa época os diagnósticos de enfermagem das unidades de Clínica Médica, Pronto Socorro Infantil, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Berçário já estavam contidos no banco de dados. Ao analisar-se a características destas unidades optou-se pela realização do projeto piloto na unidade de Clínica Médica que, por ser uma

unidade de internação de pacientes adultos, poderia ter os resultados replicados em outras unidades afins.

Por ser o Diretor do SEd e Coordenador do GFIDE assumi, juntamente com a Diretora do DE e a Diretora da Divisão de Enfermagem Clínica (DECLI), a responsabilidade de desenvolver as estratégias para a realização do teste piloto. Inicialmente, conforme sugestão de uma docente da EEUSP, todos os diagnósticos de enfermagem, elaborados pelas enfermeiras da Clínica Médica, foram distribuídos nos domínios preconizados pela taxonomia II da NANDA (NANDA, 2001) para a averiguação das peculiaridades apontadas. A partir deste ponto realizou-se o esboço de um instrumento listando os diagnósticos mais citados e correlacionando-os com as possíveis intervenções de enfermagem. Pelo número expressivo de diagnósticos mais citados, que juntamente com as intervenções de enfermagem ocupariam mais de uma folha de papel, constatou-se que para a construção de um instrumento viável dever-se-ia, a princípio, registrar um número limitado de diagnósticos de enfermagem. Ao analisar-se o instrumento utilizado para o registro dos diagnósticos de enfermagem em uma instituição anteriormente visitada, observou-se que estavam impressos somente 12 diagnósticos de enfermagem e havia um espaço destinado para a complementação tanto dos diagnósticos quanto das intervenções de enfermagem.

Decidiu-se, então, pela realização de uma oficina de trabalho com as enfermeiras da unidade de Clínica Médica para que elas construíssem um instrumento para o registro dos diagnósticos de enfermagem. Para tanto foi enviada para todas as enfermeiras da referida unidade uma listagem com o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, elaborados, nessa unidade, no período de Janeiro a fevereiro de 2003, juntamente com uma carta solicitando que cada uma delas escolhesse, individualmente, os 12 diagnósticos que considerasse mais significativos, ou seja, que representassem a clientela por ela atendida. Foram orientadas que poderiam acrescentar outros diagnósticos que julgassem necessários, desde que não ultrapassassem o número de diagnósticos solicitados. Na carta que acompanhava o levantamento havia um convite para que participassem de uma reunião, na própria unidade de Clínica Médica, poucos dias

após a entrega do material, quando seriam apresentados e discutidos os resultados obtidos.

Pela análise dos diagnósticos de enfermagem escolhidos, por todas as enfermeiras, pôde-se observar que foram acrescentados, apenas, dois novos diagnósticos, havendo muitas concordâncias e algumas discordâncias com o levantamento anteriormente realizado quando comparado às escolhas individuais. Foi estabelecido que a coordenação da reunião caberia a Diretora da DECLI, devido sua proximidade com o grupo de enfermeiras da unidade de Clínica Médica, e ao Coordenador do GFIDE, considerando que a participação da Diretora do DE nesta reunião poderia, de alguma forma, interferir na espontaneidade do grupo. Enfatizou-se que os coordenadores deveriam favorecer a reflexão dos temas evidenciados, respeitando e acolhendo as escolhas do grupo. Considerou-se ainda que seria importante a participação da Chefe de seção da unidade de Clínica Médica que, devido a sua experiência e constante atuação na prática assistencial, colaboraria para o aprofundamento das discussões.

Realizou-se a reunião, em Maio de 2003, com a participação de sete das dez enfermeiras integrantes do quadro da Clínica Médica, sendo apresentando o resultado da análise anteriormente descrita. Em seguida foi compartilhada, com as mesmas, a intenção de envolvê-las na criação de um instrumento que considerassem adequado às demandas dos pacientes por elas atendidos e feito o convite para que participassem do projeto proposto. Foi explicado que para a realização dessa atividade seria preciso marcar alguns encontros e enfatizou-se a importância da participação espontânea. Chamou a atenção o entusiasmo demonstrado por algumas enfermeiras que aceitaram, prontamente, o desafio da construção do instrumento.

Para o início das atividades decidiu-se, em conjunto, que deveriam ser escolhidos os 12 diagnósticos de enfermagem que seriam contemplados no instrumento. Algumas das participantes referiram que sentiam dificuldade em escolher apenas 12 diagnósticos e ficou claro que, caso considerassem relevante, poderiam escolher outros, mesmo que ultrapassassem os 12 estipulados. Os diagnósticos elaborados no levantamento realizado no período de Janeiro a

Fevereiro de 2003 foram por elas discutidos profundamente e, frente às divergências, foi consultado o referencial teórico da NANDA (2001) para esclarecer dúvidas em relação aos diagnósticos semelhantes e fundamentar a argumentação para a escolha daqueles mais significativos para o grupo.

Cabe aqui ressaltar o desempenho do grupo que demonstrava interesse e dedicação no estudo para a escolha dos diagnósticos mais precisos. Ao final da seleção dos diagnósticos foi consenso que poderiam ser mantidos apenas os 12 diagnósticos sugeridos, uma vez que, poderia ser deixado um espaço, no instrumento, para a complementação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, menos frequentes no contexto da Clínica Médica, para cada paciente. Em seguida, resolveu-se discutir as datas para os próximos encontros e devido à dificuldade de participação de todas, nesses encontros, decidiram que aquelas que pudessem participar ficariam responsáveis de repassar, o conteúdo tratado, para as colegas que não comparecessem com a finalidade de propiciar a contribuição dessas, mesmo que de forma indireta.

Foram agendados quatro encontros, em datas e horários escolhidos pela maioria das participantes, e combinado que, no encontro seguinte, deveriam elaborar, individualmente, as intervenções de enfermagem, compatíveis com a prática e a realidade profissional vivida, correspondentes aos diagnósticos de enfermagem selecionados. Finalizou-se a reunião agradecendo a participação e o empenho do grupo que manteve o entusiasmo inicial verbalizando sua empolgação em participar de um projeto piloto que poderia ser um marco para a implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE do HU.

O segundo encontro teve início, com a participação de cinco enfermeiras, com a retomada dos 12 diagnósticos de enfermagem selecionados e perguntando qual seria a dinâmica proposta para a discussão das intervenções de enfermagem elaboradas. Foi decidido que a discussão seria iniciada pela ordem de seleção dos diagnósticos e suas respectivas intervenções. Todas enfermeiras presentes tinham elaborado as intervenções para cada diagnóstico, conforme anteriormente combinado, e uma enfermeira que não pode comparecer ao encontro deixou suas sugestões de intervenção com uma colega que se

responsabilizou de apresentá-las. Procedeu-se à leitura do primeiro diagnóstico de enfermagem selecionado e uma das enfermeiras realizou a leitura das intervenções que propôs para o mesmo. As intervenções foram anotadas num quadro e, a seguir, as demais complementaram com as intervenções que não tinham sido citadas. Após serem registradas todas as intervenções possíveis o grupo discutiu e decidiu quais seriam as intervenções que deveriam ser escolhidas para a inclusão no instrumento. Após o consenso passava-se para o diagnóstico seguinte e as respectivas intervenções, utilizando-se a mesma estratégia de trabalho. Em alguns momentos surgiram dúvidas em relação às intervenções mais adequadas e o grupo foi convidado a pensar em quais seriam os resultados esperados na escolha de uma ou outra intervenção e, dessa forma, decidir-se com maior fundamentação. Optou-se pelo registro das dúvidas que não pudessem ser solucionadas para que as participantes as estudassem e decidissem, posteriormente, pela sua inclusão ou exclusão.

Por se tratar de uma estratégia participativa, envolvendo ampla discussão, conseguiu-se abordar apenas seis diagnósticos de enfermagem, ficando as dúvidas, não solucionadas, e os seis diagnósticos restantes para serem trabalhados no próximo encontro. Apesar de combinado com o grupo, a duração de cada encontro em, no máximo, 1 hora e 30 minutos ultrapassou-se este tempo devido ao interesse das participantes em prosseguir com as atividades. Ao final da reunião o grupo foi questionado em relação às estratégias utilizadas e as participantes manifestaram-se favoravelmente as mesmas.

O terceiro encontro foi realizado com a participação de sete enfermeiras sendo perguntado ao grupo como gostariam de conduzir as atividades, ou seja, se seriam discutidas as dúvidas pendentes da segunda reunião ou se teria prosseguimento com a apresentação e apreciação das intervenções referentes aos demais diagnósticos de enfermagem, tendo sido aceita a segunda opção. Utilizando estratégia semelhante à do encontro anterior, foram registradas todas as intervenções elaboradas pelas participantes e, a seguir, procedeu-se à discussão para a seleção daquelas que constariam no instrumento, juntamente com os diagnósticos de enfermagem. Durante a discussão das intervenções as

enfermeiras começaram a refletir, também, sobre a realidade assistencial vivenciada na Clínica Médica. A partir da seleção das propostas de intervenção foram percebendo a necessidade de rever com os membros da equipe de enfermagem alguns procedimentos e condutas a fim de aprimorarem a qualidade dos cuidados. Além dessa reflexão, as enfermeiras demonstravam o interesse em aprofundar as discussões para a escolha de determinada intervenção, ouvindo as argumentações das colegas e contra-argumentando, referendando concordâncias e colocando discordâncias. Como o grupo intensificou a discussão referente às intervenções que sinalizavam a necessidade de mudanças, na prática assistencial, foi possível, apenas, a conclusão de mais dois diagnósticos de enfermagem. A demora para a escolha das intervenções mostrou-se como um fator positivo, para o grupo, que reconheceu a importância e a necessidade de abordar temas que realmente estavam relacionados ao processo de trabalho da enfermeira e à enfermagem.

Para o quarto encontro foi convidada uma docente da EEUSP, com grande experiência no tema "processo de enfermagem", na tentativa de nos auxiliar no esclarecimento das dúvidas que ficaram pendentes. Este encontro teve início, com a participação de sete enfermeiras, quando foi perguntado a opinião de cada uma a respeito da participação da docente convidada tendo as mesmas se posicionado, favoravelmente, considerando que a presença da docente seria importante para as atividades previstas. Para otimizar a participação da docente convidada realizou-se a síntese de como as atividades estavam sendo desenvolvidas pelo grupo que, logo após, decidiu-se por prosseguir a discussão pelas intervenções que ficaram pendentes. Procedeu-se à leitura dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem pendentes e as participantes, que se comprometeram a estudá-las, posicionaram-se opinando a respeito da inclusão ou não das mesmas. A partir de um questionamento realizado pela docente o grupo passou a refletir sobre a clareza de algumas intervenções que, geralmente, eram prescritas e sobre o entendimento que os funcionários tinham a respeito. Um exemplo discutido foi o nível de consciência. Foi consenso que os funcionários compreendiam as intervenções prescritas, mas, seria necessária a mudança na

forma de prescrever alguns itens para a obtenção de melhores resultados. Como exemplo, uma das intervenções propostas pelo grupo para o diagnóstico de enfermagem denominado "Débito Cardíaco Diminuído" foi a de observar o nível de consciência. Porém, após discussão das características definidoras e fatores relacionados referentes a este diagnóstico, percebeu-se que a prescrição mais adequada seria observar alterações do estado mental, uma vez que este demandaria a observação de alterações sutis que não compreenderiam alterações do nível de consciência.

Foi sugerido também, pela docente, que as enfermeiras realizassem estudos para a comprovação de evidências da eficácia de algumas intervenções considerando que havia discordâncias em relação a algumas delas, pois apesar do conhecimento orientador da sua prática assistencial, faltava fundamentação científica. Esse fato ficou evidente quando ao se discutir o diagnóstico denominado "Risco para integridade da pele prejudicada" surgiu a discordância em relação ao produto que deveria ser aplicado na região perineal de pacientes com risco de desenvolverem dermatite de contato. Algumas enfermeiras defenderam a prescrição da aplicação de ácido mucopolissacárido-polissulfúrico + óleo de amêndoas e uma delas preferia a utilização de ácido graxo essencial. Porém nenhuma delas tinha argumentação baseada em evidências para o uso de um ou outro produto. O grupo interessou-se em desenvolver esse estudo e algumas enfermeiras propuseram-se a realizar a pesquisa pela Internet, buscando estudos realizados que abordavam a temática.

Outra reflexão importante surgiu quando foram discutidas as intervenções não farmacológicas sugeridas para o diagnóstico de enfermagem denominado "Dor aguda". Todas as presentes sabiam da importância da utilização de recursos não farmacológicos, como, massagens, relaxamentos, aplicação de calor ou frio local, porém a maioria referiu sentir-se despreparada para a execução de algumas dessas intervenções. Afirmaram que se sentiriam desconfortáveis em propor intervenções se não soubessem conduzi-las, no dia-a-dia, receando ser alvo de descrédito dos demais profissionais da equipe de enfermagem. Decidiu-se que a docente consultaria outra docente da EEUSP, com ampla experiência no

manejo da dor, para conhecer quais seriam as intervenções de enfermagem adequadas a este diagnóstico, e posteriormente, discutir-se como capacitar a equipe de enfermagem da unidade de Clínica Médica para realizá-las. A seguir foram estabelecidas as intervenções para outros diagnósticos pendentes, restando apenas a discussão de dois diagnósticos para o encontro seguinte. Ficou combinado com as participantes que, para o próximo encontro, precisariam estipular, individualmente, a frequência e os horários para as intervenções já elaboradas e sugerir uma estrutura para a construção do instrumento destinado ao registro dos diagnósticos e respectivas intervenções de enfermagem. Decidiu-se que, se necessário, seriam agendados mais alguns encontros, pois o próximo seria o último e não seria suficiente para a conclusão das atividades. Ao final da reunião foi verbalizada a importância das discussões desencadeadas nesse encontro e sua repercussão para a fundamentação dos processos de trabalho e a visibilidade dos profissionais de enfermagem. Foi então proposta a continuidade da participação da docente e o grupo concordou, sendo ainda manifestado, por algumas enfermeiras, a satisfação com os encontros realizados pela oportunidade de criação de um espaço para discussão de temas que as preocupavam, mas que nem sempre conseguiam discutir.

O quinto encontro teve início com a participação de quatro enfermeiras sendo justificada a ausência de três enfermeiras, além da docente convidada, que não puderam comparecer. Conforme sugestão das participantes foram apresentadas e discutidas as intervenções para os dois diagnósticos de enfermagem restantes, seguindo a mesma estratégia dos demais encontros. Após a seleção das intervenções foram retomadas as que ficaram pendentes em relação ao diagnóstico de enfermagem denominado "Dor aguda". A seguir começou-se a discutir a estruturação do instrumento, constando os diagnósticos e as respectivas intervenções de enfermagem, utilizando-se, como parâmetro, o instrumento de uma das instituições visitadas em Janeiro/ 2003. Optou-se por criar um impresso de uso diário, válido para 24 horas de internação, com três colunas: a primeira para listar os diagnósticos de enfermagem, a segunda para as intervenções de enfermagem, e por fim, a terceira para o estabelecimento da frequência da

realização das intervenções. Antecedendo cada diagnóstico de enfermagem haveria parênteses para o registro da sua evolução, realizada diariamente pela enfermeira, após avaliação dos pacientes sob seus cuidados, por meio de siglas, sendo: (P) presente, (Me) melhorado, (Pi) piorado, (I) inalterado e (R) resolvido. Cada intervenção seria precedida pelo(s) número(s) do(s) diagnóstico(s) correspondente(s). Todas as sugestões foram anotadas e agendou-se mais um encontro, conforme concordância do grupo, para apresentação do resultado obtido. Foi reforçada a importância da participação do maior número de enfermeiras possível para a conclusão do instrumento e para o estabelecimento de uma data provável para ter início o teste da sua utilização.

Cabe ressaltar que concomitantemente a estes encontros foi realizada uma reunião com os membros do GFIDE para divulgação dos resultados obtidos na oficina de trabalho da unidade de Clínica Médica. As Chefes das unidades de Pronto Socorro Infantil, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Berçário interessaram-se em desenvolver estratégias semelhantes com as enfermeiras de suas unidades uma vez que o seu banco de dados já estava concluído. Decidiu-se então que estas unidades iniciariam as oficinas de trabalho sob a coordenação da Chefe de seção e a colaboração do Coordenador do GFIDE e a Diretora da DECLI.

Após a confecção do instrumento da unidade de Clínica Médica foram encaminhadas cópias para que as enfermeiras pudessem analisá-lo antes do encontro agendado. Poucos dias depois foi realizado o sexto encontro com a participação de oito enfermeiras, sendo que algumas destas trouxeram, por escrito, sugestões para o refinamento e complementação do instrumento. Inicialmente foi apresentado o instrumento confeccionado por uma das enfermeiras, que não pode comparecer ao encontro, com a sugestão de algumas modificações que possibilitariam a utilização do instrumento além de 24 horas. A Diretora da DECLI comentou que havia apresentado o instrumento à Comissão de impressos do HU tendo sido sugerido algumas modificações para que o mesmo fosse utilizado além de 24 horas, indo ao encontro das sugestões apresentadas. Estas sugestões foram prontamente aceitas pelo grupo que considerou favorável a utilização do mesmo instrumento por mais alguns dias ocasionando além da

economia de impressos, a possibilidade de visualizar a evolução dos diagnósticos de enfermagem escolhidos para um dado paciente em um certo período de tempo.

A seguir procedeu-se à leitura dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem correspondentes realizando-se, quando necessário, ajustes e pequenas correções. Uma das enfermeiras evidenciou seu desconforto em relação a alguns cuidados prescritos para o diagnóstico denominado "Dor aguda", referindo considerá-los não condizentes com a realidade vivida na unidade. Fundamentou sua opinião dizendo que estes cuidados eram pertinentes e ideais, porém a equipe de enfermagem ainda não estava capacitada para executá-los. Outra enfermeira discordou dessa opinião argumentando que o instrumento facilitaria o registro dos dados de enfermagem de forma que a enfermeira teria mais tempo para buscar novos conhecimentos e compartilhá-los com a equipe.

O grupo passou a refletir sobre essas ponderações e considerou que seria importante manter as intervenções, anteriormente selecionadas, desde que fosse feita uma abordagem visando a sensibilização dos demais profissionais da equipe de enfermagem em relação à proposta do processo diagnóstico e, posteriormente, um programa de capacitação para os profissionais. Algumas enfermeiras salientaram que todas deveriam ampliar e atualizar, constantemente, seu conhecimento para poderem desenvolver-se e propiciar o desenvolvimento da equipe de enfermagem.

Em seguida discutiu-se a forma pela qual se iniciaria o teste piloto decidindo-se que haveria a necessidade de realização de reuniões com os técnicos e auxiliares de enfermagem para compartilhar, com eles, as expectativas referentes à nova proposta de trabalho e também para a apresentação do instrumento. Agendou-se outro encontro, para a semana seguinte, objetivando-se a conclusão da revisão do instrumento e o estabelecimento das datas para as reuniões de sensibilização dos demais membros da equipe de enfermagem. Foi notório o contentamento do grupo com os resultados obtidos nesse encontro que foi finalizado com a recomendação de que todos pensassem no nome que gostariam de atribuir ao novo instrumento.

Realizado o sétimo encontro, com a participação de quatro enfermeiras, sendo justificada a ausência de três enfermeiras que ficaram impossibilitadas de participar, devido às diversas ocorrências na unidade. Ficou combinado que se realizaria a apreciação do instrumento e, o conteúdo abordado, seria repassado para as demais. Após a concordância dessas, seriam agendadas as reuniões de sensibilização dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Percebia-se a empolgação das presentes ao manusear o instrumento e o interesse em iniciar rapidamente o teste. Após revisão global do instrumento foram feitas pequenas alterações e acrescentado, um quadro, para o controle dos dias de instalação de sondas e cateteres. Em seguida solicitou-se que apresentassem as sugestões para o nome do instrumento a fim de proceder-se à votação parcial. Três nomes sugeridos foram analisados e decidiu-se por "DIPE – Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem" que, devido à sua abrangência, poderia até ser adotado por outras unidades do DE.

O fato de se propor um instrumento que poderia ser reproduzido para as demais unidades, além da possibilidade da concordância com o nome sugerido, causou orgulho, nas presentes, que começaram a refletir acerca do trabalho desenvolvido nas últimas semanas. Algumas enfermeiras verbalizaram que consideravam muito importante o resultado obtido até o momento e que ficariam contentes caso as demais unidades aceitassem o nome proposto, uma vez que o grupo de enfermagem da unidade de Clínica Médica, já há algum tempo, mantinha-se estagnado, e sem destaque no cenário do DE. A seguir foram tecidos comentários sobre a necessidade de capacitação de toda equipe de enfermagem para a adequada execução de alguns itens prescritos no instrumento proposto.

Vale aqui ressaltar as considerações feitas em relação à prescrição "realização da mudança de decúbito", que devido a uma limitação do instrumento, não comportaria a discriminação dos horários. Uma das participantes propôs, então, que ao invés de especificar o horário no instrumento fosse discriminado apenas o período - manhã, tarde e noite – e que os funcionários fossem orientados a registrar, no instrumento para anotação de enfermagem, o horário e a mudança de decúbito. O grupo aceitou a sugestão e concordou que este registro

corresponderia, com mais fidedignidade, aos cuidados prestados, responsabilizando o profissional pela ação realizada. Decidiu-se finalizar o encontro sendo solicitado que o nome escolhido para o instrumento fosse discutido com as demais enfermeiras e comunicado, o resultado, à Diretora da DECLI ou ao Diretor do SEd. Além disso, deveriam também estabelecer um cronograma de reuniões com os técnicos e auxiliares de enfermagem para se concretizar a operacionalização do teste piloto.

Após reflexão percebeu-se que o nome anteriormente proposto para o instrumento não correspondia, totalmente, ao seu conteúdo. Então, foi sugerido um novo nome, Diagnóstico - Evolução - Prescrição de Enfermagem, aceito por unanimidade pelo grupo. Escolhido o nome do instrumento e concluída a sua revisão foram agendadas reuniões com os técnicos e auxiliares de enfermagem de todos os plantões para que fossem compartilhadas as mudanças no SAE e ressaltada a importância, de cada membro da equipe de enfermagem, para o sucesso desta nova proposta de trabalho.

Foram realizadas quatro reuniões, na própria unidade de Clínica Médica, com a presença da Diretora da DECLI, do Diretor do SEd, da Chefe de Seção e de algumas enfermeiras, onde foram compartilhadas, além das expectativas em relação à implementação do diagnóstico de enfermagem, a vivência e a experiência das enfermeiras na construção do instrumento, que em seguida, foi apresentado detalhadamente. Em diferentes momentos dessas reuniões foi reforçada a necessidade e a importância da participação de todos, juntamente com as enfermeiras, no planejamento da assistência e na seleção das intervenções mais adequadas para cada paciente. Ponderou-se também que, para a concretização da proposta apresentada, seria imprescindível a mudança de comportamento e a coesão de todos os membros da equipe de enfermagem, visando uma atuação complementar e sem cisões.

Durante as reuniões os presentes posicionaram-se favoravelmente e alguns referiram que consideravam esta mudança bem vinda uma vez que, de um modo geral, não vinham participando diretamente no planejamento da assistência, cabendo-lhes apenas a execução dos cuidados prescritos. Alguns comentaram

ainda sua concordância com os diagnósticos de enfermagem e as intervenções selecionadas, que retratavam, realmente, os pacientes que cuidavam no dia a dia. Realizadas as reuniões estabeleceu-se a data do início do teste do instrumento. Foi decidido também que a princípio seria utilizado o novo instrumento somente para os pacientes admitidos após uma data estabelecida. Decidiu-se, ainda, que a duração do teste só seria determinada depois que todos os pacientes, internados na Clínica Médica, estivessem com seu plano de cuidados elaborado de acordo com o novo instrumento.

Por ser o enfermeiro responsável pelo SEd fui nomeado Coordenador do GFIDE logo que este foi criado. A missão desse grupo, como já foi anteriormente descrito, era a viabilização e facilitação da implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE do HU-USP. Muitas reuniões foram realizadas para a escolha das estratégias a serem adotadas, a fim de se obter o sucesso dessa missão. Dúvidas e incertezas em relação à operacionalização deste processo foram compartilhadas em diversos momentos, porém, havia concordância a respeito da importância do diagnóstico de enfermagem para o aprimoramento do SAE e da assistência desenvolvida pela enfermeira e demais membros da equipe de enfermagem.

Há mais de duas décadas o SAE vem sendo desenvolvido pelas enfermeiras do DE do HU-USP como um importante instrumento norteador da assistência. Ao longo destes anos é inegável o sucesso e a eficácia deste modelo assistencial que tem a qualidade como elemento essencial. No entanto, as enfermeiras vêm apontando as dificuldades que encontram para o desenvolvimento desse modelo e a necessidade de mudanças que agilizem o processo de trabalho e otimizem, cada vez mais, a qualidade de suas ações cuidativas e educativas.

Assim, o processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE, ao mesmo tempo em que representa a possibilidade da mudança desejada, configura-se em um desafio para o manejo de uma realidade desconhecida, que ainda está sendo construída.

Como profissional atuante na área de educação continuada considero importante o conhecimento a respeito de como as pessoas agem, reagem e interagem em situações de mudança, para desenvolver e priorizar, juntamente com elas, estratégias de ação que propiciem, além do sucesso das metas organizacionais, a satisfação dos profissionais envolvidos.

A palavra mudança é constantemente utilizada pelas pessoas, em diferentes contextos e situações. Falar sobre a necessidade de mudança e até mesmo ter consciência da sua importância não parece ser tão difícil. No entanto, mudar, concretamente, não é algo fácil. Provavelmente porque para mudar há a

necessidade de se deixar de lado aquilo que é conhecido e buscar e vivenciar caminhos novos, porém, desconhecidos que, muitas vezes, transformam-se em fonte de incertezas.

De acordo com Chiavenato (1999) mudança é a transição de uma situação para outra, ou seja, a passagem de um estado para outro diferente, e dependendo de sua intensidade implica em transformação, perturbação, interrupção e, até mesmo, ruptura.

Silva (1991) ressalta que vivemos em uma sociedade em constante transformação onde as pessoas, os grupos e as organizações também estão sempre mudando.

Para Davis, Newstron (1992) as organizações são sistemas sociais, extremamente importantes para a sociedade, que combinam ciência e pessoas, tecnologia e humanismo. Enfatizam que o comportamento humano nas organizações é bastante imprevisível por ser decorrente de sistemas de valores e necessidades profundamente arraigadas.

Duck (2000) afirma que a mudança é algo intensamente pessoal e para que ocorra, de fato, em qualquer organização, cada indivíduo deve pensar, sentir e fazer algo diferente. Cada organização possui sua cultura própria e muitas vezes para que a mudança seja bem sucedida há a necessidade da modificação da cultura organizacional. Para Maximiano (2002) a cultura representa a moldura pela qual os fatos, os objetos e as pessoas são interpretados e avaliados num contexto determinado.

Lacombe, Heilborn (2003) enfatizam que, em qualquer tipo de atividade humana, as pessoas tendem a fazer aquilo que sabem e não o que seria preciso que elas fizessem, isto é, tendem mais a buscar a eficiência do que a eficácia por medo de mudar e correr riscos.

Silva (1991) considera que uma mudança implica desde alterações quase imperceptíveis até aquelas extremamente radicais no comportamento das pessoas, nas atividades desenvolvidas e nas estruturas organizacionais.

Para Chiavenato (1999) toda mudança em uma organização representa alguma modificação nas atitudes cotidianas, nas relações de trabalho, nas responsabilidades, nos hábitos e comportamentos das pessoas que a compõe.

Motta (1998) salienta que se a mudança fosse simples e fácil as pessoas a procurariam naturalmente. No entanto, ela representa um ônus para a pessoa que precisará rever a sua maneira de pensar, agir, comunicar-se e inter-relacionar-se além de criar significados para a própria vida. Este autor afirma que é necessário alterar atitudes, comportamentos e a forma de participação das pessoas para se mudar uma organização. Assim, torna-se imprescindível a participação de um agente de mudança que deve ser uma pessoa hábil em trabalhos de intervenção grupal e conhecedora da problemática do capital humano na organização moderna.

Kurt Lewin desenvolveu, em 1951, uma teoria sobre o processo de mudança que consiste basicamente em três fases (Chiavenato, 1996; Silva, 1991):

- Descongelamento: fase inicial onde a necessidade de mudança é tão óbvia que a pessoa, o grupo ou a organização pode rapidamente entendê-la e aceitá-la. As velhas idéias e práticas são derretidas, desaprendidas e abandonadas para serem substituídas por outras que deverão ser aprendidas. Nessa fase ocorre o rompimento de hábitos, costumes e tradições de um indivíduo ou grupo;

- Mudança: fase em que novas idéias e práticas são experimentadas, exercitadas e aprendidas de modo que as pessoas passam a pensar e a executar suas ações de uma nova maneira. Um agente de mudança pode conduzir as pessoas promovendo novos valores, atitudes e comportamentos por meio de mecanismos de identificação e internalização. As pessoas precisam identificar-se com os valores, atitudes e comportamentos preconizados pelo agente de mudança, percebendo sua eficácia em seu desempenho, para poder internalizá-los. Essa fase será bem sucedida se as pessoas tiverem sido preparadas adequadamente para a mudança, pois estarão aptas a aceitar novos padrões de comportamento;

- Recongelamento: é a fase final onde o comportamento recém adquirido passa a ser integrado como comportamento padronizado, que não se

extingue com o tempo. O que foi aprendido foi integrado à prática atual e passa a ser a nova maneira que a pessoa conhece e como faz o seu trabalho.

No processo descrito percebe-se que é vital a adequada intervenção do agente de mudança que atuará incutindo o sentimento de necessidade de mudança, implementando-a e estabilizando-a (Chiavenato, 1999).

Motta (1998) chama a atenção para a necessidade de se preparar as pessoas que irão conduzir a mudança para que compreendam os processos de diagnóstico, planejamento, intervenção e resistência à mudança. Reforça principalmente que o preparo individual dessas pessoas deve considerar três dimensões:

- Sistematização e problematização da sua própria experiência e conhecimento de forma a produzir algumas proposições sobre a mudança. Para testar sua própria habilidade crítica o condutor de mudanças pode questionar-se a respeito dos diferentes meios para alcançar o mesmo fim. Quanto maior for a sua capacidade crítica, maior será sua habilidade em lidar com a diversidade inerente à mudança;

- Ampliação da perspectiva da própria profissão ou especialidade por meio da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade (envolvimento de pessoas de diversas profissões na análise de um mesmo fenômeno), uma vez que, a pluralidade de perspectivas facilita a compreensão e o controle dos efeitos colaterais e imprevistos no processo de mudança.

- Aprimoramento, constante, da sua atenção a alguns valores humanos no trato da diversidade a fim de evitar conflitos e resistências desnecessários. Ressaltam-se os valores da tolerância, porque as pessoas são diferentes; da compreensão, porque os comportamentos administrativos tem causa; da cautela, porque pessoas e conhecimentos novos ameaçam o existente e do reconhecimento da capacidade dos funcionários, porque recursos de criatividade e inovação existem na própria organização.

Atualmente a resistência à mudança tem sido encarada como algo tão natural quanto a própria mudança. Grande parte das resistências à mudança são originadas nas percepções individuais sobre a novidade. Tais percepções estão

relacionadas à imaginação a respeito do futuro, a experiências passadas e ao ônus do próprio processo de mudança (Motta, 1998). Nesta perspectiva as origens mais comuns da resistência à mudança são:

- Receio do futuro: o desconhecimento acerca do futuro faz com que o ser humano desenvolva imagens diversas sobre o que há de vir. Temendo imagens que possam ameaçar o equilíbrio presente, mesmo que estas se constituam em fantasias ou fantasmas que não se justificam nas condições reais, optam pelo familiar, conhecido e experimentado;

- Recusa do ônus da transição: a mudança pode representar um futuro promissor, porém o alcance deste futuro de melhores resultados, de maior eficiência e de satisfação pessoal requer a passagem por caminhos difíceis, incertos e conflitivos nos quais reativam-se problemas, reacendem-se oposições, revelam-se iniquidade, além de evidenciarem desatualizações de habilidades e competências individuais;

- Acomodação ao status funcional: a acomodação ao conhecido provém tanto da dificuldade dos seres humanos em enfrentar assuntos não rotineiros quanto do tempo de permanência na empresa e de fatores inerentes à divisão do trabalho. À medida que permanecem numa mesma instituição as pessoas tendem a se apegar a certas conquistas como a estabilidade, regularidade de renda, poder, prestígio e menor pressão no trabalho. Acomodam-se aos seus direitos e conveniências e vêem a mudança como um risco de perdas ao invés de uma oportunidade de ganhos;

- Receio do passado: pessoas que foram afetadas, negativamente, por experiências anteriores adquirem bloqueios, resistências e rebeldias contra a idéia de mudar, pois receiam a repetição de eventos anteriores, mesmo quando as ameaças pareçam infundadas.

Existem duas formas das pessoas evidenciarem sua resistência à mudança: manifestando contrariedade ou por meio de ações reativas concretas, sendo as ações opositoras mais difíceis de lidar do que a simples manifestação de desacordo. Para se compreender os comportamentos de restrição à mudança torna-se necessário, além do exame das atitudes individuais frente à novidade, a

análise dos comportamentos, que poderão variar desde a indiferença e formas sutis de contrariedade até ações radicais de oposição (Motta, 1998).

Lacombe, Heilborn (2003) apontam três condições imprescindíveis para que uma mudança seja bem sucedida: a administração superior deverá fornecer forte apoio para a sua implantação, terá de abranger toda organização em cada um dos seus aspectos e todas as atividades que não estiverem sendo executadas da forma como deveriam sê-lo, dentro do novo enfoque desejado, precisarão passar por processos de aperfeiçoamento.

Segundo Silva (1991) para que a mudança desejada, realmente se concretize, há necessidade de acompanhamento cuidadoso e avaliação contínua de todo processo, mesmo depois da implementação da mudança, uma vez que a realidade é dinâmica e a solução de um problema pode ocasionar outros e a necessidade de outras mudanças.

Assim, na realidade em questão, à medida que eram adotadas as estratégias para a implementação do diagnóstico de enfermagem comecei a sentir uma inquietação crescente, pois se, por um lado, percebia que a maioria dos membros do GFIDE tinha conhecimento dos benefícios que o diagnóstico de enfermagem proporcionaria, por outro lado, não tinha a clareza de como os enfermeiros assistenciais percebiam esta proposta de mudança. Nas reuniões deste grupo algumas Chefes de Seção colocavam que as enfermeiras de sua unidade estavam envolvidas com a proposta do diagnóstico de enfermagem mas tinham muitas dúvidas em relação à sua viabilização. Outras diziam que se sentiam pouco preparadas para esclarecer as dúvidas do seu grupo sobre as questões que surgiam a cada etapa do processo.

Ciente do meu papel como enfermeiro do SEd e Coordenador do GFIDE percebi que existiam lacunas no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE que deveriam ser preenchidas. Na verdade não sabíamos como as enfermeiras assistenciais se posicionavam a respeito da atividade diagnóstica, como interpretavam esta nova realidade, enfim quais os significados que atribuíam a este processo que iria interferir, diretamente, no seu fazer cotidiano. Ao conscientizar-me dessa problemática, relacionada à minha atuação

profissional, percebi que poderia investigá-la, em profundidade, no meu projeto de doutorado, adequando-o às demandas do Programa de Pós Graduação, do HU e do DE.

Sabe-se que o equilíbrio entre o sentir, o pensar e o agir é que gera a motivação para o indivíduo realizar o seu trabalho. Assim o agir deve ser coerente com o sentir e o pensar caso contrário o indivíduo perde a condição de refletir sobre a atividade que está desenvolvendo, perdendo também a oportunidade de adequá-la e de aprimorar-se.

Considerando o desempenho profissional, um dos principais focos da atenção do profissional de educação continuada, percebo que temos a necessidade de conhecer, efetivamente, como as enfermeiras assistenciais sentem, pensam e vivenciam todo este processo a fim de realmente contribuir para sua capacitação. O grande desafio é como auxiliar a capacitação da enfermeira de forma a propiciar o aprimoramento do seu fazer. Acredito que o melhor caminho seja respeitando-a enquanto partícipe ativa do processo, ouvindo suas necessidades e, principalmente, buscando conhecer como interpreta os acontecimentos vividos.

Refletindo sobre a problemática anteriormente descrita decidi-me a realizar um estudo que permitisse resgatar o vivencial de enfermeiras assistenciais pertencentes a diferentes unidades do DE. No entanto o fato da unidade de Clínica Médica ter sido a primeira a realizar um teste piloto, para a implementação do diagnóstico de enfermagem, me fez pensar que talvez fosse melhor trabalhar, apenas, com as enfermeiras assistenciais desta unidade. Mencionei esta possibilidade à Banca Examinadora do meu Exame de Qualificação que a considerou relevante diante da necessidade de decidir-me por um recorte da realidade a fim de melhor descrevê-la e nela me aprofundar.

Ao coordenar a oficina de trabalho das enfermeiras da unidade de Clínica médica pude constatar o interesse e a aplicação das mesmas para a construção de um instrumento que viabilizasse a utilização do diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional. Percebi que, aparentemente, estas enfermeiras estavam motivadas e interessadas em participar ativamente das

atividades e concretizar as mudanças necessárias para a transformação do seu processo de trabalho. Durante as atividades desenvolvidas, nessa oficina, chamou-me a atenção à relação de respeito e cooperação entre a enfermeira chefe e as enfermeiras assistências. Foi evidenciada, pelas próprias enfermeiras, sua consideração pela enfermeira chefe que constantemente assumia a assistência para auxiliar o grupo, dispendo-se inclusive a realizar cobertura de plantões.

Participação, na perspectiva de Chiavenato (2002), é um processo compartilhado no qual ocorre o envolvimento emocional das pessoas, em situações de grupo, que as encorajam a contribuir para os objetivos do grupo e a assumirem a responsabilidade de alcançá-los. Para este autor o trabalho em equipe é o núcleo da administração participativa. Assim, as decisões devem ser do grupo, mediante consenso e o máximo envolvimento e comprometimento das pessoas. Afirma ainda que para o sucesso da participação alguns pré-requisitos devem ser assegurados, tais como: os benefícios potenciais de participar devem ser maiores do que os custos de participar; a participação deve explicitar os objetivos e interesses individuais; a participação deve considerar as habilidades de cada pessoa para lidar com a tarefa; a participação deve ter por base a capacidade mútua de comunicação; não deve permitir a existência de sentimento de medo em nenhuma das partes e deve haver ampla liberdade de trabalho.

Maximiano (2002) define a administração participativa como uma filosofia ou doutrina que valoriza a participação das pessoas no processo de tomada de decisão acerca de diversos aspectos da administração das organizações. Afirma que a participação implica no aproveitamento do potencial intelectual das pessoas, tanto para aumentar a qualidade das decisões e da administração, quanto para aumentar a satisfação e a motivação das pessoas.

Chiavenato (2002) enfatiza que a administração participativa propicia, às pessoas, possibilidades reais de participar na administração com liberdade de questionar, discutir, sugerir, modificar, alterar uma decisão, um projeto ou uma simples proposta. Isso porque, quando há um clima de confiança mútua entre as partes, as pessoas são envolvidas, estimuladas e se tornam desejosas de contribuir.

Maximiano (2002) agrupa as estratégias de administração participativa em três categorias:

A primeira categoria é representada pelo aprimoramento da informação e fundamenta-se no estabelecimento de um canal adequado de comunicação com os clientes e funcionários. Cabe aqui ressaltar a importância da escuta do funcionário a fim de compreender seus motivos de satisfação e insatisfação. A administração deve transmitir às pessoas as informações sobre fatos e decisões importantes, que dizem respeito aos objetivos da empresa, aos problemas que ela esteja enfrentando, às responsabilidades e atribuições que devem ser cumpridas, ao futuro e aos eventos que estão programados e irão afetá-las.

A segunda categoria consiste no envolvimento das pessoas no processo decisório, ou seja, as pessoas devem ser consultadas, individualmente ou em grupo, sobre a solução de problemas, no nível do âmbito do seu local de trabalho. Este envolvimento das pessoas no processo decisório pode ocorrer por meio de decisões participativas, equipes autogeridas - um grupo de pessoas com um objetivo, que pode decidir como fazer para alcançá-lo, e que trabalha dentro de uma área de autonomia definida de comum acordo com a administração - e participação na direção, isto é, participar institucionalmente da estrutura de poder da organização.

Participação nos resultados constitui a terceira categoria e fecha o círculo do mecanismo de recompensa, pois se as pessoas participam dos problemas e decisões também devem, de alguma forma, serem beneficiadas pelos resultados de seu esforço.

Assim, a administração participativa pode ser considerada como uma alavanca para o progresso de uma organização, tendo por base as pessoas que estão diretamente envolvidas na gestão da mesma. Esta forma de administração é uma evolução do processo democrático, mais precisamente da democracia de consenso, pois prevalece o resultado das negociações entre todas as partes, inclusive a vontade das minorias (Chiavenato, 2002).

Vale ainda enfatizar que a cultura participativa surge e se desenvolve nas organizações somente quando os dirigentes consideram que o ser humano é confiável e gosta de assumir responsabilidades (Maximiano, 2002).

Considerando a singularidade da relação entre as enfermeiras da unidade de Clínica Médica decidi-me a convidar todas para participarem, do presente estudo, sem distinção do cargo de chefia.

Dessa forma, com o propósito de compreender os significados² atribuídos pelas enfermeiras da unidade de Clínica Médica ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE do HU-USP optei pela realização deste estudo.

² Etimologicamente o termo significado provém do latim *significatu* (Ferreira, 1975) e de acordo com Houaiss (2001) refere-se à relação de estima, reconhecimento, apreço por alguém ou algo, importância, valor.

Buscando compreender os significados que as enfermeiras da Unidade de Clínica Médica atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE do HU-USP optei, neste estudo, pela utilização da abordagem qualitativa.

A finalidade da pesquisa qualitativa, nas palavras de Martins, Bicudo (1989), é a compreensão da experiência tão próxima da sua realidade quanto possível, pois focaliza os aspectos específicos, individuais, peculiares, almejando a compreensão dos fenômenos estudados.

Minayo (2002) ressalta que a pesquisa qualitativa se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Nessa perspectiva Gualda, Merighi, Oliveira (1995) afirmam que a pesquisa qualitativa contribui para a compreensão holística do homem, oferece oportunidade de discussão de temas que devem ser explorados de modo profundo, abre novos horizontes levando a uma reflexão e a compreensão do ser enfermeira e propicia o desenvolvimento da enfermagem como ciência e profissão. Assim, em virtude do objeto de estudo a ser investigado, optei pela utilização do estudo de caso qualitativo.

5.1 O estudo de caso qualitativo

De acordo com Gonçalves, Merighi (2003) o estudo de caso reúne as características de uma investigação qualitativa por se desenvolver em uma situação natural, ser rico em dados descritivos e ter um plano aberto e flexível, focalizando a realidade de uma forma complexa e contextualizada.

Almejando a caracterização e descrição do estudo de caso fundamentamente, inicialmente, nas considerações de Blasco (1995) que entende o estudo de caso como uma aproximação metodológica de natureza qualitativa que representa um momento da investigação, guiada por uma epistemologia interpretativa, onde

o sujeito, considerado o objeto de estudo, é concebido como um ser individual e concreto, único em sua existência, que desenvolve suas atividades criativamente, em um espaço e tempo determinados, dentro de um sistema sociocultural estruturado.

Assim, estudar um caso significa delimitar um espaço de conhecimento que integre as dimensões sociais, culturais e psicológicas. A dimensão social compreende as posições sociais que os indivíduos ocupam na estrutura social determinada, a dimensão cultural engloba as categorias ou formas simbólicas por meio das quais os mesmos se representam no mundo social; o produzem, reproduzem e o transmitem e a dimensão psicológica que se refere aos mecanismos ou processos psicológicos que possibilitam, aos indivíduos, a ordenação do mundo e o exercício das suas ações. Este espaço delimitado pode ser considerado um espaço de significações, historicamente produzidas, no qual o sujeito cria, ininterruptamente, as condições sócio-históricas que estruturam a sua vida.

A concretização da interpretação das particularidades da existência humana, viabilizada por meio do estudo de caso, está estreitamente relacionada à possibilidade desta ser narrada. A narrativa desencadeia um processo de reconstrução que posiciona os colaboradores do estudo na posição de autores e intérpretes de sua história, de suas emoções e de suas decisões.

Esta narrativa pode ser contextualizada nas dimensões individual e cultural sendo que na primeira, cria condições para os sujeitos organizarem suas vidas em episódios significativos e, na segunda, serve como veículo para se conhecer e compartilhar crenças além de transmitir os valores que fundamentam a comunidade humana. O estudo de caso possibilita reconstruir a criação pessoal de uma história, unificada em outras histórias e centrada no espaço sociocultural, que lhe dá significância.

Para Stake (1994) o estudo de caso requer uma atitude reflexiva, devendo o pesquisador deixar sua mente aberta e passar a maior parte do tempo no local onde desenvolve o seu estudo, em contato com as atividades e operações, refletindo, revisando significados e verificando o que acontece.

Stake (1994) identifica três tipos de estudos de caso: o intrínseco, o instrumental e o coletivo. No estudo de caso intrínseco pretende-se compreender uma situação particular em profundidade. A escolha do caso se dá devido ao interesse pelo próprio caso, reforçado pela sua particularidade, e por fazer parte do cotidiano daquela situação.

Já no estudo de caso instrumental o interesse pelo caso é secundário, isto é, o caso tem a função de apoio ao mesmo tempo que proporciona maior facilidade para a compreensão de algo mais. Geralmente um caso particular é avaliado com a finalidade de proporcionar um maior conhecimento sobre um tema ou a explanação de uma teoria. O caso é tratado em profundidade, delimitando-se o seu contexto, detalhando-se as atividades comuns, porém sem perder o objetivo de satisfazer interesses externos.

Por fim o estudo de caso coletivo que, na realidade, trata-se de um estudo instrumental ampliado a vários casos, onde os investigadores podem estudar conjuntamente um determinado número de casos com a intenção de indagar sobre determinado fenômeno, população ou condição geral.

Pelas características deste estudo acredito que ele esteja representado pelo estudo de caso do tipo intrínseco.

5.2 O lócus do estudo

O HU-USP é parte integrante do Sistema Integrado de Saúde da Universidade de São Paulo (SISUSP) e tem por finalidade promover o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade.

Localizado no campus da USP, numa área física de 36.000m², na zona oeste da cidade de São Paulo, o HU-USP dispõe de 308 leitos estatísticos, distribuídos nas quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Constitui o campo de estágio das faculdades de Medicina, Saúde Pública, Enfermagem, Farmácia e Odontologia.

A população atendida pelo hospital é constituída pela comunidade USP que compreende docentes, discentes e servidores da universidade, incluindo seus

dependentes e pela comunidade residente na região do Butantã, pertencentes ao Núcleo 1 (Diretório Regional de Saúde – Capital / DIR I), servindo de referência às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região.

Os recursos financeiros são provenientes da dotação orçamentária da USP e dos serviços prestados ao SUS.

Os órgãos da Administração Superior do HU-USP são o Conselho Deliberativo (CD) e a Superintendência. O CD é constituído pelos diretores da Faculdade de Medicina, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia, pelo superintendente do HU-USP, pela representação discente e por um representante da comunidade. Uma das principais funções do CD é definir as diretrizes básicas da assistência médico-hospitalar, de pesquisa, de cooperação didática e de prestação de serviços médicos-hospitalares à comunidade. A Superintendência é o órgão de direção executiva que coordena, supervisiona e controla todas as atividades do HU-USP. Diretamente ligados à Superintendência ficam o Departamento médico (DM) e o Departamento de Enfermagem (DE), ambos com a finalidade de coordenar, supervisionar e controlar as atividades desenvolvidas nas áreas médica e de enfermagem a eles respectivamente subordinadas (Gualda,2001).

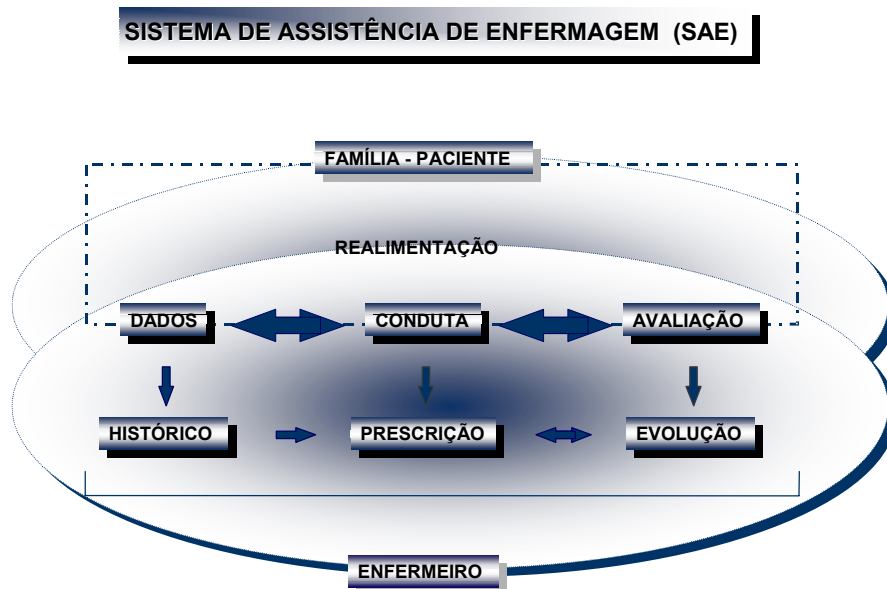
5.3 O Departamento de Enfermagem no contexto do HU-USP

O DE do HU-USP tem efetiva participação na consecução dos objetivos institucionais. Pauta sua prática assistencial no processo de enfermagem, proposto por Horta (1979) e no conceito de Autocuidado de Orem (1985), que visa a satisfação das necessidades individuais e específicas do paciente/cliente e o desenvolvimento do potencial dos indivíduos para o autocuidado.

Para a viabilização desta proposta foi implantado o modelo assistencial, denominado Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), composto por três

fases: o Histórico, a Evolução e a Prescrição de Enfermagem, que prevê a continuidade assistencial (Figura 1):

FIGURA 1 – Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) do HU-USP



Fonte: Manual do Sistema de Assistência de Enfermagem do HU-USP, 2003.

Com base na entrevista e exame físico do paciente, realizados diariamente, o enfermeiro faz a evolução de enfermagem que tem por objetivo retratar as condições gerais e nortear o planejamento da assistência a ser prestada, além da avaliação da prescrição de cuidados já realizados.

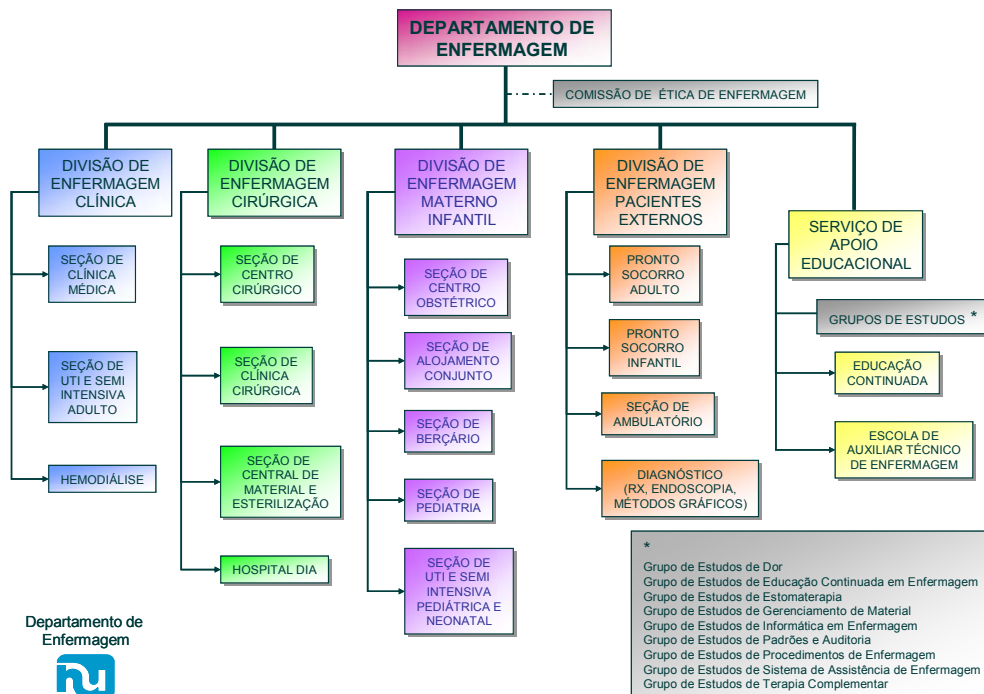
O SAE demanda, por parte dos enfermeiros do HU-USP, raciocínio clínico, conhecimento das patologias e do perfil epidemiológico da população a ser atendida, mantendo-se um fluxo constante de informações.

Ratifica-se, assim, a importância da integração entre os serviços de saúde, para que as informações sobre os pacientes possam subsidiar as ações a serem implementadas.

O quadro de pessoal do DE é composto por aproximadamente 700 funcionários, representando 40% do total de funcionários do HU, distribuídos em

quatro divisões: a Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC), a Divisão de Enfermagem Clínica (DECLI) a Divisão de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) e a Divisão de Pacientes Externos (DEPE). Essas quatro divisões congregam treze seções e três setores. O DE agrega ainda o Serviço de Apoio Educacional, que engloba a Escola de Auxiliar e Técnico de Enfermagem e a Educação Continuada. Conta, ainda, com órgãos de assessoria como a Comissão de Ética e Grupos de Estudos, conforme estrutura organizacional apresentada a seguir (Figura 2):

FIGURA 2 – Estrutura Organizacional do DE do HU-USP



Fonte: Manual Administrativo do DE do HU-USP, 1998.

De acordo com Gualda (2001) o DE tem promovido ajustes para adequar seu modelo operacional, mas tem mantido e se pautado em princípios que norteiam o seu trabalho, como a manutenção do SAE, a integração docente-assistencial, a coordenação das atividades para o desenvolvimento individual e grupal da equipe de enfermagem e o preparo do campo para alunos de graduação e pós graduação.

5.4 O cenário de trabalho das colaboradoras do estudo

A unidade de Clínica Médica está localizada no quinto pavimento, bloco B, ocupando dois quadrantes: ala par e ala ímpar. Dispõe de 47 leitos distribuídos de acordo com o Sistema de Classificação de Pacientes (Fugulin et al, 1994), implantado em 1990, sendo 14 leitos de alta dependência, 20 leitos de cuidados intermediários e 13 leitos de cuidados mínimos. A distribuição dos pacientes nestes leitos ocorre segundo as seguintes categorias de cuidado:

Cuidados de Alta dependência: pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas,

Cuidados Intermediários: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Mínimos: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Os pacientes admitidos nesta unidade são provenientes das Seções de Ambulatório, Pronto Socorro Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Hemodiálise.

A equipe de enfermagem é composta por funcionários que estão distribuídos, segundo a categoria funcional, nos quatro turnos, sendo: uma enfermeira chefe de seção, 12 enfermeiras assistenciais e 45 profissionais de nível médio (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem). No período de realização deste estudo o quadro possuía duas vagas para enfermeiras e duas vagas para Técnicos de Enfermagem.

5.5 A seleção das colaboradoras

Foram convidadas a participar deste estudo as enfermeiras da unidade de Clínica Médica, que vivenciaram as principais etapas do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE do HU-USP, ou seja, participaram do curso sobre diagnóstico de enfermagem, realizaram estudos de casos, formularam diagnósticos de enfermagem e participaram do teste piloto para a construção do instrumento para a operacionalização do diagnóstico de enfermagem como segunda etapa do SAE.

Dentre as doze enfermeiras que integravam o quadro de enfermagem da referida Unidade, no momento da realização do estudo, oito atendiam aos critérios de seleção adotados e foram convidadas a participar deste estudo, não havendo recusas quanto à participação.

5.6 A coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio das seguintes técnicas: observação participante e realização de entrevista semi-estruturada.

Anguera Argilaga (1995) define a observação participante como a forma consciente e sistemática do observador partilhar e participar, conforme as circunstâncias o permitam, das atividades, funcionamento do grupo ou instituição estudada. Este autor identifica dois tipos de observação participante: a direta onde se observa diretamente as condutas manifestas, percebidas pelos órgãos sensoriais, e a indireta que se utiliza tanto de dados orais dos sujeitos, gravados ou anotados em diários de campo, quanto de documentos históricos, diários autobiográficos e mapas, dentre outros.

Cruz Neto (2002) afirma que na observação participante o observador torna-se parte do contexto de observação e, nesse processo, ele pode, ao mesmo tempo, modificar e ser modificado pelo contexto. Ressalta ainda que a importância dessa técnica reside no fato de o observador poder captar uma variedade de

situações ou fenômenos, observados diretamente na própria realidade, que transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

Chizzotti (2001) ressalta que o pesquisador, parte fundamental da pesquisa qualitativa, deve experienciar o espaço e o tempo vivido pelos investigados e partilhar de suas experiências para reconstituir adequadamente o sentido que os atores sociais lhe atribuem. Este autor salienta que o pesquisador precisa despojar-se de preconceitos e predisposições assumindo uma atitude aberta a todas as manifestações que observa, sem adiantar explicações nem se conduzir pelas aparências, almejando a compreensão global dos fenômenos.

Considero que o fato de ter compartilhado do trabalho realizado pelas enfermeiras da unidade de Clínica Médica, na oficina para a construção do instrumento para o registro dos diagnósticos de enfermagem, possibilitou-me o aprofundamento do contato com as mesmas e certamente favoreceu a aceitação do convite para participar deste estudo, concedendo-me uma entrevista.

Thompson (1998) diz que há muitos estilos diferentes de entrevista, que vão desde a que se faz sob a forma de conversa amigável e informal até o estilo mais formal e controlado de perguntar. Para este autor o entrevistador que deseja ser bem sucedido deve buscar o estilo que, na sua perspectiva, produza os melhores resultados e se harmonize com sua personalidade. Salienta ainda que, além disso, o entrevistador deve possuir qualidades essenciais tais como interesse e respeito pelos outros como pessoas e flexibilidade nas reações em relação a eles; capacidade de demonstrar compreensão e simpatia pela opinião deles e, acima de tudo, disposição para ficar calado e escutar.

A entrevista configura-se em um processo de relação interpessoal onde ocorre o encontro entre a subjetividade do pesquisador e a do colaborador. Neste encontro o pesquisador precisa respeitar a forma utilizada pelo colaborador para construir sua narrativa, na tentativa de captar sua interpretação da realidade, e deve deixar, de lado, suas crenças, seus valores e, inclusive, sua formação intelectual (Lima, Gualda; 2001).

Montenegro (1994) ressalta que no momento em que os entrevistados narram acontecimentos que transcendem o fazer mais imediato das suas vidas as

marcas lembradas são sempre os aspectos comuns com as experiências do cotidiano.

Para Minayo (1999) a qualidade da relação mantida entre o pesquisador e o colaborador no momento da entrevista, quando emergem aspectos relativos à afetividade, à existência, ao cotidiano, às suas próprias experiências, determina a qualidade dos dados obtidos e o êxito da investigação.

A operacionalização das entrevistas demanda a adoção de algumas medidas na condução das gravações, tais como, agendar as entrevistas segundo a conveniência do colaborador; comparecer ao local no horário e data marcados; criar um clima de solidariedade aberto ao aconchego, à confiança e ao respeito e solicitar consentimento para gravar.

Antes da gravação, devem ser registrados os dados de identificação e, durante a sua realização, deve ficar registrado que a entrevista terá uma conferência e que nada será publicado sem a autorização prévia do colaborador. Durante o desenvolvimento da entrevista, deve-se evitar as interferências para que o entrevistado possa seguir sua lógica de narrativa. Ao término, deve-se dizer ao colaborador que a transcrição é um processo demorado, razão pela qual o retorno do material para a conferência levará um tempo incerto.

Para tornar a entrevista disponível ao público, há a necessidade da transformação do relato oral em texto escrito, e se fazem necessárias as etapas de transcrição, textualização e transcriação, preconizadas por Meihy (1991), conforme descrevo a seguir.

A transcrição consiste na passagem rigorosa da entrevista (após a escuta minuciosa de todo o conteúdo por algumas vezes) da fita para o papel, com todos os seus lapsos, erros, vacilos, repetições e incompreensões incluindo as perguntas do entrevistador. A partir da transcrição realiza-se a textualização e a transcriação.

A textualização é a etapa na qual as perguntas são suprimidas e agregadas às respostas, passando a ser todo o texto de domínio exclusivo do colaborador, assumindo, como personagem único, a primeira pessoa. Durante esta etapa, a narrativa recebe uma pequena reorganização para se tornar mais

clara. Escolhe-se então o tom vital, que é uma frase a ser colocada na introdução da história do colaborador, por representar uma síntese moral da sua narrativa.

Finalmente efetua-se a terceira etapa, a transcrição, na qual se atua no depoimento de maneira mais ampla, invertendo-se a ordem de parágrafos, retirando ou acrescentando-se palavras e frases e, enfim, realizando-se o "teatro de linguagem". Para teatralizar, a própria língua dispõe de instrumentos, como a pontuação particularmente as reticências e a interjeição - que se prestam para fantásticas mostras de onde o leitor deve respirar, quais as paradas estratégicas e quais as sinuosidades propostas. Recria-se, então, a atmosfera da entrevista, procurando trazer ao leitor o mundo de sensações provocadas pelo contato, o que não ocorreria reproduzindo-se palavra por palavra. Há a inferência do autor no texto, que será refeito várias vezes, devendo obedecer a acertos combinados com o colaborador. Neste procedimento, torna-se vital a legitimação da entrevista por parte do colaborador.

Meihy (1991) afirma que a honestidade de propósitos deve-se impor, desde o momento da gravação dos depoimentos, garantindo ao colaborador a certeza de que ele verá o texto final, mesmo que opte por não autorizar a sua utilização na pesquisa.

Cabe ressaltar que o pesquisador, considerado o autor do depoimento transcrito, deve assumir publicamente a responsabilidade sobre o que está dito, gravado e usado (Meihy, 2000).

5.7 A coleta de dados no estudo

Primeiramente foi realizado um convite verbal às enfermeiras da unidade de Clínica Médica, sendo apresentado o objetivo desta pesquisa. Mediante a explicitação da vontade de participação espontânea solicitei a autorização para a realização das entrevistas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), elaborado de acordo com as normas da Resolução 196/96, que dispõe sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Após a explicitação da preservação dos

aspectos éticos foram agendadas as entrevistas conforme a conveniência e preferência de cada colaboradora.

Para a realização das entrevistas foram formuladas as seguintes questões norteadoras:

- "Como você percebe o SAE do HU-USP?".
- "Como você percebe o processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE do HU-USP?".
- "Como você percebe a concretização do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem e a sua inserção, neste processo, daqui para frente?".

5.8 A preservação dos aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado à Comissão de Ensino e Pesquisa (COMEP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-USP tendo sido iniciada a coleta de dados somente após a aprovação por esses órgãos (Anexo 2) e o aceite de participação por parte das colaboradoras.

Para a realização das entrevistas foram garantidos os direitos das colaboradoras por meio da seguinte abordagem:

- Esclarecimentos sobre a finalidade desta pesquisa, garantindo o direito de se recusarem a participar;
 - Participação espontânea com plena liberdade para desistir de participar, não importando a fase em que a pesquisa se encontre, sem que sofra dano ou prejuízo de qualquer ordem;
 - Autorização, por escrito, em impresso próprio, no qual o pesquisador se compromete a empregar os dados obtidos apenas com a finalidade de estudo;
 - Garantia de participação ativa, assegurando a liberdade para alterar, mudar, subtrair ou adicionar qualquer coisa no texto final;
 - Respeito à decisão da colaboradora com relação à adoção ou não do anonimato.
-

5.9 A análise dos dados

Minayo (1999) aponta três finalidades para a análise de dados em pesquisa qualitativa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual é integrante.

As narrativas obtidas foram analisadas utilizando-se a análise de conteúdo que é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (Bardin, 1977).

Para Gomes (1994) a análise de conteúdo possibilita ao pesquisador encontrar respostas para questões formuladas, confirmar ou não as hipóteses estabelecidas antes do trabalho de investigação e descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Nesse sentido, Minayo (1999) ressalta que várias técnicas de análise de conteúdo têm sido desenvolvidas na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo.

Para Bardin (1977) a análise de conteúdo compreende três fases:

1. Pré-análise: é a fase da organização do conteúdo onde ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Para tanto se realiza a leitura flutuante a fim de conhecer os textos e deixar-se invadir por impressões e orientações por meio de leituras e re-leituras. Posteriormente procede-se à constituição do corpus, ou seja, a escolha dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Efetua-se, então, a elaboração das categorias e a codificação. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos. Na

categorização realiza-se uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o gênero (analogia) com critérios previamente definidos. A codificação é o tratamento do material e corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto, transformação essa que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão onde o mesmo pode servir de índice.

2. Exploração do material: etapa que consiste em operações de codificação em função de regras previamente formuladas. Para tanto devem ser realizados os reajustamentos finais necessários ao processo da organização da análise, escolhidos na fase anterior, em que foi feita a confirmação das categorias. Em virtude da necessidade de muito critério na definição das categorias e na verificação do significado de cada conteúdo selecionado é considerada uma fase longa e trabalhosa.

3. Interpretação dos conteúdos: nesta fase ocorre a análise de conteúdo com a discussão das categorias elencadas. Dispondo-se de resultados significativos e fiéis pode-se propor inferências e adiantar interpretações a propósito do(s) objetivo(s) previsto(s), ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Antes da realização de cada entrevista procedeu-se à formalização da participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), em duas vias, ficando uma delas em posse da colaboradora e a outra com o pesquisador. As entrevistas foram realizadas, por opção das colaboradoras, no próprio HU-USP, em uma sala de estudos do 5º pavimento, em horário e data por elas estipuladas. Tiveram a duração média de uma hora.

Após a realização de cada entrevista foram realizadas as etapas de transcrição, textualização e transcrição, conforme preconizado por Meihy (1991). Em seguida os textos transcritos foram devolvidos às colaboradoras para legitimação e autorização da sua publicação. Cabe ressaltar que as colaboradoras validaram na íntegra os textos apresentados, sendo realizadas alterações pouco significativas.

A idade das colaboradoras variou de 25 a 40 anos e o tempo de formada de 1 ano e 6 meses a 16 anos. Em relação ao tempo de atuação como enfermeira na unidade de Clínica Médica 2 colaboradoras possuíam menos de 3 anos, 4 colaboradoras entre 5 e 10 anos e 2 colaboradoras mais de 10 anos. Quanto à realização de Pós-graduação 4 colaboradoras estavam cursando Especialização em Enfermagem em Gerontologia; 1 cursando Mestrado na área de concentração em Saúde do Adulto; 1 era especialista em Administração Hospitalar e Mestre em Administração em Enfermagem e 02 não estavam cursando Pós-graduação.

Para manutenção do anonimato das colaboradoras optei, conforme concordância das mesmas, pela utilização dos nomes de rainhas egípcias.

No Egito faraônico uma mulher podia ocupar diferentes posições sociais fosse como rainha-faraó, grande esposa real, dona-de-casa, trabalhadora, iniciada ou sacerdotisa. As mulheres eram consideradas iguais aos homens, desde o domínio material até o espiritual, possuindo autonomia em relação à sua vida e à sua forma de viver. A rainha do Egito reinava absoluta, era soberana de todos os cultos, celebrava os rituais e delegava seus poderes espirituais e litúrgicos a grandes sacerdotisas que oficiavam nas principais cidades do país (Jacq, 2002) .

MERESANKH

“Tudo que começa, tudo que é novo traz dificuldades. Porém temos que ampliar nosso conhecimento, abrir o leque de possibilidades. É uma questão de evolução, de saber lidar com cada situação no momento certo.”



“Ingressei na unidade de Clínica Médica há 12 anos atrás. Já tinha trabalhado por um ano em um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro e, mesmo assim, tudo era novidade!!! Não possuía nenhuma experiência com o SAE, a abordagem desse tema na faculdade havia sido muito teórica e nada prática. Foi uma experiência muito boa, aprendi a utilizar o SAE para direcionar minhas ações e planejar a assistência de enfermagem. Tive a oportunidade de trabalhar em um outro hospital que não utilizava o SAE e constatei como era difícil realizar o planejamento dos cuidados... Ficava perdida por não conseguir direcionar as ações que pretendia para cada paciente... Mesmo realizando visita aos pacientes não conseguia repassar para a equipe todas as informações relevantes para adequar o atendimento às necessidades de cuidados dos mesmos.

Ao longo desses anos, trabalhado no HU e em outros hospitais que não utilizavam o SAE, considero que o SAE proporciona autonomia para a enfermeira e é muito importante para a equipe de enfermagem uma vez que, ao direcionar os cuidados que

deverão ser realizados, proporciona à equipe a aproximação dos pacientes que adquirem mais confiança e segurança.

Na minha opinião o principal ponto negativo do SAE reside no fato do tempo que é despendido para a sua operacionalização. Estamos constantemente escrevendo, escrevendo... E isso tem nos distanciando dos pacientes e dos funcionários. Temos muito trabalho na Clínica médica, geralmente o número de enfermeiras é reduzido, dificilmente conseguimos fazer uma escala completa, e temos que fazer cobertura nos plantões noturnos... Quem está de plantão à noite tem que fazer mais evoluções de enfermagem... Além de outras atividades que precisam ser realizadas... Às vezes acho até que não estou realizando o SAE como deveria, devido a correria da unidade...

Pela minha vivência do SAE, especificamente na Clínica Médica, acho que ele deveria ser mais dinâmico. Estamos tentando resgatar a proximidade tanto dos pacientes quanto dos funcionários, diminuindo a quantidade e melhorando a qualidade daquilo que escrevemos. Acredito que a utilização do diagnóstico de enfermagem irá nos ajudar muito neste sentido.

No começo eu achava que o diagnóstico de enfermagem era algo impossível, fora da realidade... Que não iria dar certo, não conseguiríamos fazer aquilo nunca!!! Como é que teríamos tempo para estudar o livro indicado, formular os diagnósticos, colocá-los no papel e ainda acompanhar os pacientes e os funcionários??? Percebia que os colegas que estavam no primeiro curso também pensavam da mesma forma... Que não teríamos tempo, que não daria certo!!!

Quando começamos a fazer o diagnóstico na Clínica Médica tudo era novo e muito difícil. Fizemos um estudo de caso, dois,

três... E começamos a perceber que não era tão difícil quanto havíamos imaginado... De repente o fato de acharmos que algo novo vai ser sempre difícil, nos deixou sugestionadas... Com os estudos de casos que fizemos, como os outros enfermeiros também fizeram em suas unidades, com certeza pudemos mudar a nossa visão em relação ao diagnóstico de enfermagem. Eu mudei a minha e acredito que os colegas da Clínica Médica e os de outras unidades também.

Depois da realização dos estudos de casos fui convidada, juntamente com outras enfermeiras do DE, para fazer outro curso sobre diagnóstico de enfermagem na Escola de Enfermagem. Foi muito bom porque nos mostraram que podíamos fazer os diagnósticos de enfermagem de uma outra forma, não somente aquela preconizada pelos livros. Eu ainda estava ansiosa e participar desse curso ajudou-me a compreender que poderíamos até elaborar um diagnóstico que não constasse no livro da NANDA, desde que ele existisse em nossa realidade profissional e fosse consenso do grupo de enfermeiros. Na verdade todas as pessoas com quem pude conversar e discutir a respeito do diagnóstico nos cursos, nas reuniões, nos estudos de casos me ajudaram a compreender que ele é viável e possível.

Não tenho nenhuma discordância de como o processo foi conduzido até agora, ele tinha que ser iniciado de alguma forma. Se o DE do Hospital Universitário da USP acreditou no diagnóstico de enfermagem e desenvolveu algumas estratégias para a sua implementação, achando que ele iria dar certo, o que atualmente concordo, com certeza ele vai dar certo. No entanto, para que o processo de implementação tivesse sido mais fácil acho que o grupo de enfermeiros deveria ter participado mais... O processo foi meio demorado no início, só deslanchou mesmo quando

começamos a fazer o diagnóstico de enfermagem nas unidades, aí sim, o negócio começou a andar mais rápido.

Depois de vivenciar algumas etapas do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem e, principalmente, ao participar da oficina de trabalho na Clínica Médica, possui uma opinião muito diferente, tenho certeza que ele vai dar certo. Só depende de cada um de nós... Vou me esforçar para que dê certo, vestir a camisa mesmo. Afinal faço parte deste processo!!!

Estava até comentando com as minhas colegas que o nosso grupo ainda não tinha implementado nada que tivesse sido iniciado na Clínica Médica... Não por falta de interesse das enfermeiras, mas por uma série de circunstâncias... Trabalho aqui há doze anos e me sinto muito orgulhosa do primeiro teste piloto com o diagnóstico de enfermagem, que é importante e mundialmente reconhecido, estar sendo realizado na Clínica Médica... Isso mexe com o nosso ego, dá um gostinho diferente... Isso é muito legal!!! Sinto-me importante e útil ao participar desse teste piloto e isso é muito bom. Quando você tem muitos anos de profissão chega uma hora em que precisa de alguma coisa que te incentive, que te motive e mostre que você não está no seu local de trabalho à toa. Por este motivo sinto-me estimulada e muito importante em participar deste processo... Que está começando aqui na Clínica Médica e com certeza vai dar certo!!!

Nós já evoluímos muito. Estamos incorporando todo este processo depois de cada um praticar o diagnóstico em sua unidade, ter discutido com os colegas... Enfim estamos vendo o diagnóstico de outra maneira e percebo que os enfermeiros de outras unidades também. Especificamente só o fato de construirmos um instrumento

para ser utilizado na nossa realidade prática já é uma grande evolução...

Algumas coisas que discutimos nas reuniões para a confecção do instrumento, como por exemplo, técnicas de relaxamento e massagens para o alívio da dor, me deixam ansiosa porque me parecem ações pouco viáveis... Já temos tantas coisas para fazer, será que teremos tempo para fazer isso também??? Não que eu tenha algo contra, ou não queira prescrever isso, adoro fazer relaxamento, tenho fitas e cds de relaxamento, mas fico em dúvida, com base na vivência que tenho na Clínica Médica, se conseguiremos fazer isso mesmo, se isso é realmente possível. Fico ansiosa em relação a determinados itens das prescrições, mas estou aberta, disposta a tentar, acho que dá para chegar lá...

Sei que a criação desse instrumento é apenas o primeiro passo. Quando começarmos o teste piloto é que veremos realmente o resultado e poderemos aparar as arestas... Fizemos o instrumento juntos, quero que o teste piloto dê certo, mas sei também que vamos ter dificuldades... Então teremos que tirar nossas dúvidas juntos, aprender juntos. Após o teste pode ser que precisemos realizar mudanças para adequarmos sua utilização... Daqui para frente tudo vai depender da nossa vivência desta implementação. Tudo que começa, tudo que é novo traz dificuldades. Porém temos que ampliar nosso conhecimento, abrir o leque de possibilidades.

Atualmente vejo muitos pontos positivos na utilização do diagnóstico de enfermagem. Por meio dele poderemos resgatar situações que, muitas vezes, apesar de detectadas e abordadas de alguma maneira, não são documentadas. Até mesmo poderemos evidenciar outras que deveriam ser abordadas e não o são. Como exemplo temos as questões relacionadas ao aspecto emocional... Às

vezes nos deixamos a humanização na área hospitalar muito a desejar, por vários motivos: por que está muito corrido, por falta de tempo, porque tem gente que não quer fazer, que não acha isso importante... Geralmente quando são abordadas as questões emocionais e oferecido suporte isso não fica registrado, não aparece como um trabalho que foi realizado.

Acredito que com o instrumento novo os funcionários poderão entender melhor porque estamos propondo determinada intervenção... Poderemos orientá-los tanto em relação ao aspecto humano quanto do técnico-científico. Às vezes a nossa prescrição deixa de ser validada por eles... Eles checam os cuidados, mas nem sempre acreditam neles... Com a implementação do diagnóstico de enfermagem teremos mais tempo para ficar com eles e juntos planejar a assistência. E isso é muito importante: que a equipe fique junta e não apenas o enfermeiro sentado prescrevendo e eles só executando a prescrição. Nos cuidados mais específicos, mais difíceis, o enfermeiro tem que estar junto, interagindo com o funcionário e avaliando o seu desempenho, visando o seu desenvolvimento.

O diagnóstico possibilitará uma interação maior entre o enfermeiro, os funcionários e o paciente. Então temos que envolver os nossos funcionários neste processo de implementação. Mostrar o instrumento que fizemos, explicar o que é o diagnóstico de enfermagem, sua importância para o paciente e para a equipe de enfermagem... Explicar que todos teremos que estudar mais para nos desenvolvermos. Assim poderemos estar mais presentes ao lado do paciente e até perceber algumas coisas que não percebíamos antes, estar mais junto da família que precisa de nós para esclarecer suas dúvidas, ouvir uma palavra de consolo, coisas que geralmente não

conseguimos fazer... Teremos a oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Precisamos nos reunir mais na Clínica Médica para discutir nossa realidade, estamos iniciando um novo trabalho com o teste piloto, mas ele tem que continuar, não pode parar. Falo isso pela minha vivência, comecei a escrever um manual de diabetes e não cheguei a concluí-lo por vários motivos, fiquei desmotivada, deixei de lado, e isso me frustra muito... Não quero que aconteça o mesmo com a implementação do diagnóstico.

Percebo que quando a gente se propõe a se reunir e a trabalhar juntos as coisas dão certo, elas acontecem, está aí o instrumento que é o resultado do nosso trabalho. Considero que foi muito importante a participação de um representante da educação continuada nas nossas reuniões, pois contribuiu para a riqueza das discussões. Aliás, acho muito importante a atuação do serviço de educação continuada dentro do hospital, por exemplo, quando entrei aqui o treinamento admissional me ajudou muito.

Precisamos de reuniões periódicas para discutir o que está acontecendo na Clínica Médica e também no próprio HU, como é o caso da implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE... Nossa vida é muito corrida, muitos de nós trabalham em dois empregos e quase não temos tempo de saber o que está acontecendo... Às vezes estamos aqui na Clínica Médica e não conseguimos conversar e isso faz falta...

Temos que estar mais juntos: a equipe da unidade, o serviço de educação continuada, a diretora de divisão... Assim poderemos trocar experiências, refletir sobre diversos assuntos e buscar a solução para alguns problemas. Essa é também a minha sugestão para o sucesso da implementação do diagnóstico: reunir os

diferentes profissionais para que discutam temas referentes à prática profissional e planejem estratégias de ação, como a realização de reciclagens para preparar os profissionais para atenderem as demandas de cuidado evidenciadas pelos diagnósticos de enfermagem. Posteriormente o resultado das discussões poderia ser compartilhado com as outras unidades, para o hospital inteiro... Eu sei que isso é mais difícil... Penso que se deu certo aqui, por que não ampliar a estratégia para um grupo maior???

O instrumento que criamos é uma etapa prévia da informatização, pensar nisso me causa um certo incomodo... Imaginar que num futuro próximo não estaremos escrevendo mais nada me assusta... Mas é uma questão de hábito mesmo... de saber lidar com cada situação no momento certo. Antigamente a gente não tinha computador e agora é um bem necessário. Eu não gosto de computador, na verdade para mim é um mal necessário... Mas sei que a informatização é algo muito importante, é uma realidade e eu tenho que acompanhar... É uma questão de evolução. Isso assusta, mas só saberemos das dificuldades quando vivenciarmos esta situação... Ai aprenderemos a lidar com ela, no futuro..."

NITÓCRIS

“Sou uma pessoa que vive de desafios! O diagnóstico de enfermagem era, e continua sendo, um desafio... O desafio de fazer cada vez melhor.”



“Vejo o SAE como uma ferramenta que permite, além da operacionalização das nossas ações, uma melhor visualização do trabalho desenvolvido por toda equipe de enfermagem... Por meio dos registros realizados em cada fase podemos ter uma visão do todo. Se pegarmos um prontuário qualquer e fizermos um levantamento retrospectivo conseguiremos visualizar o que a equipe de enfermagem fez realmente, quais foram as ações desenvolvidas e os resultados obtidos.

O SAE é um bom instrumento de trabalho, mas existem algumas coisas que precisam ser modificadas. O conteúdo mínimo das evoluções é algo que dificulta muito o nosso trabalho... Por exemplo, mesmo que um determinado paciente seja admitido consciente, tenho que escrever que ele está consciente até a sua alta hospitalar... Por ser um item do conteúdo mínimo. Percebo que temos prolongado a nossa escrita e isso tem dificultado o nosso contato com o paciente... Esse contato existe, porém ele é mais breve para que possamos ter tempo para registrar o conteúdo mínimo... Então a evolução deveria ser mais ágil, mais rápida! Repetimos constantemente as mesmas informações... Checa-se a prescrição de

enfermagem e anota-se o que foi feito, registra-se os sinais vitais no gráfico e os mesmos são repetidos na anotação de enfermagem, preenche-se o impresso de ingeridos e eliminados e tais informações são escritas novamente. Fazemos várias vezes a mesma coisa, estamos pecando pelo excesso!!!

Por um lado temos escrito coisas demais, registramos tudo, na tentativa de ter um serviço organizado e, por outro, conseguimos recapitular uma ação desenvolvida, o que não seria possível sem a sistematização. Considero que o SAE tem um aspecto muito bom, organizado, sistematizado, porém tem o aspecto burocrático, perdemos muito tempo escrevendo repetidamente informações que devem realmente ser registradas, mas que já constam em algum outro impresso...

Acredito que a proposta do diagnóstico de Enfermagem aconteceu no momento ideal. Estamos passando por um momento de crise, a crise dos registros, porque incomoda registrar todo dia a mesma coisa... Já há algum tempo foram iniciados vários questionamentos em relação ao SAE, então considero que o diagnóstico veio para responder a várias questões que foram deixadas em aberto.

Na minha opinião o processo de implementação do diagnóstico não tem sido muito difícil. Talvez porque tenho apenas dois anos de formada e já era algo que esperava que fosse acontecer um dia. Para mim foi tranquilo... Porém, não acreditava nesta nova proposta de trabalho, achava que o diagnóstico seria apenas uma forma de trocar o nome das coisas... O diagnóstico era um desafio, algo que não acreditava, mas que seria implementado no ICU e eu teria que aprender a lidar. Sou uma pessoa que vive de desafios, então fui atrás, comecei a estudar e descobri que gosto do processo

diagnóstico... Depois que estudei um pouco minha visão mudou, porque eu tinha uma visão deturpada de todo o processo. Hoje percebo que o diagnóstico de enfermagem fundamenta realmente o nosso trabalho e vai sanar algumas lacunas do SAE. Sinto que precisava ocorrer uma mudança e a vinda do diagnóstico supriu uma necessidade que nós tínhamos. Portanto trata-se de uma implementação extremamente necessária e veio no momento adequado.

O processo de implementação tem tido fases boas e algumas fases em que ficamos repetindo as mesmas coisas. A primeira palestra foi interessante, contou-nos como seria o processo de implementação do diagnóstico no SAE, mas foi muito genérica. Nem sempre entendíamos qual era a finalidade dos estudos de casos... Comecei a estudar o diagnóstico de enfermagem, para tentar entender porque tínhamos que fazer tantos estudos de casos... Até dava para entender, mas senti falta de um momento onde alguém sentasse conosco e discutisse mais a respeito dos diagnósticos que elaboramos... Alguém que fosse fundamentando as etapas que fizemos... "Vejam nós estamos fazendo assim por este motivo, por que nosso objetivo é o seguinte" ... Se tivesse sido assim no princípio talvez o nosso envolvimento fosse maior. Havia dias em que eu fazia o diagnóstico somente por obrigação, não que eu acreditasse nele.

Quando começamos a elaborar os diagnósticos tivemos muitas dificuldades e não tínhamos a quem recorrer, era tudo novo para todo mundo. Então senti dificuldade por não termos alguém mais experiente para nos auxiliar em nossas dúvidas... Até mesmo as chefias estavam participando do processo, aprendendo junto com a gente. Se tivéssemos tido um embasamento teórico maior talvez

tivesse sido mais fácil e compreenderíamos melhor o processo. Quando nos reuníamos, surgiam dúvidas que nenhum de nós sabíamos responder, ficava faltando embasamento teórico. Na verdade nem sei se faltava realmente, talvez tenha sentido falta porque fiz um curso na EESP... Um curso de expansão cultural sobre diagnóstico de enfermagem, por dois dias, onde foram abordadas informações específicas, concentradas... Trabalhamos intensivamente algumas situações e, até hoje, tenho informações muito boas... Também já estávamos vivenciando o processo, já tínhamos algumas dúvidas práticas...

Pensando bem hoje eu não vejo como teria feito esta implementação de forma diferente, porque precisávamos vivenciar a dificuldade do processo para valorizá-lo e para conseguir compreendê-lo... Para sentirmos que este processo foi viabilizado a partir da nossa realidade, que ele não foi imposto, nós o construímos vivendo-o a cada dia. Atualmente sinto-me bastante à vontade neste processo, pois gosto muito quando tenho a oportunidade de aprender coisas novas.

A nossa oficina para a criação do instrumento aconteceu justamente no momento em que precisávamos de uma mudança, parece-me que foi uma mudança acertada, para sanar as nossas necessidades. Apesar da nossa pouca experiência em realizar o diagnóstico no dia a dia, sinto-me bastante à vontade com o instrumento que criamos. Ele reflete a nossa realidade de trabalho na Clínica Médica, representa aquilo que nos vivenciamos no cotidiano. Sinto que às vezes no grupo temos algumas divergências pessoais, outras profissionais, que fazem parte do processo. Foi bom participar da oficina, me senti bem à vontade, acredito que o instrumento será útil... Mas não sei o que vai acontecer.

Daqui para frente teremos que caminhar com as mudanças... Construímos o primeiro instrumento, mas não consigo pensar nele como a finalização do processo... Talvez seja a conclusão da primeira etapa. Agora precisaremos de mais embasamento teórico para entender as dificuldades que forem surgindo e para ir mudando conforme a necessidade. Considero que já passamos a fase das dúvidas mais simples, agora virão as dúvidas mais complexas, e precisaremos de maior embasamento. A partir de agora a fundamentação científica será uma constante para aprimorarmos o nosso raciocínio clínico. Para continuarmos progredindo precisaremos de mais conhecimento, temos que desenvolver habilidades para lidarmos melhor com o diagnóstico.

Neste momento teremos que ter mais tranquilidade e muita humildade para discutir com os colegas sobre os diagnósticos que não compreendemos ainda, que não sabemos como intervir. Os diagnósticos que listamos no instrumento são os mais frequentes, mas vão aparecer outros, e precisaremos saber a quem recorrer quando surgirem essas dúvidas... Então, na minha opinião, o diagnóstico continua sendo um desafio. O desafio de fazer cada vez melhor! Outros hospitais já possuem o diagnóstico de enfermagem implementado e, os que não o tem, certamente o terão. A enfermagem do HU é referência para o SAE e deve continuar sendo, para isso temos que dar conta dos desafios que forem surgindo.

O diagnóstico de enfermagem vai melhorar a compreensão do processo de enfermagem e trará maior agilidade para a sua execução. Toda a equipe de enfermagem poderá visualizar facilmente o trabalho que deverá desenvolver. Isso é muito bom porque o auxiliar, o técnico de enfermagem, nem sempre tem tempo de ler aquelas longas evoluções que fazemos, para entender a

fundamentação da prescrição. Com o novo instrumento vai estar mais claro, pois o diagnóstico estará relacionado com a prescrição, de forma que eles vão poder entender o que significa aquele diagnóstico... A enfermeira poderá realizar a avaliação do doente tranquilamente, e o registro será mais ágil, porque agora escreverá bem menos com o novo instrumento, que é tipo check list. As intervenções já vão estar impressas, ela só as selecionará, individualizando os cuidados, conforme a necessidade de cada paciente.

A parte burocrática vai ficar de lado, o diagnóstico agilizará o registro das informações e, na minha opinião, vai nos propiciar aquilo que tanto desejamos: ficar mais próximos do doente... Deixaremos de ficar apenas dois minutos no quarto do doente e depois gastar um tempo enorme escrevendo meia página de evolução... Estando ao lado do doente vamos entendê-lo melhor, poder auxiliá-lo... Quantas dúvidas descobrimos somente no momento da alta, porque é o momento em que geralmente permanecemos mais tempo com ele... Quem sabe agora possamos descobrir essas dúvidas antes e trabalhá-las com o doente, durante toda a sua internação. Este processo trará facilidades para todos nós.

Acho ótimo estarmos caminhando para a informatização do SAE. Não podemos mais fechar os olhos e dizer que o mundo da informática tem haver somente com os profissionais das áreas de exatas. Teremos acesso rapidamente aos dados que precisamos... Hoje temos que pegar o prontuário e ir virando as páginas, porque não podemos selecionar exatamente aquilo que queremos. Tendo o processo todo informatizado vamos estimular a pesquisa, o desenvolvimento científico. A informatização vem nos poupar tempo

dos papéis para que tenhamos tempo para o cliente, para realizar realmente atividades de enfermagem.

Para a concretização da implementação do diagnóstico no SAE precisamos ter acesso aos artigos científicos que forem surgindo. Gostaria que houvesse alguém responsável pela busca a estes artigos e que os deixasse num local onde todas nós tivéssemos acesso... Assim conseguiríamos nos atualizar mais rápido, ficaria mais ágil. Seria importante que realizássemos visitas a outros serviços ou que tivéssemos contato com pessoas que trabalham a mais tempo com o diagnóstico, que já tiveram a experiência de implementação. Isso fará com que enxerguemos novas possibilidades, auxiliará na compreensão de outros aspectos do processo.

No começo havia um certo descrédito em relação à implementação do diagnóstico no SAE. Tínhamos dúvidas de como seria, se daria certo... Parecia algo que iria complicar a nossa vida... No entanto a forma pela qual o processo foi sendo construído mudou a nossa fala sem que nós mesmos percebêssemos. Hoje dizemos que o diagnóstico melhora o nosso trabalho, que ele funciona e vai contribuir para o processo de enfermagem ficar mais rápido, mais verdadeiro. Amadurecemos no sentido de acreditar neste processo de implementação, entendê-lo como um processo criativo, algo que todos estamos construindo juntos. Esta é a grande vantagem! Se ele não fosse construído com a nossa participação manteríamos a nossa fala inicial, pregar que ele não daria certo. Percebo que a construção em grupo permite compartilharmos de experiências que são complementares, mesmo que haja diferenças quanto ao tempo de formação ou nível de atualização dos participantes. Por exemplo, a colega que tem dez anos de formada

tem mais experiência do que eu, que tenho apenas dois, porém estou mais próxima da fundamentação teórica...

Sinto que melhoramos por acreditar no processo, tanto que já estávamos discutindo, ao final da oficina, o que poderíamos fazer para melhorar a nossa atuação e a da nossa equipe. Até nos esquecemos que não gostávamos do diagnóstico de enfermagem, e não gostávamos porque não o conhecíamos, por ignorância mesmo... As outras colegas perceberam a mudança na nossa fala e ela só ocorreu porque realizamos a construção em conjunto... A responsabilidade foi compartilhada e, caso não desse certo, seria um fracasso do grupo e não de uma única pessoa. Todos nos empenhamos, participamos das reuniões, inclusive as enfermeiras do noturno... Porque o processo teve realmente sentido para o grupo, a construção do instrumento seria nossa responsabilidade, e todas acreditamos nele.

Algumas colegas de outras unidades me questionam por que a oficina começou na Clínica Médica e quando serão feitas as reuniões em suas unidades também... A fama correu no final da história... Respondo que deve ser mais rápido do que a nossa, porque a nossa foi a primeira, e a primeira sempre tem coisas mais difíceis para lidar. Percebo que elas estão ansiosas para que esta etapa do processo aconteça logo e têm a expectativa que ela venha para ocasionar boas mudanças.”

NÉFTIS

“Precisamos nos atualizar constantemente, fazendo cursos de especialização, mestrado... A capacitação do enfermeiro é um suporte importantíssimo para o desenvolvimento de toda equipe.”



“Percebo que o SAE é uma boa maneira de se estabelecer a assistência de enfermagem, eu não conseguiria trabalhar hoje sem utilizá-lo... Porém acho difícil realizar adequadamente todas as suas etapas, devido o número de enfermeiras da Clínica Médica, que não corresponde ao que precisamos para desenvolver adequadamente o nosso trabalho... Nós até fazemos cada uma das etapas, mas às vezes deixamos muito a desejar... Algumas vezes estou realizando uma das etapas do SAE e, ao mesmo tempo, está acontecendo alguma outra coisa que deveria estar acompanhando... Gostaria que o nosso quadro de pessoal estivesse completo e assim cada uma de nós teria um número menor de pacientes para acompanhar... Dessa maneira estaríamos realizando o SAE adequadamente e estaríamos mais próximas da assistência.

Sinto falta de estar participando mais da assistência... Existem procedimentos que deveriam ser realizados por nós enfermeiras e, geralmente, como não conseguimos executá-los, os delegamos também para os nossos funcionários. São internados pacientes com úlceras de pressão enormes, cujo curativo, que é mais complexo, deveria ser feito pela enfermeira... Mas a execução destes

curativos dura mais de uma hora e existem outras atividades que ela tem que dar conta... Às vezes iniciamos o acompanhamento de um ou outro procedimento mais complexo, realizamos as orientações necessárias, mas não permanecemos até o final, pois temos que parar para fazer as evoluções, as prescrições, as admissões de pacientes, as orientações de alta... Por um lado ganhamos com o planejamento da assistência, pelo outro perdemos um tempo importante, que poderia ser utilizado para estarmos mais próximas da equipe e dos pacientes. E só vamos estar mais próximos quando realmente conseguirmos ficar menos tempo escrevendo, porque nós escrevemos muito! Assim vamos conseguir ficar mais próximas dos auxiliares e técnicos de enfermagem no momento da execução da assistência, ajudá-los nesta assistência, o que não acontece atualmente...

Meu primeiro contato com o diagnóstico de enfermagem foi horrível... No começo todos concordávamos que seria muito difícil... Impossível trabalhar com o tal diagnóstico de enfermagem!!! Fiquei desesperada, desesperada mesmo, imaginando que ele dificultaria ainda mais a nossa aproximação da equipe e do paciente. Como se não bastasse a novidade, ainda tínhamos que comprar o tal do livro... Eu senti a compra do livro como uma imposição... Acho que este aspecto da implementação do diagnóstico foi muito negativo... A forma como fomos abordadas causou um pouco de antipatia, poderia ter sido diferente... Pensava por que motivo nós tínhamos que comprar o livro, por que o hospital não nos fornecia... Na minha opinião o livro deveria ter sido apresentado como um instrumento facilitador do trabalho e apenas sugerida a sua compra... Quem tivesse interesse e pudesse comprar certamente compraria. Tive colegas do grupo que na época não puderam

comprar e ficaram chateadas por isso. Não nego que foi bom ter comprado o livro, a compra de um livro é sempre um bom investimento, mas quando algo vem como uma imposição causa uma certa rejeição...

No início desse processo parecia que não conseguiria aprender a trabalhar com o diagnóstico de enfermagem, tinha que consultar o livro da NANDA o tempo todo... E perdia muito mais tempo! Então comecei a estudar o livro em casa, para perder um pouco do medo. Na tentativa de entender o conteúdo, correlacionava as características definidoras com as patologias dos pacientes, como se fosse um jogo...

Considero que as reuniões realizadas aqui no hospital foram muito importantes, elas me ajudaram a compreender melhor o diagnóstico de enfermagem. As informações fornecidas foram boas, os estudos de casos também... Com o passar do tempo, fui amadurecendo, conseguindo pensar melhor no diagnóstico, avaliar a sua utilidade... Acredito que a consciência da necessidade de mudanças para melhorarmos o SAE e a expectativa de conseguir ficar mais próxima do paciente, com a implementação do diagnóstico de enfermagem, me ajudou a encarar este processo de forma positiva.

O que foi realmente bom nesse processo de implementação, de melhor mesmo, foi a nossa oficina para a construção do instrumento, principalmente pela participação de um representante da educação continuada e da nossa diretora de divisão, que sempre nos incentivou muito. Quando ela falava sobre o diagnóstico de enfermagem parecia que estava tomando um sorvete: "Ah o diagnóstico é uma coisa muito gostosa, vocês vão ver como é legal, como é bom". No começo quando ela falava isso eu pensava que

estava somente tentando nos convencer... Mas quando começamos a oficina percebi realmente como era gostoso, porque era muito desafiador... Entender os diagnósticos de enfermagem, selecionar as melhores intervenções, enfim discutir com os colegas... Participar da oficina foi muito importante, estimulante, enriquecedor. Estudamos muito, trocamos idéias, percebemos uns aos outros, aprendemos a respeitar a opinião de cada um no grupo e crescemos bastante. Foi bem legal, pois ao mesmo que estávamos estudando seriamente, também estávamos bem descontraídos, por isso gostei muito, por isso foi tão interessante. No começo a nossa reação em relação ao diagnóstico foi praticamente unânime, que seria algo difícil, impossível de se trabalhar e agora nós não vemos a hora de iniciarmos o teste piloto, estamos ansiosas para aplicar o instrumento e avaliar os resultados...

Hoje percebo que para concretizarmos o diagnóstico de enfermagem no SAE temos que continuar estudando muito, muito mesmo!!! Teremos que fazer mais reuniões e trocar idéias com as colegas de outras unidades porque elaborar os diagnósticos e propor intervenções, para a criação de um instrumento, não é o suficiente. Teremos que estudar bastante para atualizarmos os diagnósticos e adequá-los à realidade do hospital, à realidade de cada unidade... Desenvolver as intervenções com vistas aos resultados esperados.

Não podemos continuar somente diagnosticando, prescrevendo, delegando para uma outra pessoa fazer, temos que definir a atuação do enfermeiro... Nós só prescrevemos e os funcionários executam a nossa prescrição, nem sempre sabendo porque estão realizando determinada ação. Considero perigoso quando o funcionário somente cumpre a prescrição de enfermagem e não tem a abertura para compartilhar suas observações, suas

vidências e experiências. O auxiliar, o técnico de enfermagem tem que ser um profissional capacitado para julgar a pertinência do que está fazendo... O diagnóstico de enfermagem proporciona o crescimento da enfermagem e, para que isso realmente aconteça, teremos que trabalhar bastante com os nossos funcionários, envolvê-los neste processo, eles não podem ficar para trás. Nossa preocupação tem que ser redobrada para evitarmos novas falhas pelo caminho...

Para evitar as falhas possíveis o enfermeiro deve, cada vez mais, estar junto com a equipe, trabalhando ao lado dos funcionários. O primeiro passo já foi dado, construímos o instrumento... Acredito muito nele, considero que ele vai facilitar a operacionalização do SAE, e teremos a oportunidade de ficar mais próximos da nossa equipe e dos pacientes... Acompanhá-los passo a passo, esclarecer suas dúvidas, enfim realizar supervisão direta... Precisamos estar abertas para aprendermos com os nossos funcionários também, pois eles têm muito a contribuir conosco, principalmente na questão do diagnóstico, por meio deles receberemos muitas informações... Por isso temos que trabalhar juntos e estudar muito!

Precisamos nos atualizar constantemente, fazendo cursos de especialização, mestrado... A capacitação do enfermeiro é um suporte importantíssimo para o desenvolvimento do trabalho de toda a equipe. Considero que temos aqui no HU um bom respaldo para trabalharmos com satisfação e segurança... Toda vez que precisei fui ouvida pela minha chefia que me propiciou condições favoráveis... As coisas não acontecem mais porque ficamos amarradas na questão da falta de tempo... Mas se quisermos desenvolver um trabalho junto ao nosso grupo teremos apoio. Talvez

o que realmente nos falte é mais conhecimento para desenvolver nossas ações... Por exemplo, no curso de especialização em gerontologia, tive a disciplina de metodologia da pesquisa e isso me ajudou bastante... Se for preciso desenvolver uma pesquisa, já sei por que caminhos seguir. A nossa chefia, juntamente com a educação continuada, precisa manter o incentivo para as pessoas estarem estudando, trazendo profissionais para falarem sobre diversos assuntos. Considero que isso também seria fundamental na concretização do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem.

Às vezes fico pensando se dará certo a informatização do SAE... Sei que a informatização facilitará o nosso trabalho e tenho certeza que isso será muito bom... Entretanto temos poucos computadores na Clínica Médica e estes são muito disputados pelos médicos assistentes, pelos residentes, pelos internos... Será que teremos computadores disponíveis para a enfermagem operacionalizar o SAE??? Acho meio difícil, mas vejo que não é impossível. Precisamos estudar a questão da informatização com bastante cuidado...

Minha expectativa é que com todo este processo tenhamos realmente mais tempo para estar com o paciente e com a nossa equipe... Tem dias que venho trabalhar tão arrumadinha que se tivesse que prestar assistência direta, como deveria e gostaria, sairia do plantão toda amarrotada, desalinhada... Com a informatização poderemos atuar diretamente na assistência e teremos que pensar na necessidade de realizarmos novas mudanças... Até mesmo mudar o nosso uniforme... Quem sabe???"

CLÉOPATRA

“Toda mudança gera dúvidas e desconforto nas pessoas... Teremos que ser flexíveis para experimentar esta nova realidade e avaliar sua repercussão no nosso processo de trabalho.”



“Durante a minha graduação pouco se falou sobre o SAE... Na época foi abordado somente o conteúdo teórico e não tivemos a oportunidade de vivenciar a prática da sistematização. Quando me formei, há oito anos atrás, decidi vir para o HU na expectativa de aprender como desenvolver minhas atividades de maneira sistematizada. Considero que o SAE permite à enfermeira uma visão global do paciente, possibilitando a identificação das necessidades de cuidados e facilitando a distribuição diária das atividades a serem realizadas pela equipe de enfermagem. Após todos esses anos aqui no HU, utilizando o SAE, não consigo imaginar como seria o trabalho da enfermagem sem ele...”

Anos atrás tive a experiência de acompanhar, por alguns períodos, alunos estagiários de um Curso de auxiliar de enfermagem, em hospitais que não tinham o SAE implementado. Senti uma diferença enorme, tive muita dificuldade para planejar e implementar a assistência de enfermagem necessária aos pacientes sob nossa responsabilidade.

Recentemente minha mãe ficou internada em um grande hospital público de São Paulo e imagino que lá também não havia o SAE implementado. Vivenciei toda a dificuldade de não haver uma

enfermeira de referência, não sabia quem era a enfermeira responsável pela unidade, os demais familiares também não... Até sabíamos que existia uma, porém não a conhecíamos, aliás, nem mesmo o familiar internado sabia quem era a enfermeira... Isso foi muito ruim! Eu não percebia a continuidade no trabalho da equipe de enfermagem... É muito complicado não haver uma enfermeira de referência para a equipe e para os pacientes, coordenando e planejando toda a assistência... Nesse sentido o SAE ajuda bastante. Aqui no HU nós somos referência para o paciente, procuramos esclarecê-lo em suas dúvidas durante a nossa visita diária, realizamos orientações, enfim estamos sempre o acompanhando de alguma maneira.

O que dificultava algumas de nossas ações era o fato de escrevermos muito... E nem sempre o conteúdo mais adequado. A nossa evolução de enfermagem era bem trabalhosa, gastávamos muito tempo para registrá-la... Com a revisão das normas do SAE e a implementação do diagnóstico de enfermagem acho que vamos conseguir nos desprender da questão de ficarmos escrevendo tanto, registrando muitas informações desnecessárias... Isso nos tomava grande parte do tempo. Em decorrência dessas mudanças no SAE teremos mais tempo para assumir a assistência, estar mais próximas dos pacientes e dos funcionários. Agora que estamos vivenciando na prática as mudanças acho que o desenvolvimento de nossas atividades será facilitado, melhorado...

No início a implementação do diagnóstico de enfermagem me assustou um pouco... Talvez porque não conhecesse nada a respeito... Acho que no começo todo mundo se sentiu assim... Tínhamos muitas dúvidas sobre a finalidade do diagnóstico, como seria possível a sua operacionalização. Muitos consideraram que seria um trabalho a

mais para a enfermeira. Como sempre gostei de participar das iniciativas aqui do HU não senti como um trabalho a mais e sim como algo positivo, uma coisa boa, que poderia nos proporcionar um crescimento maior. Certamente achava que seria uma atividade trabalhosa a princípio, mas que poderia representar a possibilidade de crescimento profissional e pessoal. Então procurei, sempre que pude, comparecer às discussões e participar de eventos externos que abordassem o tema. Com o passar do tempo e com a intensificação das discussões, passei a encarar o diagnóstico como um desafio, uma possibilidade de construir uma coisa nova, diferente do SAE que estávamos acostumadas e, dessa forma, melhorar a nossa assistência.

Percebo o diagnóstico de enfermagem como um desafio para as enfermeiras, uma possibilidade de estarmos acrescentando algo a mais no nosso processo de trabalho. Mas às vezes tenho um pouco de receio de não dar conta, porque para mim, desde o começo, ele foi algo difícil de entender, de incorporar... Reconheço que isso se deve até ao fato de não ter estudado mais a fundo... Mesmo assim ainda considero um desafio para nós todos, principalmente depois que realizamos as reuniões na Clínica Médica e construímos o instrumento que será utilizado no teste piloto.

É um privilégio para nós, enfermeiras da Clínica Médica, termos tido a oportunidade de sentar e discutir todas as questões e particularidades da nossa unidade... Ter construído o instrumento como queríamos, ter participado das decisões, sermos integrantes da primeira unidade a realizar o teste piloto... É pensar que ainda teremos a possibilidade de avaliar se isso realmente melhorará a nossa assistência. Considero tudo isso bastante importante! Importante e gratificante porque além de sermos as pioneiras nesta

etapa do processo de implementação do diagnóstico, poderemos discutir muito mais, constatar se ele realmente trará algo de produtivo. Desde o início deste processo até hoje, quando estamos prestes a testar um instrumento que nós mesmas construímos, tenho percebido a preocupação de discutirem-se, gradativamente, os passos para a implementação do diagnóstico no SAE e sinto isso como um estímulo positivo.

Se este instrumento facilitar o registro das informações sobrar um tempo maior para a assistência, para estarmos mais próximas da equipe e continuar realizando as reuniões. Teremos que estar centrados no que estamos fazendo para não perdermos o rumo... Assim o grupo crescerá mais porque estará raciocinando sobre o trabalho desenvolvido.

Imagino que precisamos estudar muito mais sobre diagnóstico, sobre as patologias que acometem os pacientes que atendemos aqui na Clínica Médica, pois o conhecimento é a premissa para desenvolvermos o diagnóstico adequadamente... Senão fica uma coisa muito superficial, que não possibilita ao enfermeiro refletir sobre aquilo que está fazendo. Precisamos estudar sozinhos e em grupo, nos reunir, discutir os diagnósticos que fomos formulando para cada paciente, trocando nossas experiências, definindo as intervenções a serem realizadas... É uma forma de estarmos crescendo juntos e solucionando algumas dúvidas... Sinto que para desenvolver estas atividades precisamos de uma fundamentação teórica maior. Isso será essencial para concretizarmos todo este processo.

Também considero muito importante o interesse pessoal de cada uma de nós e o envolvimento do grupo como um todo... E, além disso, acreditar no processo que está sendo desenvolvido, apesar das

dificuldades. Para que dê certo na Clínica Médica o nosso grupo terá que se empenhar bastante. Precisamos nos programar para manter um espaço aberto para as discussões, organizando melhor o nosso tempo e estabelecendo com a nossa chefia algumas metas, como nós fizemos com a questão do instrumento. A chefia poderá nos ajudar convidando outros profissionais com experiência no diagnóstico para participar das nossas reuniões, como quando a Profa Diná da EUSP participou da oficina, com a finalidade de contribuir com o nosso desenvolvimento. Isso poderia ser programado e certamente nos ajudaria bastante.

Sinto-me animada a participar deste processo, sei que preciso estudar mais, para atuar de uma forma melhor... Pretendo me empenhar ao máximo neste teste piloto, discutir o diagnóstico com toda a equipe de enfermagem, incentivar a sua participação... Afinal é uma ótima oportunidade para todos nós podermos participar de algo que ainda está em construção. Apesar das dificuldades que teremos acredito que vai dar certo, acho que as minhas colegas acreditam também.

Não consigo ainda imaginar como seria operacionalizada a informatização do SAE... Pelas nossas discussões parece que será algo bom, que facilitará o nosso trabalho. No entanto, o fato de passarmos de um extremo a outro, não acreditarmos mais nada, me assusta, parece que vai faltar alguma coisa... Por isso precisamos nos desenvolver e ter mais segurança no processo diagnóstico, acreditando que ele vai ser muito útil também para viabilizar a informatização. Toda mudança gera dúvidas e desconforto nas pessoas... Teremos que ser flexíveis para experimentar esta nova realidade e avaliar sua repercussão no nosso processo de trabalho.”

NEFERTITE

“Quando nós participamos o nosso envolvimento é maior, nos doamos mais, nos empenhamos porque queremos facilitar o nosso trabalho.”



“Na faculdade tive uma noção superficial sobre o SAE e, assim que me formei, trabalhei por um ano em uma Unidade Básica de Saúde, onde este processo não era utilizado. Desde o princípio, quando ingressei no HU, considerei muito boa a experiência de trabalhar com o SAE. Percebia que ele direcionava as ações de enfermagem, ninguém ficava perdido. Pela minha experiência anterior pude constatar que onde não há a sistematização cada um realiza a assistência da forma que quer, do jeito que acha que é certo... Particularmente não consigo imaginar como qualquer funcionário da equipe de enfermagem pode realizar adequadamente suas atividades, independente da unidade em que trabalhe, sem um direcionamento...”

A prescrição e a evolução de enfermagem permitem ao enfermeiro aproximar-se do doente, acompanhá-lo dia após dia, durante toda sua internação. Auxiliam aos demais funcionários no desenvolvimento de suas atividades que, em caso de dúvidas, podem recorrer ao enfermeiro e solicitar orientação. Além disso, por meio do SAE, o enfermeiro pode perceber e avaliar a adequação do planejamento da assistência. Portanto a sistematização da

assistência fornece embasamento para o trabalho da equipe de enfermagem como um todo.

Na minha opinião o único aspecto negativo do SAE era o tamanho das evoluções que fazíamos, gastávamos muito tempo escrevendo... Recentemente, com a revisão das normas da evolução de enfermagem, deixamos de gastar tanto tempo com a escrita e podemos estar mais próximas da assistência, supervisionar melhor o trabalho desenvolvido pelos nossos funcionários. Na verdade estamos vivendo um período de adaptação, antes escrevíamos muito e agora estranhamos o fato de estarmos escrevendo menos... Nós liamos a evolução, que continha tudo, e quase não precisávamos ler qualquer outro impresso. Atualmente estamos registrando na evolução somente as alterações, as questões que fogem do padrão de normalidade, e para obtermos algumas informações temos que consultar os demais impressos... O que realmente faz muito sentido, pois o SAE é viabilizado por um conjunto de impressos e não há a necessidade de reproduzirmos as mesmas informações em um único.

No princípio, quando o diagnóstico de enfermagem nos foi apresentado, acredito que os enfermeiros o sentiram como algo um pouco assustador, a maioria nunca havia trabalhado com esta etapa do SAE e considerava que seria um trabalho a mais. No entanto não encarei como algo ruim porque na verdade era a correção de uma falha, uma lacuna que ainda não havia sido preenchida no SAE.

O início do processo de implementação do diagnóstico foi muito bom, tivemos a abordagem do tema naquele primeiro curso, que introduziu o assunto de uma maneira suave, para que não fosse uma bomba que estourasse em nossa mão, ou seja, algo que teríamos de iniciar de uma hora para outra, sem nenhum preparo. Não foi

um processo árduo, porque foi gradativo, o curso, as reuniões, os estudos de casos...

Considerarei os estudos de casos como uma forma de enriquecermos nosso conhecimento, uma vez que estes foram desenvolvidos respeitando-se as peculiaridades de cada unidade. Nesse momento, se continuassem as reuniões com todos os enfermeiros do hospital, acho que o nosso desenvolvimento seria mais demorado. Considero que o processo foi de grande sabedoria, pois cada um pode trabalhar em sua unidade, não achei algo muito difícil.

Às vezes era complicado elaborar os diagnósticos pela rotina do dia a dia, principalmente quando tivemos que realizar o levantamento diário dos mais frequentes na Clínica Médica... Tínhamos que fazer as internações e elaborar os diagnósticos somente um pouco depois, pois era algo novo, que demandava mais tempo. Ficávamos com o livro da NANDA debaixo do braço e até discutíamos com as colegas a pertinência de um ou outro diagnóstico. Aprendemos que o diagnóstico de enfermagem não é algo isolado, está relacionado ao planejamento dos cuidados e a uma perspectiva, uma visão do prognóstico, ou seja, aonde eu quero chegar ao formular um determinado diagnóstico. Quando utilizamos o livro da NANDA já nos preocupamos com o estabelecimento das intervenções para cada diagnóstico, visando os resultados esperados. Certamente em breve teremos que estudar também o NIC (Nursing Intervention Classification) e o NOC (Nursing Outcomes Classification). Atualmente conhecemos melhor os diagnósticos mais frequentes, sabemos algumas características definidoras, no início não sabíamos nada. O grupo, como um todo, cresceu e foi se adaptando aos poucos ao processo.

Temos muito que aprender sobre diagnóstico... Por isso devemos continuar com os estudos de casos, discutir em profundidade aqueles que forem mais complicados. Na oficina que realizamos na Clínica Médica discutimos bastante os diagnósticos mais difíceis e foi muito boa a participação da Profa Diná da EESUSP, ela nos ajudou bastante. Realizar essa oficina na Clínica Médica foi ótimo, nós escolhemos os diagnósticos que constariam no instrumento, fundamentadas no levantamento que nós mesmas tínhamos realizado, discutimos e selecionamos as intervenções. Nós criamos o instrumento do nosso jeito e ainda temos a liberdade para mudar o seu conteúdo... E isso é muito bom afinal somos nós que vamos utilizá-lo no dia a dia!!!

A construção deste instrumento foi algo de muito valor porque foi realizada pelo nosso grupo, que vivencia a realidade da Clínica Médica, com a participação da nossa diretora de divisão e um representante da educação continuada. Foi um mérito de todos nós, juntos. Desde que entrei aqui nunca soube de um instrumento construído pelos enfermeiros da assistência, também todos os instrumentos já estavam implementados há muitos anos e não havia nenhuma proposta de mudança no SAE... Quando nós participamos o nosso envolvimento é maior, nos doamos mais, nos empenhamos porque queremos facilitar o nosso trabalho.

Este instrumento vai facilitar também a informatização, pois é quase um check list, e nós vamos nos adaptar a escrever bem menos para, posteriormente, não escrevermos mais nada. A concretização desta fase da implementação do diagnóstico já está sendo instituída e só vai ser finalizada quando realizarmos o teste piloto e começarmos a utilizar o instrumento. Acredito realmente que o nosso trabalho será facilitado, desde que conheçamos bem os

diagnósticos. Precisamos estudar a fisiopatologia dos pacientes da Clínica Médica para melhorar nossa capacidade de elaborar os diagnósticos mais adequados. Se nós não estudarmos e ampliarmos nosso conhecimento este instrumento não ajudará em nada...

Cada enfermeiro assistencial deve ter consciência de seu papel que é prestar assistência e supervisionar o trabalho desenvolvido pela sua equipe. Digo isso porque acredito que não vai adiantar nada se ganharmos tempo com o novo instrumento e os enfermeiros não se dispuserem a estar mais próximos dos pacientes e da sua equipe. Quando estivermos mais próximos da assistência poderemos oferecer um atendimento melhor... Quando estamos mais próximos dos pacientes e dos funcionários os resultados são melhores!!! Teremos a oportunidade de ampliar a visualização do nosso processo de trabalho, levantar as necessidades de toda equipe. Teremos que trabalhar com a equipe, pois existem também aqueles funcionários que consideram a supervisão muito próxima como uma punição, acham que estamos procurando somente descobrir as falhas, e não é só isso. Estamos em busca do crescimento profissional.

Acredito que é papel de todo enfermeiro colaborar no desenvolvimento dos funcionários, isso não cabe somente ao serviço de educação continuada. Temos realizado algumas reciclagens nos plantões de final de semana, quando a unidade está mais calma, e percebo que os funcionários sentem-se valorizados pelas enfermeiras. Nesses momentos eles participam, não tem o receio de questionar ou dizer que não sabem, falam sobre suas dificuldades e compartilham suas idéias... E eles têm muitas idéias para melhorar a nossa rotina de trabalho, até porque executam a maioria das ações. As enfermeiras têm que estar mais próximas e contribuir para o

crescimento deles. O hospital tem recursos para investirmos no desenvolvimento dos funcionários basta que nós estejamos dispostas a fazer o bom uso deles.

Ao iniciarmos a utilização do novo instrumento certamente teremos dificuldades. Então seria muito bom se mantivéssemos as reuniões na unidade e pudéssemos contar com a presença da Profa Diná, e de outras pessoas com experiência no processo diagnóstico, para obtermos auxílio nas discussões. Além disso, poderia ser propiciada a nossa participação em eventos sobre o tema, para nos atualizarmos constantemente. Acredito que a implementação do diagnóstico será muito importante para todos nós, porém, se pretendemos continuar sendo referência em SAE, devemos continuar investindo em nosso crescimento.

Tudo isso é uma evolução para nós mesmos, para a enfermagem do HU. Se nós não aprimorarmos o SAE, que é o nosso processo de trabalho, corremos o risco de perder nosso espaço de atuação para outros profissionais, que já estão tentando se apropriar de algumas ações anteriormente desenvolvidas somente pela enfermagem... Como exemplo, a prevenção de úlceras de pressão e a realização de curativos... Então o diagnóstico tem que ser encarado como algo muito positivo, até porque esse movimento não está ocorrendo somente no Brasil, ele está implementado praticamente no mundo todo. Imagino o quanto tem sido estudado sobre o diagnóstico em enfermagem... Nós não podemos ficar para trás!!!

Acredito que não podemos ficar desatualizados até mesmo em relação à informatização, que irá facilitar muito o nosso trabalho. A princípio ela parece um bicho de sete cabeças, mas depois vamos nos acostumar, nos adaptar, como estamos nos adaptando a não realizar mais uma evolução gigantesca... Vamos aprender a

trabalhar com o diagnóstico de enfermagem e com a informática. Temos que estudar muito, nos dedicar mesmo, afinal o HU é pioneiro no SAE, uma referência nacional, por isso devemos ter a mente aberta e encarar o diagnóstico de enfermagem como algo importante e necessário.”

NEFERTARI

“Percebemos que todas temos dificuldades, independente do plantão, e estamos procurando fazer o que será melhor para todas nós. Tanto que hoje estamos felizes com o instrumento que construímos...”



“A estruturação do SAE é ótima, permite ao enfermeiro visualizar o paciente como um todo. Suas etapas viabilizam o registro das informações importantes para o planejamento da assistência de enfermagem.

No entanto o SAE não acontece exatamente da forma que planejamos... Não há muito consenso sobre o que deve ser registrado na lista de problemas, por exemplo, eu registro o diagnóstico médico e tem colegas que não o fazem porque ele não é um problema de enfermagem... Eu já coloco porque acho importante registrá-lo também... Perdemos muito tempo escrevendo coisas que fogem da nossa dinâmica de trabalho, o que não é nada prático, repetimos informações na evolução que já constam em outros impressos... Enquanto poderíamos estar supervisionando melhor os funcionários, atuando mais na assistência, realizando cuidados de maior complexidade.... Geralmente não posso fazer um curativo mais complicado porque tenho que dar conta das minhas atividades, não posso deixá-las para a enfermeira do outro plantão, que também já tem as suas...

A minha maior dificuldade é realizar uma supervisão adequada. As noites em que estou sozinha, responsável pelas duas

alças, não consigo fazer uma boa supervisão... Procuro priorizar as minhas atividades de acordo com o conhecimento que tenho a respeito dos funcionários que trabalham comigo... Ficar mais próxima daqueles que tem mais dificuldades em relação a alguns procedimentos... Procuro acompanhar alguns curativos mais complexos, mas sempre perco algo que está acontecendo... Posso até prescrever a mudança de decúbito de duas em duas horas, mas nem sempre os pacientes estarão na posição prescrita, mesmo que tenha sido checada pelo funcionário... Por uma série de motivos e até mesmo porque existem pacientes que escolhem a posição que querem ficar...

Os funcionários geralmente nos vêem como alguém que faz somente a parte burocrática do cuidado, porque não conseguimos estar atuando junto a eles na assistência... Mesmo tendo pouco tempo de formada, procuro ficar mais próxima deles, deixo meus registros para o final do plantão... Porque eu quero ficar mais perto deles e percebo que eles gostam disso. Quando solicitam a avaliação de algum paciente vou junto com eles e assim eles se sentem mais seguros.

Às vezes, quando estou sozinha no plantão, tenho que evoluir dezesseis pacientes, realizar as admissões, e é muito difícil. Ficar sentada muito tempo escrevendo cansa a vista, é muito maçante, dá sono... Eu só tenho este emprego, chegando em casa posso dormir o dia todo se quiser... Consegui me adaptar ao plantão noturno sem problemas, mas, mesmo assim, me sinto cansada... É muito maçante ficar registrando as evoluções dos pacientes por duas, três horas. Procuro registrar as questões mais importantes, porém algumas vezes deixo de relatar algumas coisas... Nem sempre consigo retomar as informações novas nos prontuários dos pacientes que

tenho que evoluir, checar os resultados de exames... Não consigo parar e conversar com todos. Tenho que priorizar o paciente que está mais necessitado... E isso é muito difícil, preciso ter mais tempo... Geralmente tenho que correr para passar a visita porque os pacientes estão acordados somente até um certo horário, depois não consigo falar com mais ninguém. O ideal é estarmos sempre em duas enfermeiras, principalmente durante a semana, pois no final de semana é bem mais tranquilo. Quando estamos em duas enfermeiras, tudo fica melhor, eu posso até adiantar as evoluções para a colega da manhã, porque sei que de manhã o plantão é mais corrido, ocorrem mais internações, mais procedimentos e problemas para serem resolvidos.

Logo que entrei no HU ocorreu o primeiro curso sobre diagnóstico de enfermagem. Foi ótimo como vocês abordaram o assunto, porque eu já tinha feito a disciplina de diagnóstico na faculdade e, na época, tive muita dificuldade para entender... Vocês conduziram o processo de uma forma clara, dizendo o que era o diagnóstico, para que ele servia e porque seria importante a sua implementação no SAE. O diagnóstico foi incorporado ao nosso dia a dia, de forma gradual.

Apesar de alguns enfermeiros estarem bastante interessados percebi que a maioria demonstrou muita dificuldade naquela primeira abordagem... Eram muitas dúvidas em relação ao diagnóstico, que surgiu como algo novo, difícil de aceitar... Talvez a minha aceitação tenha sido diferente porque já tinha tido contato com o diagnóstico na faculdade, oportunidade que muitos dos meus colegas não tiveram. Mesmo nessa disciplina a Profa Diná ponderava que, em algumas situações, ficaríamos em dúvida entre um e outro diagnóstico, nem sempre haveria uma única resposta

correta... Dizia que teríamos que levantar mais informações para optar por um ou outro e aceitarmos a incerteza. Acho que o mais complicado foi isso, aprendermos a trabalhar com a incerteza, porque o que nós queríamos era uma única resposta, a resposta certa...

Nos primeiros estudos de casos que fizemos na Clínica Médica, com a participação da nossa diretora de divisão, as minhas colegas demonstraram estar interessadas, queriam fazer o diagnóstico de enfermagem acontecer, queriam que ele desse certo... Estávamos empenhadas em estudar, em buscar o conhecimento... Os estudos de casos foram ótimos para percebermos como os diagnósticos correspondiam ao perfil dos pacientes atendidos tanto da Clínica Médica quanto nas demais unidades do HU. Por meio deles compreendemos com maior clareza o processo diagnóstico e ainda pudemos constatar a singularidade da Clínica Médica, em relação às outras unidades. Quando começamos os levantamentos dos diagnósticos mais frequentes já estávamos mais habituadas com a sua elaboração... É claro que tivemos que continuar estudando bastante, consultando os livros...

Considero que a realização da oficina para a construção do instrumento a ser utilizado na Clínica Médica favoreceu a união das enfermeiras, porque sempre houve muitas picuinhas entre os plantões... Foi um espaço onde pudemos reunir as enfermeiras de todos os plantões, o que nem sempre acontecia, para discutirmos juntas a nossa realidade e constatarmos que as nossas dificuldades eram praticamente as mesmas... Isso possibilitou que aprofundássemos as discussões e buscássemos a saída juntas. Foi ótimo porque foi uma atividade desenvolvida em conjunto, passamos a valorizar mais o trabalho das colegas. Nós nos aproximamos

mais, não ficou aquela cisão por plantões, aquelas briguinhas entre os plantões. Percebemos que todas temos dificuldades, independente do plantão, e estamos procurando fazer o que será melhor para todas nós. Tanto que hoje estamos felizes com o instrumento que construímos...

Quando tivemos que escolher os diagnósticos de enfermagem que constariam no instrumento foi um pouco difícil devido as diferentes categorias de cuidado existentes na Clínica Médica... Tínhamos uma tendência em escolher aqueles que havíamos formulado e proposto intervenções com maior frequência, porém, nem sempre, estes retratavam o todo da unidade... Por exemplo, à noite não faço a evolução dos pacientes da alta dependência... Os diagnósticos que formulei eram sempre os mesmos, correspondiam somente àqueles pacientes que já estava acompanhando anteriormente... Conseguimos obter o consenso, por meio da nossa argumentação nas discussões da oficina, escolher aqueles que retratassem, de uma forma geral, todos os pacientes por nós atendidos. Finalizamos de uma forma satisfatória para todas nós, espero que na prática o nosso trabalho se concretize. Estamos dispostas e ansiosas para começar logo o teste piloto e avaliar os resultados. Tivemos boa vontade, união entre o grupo, e estamos torcendo para que tudo dê certo.

Por um lado sermos as pioneiras é bom porque poderemos incentivar o desenvolvimento do grupo de enfermeiros do hospital, mas por outro lado é ruim porque estamos correndo o risco de errarmos e errarmos muito... E na verdade ninguém quer errar... E temos medo de errar. Queremos fazer algo muito bem feito para que as outras enfermeiras possam se beneficiar do resultado, enfim possam aproveitar a nossa experiência.

Espero que o instrumento que construímos dinamize o SAE. Acredito que o diagnóstico vai nos estimular a estudar constantemente, favorecendo o aprimoramento do nosso conhecimento. Ele vai evidenciar a fundamentação científica da nossa profissão, mostrar que nós também estudamos e trazemos nossa contribuição para a área da saúde... As pessoas vão poder conhecer melhor o campo de atuação da enfermagem e valorizar mais o nosso trabalho.

Para concretizarmos o diagnóstico de enfermagem no SAE teremos que continuar estudando muito, nosso perfil de pacientes é muito complexo... Teremos que estar bem envolvidas, mantendo a boa vontade... Aceitar que podemos errar e sermos flexíveis para mudar o que for preciso. O nosso instrumento está lindo, mas ainda é muito ideal, temos que avaliar o que será real, quando o utilizarmos na prática... Tenho certeza que teremos de realizar mudanças no instrumento como também tenho certeza que ele dará certo.

Nós não podemos ter medo de errar... Como somos as pioneiras temos até esse direito... Precisamos estar atentas e mudar o que for necessário, tentar tudo. Isso tudo será muito bom para manter a união do grupo afinal percebemos a importância de estarmos sempre juntas, discutindo a nossa realidade. É claro que sempre haverá discordâncias, mas são elas que nos trazem crescimento.

Assim considero muito importante continuarmos com as discussões envolvendo a nossa chefia, a diretora de divisão e alguém da educação continuada, porque vocês também estão estudando e servem de apoio, ficam na retaguarda. A visão de vocês é diferente e complementa a nossa que corresponde à realidade assistencial da

Clinica Médica. Precisamos estar sempre em contato, temos que realizar as reuniões com mais frequência, para que as coisas não se percam... Além disso, será muito importante trazer pessoas com conhecimento em diagnóstico de enfermagem como a Profa Diná, e até mesmo com domínio em outras áreas para que possamos ampliar nosso conhecimento e melhorar nossas intervenções. O intercâmbio de conhecimento será muito importante.

O nosso instrumento, que antecipa a informatização, vai nos ajudar a ganhar tempo para realizarmos uma supervisão mais adequada, para estarmos mais próximos dos pacientes, atuando juntamente com os nossos funcionários. Nesse sentido sei que a informatização do SAE vai facilitar a vida de todo mundo, no entanto, tenho um pouco de medo... Quando implantaram o novo sistema de informática aqui no HU todo plantão eu tinha que chamar um técnico do CPD, cada vez era um novo problema que surgia... O computador é uma máquina essencial, hoje em dia não dá para não a utilizarmos, mas temos que ter segurança em relação ao bom funcionamento do sistema, da máquina... Não havendo problemas funcionais vai ser ótimo, inclusive para o hospital, estaremos inseridos no contexto mundial.”

Í S I S

*“Tudo que é novo precisa de
fundamentação por meio do
conhecimento que deve ser buscado.
E nós buscamos o conhecimento
para fundamentar este novo
processo de trabalho.”*



“O SAE é um processo de trabalho que permite ao enfermeiro levantar o histórico do paciente e identificar as suas necessidades individuais de cuidados de enfermagem, favorecendo assim a fundamentação de todo o planejamento da assistência. Por isso é importante para a equipe de enfermagem, para a unidade e para a instituição como um todo.

O grande problema é que ele é um processo muito trabalhoso... Nem sei ao certo se o termo correto é "trabalhoso", e se este é realmente o maior problema... A questão é que nós não fazemos somente o SAE, temos que desenvolver outras atividades, que nos sobrecarregam e interferem na nossa concentração, que acabam comprometendo a realização adequada do processo de enfermagem...

Ao meu ver a listagem de problemas, sempre ficou meio perdida no contexto do SAE, desprovida de sentido, porque nós listávamos os problemas de enfermagem, que não eram consenso entre os enfermeiros e, muitas vezes, não os abordávamos em sua totalidade... O conteúdo das nossas evoluções foi, por muitos anos, muito repetitivo, não tinha uma seqüência adequada... As informações registradas eram estanques e não se percebia por meio delas uma evolução do quadro do paciente a cada dia... E isso tudo

acabava dificultando um pouco nosso trabalho... Além disso, ainda há o descrédito dos nossos próprios funcionários que, muitas vezes, checam a prescrição sem realizar o que tem sido proposto, ou realizam as ações sem compreender porque determinada intervenção foi prescrita, sem concordar com algumas intervenções... Na verdade a grande maioria dos enfermeiros geralmente realiza o planejamento da assistência sozinho, sem conversar com os demais funcionários, sem ouvir a opinião deles... Muitas vezes até mesmo pela dinâmica do trabalho, por ter que realizar outras atividades além do SAE. E isso realmente não é bom para ninguém.

De um modo geral considero que, no início, a proposta de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE causou uma certa resistência nos enfermeiros... Por ser algo novo e desconhecido gerou medo... Tínhamos medo de trabalhar com uma coisa nova... Entretanto, por acreditar que na vida tudo está em constante mudança, percebi que não poderíamos ficar parados no tempo, utilizando um processo de trabalho que tinha uma série de problemas... As inovações estavam surgindo e por estarmos em um hospital escola precisávamos entrar em sintonia com as tendências mundiais, procurando introduzir coisas novas...

Com o desenrolar deste processo percebemos que o levantamento dos problemas de enfermagem apresentados pelos pacientes iria finalmente fazer sentido porque poderíamos agrupá-los, conforme sua afinidade, nomeá-los utilizando um sistema de linguagem padronizada e, de alguma, propor intervenções. Percebemos também que o diagnóstico não era um bicho de sete cabeças, que de alguma forma ele nos ajudaria, principalmente na diminuição do tempo gasto para a viabilização do SAE... Fomos nos recuperando do susto inicial e realmente entramos no esquema,

incorporamos o processo e, atualmente, acreditamos que ele veio realmente para melhorar muitas coisas...

Algumas colegas, patrocinadas pelo Departamento de Enfermagem, fizeram cursos e participaram de eventos externos sobre diagnóstico de enfermagem e compartilharam conosco, por meio de reuniões, o conteúdo que tiveram acesso. Nessas ocasiões pudemos perceber que elas tinham compreendido a importância do diagnóstico para o trabalho do enfermeiro e da enfermagem pois nos repassaram o conteúdo de forma muito tranquila, pontuando que o diagnóstico não era tão difícil de se compreender... Essas reuniões ajudaram muito no princípio da implementação.

Ao realizarmos os estudos de casos na Clínica Médica, apesar de todas as dificuldades geradas pelo novo processo, tivemos a preocupação de estarmos discutindo com as colegas, para escolhermos os diagnósticos mais adequados, e conseguirmos realizar o levantamento mensal. Havia diagnósticos que traziam dificuldades para o grupo como um todo, não pela falta de conhecimento, porque estávamos estudando bastante, mas pela inexperiência e insegurança em relação à elaboração de certos diagnósticos...

Participar da oficina para a construção do instrumento, que será utilizado na Clínica Médica, foi um desafio para mim... Não sou especialista em diagnóstico de enfermagem, tive que estudar muito... Felizmente pude contar com o auxílio de várias pessoas que estavam mais envolvidas neste processo, para compreendê-lo melhor. Acredito que esta oficina foi muito importante para todas nós pela oportunidade que tivemos de nos colocar e perceber que cada uma poderia contribuir de alguma forma, compartilhando a sua vivência e as suas experiências... Durante as reuniões cada uma

de nós teve a oportunidade de se posicionar em relação às atividades desempenhadas no dia a dia... Pudemos refletir sobre a nossa realidade e crescer em grupo, discutindo os diagnósticos, associando-os aos problemas de enfermagem e estabelecendo as intervenções adequadas para eles. Acredito que com a nossa oficina foram sanadas algumas dúvidas tendo ficado claro que precisamos continuar estudando, porque novas dúvidas surgirão... Estudar mais para que esta etapa do processo atinja o resultado esperado, o resultado ideal.

O nosso grupo é antigo no HU e desde que viemos trabalhar na Clínica Médica temos utilizado os mesmos instrumentos para a operacionalização do SAE... Na verdade, não tivemos participação na construção desses instrumentos... A recente proposta de construir o nosso instrumento para a implementação do diagnóstico foi algo muito diferente... A construção do instrumento é o resultado de um trabalho desenvolvido com muito empenho, muito esforço e até mesmo competência... Porque tudo que é novo, precisa de fundamentação por meio do conhecimento que deve ser buscado... E nós buscamos o conhecimento para fundamentar este novo processo de trabalho, porque acreditamos que ele vai melhorar a assistência da Clínica Médica... Afinal o nosso intuito é estarmos melhorando continuamente. Percebo minhas colegas bastante motivadas e esta motivação foi desencadeada por esta etapa do processo, que vai ser muito boa e que vai dar certo.

Para a concretização do diagnóstico de enfermagem as enfermeiras chefes precisam estar mais próximas da sua equipe, estudando junto com as enfermeiras, realizando os estudos de casos, participando das discussões para o esclarecimento de dúvidas, enfim envolvendo a equipe como um todo para que ele dê realmente certo.

Temos que realizar mais encontros, para discutirmos os diagnósticos de enfermagem e as intervenções. Participar de eventos fora do HU, para aprendermos mais e também divulgar o nosso processo de implementação. Seria muito importante que o Departamento de Enfermagem propiciasse a criação de espaços para discutirmos todas estas questões com as enfermeiras de outras unidades do HU... Somos as pioneiras, não tivemos um exemplo a seguir, então precisamos discutir se o nosso instrumento é viável na prática da nossa realidade... Também é muito importante a participação de alguém da educação continuada nestas discussões, como já tem acontecido, junto conosco...

Cabe a mim procurar mais conhecimento sobre o tema, que fará cada vez mais parte do nosso cotidiano e, assim, poder contribuir para a melhoria do nosso novo instrumento... Ele não está finalizado e ainda pode mudar para melhor, com o teste piloto poderemos constatar sua utilidade e propor as mudanças que se fizerem necessárias para a sua adequação. Acredito que o primeiro passo é estar presente nesta etapa do processo, participando ativamente para que ela ocorra com sucesso... Terei que estar bem próxima de toda a equipe, discutindo as necessidades que forem surgindo, realizando todo o processo...

Em breve o instrumento será testado e, durante as discussões para a escolha das intervenções, já tínhamos percebido muitas necessidades de reciclagem para toda a nossa equipe... Como diminuimos o volume da nossa escrita teremos mais tempo para ficarmos ao lado dos nossos funcionários, realizando assistência direta, observando-os atuarem, orientando-os quanto às dúvidas que forem evidenciadas... Estaremos mais presentes e atentos às necessidades de treinamento e desenvolvimento para articularmos,

junto á educação continuada, programas de educação permanente para que ocorra o crescimento de toda a equipe.

Tenho comentado com a equipe sobre a informatização e percebo que os meus colegas têm uma boa aceitação, não percebo nenhuma resistência, ao contrário... Teremos que acompanhar a evolução tecnológica, não podemos ficar ultrapassados, estacionados no processo antigo, afinal o mundo está em constante mudança e nós temos que acompanhá-las. A informatização assusta um pouco, porque ainda não sabemos como ela será operacionalizada, acho que só teremos uma impressão mais concreta quando começarmos a vivenciá-la... Se quisermos ganhar tempo, para ficarmos mais próximos da equipe e dos pacientes, teremos que mudar nosso comportamento e incorporar também a inovação tecnológica, que será muito útil. Não estaremos mais escrevendo, bastará entrarmos numa determinada tela, onde teremos as etapas do SAE, clicarmos os diagnósticos de enfermagem detectados e selecionarmos as intervenções necessárias para cada paciente... Assim teremos muito mais tempo para realizar outras atividades.

A implementação do diagnóstico foi algo muito desafiador tanto para mim quanto para meus colegas, porque era, e continua sendo, um processo novo de trabalho e, por ser novo, ninguém tem certeza absoluta sobre seus resultados. O nosso processo atual tem muitos problemas, mas é uma realidade conhecida... No entanto, apesar das incertezas, todo este processo de implementação deu-nos um novo estímulo, uma carga positiva, uma energia a mais. A Clínica Médica é uma unidade muito rica em possibilidades e percebemos que todas estávamos vivendo uma rotina, lidando sempre com as mesmas questões, resolvendo os mesmos problemas,

não tendo tempo para outras atividades, e agora, estamos com um novo ânimo...

Tivemos que estudar, buscar conhecimento além das fronteiras do IAU. Percebo um grupo bastante motivado e me surpreendo com a participação intensa de minhas colegas... Desde o início do processo de implementação do diagnóstico no SAE houve um grande envolvimento das enfermeiras e atualmente já percebemos melhoras significativas na assistência da Clínica Médica... Estamos tentando realmente trabalhar em equipe, com a enfermeira ao lado dos auxiliares e técnicos de enfermagem, e esta proposta está trazendo mais ânimo para a Clínica Médica e, certamente, vai melhorar o trabalho desenvolvido por todos nós.”

NEITH

“Apesar da insegurança estamos muito felizes por causa deste processo, por estarmos todas juntas compartilhando das mesmas idéias, nos reunindo e discutindo.”



“Durante a minha graduação realizei a maioria dos estágios aqui no HU, onde aprendi a desenvolver o SAE. Na primeira vez que vim estagiar no HU tive muita dificuldade para aprender a utilizar o SAE na prática porque tínhamos tido apenas a noção teórica na faculdade... Com o passar do tempo fui aprendendo como utilizar a sistematização no dia a dia e tudo foi ficando mais fácil. Acredito que minhas colegas que não estagiaram no HU não conseguiram aprender realmente como utilizar o SAE na realidade prática...”

“Ao estagiar em outros hospitais constatei que, geralmente, a enfermeira e sua equipe não tinham um espaço oficial para registrar a assistência prestada. As informações ficavam perdidas, poucas enfermeiras sabiam o nome dos pacientes sob sua responsabilidade, a maioria sabia apenas o número do leito, o número do quarto... Não sabiam nada a respeito da história de vida dos pacientes... Apenas poucos médicos se atinham a algumas questões da história do paciente, porém sempre focalizando a doença, mais preocupados com um pedaço do corpo do que com a pessoa como um todo. Na verdade a maioria das enfermeiras focalizava-se também somente nas questões da esfera biológica...”

Pude então perceber a importância do SAE... No IU a enfermeira obtinha informações do paciente como um todo, colhendo a sua história de vida, com a finalidade de planejar uma assistência individualizada... Isso diferenciava, e continua diferenciando, o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras do IU. Por meio do SAE nós conseguimos avaliar o paciente do início ao fim da sua permanência no IU, vamos acompanhando a evolução dos problemas, adequando a prescrição conforme a necessidade de cada paciente. As informações são registradas adequadamente permitindo uma continuidade das ações de toda a equipe.

Até algum tempo atrás nós tínhamos bastante dificuldade em definir o que era e o que não era problema de enfermagem... O que interferia diretamente na nossa prescrição... Que não era uniforme em relação às condutas, cada uma de nós prescrevia o que considerava melhor, mas pouco se discutia a respeito. Como trabalho no plantão noturno fico um pouco mais afastada das meninas do plantão diurno... Elas têm mais oportunidade para conversar e discutir algumas condutas, particularmente ainda sinto muita dificuldade em prescrever algumas intervenções...

Em alguns momentos sentia que a operacionalização do SAE me desviava do meu objetivo maior de trabalho que era ficar junto ao paciente... Tinha um número estipulado de evoluções e prescrições de enfermagem para fazer a cada plantão e, às vezes, não conseguia dar um pouco mais atenção para aquele paciente que eu achava que precisava mais de mim, que não estava bem... Nesse sentido eu me perdia muito. O que me ajudou bastante foi ter vindo para o plantão noturno, onde tenho tido mais tempo para coordenar melhor as minhas atribuições... Percebo que os funcionários e até mesmo os médicos se surpreendem pelo tanto que nós escrevemos,

muitos deles nos vêem somente como alguém que fica a maior parte do tempo sentado, escrevendo... E isso me incomoda. Acredito que o tempo utilizado para registrarmos as informações vai diminuir bastante com a implementação do diagnóstico de enfermagem... Vamos conseguir mais tempo para estar ao lado do paciente, supervisionar melhor a nossa equipe de trabalho...

No começo senti a implementação do diagnóstico de enfermagem como uma imposição do Departamento de Enfermagem... As enfermeiras que tive contato disseram ter sentido o mesmo também... Eu era uma daquelas que não podia nem ouvir falar em diagnóstico de enfermagem, fingi que ele não existia enquanto pude... Achava que era uma coisa a mais, dentre tantas outras que tinha de dar conta... E ainda estavam inventando mais essa moda...

No primeiro curso ouvi muitas colegas comentarem entre si que não iam conseguir fazer o diagnóstico, que não entendiam por que queriam complicar tanto o SAE, que era mais fácil manter tudo do jeito que estava, enfim que era impossível fazer o diagnóstico. Outras colegas diziam que, como não havia outro jeito, teríamos que tentar entendê-lo... Percebia muita dificuldade tanto em mim quanto nas outras enfermeiras. Nesse curso inicial pensei que nunca conseguiria fazer o diagnóstico... Já tinha tido contato com o assunto na faculdade, cursando uma disciplina optativa com a Profa Diná... Na época tive muita dificuldade e fui mal nessa disciplina... Tanto que tinha chegado a conclusão que não ia aprender a fazer o diagnóstico de enfermagem de jeito nenhum, porque ele era muito difícil e complicado...

Depois dos cursos, das palestras, começaram os estudos de casos e percebi que o diagnóstico continuava complicado... Mas,

aos poucos, conforme o processo de implementação foi acontecendo a nossa ansiedade foi diminuindo, elaborar os diagnósticos foi se tornando algo mais fácil, mais natural... Conforme entrevistávamos o paciente, já conseguíamos estabelecer uma relação entre os problemas de enfermagem que ele apresentava e os possíveis diagnósticos... Aos poucos foi ficando mais fácil. Hoje ainda continuo achando o diagnóstico algo difícil, mas é algo que consigo fazer. Tenho capacidade para isso.

A vinda do diagnóstico, embora tenha nos deixado confusas no início, porque era uma coisa nova, que não tínhamos domínio, vai facilitar bastante o nosso trabalho... Atualmente considero o diagnóstico muito interessante por que ele me obriga a pensar mais nos problemas do paciente, que não são mais vistos isoladamente, são agrupados e contextualizados... Pensar em diagnóstico ainda é complicado e muito difícil... Teremos que estudar mais, conhecer melhor as patologias, as fisiopatologias... Porque o diagnóstico nos obriga a estudar!

A oficina para a construção do instrumento representa um marco histórico para as enfermeiras da Clínica Médica... Assim que entrei aqui, há cinco anos atrás, me diziam que era uma unidade pesada, difícil de trabalhar... Que o nível dos pacientes era muito ruim, que eu ia ficar bem cansada e desgastada porque os auxiliares de enfermagem viviam cansados, doentes... Por que a carga de trabalho era pesada e desgastante... Acredito que a oficina mudou um pouco essa cara da Clínica Médica. O fato de estarmos inovando, fazendo alguma coisa diferente, contribuindo para o aprimoramento do SAE dentro do HU, foi muito bom! Estou vendo acontecer uma coisa muito legal, que não acontecia há muito tempo: a enfermeira do noturno conversando com a enfermeira da

manhã, discutindo sobre os diagnósticos de enfermagem dos pacientes. Nós trabalhávamos muito isoladas umas das outras, não havia uma ligação entre nós, não nos reuníamos, nem mesmo para discutir os casos diferentes que surgiam... Agora o diagnóstico nos faz discutir, compartilhar idéias, pensar em realizar juntas novas atividades e isso está sendo muito bom. Quando há a possibilidade de discussão fica mais fácil aprender o processo, percebi isso pelas minhas colegas que se reuniram para discutir os estudos de caso, elas tiveram mais facilidade em aprender do que eu, que quase não participei dessas discussões... Estou muito empolgada, percebo que as minhas colegas também estão... Tenho um pouco de preguiça em estudar, mesmo assim me interessa em ler mais, em aprender mais.

A motivação que tive para participar dos encontros foi a busca do conhecimento, o fato de estarmos estudando em profundidade as intervenções, como exemplo, no caso do diagnóstico "Dor Aguda", para torná-las realmente viáveis na nossa prática... Sinceramente o que me deixou mais contente foi o fato de estarmos todas reunidas pensando a respeito de um mesmo assunto, ora concordando, ora discordando, esclarecendo juntas as nossas dúvidas. Nossas condutas foram ficando mais uniformes, menos individuais e mais representativas do nosso trabalho na Clínica Médica. Nos reunimos, conversamos e escolhemos as intervenções mais coerentes com a nossa prática profissional, respeitando as colegas, buscando consenso...

É claro que temos dúvidas em relação a algumas intervenções... Nos questionamos por que prescrevê-las, se elas darão certo, se não cairão em descrédito... Acho que é a insegurança por sermos as pioneiras... Mas apesar da insegurança, estamos muito felizes por causa deste processo, por estarmos todas juntas compartilhando das

mesmas idéias, nos reunindo e discutindo. Agora nós passamos o plantão e permanecemos na unidade discutindo os diagnósticos de enfermagem... Não é uma coisa imposta, gostamos de discutir sobre este assunto, é algo que acontece com naturalidade, com facilidade...

Considero o principal passo para a concretização do diagnóstico de enfermagem o fato estarmos sempre nos reunindo, sempre juntas, compartilhando as nossas dificuldades e pensando juntas como poderemos superá-las... Cada uma de nós precisa falar o que está sentindo em relação ao processo, expor suas sugestões... Para que não fiquem coisas pendentes, para construirmos uma base sólida, que propicie a continuidade deste processo.

Considero que será importante a participação de pessoas que sejam referência em alguns temas específicos para nos auxiliar nas discussões. Temos que discutir algumas intervenções para viabilizar a sua prática, como é o caso das condutas para o diagnóstico “Dor aguda”... Precisamos convidar pessoas com grande conhecimento sobre Dor para nos ensinar a respeito, para que nossas intervenções sejam bem fundamentadas, funcionais na prática. Convidar a Profa Diná, que é uma pessoa que conhece muito sobre o processo diagnóstico, para discutirmos nossas dúvidas... Quando estivermos mais experientes em relação ao processo e com o instrumento testado... Afinal ela é aquela que resolve todos os problemas... E pode nos ajudar a realizar as alterações necessárias para melhorarmos o instrumento... Enfim trazer pessoas que possam nos ajudar, talvez criar um plantão para o esclarecimento de dúvidas. Além disso, o DE poderia iniciar reuniões com enfermeiras das demais unidades e, até mesmo, de outras instituições que tenham experiência com a implementação do diagnóstico, maior conhecimento sobre o processo diagnóstico.

Estou bem feliz por estar conseguindo discutir com minhas colegas a respeito do diagnóstico, a respeito do paciente, do contexto da Clínica Médica... Este processo acende uma chama, nos desperta para coisas muito maiores. Preciso ler mais, estou interessada em estudar mais, vou até comprar o livro que ainda não tenho... Essa noite mesmo ficamos discutindo diagnóstico, naturalmente, o que antes não acontecia. Vejo-me totalmente dentro do processo, agora sinto falta dos encontros que não participei...

Na minha opinião o mais importante, em relação a todo este processo, é o fato da nossa equipe ser pioneira. Teremos, além do nosso crescimento profissional, o reconhecimento do trabalho desenvolvido, o que possibilitará a mudança da nossa imagem perante os demais enfermeiros do HU... A implementação do diagnóstico é uma coisa nova e, como somos referência no SAE, a nossa experiência também será útil para outras instituições. O nosso trabalho em conjunto na Clínica Médica será mais valorizado com o diagnóstico, principalmente por estarmos falando a mesma linguagem, trabalhando de maneira uniforme. As intervenções serão mantidas independente do plantão, porque foram discutidas e elaboradas por todas nós. Poderemos abordar melhor as questões da esfera emocional... Ainda temos que melhorar muito nisso, geralmente tendemos a olhar mais para as questões biológicas, precisamos realmente contemplar o paciente como um todo... Teremos mais tempo para sentar ao lado do paciente, discutir com ele a sua situação e juntos encontrarmos mudanças benéficas para a sua vida, preparando-o para retornar para casa.

Fico imaginando todas as mudanças necessárias no hospital para que a informatização do SAE aconteça e realmente funcione... A questão do número insuficiente de computadores, os problemas da

rede... Como estou no plantão noturno fico meio distante desta realidade, mas quando trabalho no plantão diurno vejo a disputa entre os médicos para a utilização do computador... Faltam até mesmo cadeiras para sentarmos, então o que dizer a respeito dos computadores... Entretanto, resolvendo-se os problemas operacionais acredito que a informatização vai facilitar muito o nosso trabalho.

Considero que não seria interessante passarmos diretamente do SAE escrito para o informatizado, porque não seríamos obrigadas a pensar, não construiríamos as nossas intervenções juntas. Seria tudo muito fácil, chegar no computador colocar o diagnóstico e ter todas as intervenções possíveis... Precisaremos estar sempre estudando, nos atualizando para não tornarmos a utilização do diagnóstico de enfermagem um ato mecânico.

Particularmente me sinto privilegiada de participar deste processo porque sou bastante diferente das minhas colegas que estudaram, fizeram especialização, mestrado... Fiquei muito centrada na minha casa, na minha família... Tinha estipulado que enquanto meus dois filhos não estivessem na escola me dedicaria somente a eles e ao trabalho. Agora os dois estão na escola e este é o meu momento. A implementação do diagnóstico, para a minha vida particular, está sendo importante porque me mostra que eu tenho capacidade de estudar, não é o fato de ter ficado seis anos sem estudar que vai comprometer o meu desempenho... É claro que eu tenho lido artigos, mas sem a obrigação de construir algo, de desenvolver um trabalho conjunto. Agora isso só tende a melhorar, vou buscar estudar mais, preciso me especializar...

Os auxiliares de enfermagem que trabalham conosco estão nos vendo estudar, coisa que eles não estavam acostumados, e estão

motivados a estudarem também, alguns querem fazer o curso técnico, fazer a graduação. Tenho percebido o interesse de alguns funcionários em relação ao diagnóstico. Discuti com uma funcionária os diagnósticos de enfermagem e as intervenções correspondentes explicando o porque de cada uma delas... Ela ficou toda empolgada e disse que tínhamos que aprofundar logo o nosso conhecimento sobre Dor para colocarmos em prática algumas intervenções.

Na visão dos funcionários, de uma forma geral, a palavra diagnóstico sempre esteve associada ao médico e agora, com a nossa proposta de implementação do diagnóstico de enfermagem, esta visão mudou. Eles também acham que vai facilitar o trabalho, que vai mudar a concepção da Clínica Médica perante as outras unidades. Alguns dizem que agora ficam felizes de trabalhar aqui por que é a unidade onde o diagnóstico de enfermagem está sendo iniciado. Estão interessados em conhecer mais sobre o diagnóstico... Alguns até verbalizam a necessidade de fazer um curso de digitação para estarem preparados para a informatização do SAE... Procuro sempre estar próxima dos funcionários e percebo que eles estão preocupados em estudar também... Eles percebem que o diagnóstico amplia a nossa visão, tomamos consciência de questões para as quais anteriormente não estávamos atentas... Então vamos subindo degraus, quase sem perceber...

A participação da diretora de divisão e de alguém da educação continuada foi decisivo, porque deu suporte para as mudanças que queríamos implementar... Trouxe conhecimento complementar, além do cotidiano da Clínica Médica, que nos ajudou a entender como as coisas seriam viabilizadas. Facilitou e agilizou o andamento do processo, para que ele fosse colocado logo em prática... A

apresentação do instrumento novo para todos os funcionários, com a participação de vocês, foi decisiva, deu suporte para o nosso grupo. Foi um reforço positivo de que vocês acreditavam no nosso trabalho, que ele daria certo e que vocês concordavam com ele.”

O SAE vem sendo desenvolvido, ininterruptamente, pelas enfermeiras do HU-USP desde o início das atividades do DE em 1981. Representa a crença compartilhada pelas enfermeiras do DE e pelas docentes da EEUSP, celebrando décadas de integração docente assistencial, de que o processo de enfermagem é um método de trabalho que orienta o cuidado individualizado ao cliente e que conduz a uma prática de enfermagem emancipatória propiciando, assim, o alcance e cumprimento das metas estabelecidas para a assistência, o ensino e a pesquisa de enfermagem no HU-USP.

O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE requer a concretização de mudanças no processo de trabalho de todos os profissionais de enfermagem, principalmente da enfermeira. Nesse sentido pressupõe, também, a necessidade de cada profissional transformar-se individualmente, ou seja, modificar o seu sentir, pensar e agir.

A análise interpretativa das narrativas possibilitou a construção de três categorias: percepção do SAE antes da implementação do diagnóstico de enfermagem; percepção do SAE com a implementação do diagnóstico de enfermagem e percepção dos novos caminhos do SAE, que serão apresentadas a seguir.

7.1 Percepção do SAE antes da implementação do diagnóstico de enfermagem

Nesta primeira categoria são apresentadas as percepções das colaboradoras deste estudo a respeito do SAE, antes da proposta de implementação do diagnóstico de enfermagem, sendo consideradas as informações recebidas segundo suas experiências e vivências em diferentes contextos.

De acordo com as falas das colaboradoras as informações teóricas ou teórico-práticas recebidas no curso de graduação, bem como as experiências vividas no próprio HU-USP e em outras realidades institucionais, influenciaram sua percepção sobre o SAE desenvolvido pelos profissionais de enfermagem:

“Ingressei na unidade de Clínica Médica há 12 anos atrás. Não possuía nenhuma experiência com o SAE, a abordagem desse tema na faculdade havia sido muito teórica e nada prática. Foi uma experiência muito boa, aprendi a utilizar o SAE para direcionar minhas ações e planejar a assistência de enfermagem. Tive a oportunidade de trabalhar em um outro hospital que não utilizava o SAE e constatei como era difícil realizar o planejamento dos cuidados... Ficava perdida por não conseguir direcionar as ações que pretendia para cada paciente...” {Meresankh}

“Durante a minha graduação pouco se falou sobre o SAE... Na época foi abordado somente o conteúdo teórico e não tivemos a oportunidade de vivenciar a prática da sistematização. Quando me formei, há oito anos atrás, decidi vir para o HU na expectativa de aprender como desenvolver minhas atividades de maneira sistematizada. Após todos esses anos aqui no HU, utilizando o SAE, não consigo imaginar como seria o trabalho da enfermagem sem o SAE...” {Cleópatra}

“Na faculdade tive uma noção superficial sobre o SAE e, assim que me formei, trabalhei por um ano em uma Unidade Básica de Saúde, onde este processo não era utilizado. Desde o princípio, quando ingressei no HU, considerei muito boa a experiência de trabalhar com o SAE. Percebia que ele direcionava as ações de enfermagem, ninguém ficava perdido. Pela minha experiência anterior pude constatar que onde não há a sistematização cada um realiza a assistência da forma que quer, do jeito que acha que é certo...” {Nefertite}

“Durante a minha graduação realizei a maioria dos estágios aqui no HU, onde aprendi a desenvolver o SAE. Na primeira vez que vim estagiar no HU tive muita dificuldade para aprender a utilizar o SAE na prática porque tínhamos tido apenas a noção teórica na faculdade... Com o passar do tempo fui aprendendo como utilizar a sistematização no dia a dia e tudo foi ficando mais fácil. Ao estagiar em outros hospitais constatei que, geralmente, a enfermeira e sua equipe não tinham um espaço oficial para registrar a assistência prestada, os profissionais focalizavam-se somente nas questões da esfera biológica... Pude então perceber a importância do SAE... No HU a enfermeira obtinha informações do paciente como um todo, colhendo a sua história de vida, com a finalidade de planejar uma assistência individualizada... Isso diferenciava, e continua diferenciando, o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras do HU.” {Neith}

Assim, as colocações das colaboradoras evidenciaram que a abordagem do processo de enfermagem durante a graduação, geralmente, ocorreu superficialmente e focalizando apenas a dimensão teórica. Somente após ingressarem no HU-USP e vivenciarem o SAE, na teoria e na prática, puderam perceber a importância desse modelo assistencial como elemento norteador da assistência desenvolvida pelos profissionais de enfermagem.

A análise das falas referentes a essa primeira categoria possibilitou a construção da seguinte subcategoria:

7.1.1 Aspectos referentes à operacionalização do SAE

As colaboradoras explicitam que a vivência da execução diária do SAE possibilita além da reflexão a respeito da sua operacionalização, a realização de comparações com outros cenários institucionais ressaltando aspectos facilitadores e aspectos dificultadores do trabalho assistencial. É interessante observar, nas falas das enfermeiras, a presença dos pólos positivo e negativo considerados simultaneamente:

“Ao longo desses anos, trabalhado no HU e em outros hospitais que não utilizavam o SAE, considero que o SAE proporciona autonomia para a enfermeira e é muito importante para a equipe de enfermagem uma vez que, ao direcionar os cuidados que deverão ser realizados, proporciona à equipe a aproximação dos pacientes que adquirem mais confiança e segurança. Na minha opinião o principal ponto negativo do SAE reside no fato do tempo que é despendido para a sua operacionalização. Estamos constantemente escrevendo, escrevendo... E isso tem nos distanciado dos pacientes e dos funcionários”. {Meresankh}

“Vejo o SAE como uma ferramenta que permite, além da operacionalização das nossas ações, uma melhor visualização do trabalho desenvolvido por toda equipe de enfermagem... Mas existem algumas coisas que precisam ser modificadas. Considero que o SAE tem um aspecto muito bom, organizado, sistematizado, porém tem o aspecto burocrático, perdemos muito tempo escrevendo informações repetidamente...” {Nitóris}

“Percebo que o SAE é uma boa maneira de se estabelecer a assistência de enfermagem, eu não conseguiria trabalhar hoje sem utilizá-lo... Porém acho difícil realizar adequadamente todas as suas etapas, devido o número de enfermeiras da Clínica Médica, que não corresponde ao que precisamos para desenvolver adequadamente o nosso trabalho... Por um lado ganhamos com o planejamento da assistência, pelo outro perdemos um tempo importante, que poderia ser utilizado para estarmos mais próximas da equipe e dos pacientes. E só vamos estar mais próximos quando realmente conseguirmos ficar menos tempo escrevendo, porque nós escrevemos muito!” {Néftis}

“Considero que o SAE permite à enfermeira uma visão global do paciente, possibilitando a identificação das necessidades de cuidados e facilitando a distribuição diária das atividades a serem realizadas pela equipe de enfermagem. O SAE nos ajuda bastante, somos referência para o paciente, procuramos esclarecê-lo em suas dúvidas durante a nossa visita diária, realizamos orientações, enfim estamos sempre o acompanhando de alguma maneira. O que dificultava algumas de nossas ações era o fato de escrevermos muito... registrando informações desnecessárias, nem sempre o conteúdo mais adequado. Isso nos tomava grande parte do tempo...” {Cleópatra}

“Por meio do SAE, o enfermeiro pode perceber e avaliar a adequação do planejamento da assistência, fornecendo embasamento para o trabalho da equipe de enfermagem como um todo. Na minha opinião o único aspecto negativo do SAE era o tamanho das evoluções que fazíamos, gastávamos muito tempo escrevendo... Recentemente, com a revisão das normas da evolução de enfermagem, deixamos de gastar tanto tempo com a escrita e podemos estar mais próximas da assistência, supervisionar melhor o trabalho desenvolvido pelos nossos funcionários...” {Nefertite}

“A estruturação do SAE é ótima, permite ao enfermeiro visualizar o paciente como um todo. Suas etapas viabilizam o registro das informações importantes para o planejamento da assistência de enfermagem. Porém, o SAE não acontece exatamente da forma que planejamos... Não há muito consenso sobre o que deve ser registrado na lista de problemas, perdemos muito tempo escrevendo coisas que fogem da nossa dinâmica de trabalho, o que não é nada prático, repetimos informações na evolução que já constam em outros impressos... Os funcionários geralmente nos vêem como

alguém que faz somente a parte burocrática do cuidado, porque não conseguimos estar atuando junto a eles na assistência...” {Nefertari}

“O SAE é um processo de trabalho que permite ao enfermeiro levantar o histórico do paciente e identificar as suas necessidades individuais de cuidados de enfermagem, favorecendo assim a fundamentação de todo o planejamento da assistência. Por isso é importante para a equipe de enfermagem, para a unidade e para a instituição como um todo. O grande problema é que ele é um processo muito trabalhoso... Nós não fazemos somente o SAE, temos que desenvolver outras atividades, que nos sobrecarregam e interferem na nossa concentração, que acabam comprometendo a realização adequada do processo de enfermagem...” {Isis}

“Por meio do SAE nós conseguimos avaliar o paciente do início ao fim da sua permanência no HU, vamos acompanhando a evolução dos problemas, adequando a prescrição conforme a necessidade de cada paciente. As informações são registradas adequadamente permitindo uma continuidade das ações de toda a equipe. Até algum tempo atrás, em alguns momentos sentia que a operacionalização do SAE me desviava do meu objetivo maior de trabalho que era ficar junto ao paciente... Percebo que os funcionários e até mesmo os médicos se surpreendem pelo tanto que nós escrevemos, muitos deles nos vêem somente como alguém que fica a maior parte do tempo sentado, escrevendo... E isso me incomoda”. {Neith}

Segundo as falas as enfermeiras atribuem ao SAE aspectos positivos, tais como, o mérito de proporcionar segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem possibilitando, assim, a individualização da assistência. Por delimitar de forma clara o âmbito de atuação dos profissionais de enfermagem garante visibilidade e autonomia a enfermeira, no papel de coordenadora do plano de cuidados, tornando-a referência para o paciente e para a equipe de enfermagem.

No entanto, as colaboradoras atribuem, também, aspectos considerados negativos, principalmente, em relação à documentação do SAE que demanda muito tempo e as distancia da assistência e da supervisão. São explicitadas, ainda, questões como a repetição de informações; falta de consenso em relação a definição dos problemas e das condutas de enfermagem além da

presença ininterrupta de um número adequado de enfermeiras para viabilizar a operacionalização do SAE.

Chama atenção o fato do SAE ser concebido, em alguns momentos, como um processo que favorece a proximidade entre a enfermeira, os clientes e os membros da equipe de enfermagem e, em outros momentos, como uma atividade burocrática, que causa o distanciamento da enfermeira na supervisão e execução do cuidado. Essa dualidade sinaliza para a necessidade de mudanças na condução do SAE bem como para a importância das enfermeiras realizá-lo de maneira consciente e crítica, fundamentadas no raciocínio clínico, visando o alcance dos resultados pelos quais elas e toda equipe de enfermagem são responsáveis.

7.2 Percepção do SAE com a implementação do diagnóstico de enfermagem

A proposta de implementação do diagnóstico de enfermagem, como segunda etapa do SAE, embora representasse a concretização de mudanças desejadas no processo de trabalho da equipe de enfermagem, por ser algo novo e desconhecido causou, no momento de sua proposição, diferentes reações nas enfermeiras que, de modo geral, não conheciam esta etapa do processo de enfermagem e a consideravam complexa e inviável na prática.

A partir desta segunda categoria foram extraídas duas subcategorias, uma abordando a questão da dimensão técnica no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem e outra os sentimentos vivenciados nos diferentes momentos desse processo.

7.2.1 A dimensão técnica no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem

Acreditando que o sucesso do processo de mudança planejada pressupunha a capacitação das pessoas envolvidas o DE manteve a preocupação constante de propiciar às enfermeiras as condições para que pudessem capacitar-se. Esta capacitação deu-se por meio de diferentes estratégias individuais e grupais, como estudos de caso, reuniões e discussões científicas, dentro e fora do HU-USP:

“Com os estudos de casos que fizemos, como os outros enfermeiros também fizeram em suas unidades, com certeza pudemos mudar a nossa visão em relação ao diagnóstico de enfermagem. Eu mudei a minha e acredito que os colegas da Clínica Médica e os de outras unidades também. Na verdade todas as pessoas com quem pude conversar e discutir a respeito do diagnóstico nos cursos, nas reuniões, nos estudos de casos me ajudaram a compreender que ele é viável e possível”. {Meresankh}

“Considero que as reuniões realizadas aqui no hospital foram muito importantes, elas me ajudaram a compreender melhor o diagnóstico de enfermagem. As informações fornecidas foram boas, os estudos de casos também...” {Néftis}

“Certamente achava que seria uma atividade trabalhosa a princípio, mas que poderia representar a possibilidade de crescimento profissional e pessoal. Então procurei, sempre que pude, comparecer às discussões e participar de eventos externos que abordassem o tema.” {Cleópatra}

“Aprendemos que o diagnóstico de enfermagem não é algo isolado, está relacionado ao planejamento dos cuidados e a uma perspectiva, uma visão do prognóstico, ou seja, aonde eu quero chegar ao formular um determinado diagnóstico. Quando utilizamos o livro da NANDA já nos preocupamos com o estabelecimento das intervenções para cada diagnóstico, visando os resultados esperados. Certamente em breve teremos que estudar também o NIC (Nursing Intervention Classification) e o NOC (Nursing Outcomes Classification).” {Nefertite}

“Por meio dos estudos de casos compreendemos com maior clareza o processo diagnóstico e ainda pudemos constatar a singularidade da Clínica Médica, em relação às outras unidades. Quando começamos os levantamentos dos diagnósticos mais freqüentes já estávamos mais habituadas com a sua elaboração... É claro que tivemos que continuar estudando bastante, consultando os livros... Nós queríamos fazer o diagnóstico de enfermagem acontecer, queríamos que ele desse certo.” {Nefertari}

“Algumas colegas, patrocinadas pelo Departamento de Enfermagem, fizeram cursos e participaram de eventos externos sobre diagnóstico de enfermagem e compartilharam conosco, por meio de reuniões, o conteúdo que tiveram acesso. Nessas ocasiões pudemos perceber que elas tinham compreendido a importância do diagnóstico para o trabalho do enfermeiro e da enfermagem pois nos repassaram o conteúdo de forma muito tranquila, pontuando que o diagnóstico não era tão difícil de se compreender... Essas reuniões ajudaram muito no princípio da implementação. Tivemos que estudar, buscar conhecimento além das fronteiras do HU.” {Ísis}

“Considero que já passamos a fase das dúvidas mais simples, agora virão as dúvidas mais complexas, e precisaremos de maior embasamento teórico. A partir de agora a fundamentação científica será uma constante para aprimorarmos o nosso raciocínio clínico. Para continuarmos progredindo precisaremos de mais conhecimento, temos que desenvolver habilidades para lidarmos melhor com o diagnóstico de enfermagem”. {Nitócrio}

As falas apresentadas mostram que a capacitação técnico-científica foi um fator imprescindível no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE, propiciando o desenvolvimento e o aprimoramento do conhecimento teórico-prático, das enfermeiras, favorecendo transformações para uma postura mais flexível em relação à evolução do processo. Vale ressaltar que, se por um lado, há a necessidade de se promover a capacitação das enfermeiras, exigindo delas esforço e compromisso, por outro lado, a instituição tem que propiciar condições para que isto aconteça.

7.2.2 Os sentimentos vivenciados no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem

Os sentimentos experimentados pelas colaboradoras explicitam a forma como cada uma reagiu frente às mudanças decorrentes da nova proposta de trabalho. Vale salientar que alguns desses sentimentos dizem respeito desde a necessidade premente de mudanças em algumas das etapas do SAE já desenvolvidas, repercutindo diretamente no cotidiano do processo de trabalho da equipe de enfermagem, até os sentimentos causados pela necessidade de transformações de ordem individual e coletiva durante a vivência do processo.

Chama atenção o fato das enfermeiras revelarem sentimentos experienciados no início do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE diferentes daqueles experienciados durante a vivência do processo.

Dessa maneira, as falas a seguir retratam os sentimentos experimentados pelas colaboradoras no momento inicial da implementação do diagnóstico de enfermagem:

“No começo eu achava que o diagnóstico de enfermagem era algo impossível, fora da realidade... Que não iria dar certo, não conseguiríamos fazer aquilo nunca!!! Como é que teríamos tempo para estudar o livro indicado, formular os diagnósticos, colocá-los no papel e ainda acompanhar os pacientes e os funcionários??? Percebia que os colegas que estavam no primeiro curso também pensavam da mesma forma... Que não teríamos tempo, que não daria certo!!!” .{Meresankh}

“Não acreditava nesta nova proposta de trabalho, achava que o diagnóstico seria apenas uma forma de trocar o nome das coisas... No começo havia um certo descrédito em relação à implementação do diagnóstico no SAE. Tínhamos dúvidas de como seria, se daria certo... Parecia algo que iria complicar a nossa vida...” .{Nitóris}

“Meu primeiro contato com o diagnóstico de enfermagem foi horrível... No começo todos concordávamos que seria muito difícil... Impossível trabalhar com o tal diagnóstico de enfermagem!!! Fiquei desesperada, desesperada mesmo, imaginando

que ele dificultaria ainda mais a nossa aproximação da equipe e do paciente. Como se não bastasse a novidade, ainda tínhamos que comprar o tal do livro... Eu senti a compra do livro como uma imposição...” {Néftis}

“No início a implementação do diagnóstico de enfermagem me assustou um pouco... Talvez porque não conhecesse nada a respeito... Acho que no começo todo mundo se sentiu assim... Tínhamos muitas dúvidas sobre a finalidade do diagnóstico, como seria possível a sua operacionalização. Muitos consideraram que seria um trabalho a mais para o enfermeiro.” {Cleópatra}

“No princípio, quando o diagnóstico de enfermagem nos foi apresentado, acredito que os enfermeiros o sentiram como algo um pouco assustador, a maioria nunca havia trabalhado com esta etapa do SAE e considerava que seria um trabalho a mais. No entanto não encarei como algo ruim porque na verdade era a correção de uma falha, uma lacuna que ainda não havia sido preenchida no SAE.” {Nefertite}

“Apesar de alguns enfermeiros estarem bastante interessados percebi que a maioria demonstrou muita dificuldade naquela primeira abordagem... Eram muitas dúvidas em relação ao diagnóstico, que surgiu como algo novo, difícil de aceitar... Talvez a minha aceitação tenha sido diferente porque já tinha tido contato com o diagnóstico na faculdade, oportunidade que muitos dos meus colegas não tiveram.” {Nefertari}

“De um modo geral considero que, no início, a proposta de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE causou uma certa resistência nos enfermeiros... Por ser algo novo e desconhecido gerou medo... Tínhamos medo de trabalhar com uma coisa nova...” {Ísis}

“No começo senti a implementação do diagnóstico de enfermagem como uma imposição do Departamento de Enfermagem... As enfermeiras que tive contato disseram ter sentido o mesmo também... Eu era uma daquelas que não podia nem ouvir falar em diagnóstico de enfermagem, fingi que ele não existia enquanto pude... Achava que era uma coisa a mais, dentre tantas outras que tinha de dar conta... E ainda estavam inventando mais essa moda...” {Neith}

Fica resgatado que o contato com a nova proposta de trabalho estabelecida pelo DE causou, em muitas enfermeiras, sentimentos de desconforto,

como medo, insegurança, fragilidade, desespero, dificuldade em aceitar o novo e percepção da proposta como uma imposição da chefia. Tais sentimentos percebidos e expressos coletivamente desencadearam reações como fuga, descrédito e, conseqüentemente, resistência à proposta, considerada como um fator dificultador do trabalho. Cabe enfatizar que as colaboradoras que referiram aceitação na implementação do diagnóstico de enfermagem, vendo-a como um acontecimento positivo, tinham tido contato prévio com esta etapa do SAE no curso de graduação.

Como dito anteriormente, a metodologia adotada no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE, procurou privilegiar a participação efetiva das enfermeiras sendo necessário, para tanto, que as mesmas se capacitassem gradativamente. As colaboradoras, na vivência das diferentes etapas desse processo, expressaram as seguintes percepções e sentimentos:

“No primeiro curso ouvi muitas colegas comentarem entre si que não iam conseguir fazer o diagnóstico, que não entendiam por que queriam complicar tanto o SAE, que era mais fácil manter tudo do jeito que estava, enfim que era impossível fazer o diagnóstico. Outras colegas diziam que, como não havia outro jeito, tínhamos que tentar entendê-lo... Percebia muita dificuldade tanto em mim quanto nas outras enfermeiras. Nesse curso inicial pensei que nunca conseguiria fazer o diagnóstico...”
{Neith}

“Logo que entrei no HU ocorreu o primeiro curso sobre diagnóstico de enfermagem. Foi ótimo como vocês abordaram o assunto, conduziram o processo de uma forma clara, dizendo o que era o diagnóstico, para que ele servia e porque seria importante a sua implementação no SAE. O diagnóstico foi incorporado ao nosso dia a dia, de forma gradual.” {Nefertari}

“No início deste processo parecia que não conseguiria aprender a trabalhar com o diagnóstico de enfermagem, tinha que consultar o livro da NANDA o tempo todo... E perdia muito mais tempo! Então comecei a estudar o livro em casa, para perder um pouco do medo. Na tentativa de entender o conteúdo, correlacionava as características definidoras com as patologias dos pacientes, como se fosse um jogo...”
{Néftis}

“Quando começamos a elaborar os diagnósticos tivemos muitas dificuldades e não tínhamos a quem recorrer, era tudo novo para todo mundo. Então senti dificuldade por não termos alguém mais experiente para nos auxiliar em nossas dúvidas... Até mesmo as chefias estavam participando do processo, aprendendo junto com a gente.”
{Nitóris}

“O processo foi meio demorado no início, só deslançou mesmo quando começamos a fazer o diagnóstico de enfermagem nas unidades, aí sim, o negócio começou a andar mais rápido. Para que o processo de implementação tivesse sido mais fácil acho que o grupo de enfermeiros deveria ter participado mais.” {Meresankh}

“Desde o início deste processo até hoje, quando estamos prestes a testar um instrumento que nós mesmas construímos, tenho percebido a preocupação de discutirem-se, gradativamente, os passos para a implementação do diagnóstico no SAE e sinto isso como um estímulo positivo.” {Cleópatra}

Algumas colaboradoras evidenciaram a transformação que ocorreu nos sentimentos como os de desconforto inicial, no plano individual e coletivo, para outros sentimentos mais favoráveis e assim mudar a sua concepção a respeito dessa vivência. Pelas falas a fundamentação de cada uma das etapas do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem e a possibilidade de participação ativa tiveram papel de destaque nesta transformação positiva:

“Percebemos que o diagnóstico não era um bicho de sete cabeças, que de alguma forma ele nos ajudaria, principalmente na diminuição do tempo gasto para a viabilização do SAE... Fomos nos recuperando do susto inicial e realmente entramos no esquema, incorporamos o processo e, atualmente, acreditamos que ele veio realmente para melhorar muitas coisas...” {Ísis}

“Sinceramente o que me deixou mais contente foi o fato de estarmos todas reunidas pensando a respeito de um mesmo assunto, ora concordando, ora discordando, esclarecendo juntas as nossas dúvidas.” {Neith}

“Sinto que melhoramos por acreditar no processo, tanto que já estávamos discutindo, ao final da oficina, o que poderíamos fazer para melhorar a nossa atuação e a da

nossa equipe. Até nos esquecemos que não gostaríamos do diagnóstico de enfermagem, e não gostaríamos porque não o conhecíamos, por ignorância mesmo...” {Nitócris}

“Com o passar do tempo e com a intensificação das discussões, passei a encarar o diagnóstico como um desafio, uma possibilidade de construir uma coisa nova, diferente do SAE que estamos acostumadas e, dessa forma, melhorar a nossa assistência.” {Cleópatra}

Dentre as estratégias participativas adotadas a realização do teste piloto, na unidade de Clínica Médica, foi apontado pelas enfermeiras como um evento singular que permitiu, a cada encontro nas oficinas de trabalho, a partilha de conhecimentos, dúvidas, dificuldades, sentimentos de desconforto e de desafios. Esse compartilhamento gerou sentimentos de integração e valorização do grupo e da unidade.

A construção coletiva de um instrumento para viabilizar a operacionalização do diagnóstico de enfermagem em sua prática cotidiana e a possibilidade de serem ouvidas em suas necessidades e proposições, ocasionaram, ainda, sentimentos de apropriação e co-responsabilidade na concretização dessa fase do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE:

“Trabalho aqui há doze anos e me sinto muito orgulhosa do primeiro teste piloto com o diagnóstico de enfermagem, que é importante e mundialmente reconhecido, estar sendo realizado na Clínica Médica... Isso mexe com o nosso ego, dá um gostinho diferente... Isso é muito legal!!!” {Meresankh}

“As outras colegas perceberam a mudança na nossa fala e ela só ocorreu porque realizamos a construção em conjunto... A responsabilidade foi compartilhada e, caso não desse certo, seria um fracasso do grupo e não de uma única pessoa. Todos nos empenhamos, participamos das reuniões, inclusive as enfermeiras do noturno... Porque o processo teve realmente sentido para o grupo, a construção do instrumento seria nossa responsabilidade, e todas acreditamos nele.” {Nitócris}

“O que foi realmente bom neste processo de implementação, de melhor mesmo, foi a nossa oficina para a construção do instrumento, principalmente pela participação de um representante da educação continuada e da nossa diretora de divisão, que sempre nos incentivou muito. Quando começamos a oficina percebi realmente como era

gostoso, porque era muito desafiador... Entender os diagnósticos de enfermagem, selecionar as melhores intervenções, enfim discutir com os colegas... “{Néftis}

“É um privilégio para nós, enfermeiras da Clínica Médica, termos tido a oportunidade de sentar e discutir todas as questões e particularidades da nossa unidade... Ter construído o instrumento como queríamos, ter participado das decisões, sermos integrantes da primeira unidade a realizar o teste piloto... É pensar que ainda teremos a possibilidade de avaliar se isso realmente melhorará a nossa assistência. Considero tudo isso bastante importante! Importante e gratificante porque além de sermos as pioneiras nesta etapa do processo de implementação do diagnóstico, poderemos discutir muito mais, constatar se ele realmente trará algo de produtivo.” {Cleópatra}

“A construção deste instrumento foi algo de muito valor porque foi realizada pelo nosso grupo, que vivencia a realidade da Clínica Médica, com a participação da nossa diretora de divisão e um representante da educação continuada. Foi um mérito de todos nós, juntos. Desde que entrei aqui nunca soube de um instrumento construído pelos enfermeiros da assistência, também todos os instrumentos já estavam implementados há muitos anos e não havia nenhuma proposta de mudança no SAE... Quando nós participamos o nosso envolvimento é maior, nos doamos mais, nos empenhamos porque queremos facilitar o nosso trabalho.” {Nefertite}

“Considero que a realização da oficina para a construção do instrumento a ser utilizado na Clínica Médica favoreceu a união das enfermeiras, porque sempre houve muitas picuinhas entre os plantões... Foi um espaço onde pudemos reunir as enfermeiras de todos os plantões, o que nem sempre acontecia, para discutirmos juntas a nossa realidade e constatarmos que as nossas dificuldades eram praticamente as mesmas... Isso possibilitou que aprofundássemos as discussões e buscássemos a saída juntas. Foi ótimo porque foi uma atividade desenvolvida em conjunto, passamos a valorizar mais o trabalho das colegas. Percebemos que todas temos dificuldades, independente do plantão, e estamos procurando fazer o que será melhor para todas nós. Tanto que hoje estamos felizes com o instrumento que construímos...” {Nefertari}

“Acredito que esta oficina foi muito importante para todas nós pela oportunidade que tivemos de nos colocar e perceber que cada uma poderia contribuir de alguma forma, compartilhando a sua vivência e as suas experiências... Durante as reuniões cada

uma de nós teve a oportunidade de se posicionar em relação às atividades desempenhadas no dia a dia... Pudemos refletir sobre a nossa realidade e crescer em grupo, discutindo os diagnósticos, associando-os aos problemas de enfermagem e estabelecendo as intervenções adequadas para eles. Acredito que com a nossa oficina foram sanadas algumas dúvidas tendo ficado claro que precisamos continuar estudando, cada vez mais, porque novas dúvidas surgirão...” {Ísis}

“A oficina para a construção do instrumento representa um marco histórico para as enfermeiras da Clínica Médica... O fato de estarmos inovando, fazendo alguma coisa diferente, contribuindo para o aprimoramento do SAE dentro do HU, foi muito bom! Estou vendo acontecer uma coisa muito legal, que não acontecia há muito tempo: a enfermeira do noturno conversando com a enfermeira da manhã, discutindo sobre os diagnósticos de enfermagem dos pacientes. Nós trabalhávamos muito isoladas umas das outras, não havia uma ligação entre nós, não nos reuníamos, nem mesmo para discutir os casos diferentes que surgiam... Agora o diagnóstico nos faz discutir, compartilhar idéias, pensar em realizar juntas novas atividades e isso está sendo muito bom. Quando há a possibilidade de discussão fica mais fácil aprender o processo. Estou muito empolgada, percebo que as minhas colegas também estão...” {Neith}

As enfermeiras explicitaram, ainda, que nos encontros, durante a construção do instrumento, quando puderam compartilhar seus sentimentos e suas vivências, perceberam semelhanças entre as situações por elas vividas, independentemente do plantão ao qual pertenciam. A visão do todo fez com que se conscientizassem da dimensão desse momento e se tornassem solidárias uma vez que os problemas eram comuns e as respostas precisavam ser buscadas em conjunto. O teste piloto foi um evento que causou, nas palavras das colaboradoras, a valorização do grupo de enfermeiras da Clínica Médica. Chama atenção o fato de assumirem, no plano individual e coletivo, a responsabilidade pelas atividades desenvolvidas nas oficinas de trabalho quando passaram a considerar que a proposta não era mais uma perspectiva imposta pelo DE mas sim uma proposta compartilhada por todo o grupo, que passava a verbalizar sua crença no processo.

Dessa forma, a partir do momento em que as colaboradoras foram incorporando o processo de mudança, buscando o conhecimento necessário para sua capacitação e tornado-se partícipes ativas, passaram a refletir sobre a nova realidade e sobre os acontecimentos vividos assumindo uma outra postura em relação a eles:

“Não tenho nenhuma discordância de como o processo foi conduzido até agora, ele tinha que ser iniciado de alguma forma. Se o DE do Hospital Universitário da USP acreditou no diagnóstico de enfermagem e desenvolveu algumas estratégias para a sua implementação, achando que ele iria dar certo, o que atualmente concordo, com certeza ele vai dar certo.” {Meresankh}

“Pensando bem hoje eu não vejo como teria feito esta implementação de forma diferente, porque precisávamos vivenciar a dificuldade do processo para valorizá-lo e para conseguir compreendê-lo... Para sentirmos que este processo foi viabilizado a partir da nossa realidade, que ele não foi imposto, nós o construímos vivendo-o a cada dia. Atualmente sinto-me bastante à vontade neste processo, pois gosto muito quando tenho a oportunidade de aprender coisas novas”. {Mitócris}

“Com o passar do tempo, fui amadurecendo, conseguindo pensar melhor no diagnóstico, avaliar a sua utilidade... No começo a nossa reação em relação ao diagnóstico foi praticamente unânime, que seria algo difícil, impossível de se trabalhar e agora nós não vemos a hora de iniciarmos o teste piloto, estamos ansiosas para aplicar o instrumento e avaliar os resultados...” {Néftis}

“Realizar essa oficina na Clínica Médica foi ótimo, nós escolhemos os diagnósticos que constariam no instrumento, fundamentadas no levantamento que nós mesmas tínhamos realizado, discutimos e selecionamos as intervenções. Nós criamos o instrumento do nosso jeito e ainda temos a liberdade para mudar o seu conteúdo... E isso é muito bom afinal somos nós que vamos utilizá-lo no dia a dia!!!” {Nefertite}

“Depois dos cursos, das palestras, começaram os estudos de casos e percebi que o diagnóstico continuava complicado... Mas, aos poucos, conforme o processo de implementação foi acontecendo a nossa ansiedade foi diminuindo, elaborar os diagnósticos foi se tornando algo mais fácil, mais natural...” {Neith}

As colaboradoras, com a intensificação da sua participação, iniciada gradativamente com a realização dos estudos de caso e prosseguindo com a realização das oficinas de trabalho na unidade de Clínica Médica, evidenciam em suas falas que a mudança passa a ser vista como um evento positivo que se projeta rumo ao futuro. Dessa forma, as enfermeiras passam a compartilhar os compromissos e as responsabilidades conscientizando-se do seu potencial:

“Percebo que quando a gente se propõe a se reunir e a trabalhar juntos as coisas dão certo, elas acontecem, está aí o instrumento que é o resultado do nosso trabalho. Estamos vendo o diagnóstico de outra maneira e percebo que os enfermeiros de outras unidades também. Especificamente só o fato de construirmos um instrumento para ser utilizado na nossa realidade prática já é uma grande evolução...” {Meresankh}

“O diagnóstico de enfermagem continua sendo um desafio. O desafio de fazer cada vez melhor! Outros hospitais já possuem o diagnóstico de enfermagem implementado e, os que não o tem, certamente o terão. A enfermagem do ICA é referência para o SAE e deve continuar sendo, para isso temos que dar conta dos desafios que forem surgindo. Apesar da nossa pouca experiência em realizar o diagnóstico no dia a dia, sinto-me bastante à vontade com o instrumento que criamos. Ele reflete a nossa realidade de trabalho na Clínica Médica, representa aquilo que vivenciamos no cotidiano. Sinto que às vezes no grupo temos algumas divergências pessoais, outras profissionais, que fazem parte do processo. Foi bom participar da oficina, me senti bem à vontade, acredito que o instrumento será útil...” {Nitóris}

“Participar da oficina foi muito importante, estimulante, enriquecedor. Estudamos muito, trocamos idéias, percebemos uns aos outros, aprendemos a respeitar a opinião de cada um no grupo e crescemos bastante. Foi bem legal, pois ao mesmo que estávamos estudando seriamente, também estávamos bem descontraídos, por isso gostei muito, por isso foi tão interessante.” {Néftis}

“Conseguimos obter o consenso, por meio da nossa argumentação nas discussões da oficina, escolher os diagnósticos de enfermagem que retratassem, de uma forma geral, todos os pacientes por nós atendidos. Finalizamos de uma forma satisfatória para todas nós, espero que na prática o nosso trabalho se concretize. Estamos dispostas e

ansiosas para começar logo o teste piloto e avaliar os resultados. Tivemos boa vontade, união entre o grupo, e estamos torcendo para que tudo dê certo.” {Nefertari}

“Acredito que a implementação do diagnóstico será muito importante para todos nós, porém, se pretendemos continuar sendo referência em SAE, devemos continuar investindo em nosso crescimento.” {Nefertite}

“A construção do instrumento é o resultado de um trabalho desenvolvido com muito empenho, muito esforço e até mesmo competência... Porque tudo que é novo, precisa de fundamentação por meio do conhecimento que deve ser buscado... E nós buscamos o conhecimento para fundamentar este novo processo de trabalho, porque acreditamos que ele vai melhorar a assistência da Clínica Médica... Afinal o nosso intuito é estarmos melhorando continuamente. Percebo minhas colegas bastante motivadas e esta motivação foi desencadeada por esta etapa do processo, que vai ser muito boa e que vai dar certo.” {Ísis}

“A motivação que tive para participar dos encontros foi a busca do conhecimento, o fato de estarmos estudando em profundidade as intervenções, para torná-las realmente viáveis na nossa prática... Nossas condutas foram ficando mais uniformes, menos individuais e mais representativas do nosso trabalho na Clínica Médica. Nos reunimos, conversamos e escolhemos as intervenções mais coerentes com a nossa prática profissional, respeitando as colegas, buscando consenso... A implementação do diagnóstico é uma coisa nova e, como somos referência no SAE, a nossa experiência também será útil para outras instituições.” {Neith}

Fica claro que para uma das enfermeiras a tomada de consciência em relação ao seu potencial extrapola a dimensão profissional projetando-se para a dimensão de sua vida particular:

“A implementação do diagnóstico, para a minha vida particular, está sendo importante porque me mostra que eu tenho capacidade de estudar, não é o fato de ter ficado seis anos sem estudar que vai comprometer o meu desempenho... É claro que eu tenho lido artigos, mas sem a obrigação de construir algo, de desenvolver um

trabalho conjunto. Agora isso só tende a melhorar, vou buscar estudar mais, preciso me especializar...” {Neith}

Como citado, anteriormente, a apropriação gradativa desta etapa da implementação do diagnóstico de enfermagem permitiu às colaboradoras transformarem, processualmente, os sentimentos de desconforto em sentimentos positivos como a realização pessoal e profissional. Essa transformação não ocorreu somente pela construção do instrumento, mas principalmente, pela possibilidade de juntas assumirem as responsabilidades e visualizarem as perspectivas referentes à condução e à avaliação do processo. Apesar das incertezas reveladas as enfermeiras mostram transformações ocorridas não só na forma de sentir, mas também na maneira de pensar e reagir referindo-se ao preparo para lidar com os desafios futuros:

“Depois de vivenciar algumas etapas do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem e, principalmente, ao participar da oficina de trabalho na Clínica Médica, possuo uma opinião muito diferente, tenho certeza que ele vai dar certo. Só depende de cada um de nós... Vou me esforçar para que dê certo, vestir a camisa mesmo. Afinal faço parte deste processo!!!” {Meresankh}

“Neste momento teremos que ter mais tranquilidade e muita humildade para discutir com os colegas sobre os diagnósticos que não compreendemos ainda, que não sabemos como intervir. Os diagnósticos que listamos no instrumento são os mais frequentes, mas vão aparecer outros, e precisaremos saber a quem recorrer quando surgirem essas dúvidas...” {Nitócris}

“Precisamos estar abertas para aprendermos com os nossos funcionários também, pois eles têm muito a contribuir conosco, principalmente na questão do diagnóstico, por meio deles receberemos muitas informações... Por isso temos que trabalhar juntos e estudar muito!” {Néftis}

“Sinto-me animada a participar deste processo, sei que preciso estudar mais, para atuar de uma forma melhor... Pretendo me empenhar ao máximo neste teste piloto, discutir o diagnóstico com toda a equipe de enfermagem, incentivar a sua

participação... Afinal é uma ótima oportunidade para todos nós podermos participar de algo que ainda está em construção. Apesar das dificuldades e desafios que teremos acredito que vai dar certo, acho que as minhas colegas acreditam também.” {Cleópatra}

“Acredito que a implementação do diagnóstico será muito importante para todos nós, porém, se pretendemos continuar sendo referência em SAE, devemos continuar investindo em nosso crescimento. Por isso devemos continuar com os estudos de casos, discutir em profundidade aqueles que forem mais complicados. Temos muito que aprender sobre diagnóstico de enfermagem...” {Nefertite}

“Por um lado sermos as pioneiras é bom porque poderemos incentivar o desenvolvimento do grupo de enfermeiros do hospital, mas por outro lado é ruim porque estamos correndo o risco de errarmos e errarmos muito... E na verdade ninguém quer errar... E temos medo de errar. Queremos fazer algo muito bem feito para que as outras enfermeiras possam se beneficiar do resultado, enfim possam aproveitar a nossa experiência.” {Nefertari}

“É claro que temos dúvidas em relação a algumas intervenções... Nos questionamos por que prescrevê-las, se elas darão certo, se não cairão em descrédito... Acho que é a insegurança por sermos as pioneiras... Mas apesar da insegurança, estamos muito felizes por causa deste processo, por estarmos todas juntas compartilhando das mesmas idéias, nos reunindo e discutindo. Agora nós passamos o plantão e permanecemos na unidade discutindo os diagnósticos de enfermagem... Não é uma coisa imposta, gostamos de discutir sobre este assunto, é algo que acontece com naturalidade, com facilidade...” {Neith}

Nesta segunda subcategoria, caracterizada pelo resgate dos sentimentos vivenciados em relação à implementação do diagnóstico de enfermagem, fica evidente que a proposta de mudança planejada continua sendo um desafio para as colaboradoras. Entretanto, já é um desafio encarado com otimismo apesar das dúvidas, medos e incertezas em relação à concretização do teste piloto e de seus desdobramentos. A presença destes sentimentos não representa mais uma ameaça e sim um sinal de alerta e de desafio para a

manutenção da atenção e do compromisso na condução do processo, por elas legitimado.

7.3 Percepção dos novos caminhos do SAE

Nesta terceira categoria são regatadas as percepções das enfermeiras em relação aos novos caminhos do SAE, com a integração da etapa do diagnóstico de enfermagem, sendo construídas duas subcategorias. A primeira subcategoria considerando a condução da equipe de enfermagem e a segunda a proposta de informatização do SAE.

7.3.1 Na condução da equipe de enfermagem

As colaboradoras, ao se apropriarem do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem, mostraram que as dificuldades podem ser superadas e as diferenças individuais diminuídas pela complementaridade de suas ações. Para tanto apontam os caminhos possíveis para o prosseguimento e aprimoramento do processo de mudança:

“Com a implementação do diagnóstico de enfermagem teremos mais tempo para ficar com os funcionários e juntos planejar a assistência, com o instrumento novo eles poderão entender melhor porque estamos propondo determinada intervenção... E isso é muito importante: que a equipe fique junta e não apenas o enfermeiro sentado prescrevendo e eles só executando a prescrição.” {Meresankh}

“O diagnóstico de enfermagem vai melhorar a compreensão de toda a equipe de enfermagem em relação ao processo de enfermagem e trará maior agilidade para a sua execução. A enfermeira poderá realizar a avaliação do doente tranquilamente, e o registro será mais ágil, porque agora escreverá bem menos com o novo instrumento, que é tipo check list. A parte burocrática vai ficar de lado, o diagnóstico agilizará o registro das informações e, na minha opinião, vai nos propiciar aquilo que tanto

desejamos: ficar mais próximos do doente. Deixaremos de ficar apenas dois minutos no quarto do doente e depois gastar um tempo enorme escrevendo meia página de evolução....” {Nitócris}

“Acredito muito no instrumento que criamos, considero que ele vai facilitar a operacionalização do SAE, e teremos a oportunidade de ficar mais próximos da nossa equipe e dos pacientes... Acompanhá-los passo a passo, esclarecer suas dúvidas, enfim realizar supervisão direta... Por isso temos que trabalhar juntos e estudar muito!” {Néftis}

“Acredito realmente que o nosso trabalho será facilitado, desde que conheçamos bem os diagnósticos. Precisamos estudar a fisiopatologia dos pacientes da Clínica Médica para melhorar nossa capacidade de elaborar os diagnósticos mais adequados. Se nós não estudarmos e ampliarmos nosso conhecimento este instrumento não ajudará em nada...” {Nefertite}

“Como diminuimos o volume da nossa escrita teremos mais tempo para ficarmos ao lado dos nossos funcionários, realizando assistência direta, observando-os atuarem, orientando-os quanto às dúvidas que forem evidenciadas... Estaremos mais presentes e atentos às necessidades de treinamento e desenvolvimento para articularmos, junto à educação continuada, programas de educação permanente para que ocorra o crescimento de toda a equipe.” {Ísis}

“O nosso trabalho em conjunto na Clínica Médica será mais valorizado com o diagnóstico, principalmente por estarmos falando a mesma linguagem, trabalhando de maneira uniforme. As intervenções serão mantidas independente do plantão, porque foram discutidas e elaboradas por todas nós.” {Neith}

O instrumento criado, conjuntamente, representa para as enfermeiras a expectativa da diminuição do tempo gasto para a documentação do SAE e, conseqüentemente, a sua aproximação junto aos pacientes e equipe de enfermagem. Assim, consideram que poderão participar com maior freqüência da assistência prestada, diagnosticar necessidades de treinamento e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem e atuar, em parceria com o SEd, na condução de estratégias que propiciem a qualificação desses profissionais e a melhoria contínua da assistência de enfermagem. Fica claro que as atividades cuidativas e educativas

são valorizadas pelas enfermeiras e correspondem às expectativas que depositam em relação à sua própria atuação, no contexto da equipe de enfermagem. Além disso, as colaboradoras evidenciam a consciência da necessidade de aprimoramento contínuo de toda a equipe de enfermagem, por meio da capacitação, pela fundamentação teórica, uma vez que o instrumento é apenas uma ferramenta e os resultados desejados dependem da habilidade e competência daqueles que o utilizam. O instrumento é visto como um meio e não um fim em si próprio.

Nesse sentido, apontam para as estratégias que consideram relevantes para a adequada manutenção e concretização do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE:

“Temos que estar mais juntos: a equipe da unidade, o serviço de educação continuada, a diretora de divisão... Assim poderemos trocar experiências, refletir sobre diversos assuntos e buscar a solução para alguns problemas. Reunir os diferentes profissionais para que discutam temas referentes à prática profissional e planejem estratégias de ação, como a realização de reciclagens para preparar os profissionais para atenderem as demandas de cuidado evidenciadas pelos diagnósticos de enfermagem. Posteriormente o resultado das discussões poderia ser compartilhado com as outras unidades, para o hospital inteiro...” {Meresankh}

“Para a concretização da implementação do diagnóstico no SAE precisamos ter acesso aos artigos científicos que forem surgindo. Gostaria que houvesse alguém responsável pela busca a estes artigos e que os deixasse num local onde todas nós tivéssemos acesso... Assim conseguiríamos nos atualizar mais rápido, ficaria mais ágil. Seria importante que realizássemos visitas a outros serviços ou que tivéssemos contato com pessoas que trabalham a mais tempo com o diagnóstico, que já viveram a experiência de implementação. Isso fará com que enxerguemos novas possibilidades, auxiliará na compreensão de outros aspectos do processo.” {Nitócris}

“A nossa chefia, juntamente com a educação continuada, precisa manter o incentivo para as pessoas estarem estudando, trazendo profissionais para falarem sobre diversos assuntos. Considero que isso também seria fundamental na concretização do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem. Teremos que estudar bastante para atualizarmos os diagnósticos e adequá-los à realidade do hospital, à

realidade de cada unidade... Desenvolver as intervenções com vistas aos resultados esperados.” {Néftis}

“Considero muito importante o interesse pessoal de cada uma de nós e o envolvimento do grupo como um todo... É, além disso, acreditar no processo que está sendo desenvolvido, apesar das dificuldades. Precisamos estudar sozinhos e em grupo, nos reunir, discutir os diagnósticos que fomos formulando para cada paciente, trocando nossas experiências, definindo as intervenções a serem realizadas... É uma forma de estarmos crescendo juntos e solucionando algumas dúvidas... Sinto que para desenvolver estas atividades precisamos de uma fundamentação teórica maior. A chefia poderá nos ajudar estabelecendo conosco algumas metas, convidando outros profissionais com experiência no diagnóstico para participar das nossas reuniões, com a finalidade de contribuir com o nosso desenvolvimento.” {Cleópatra}

“Temos que estudar muito, nos dedicar mesmo, afinal o IAU é pioneiro no SAE, uma referência nacional, por isso devemos ter a mente aberta e encarar o diagnóstico de enfermagem como algo importante e necessário. Ao iniciarmos a utilização do novo instrumento certamente teremos dificuldades. Então seria muito bom se mantivéssemos as reuniões na unidade e pudéssemos contar com a presença de pessoas com experiência no processo diagnóstico, para obtermos auxílio nas discussões. Além disso, poderia ser propiciada a nossa participação em eventos sobre o tema, para nos atualizarmos constantemente” {Nefertite}

“Considero muito importante continuarmos com as discussões envolvendo a nossa chefia, a diretora de divisão e alguém da educação continuada, porque vocês também estão estudando e servem de apoio, ficam na retaguarda. Precisamos estar sempre em contato, temos que realizar as reuniões com mais frequência, para que as coisas não se percam... Além disso, será muito importante trazer pessoas com conhecimento em diagnóstico de enfermagem, e até mesmo com domínio em outras áreas para que possamos ampliar nosso conhecimento e melhorar nossas intervenções. O intercâmbio de conhecimento será muito importante. {Nefertari}

“Para concretizarmos o diagnóstico de enfermagem no SAE teremos que continuar estudando muito, nosso perfil de pacientes é muito complexo... Teremos que estar bem envolvidas, mantendo a boa vontade... Aceitar que podemos errar e sermos flexíveis para mudar o que for preciso. Tenho certeza que teremos de realizar mudanças no instrumento como também tenho certeza que ele dará certo. Isso tudo será muito bom

para manter a união do grupo afinal percebemos a importância de estarmos sempre juntas, discutindo a nossa realidade. É claro que sempre haverá discordâncias, mas são elas que nos trazem crescimento.” {Nefertari}

“Temos que realizar mais encontros, para discutirmos os diagnósticos de enfermagem e as intervenções. Participar de eventos fora do HU, para aprendermos mais e também divulgar o nosso processo de implementação. Seria muito importante que o Departamento de Enfermagem propiciasse a criação de espaços para discutirmos todas estas questões com as enfermeiras de outras unidades do HU... Somos as pioneiras, não tivemos um exemplo a seguir, então precisamos discutir se o nosso instrumento é viável na prática da nossa realidade... Também é muito importante a participação de alguém da educação continuada nestas discussões, como já tem acontecido, junto conosco...” {Ísis}

“Considero que será importante a participação de pessoas que sejam referência em alguns temas específicos para nos auxiliar nas discussões... Talvez criar um plantão para o esclarecimento de dúvidas. Cada uma de nós precisa falar o que está sentindo em relação ao processo, expor suas sugestões... Além disso, o DE poderia iniciar reuniões com enfermeiras das demais unidades e, até mesmo, de outras instituições que tenham experiência com a implementação do diagnóstico, maior conhecimento sobre o processo diagnóstico.” {Neith}

As falas apresentadas mostram a importância conferida pelas enfermeiras à manutenção de um processo participativo onde sejam propiciados espaços, dentro e fora do HU-USP, para o intercâmbio de conhecimentos, sentimentos, experiências, vivências e compromissos. Ressaltam a valorização da dimensão técnico-científica e a constante busca de capacitação, individual e coletiva, estabelecendo parceria com a chefia do DE, com o SEd e com outros profissionais experientes no processo diagnóstico, como fatores essenciais para o sucesso da implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do SAE.

7.3.2 Na proposta de informatização do SAE

Uma das finalidades do DE com a proposição da utilização do diagnóstico de enfermagem, como sistema padronizado de linguagem, é a de propiciar condições para a informatização do SAE. O instrumento construído pelas enfermeiras torna-se a concretização de uma etapa intermediária entre o SAE anteriormente desenvolvido e a meta a ser alcançada, o SAE informatizado:

“O instrumento que criamos é uma etapa prévia da informatização, pensar nisso me causa um certo incomodo... Imaginar que num futuro próximo não estaremos escrevendo mais nada me assusta... Mas é uma questão de hábito mesmo... de saber lidar com cada situação no momento certo. É uma questão de evolução. Isso assusta, mas só saberemos das dificuldades quando vivenciarmos esta situação... Lá aprenderemos a lidar com ela, no futuro...” {Meresankh}

“Acho ótimo estarmos caminhando para a informatização do SAE. Teremos acesso rapidamente aos dados que precisamos... Tendo o processo todo informatizado vamos estimular a pesquisa, o desenvolvimento científico. A informatização vem nos poupar tempo dos papéis para que tenhamos tempo para o cliente, para realizar realmente atividades de enfermagem.” {Mitócris}

“Às vezes fico pensando se dará certo a informatização do SAE... Sei que a informatização facilitará o nosso trabalho e tenho certeza que isso será muito bom... Entretanto temos poucos computadores na Clínica Médica e estes são muito disputados pelos médicos assistentes, pelos residentes, pelos internos... Será que teremos computadores disponíveis para a enfermagem operacionalizar o SAE??? Acho meio difícil, mas vejo que não é impossível. Precisamos estudar a questão da informatização com bastante cuidado...” {Néftis}

“Não consigo ainda imaginar como seria operacionalizada a informatização do SAE... Pelas nossas discussões parece que será algo bom, que facilitará o nosso trabalho. No entanto, o fato de passarmos de um extremo a outro, não escrevermos mais nada, me assusta, parece que vai faltar alguma coisa... Por isso precisamos nos desenvolver e ter mais segurança no processo diagnóstico, acreditando que ele vai ser muito útil também para viabilizar a informatização. Toda mudança gera dúvidas e

desconforto nas pessoas... Teremos que ser flexíveis para experimentar esta nova realidade e avaliar sua repercussão no nosso processo de trabalho.” {Cleópatra}

“Acredito que não podemos ficar desatualizados até mesmo em relação à informatização, que irá facilitar muito o nosso trabalho. A princípio ela parece um bicho de sete cabeças, mas depois vamos nos acostumar, nos adaptar, como estamos nos adaptando a não realizar mais uma evolução gigantesca... Vamos aprender a trabalhar com o diagnóstico de enfermagem e com a informática.” {Nefertite}

“A informatização do SAE vai facilitar a vida de todo mundo, no entanto, tenho um pouco de medo... O computador é uma máquina essencial, hoje em dia não dá para não a utilizarmos, mas temos que ter segurança em relação ao bom funcionamento do sistema, da máquina... Não havendo problemas funcionais vai ser ótimo, inclusive para o hospital, estaremos inseridos no contexto mundial.” {Nefertari}

“A informatização assusta um pouco, porque ainda não sabemos como ela será operacionalizada, acho que só teremos uma impressão mais concreta quando começarmos a vivenciá-la... Se quisermos ganhar tempo, para ficarmos mais próximos da equipe e dos pacientes, teremos que mudar nosso comportamento e incorporar também a inovação tecnológica, que será muito útil. Não podemos ficar ultrapassados, estacionados no processo antigo, afinal o mundo está em constante mudança e nós temos que acompanhá-las.” {Isis}

“Fico imaginando todas as mudanças necessárias no hospital para que a informatização do SAE aconteça e realmente funcione... A questão do número insuficiente de computadores, os problemas da rede... Entretanto, resolvendo-se os problemas operacionais acredito que a informatização vai facilitar muito o nosso trabalho.” {Neith}

As enfermeiras expressam que visualizam a informatização como um novo desafio a ser vivenciado. Por representar mais uma mudança gera sentimentos de alerta e de preocupação em relação à necessidade da adequação dos recursos humanos e materiais. No entanto, não são sentimentos que causam paralisia e resistência, pois as colaboradoras mostram sua disposição em assumir

atitude pró-ativa e a crença de que serão capazes de superar as dificuldades quando forem vivenciar os acontecimentos.

A transformação positiva na maneira de encarar novos desafios, decorrentes de novas necessidades de mudança, torna-se possível pelo fato das enfermeiras acreditarem e estarem envolvidas no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE. Este processo faz sentido para as colaboradoras e é valorizado porque sentem-se integradas a ele, parceiras na sua condução e responsáveis pela sua avaliação e pelo alcance dos resultados.

Para finalizar esta segunda subcategoria a fala de uma enfermeira representa uma importante e procedente preocupação em relação à utilização do diagnóstico de enfermagem:

“Considero que não seria interessante passarmos diretamente do SAE escrito para o informatizado, porque não seríamos obrigadas a pensar, não construiríamos as nossas intervenções juntas. Seria tudo muito fácil, chegar no computador colocar o diagnóstico e ter todas as intervenções possíveis... Precisaremos estar sempre estudando, nos atualizando para não tornarmos a utilização do diagnóstico de enfermagem um ato mecânico.” {Neith}

Acredito que a implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE não solucionará, por si mesma, problemas como o distanciamento da enfermeira da equipe de enfermagem e da assistência direta ao paciente e seus familiares, evidenciados enfaticamente pelas colaboradoras deste estudo. Esta nova etapa do SAE poderá, sim, simplificar o registro da documentação clínica em enfermagem. Entretanto, esse processo exigirá, cada vez mais, efetivo e atualizado conhecimento técnico-científico das enfermeiras e dos demais profissionais da equipe de enfermagem. Nesse sentido, as enfermeiras, na condição de responsáveis legais pelo SAE, devem estar atentas, avaliando continuamente junto com a equipe de enfermagem, a forma pela qual vêm desenvolvendo o plano de cuidados para não torná-lo um ato prescritivo, mecânico, rotineiro e burocrático. Apesar do conhecimento técnico-científico as enfermeiras terão que aceitar o desafio de conviver com a incerteza, que permeará a condução do processo, e

investir na participação ativa nas mudanças que forem necessárias para a adequação dos processos de trabalho.

A realização deste estudo representa um marco para a minha história pessoal e profissional. Em muitos momentos exigiu a clareza e o esforço de me posicionar, na condição de pesquisador, sendo necessário que deixasse de lado o papel de agente dessa proposta de mudança planejada. Precisei, por várias vezes, me distanciar dos acontecimentos vividos para captar o contexto global, no qual os mesmos foram sendo construídos e articulados, para realizar a análise e as reflexões a respeito da compreensão dos significados atribuídos pelas enfermeiras da unidade de Clínica Médica ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE.

Como explicitado pelas colaboradoras, a implementação do diagnóstico de enfermagem foi concebida como uma imposição, uma vez que não tinham optado por esta proposta, gerando reações de resistência e sentimentos de desconforto. Cabe ressaltar que essa concepção, inicial, referia-se não somente à percepção das colaboradoras deste estudo, mas também à percepção de outras enfermeiras, com as quais estas tiveram contato em diferentes momentos da condução do processo.

Ao longo do processo, concomitantemente à gradativa capacitação teórico-prática e ao aumento da participação, as colaboradoras tornaram-se agentes de mudança evidenciando uma transformação positiva de seus sentimentos a partir do desconforto inicial e de uma percepção desfavorável em relação à implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE. Nas narrativas as colaboradoras explicitaram, ainda, a percepção de que esta transformação positiva ocorria, simultaneamente, tanto no grupo de enfermeiras da Clínica Médica quanto no grupo de enfermeiras das demais unidades do DE.

Durante a realização do teste piloto pude observar que os sentimentos compartilhados, pelas enfermeiras, foram sendo trabalhados com mais facilidade uma vez que passaram a assumir uma atitude pró-ativa em relação a eles, confiando que podiam lidar com esses sentimentos e superar, juntas, as dificuldades. A experiência vivida mostrou que o resultado se traduziu em crescimento individual e, conseqüentemente, em efetivo produto coletivo. A

apropriação do processo pelas enfermeiras propiciou-lhes além do compartilhamento das decisões, a responsabilidade pelos resultados.

Este estudo possibilita a afirmação de que a realização do teste piloto, com as enfermeiras da Clínica Médica, foi uma experiência que permitiu ao DE direcionar os caminhos desse processo e ressaltar a importância da participação efetiva das enfermeiras assistenciais. Fica evidente que o processo participativo é mais demorado, pois exige tempo, envolvimento e determinação de todos que dele compartilham. No entanto, propicia a detecção das necessidades dos diferentes grupos, e de cada componente, fornecendo indicações para que essas necessidades sejam atendidas. Dessa forma, proporciona autonomia aos participantes, gera sentimentos de prazer e auto-realização e, conseqüentemente, o resultado obtido é mais seguro e duradouro.

A metodologia de trabalho descrita foi reproduzida com sucesso em outras unidades do DE e tem mostrado que a capacitação técnico-científica e a criação de espaços que valorizem a participação favorecem a dimensão emocional dos profissionais frente as mudanças.

Acredito que o processo de implementação do diagnóstico de enfermagem, como etapa do SAE, continua sendo construído no HU-USP e ainda se configura como um desafio a ser vivenciado pelas enfermeiras e pelos demais profissionais da equipe de enfermagem. Considero relevante ressaltar que a preocupação do DE, desde o início do processo, em favorecer condições para a capacitação técnico-científica das enfermeiras, valorizando seu potencial intelectual e criativo, criando espaços para que pudessem participar ativamente, propiciou fundamentos sólidos para que essa experiência fosse bem sucedida.

O sucesso alcançado até o momento é fruto do trabalho e do empenho de muitos agentes de mudança: enfermeiras de outras instituições e de diferentes realidades que intercambiaram o conhecimento disponível, enfermeiras docentes da EEUSP e, principalmente, enfermeiras do DE que, independentemente da distinção dos cargos desempenhados, foram assumindo, coletivamente, o desafio de consolidar e aprimorar esse processo de mudança planejada.

Apesar das dificuldades e incertezas que acompanharam, e continuarão acompanhando, o processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE, percebo a preocupação das enfermeiras do DE em fundamentar, com referencial teórico, a experiência vivida na prática, contribuindo, assim, para a construção desse conhecimento em enfermagem. Nesse sentido, a trajetória descrita, neste estudo, poderá subsidiar outras instituições na implementação do diagnóstico de enfermagem.

Finalizando, enfatizo a crença de que as mudanças organizacionais começam, e só ocorrem realmente, com a transformação de cada indivíduo. Para tanto, a condução de uma mudança planejada, independentemente de sua natureza, deve estar centrada nas pessoas, respeitando seus valores e seus temores, pois, geralmente, estas terão que modificar sua forma de pensar, sentir e agir, para se tornarem partícipes da mudança e não apenas sofrer as conseqüências dela advindas.

Anguera Argilaga MT. La observación participante. In: Aguirre Baztán A. Etnografía: metodología cualitativa em la investigación sociocultural. Barcelona: Marcombo; 1995. p. 73- 84.

Azevedo SL. Diagnósticos de Enfermagem: orientadores do cuidado ao cliente diabético. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ; 2001.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Blasco JS. Estudio de casos. In: Aguirre Baztán A. Etnografía: metodología cualitativa em la investigación sociocultural. Barcelona: Marcombo; 1995. p. 203- 8.

Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. Trad. de Ana Thorell. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. Desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem; cap.1, p. 29-34.

Chiavenato I. Os novos paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas. São Paulo: Atlas; 1996. Preparação das pessoas para as mudanças organizacionais; cap. 7, p. 245-71.

Chiavenato I. Administração nos novos tempos. São Paulo: Makron Books; 1999. Inventando e reinventando organizações; cap. 5, p.134-69.

Chiavenato I. Gerenciando pessoas: como transformar os gerentes em gestores de pessoas. 4ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002. Construindo o espírito de equipe e trabalho; cap.4, p. 47- 73.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2001. p. 77-106.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n.272, de 27.2.2002. "Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras". [online] Disponível em: <<http://planeta.terra.com.br/saude/homepage/rescofen.htm>> (3 jan 2003).

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/96. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4 (2 Supl): 15-25.

Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1989.

Cruz DALM. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na prática. Rev Esc Enferm USP 1992; 26(3): 427-34.

Cruz DALM. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. Rev Paul Enferm 1994; 13(113): 3-7.

Cruz DALM. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki, MH. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 63- 84.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 51-66.

Davis K, Newstrom JW. O trabalho e as pessoas. In: Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica; Trad. de Cecília Whitaker Bergamini e Roberto Coda. São Paulo: Pioneira; 1992. p. 3-21.

Duck JDD. Gerenciado a mudança: a arte do equilíbrio. In Mudança. Trad. de Afonso Celso da Cunha Serra. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1999. p. 56-79.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. Rev Med HU-USP 1994; 4(1/2): 63-8.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1994. p. 67- 80.

Gonçalves R, Merighi MAB. Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 121-33.

Gordon M. Nursing diagnoses, process and application. 3th. New York: Mosby; 1994.

Gualda DMR, Merighi MAB, Oliveira SMJV. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. Rev Esc Enferm USP 1995; 29(3): 297-309.

Gualda DMR. A organização do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo: filosofias e pressupostos acadêmico-assistenciais. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki, MH. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 93- 107.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.

Houaiss A. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. [CD ROM]. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Jacq C. As egípcias: retratos de mulheres do Egito faraônico. Trad. de Maria D. Alexandre. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.

Jesus CAC, Carvalho EC. Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações hematológicas: uso da taxonomia I da NANDA. Rev Lat Am Enferm 1997; 5(4): 91-9.

Lacombe F, Heilborn G. Administração: princípios e tendências. São Paulo: Saraiva; 2003. Mudanças organizacionais e a organização como um sistema aberto, cap.21, p. 419- 35.

Lima AFC, Fugulin FMT, Andreoni S, Ravaglio LMM, Hashimoto THF. O processo de cuidar. In: Cianciarullo TI, Fugulin FMT, Andreoni, S. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ícone; 1998a. p. 37- 50.

Lima AFC, Fugulin FMT, Andreoni S, Fuzii SMO. A qualidade no serviço de hemodiálise. In: Cianciarullo TI, Fugulin FMT, Andreoni, S. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ícone; 1998b. p. 51- 8.

Lima AFC, Fugulin FMT, Andreoni S, Fuzii SMO, Hashimoto THF. Elaborando e desenvolvendo padrões e critérios de qualidade. In: Cianciarullo TI, Fugulin FMT, Andreoni, S. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ícone; 1998c. p. 59- 77.

Lima AFC. O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Lima AFC, Gualda D.M.R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. Rev Esc Enferm USP 2001; 35(3): 235-41.

Manthey MER. A prática do primary nursing (enfermeira principal). Boston: Blackwell Scientific Publications; 1980. Elementos de primary nursing; p. 30-44.

Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1989.

Maximiano ACA. Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2002. Administração participativa; cap. 15, p. 457- 78

Meihy JCSB. Canto de morte Kaiwá: história oral de vida. São Paulo: Loyola; 1991.

Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 2000.

Mills WC. Nursing diagnosis: the importance of a definition. Nurs Diagn 1991; 2(1): 3-8.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6^a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21^a ed. Petrópolis: Vozes; 2002. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social; cap. 1, p.2-29.

Montenegro AT. História oral e memória - a cultura popular revisitada. São Paulo: Contexto; 1994. Introdução; p. 9-34.

Motta PR. Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1998.

North American Nursing Diagnosis Association. Taxonomy of nursing diagnoses. St. Louis: NANDA; 1990.

North American Nursing Diagnosis Association. Nursing diagnoses. St. Louis: NANDA; 1992-1993.

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação: 1999-2000. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

North American Nursing Diagnosis Association. Nursing diagnoses: definitions & classification: 2001-2002. Philadelphia: NANDA; 2001.

Oliveira ERA, Vargas JVO. Proposta diagnóstica: modelo teórico-prático da metodologia da assistência à luz da Teoria de Levine e classificação diagnóstica da NANDA. Vitória: Ed. do Autor; 2001.

Orem DE. Nursing concepts of practice. New York: McGraw-Hill Book Company; 1985.

Peres VLA, Nóbrega MML, Farias JN, Coler MS. Diagnóstico de enfermagem: um desafio de enfermagem para os anos 90. Rev Bras Enferm 1990; 43(1-4): 14-8.

Rossi LA, Dalri MCB. Processo de enfermagem: análise e propostas de reformulação segundo modelo conceitual de Horta e Taxonomia I dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Rev Esc Enferm USP 1993; 27(3): 328-58.

Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki, MH. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 41- 62.

Silva VEF. Mudanças em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p. 223- 37.

Stake, R.E. Case studies. In: Denzin Nk. Lincoln YS. Handbook of qualitative research. London: Sage; 1994. cap. 14, p. 263-46.

Suriano MLF, Barros ALBL. Identificação dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no período perioperatório dos pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares. In: Anais do 5º Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo; 1999 mar. 11-13; São Paulo. São Paulo: Hospital São Paulo – UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina; 1999. p. 270-77.

Thompson P. A voz do passado: história oral. Trad. de Lólio Lourenço de Oliveira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998. A entrevista; p.254-78.

Universidade de São Paulo. Hospital Universitário. Departamento de Enfermagem. Manual Administrativo. São Paulo, 1998.

Universidade de São Paulo. Hospital Universitário. Departamento de Enfermagem. Manual do Sistema de Assistência de Enfermagem. São Paulo, 2003.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Antônio Fernandes Costa Lima, enfermeiro pesquisador, estou desenvolvendo a tese de doutorado intitulada "Significados que os enfermeiros assistenciais atribuem ao processo de implementação do Diagnóstico de Enfermagem no Sistema de Assistência de Enfermagem", tendo por objetivo compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros assistenciais ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no SAE do HU-USP.

Para tanto, venho convidá-lo (a) a participar deste estudo sendo que, caso aceite, não haverá risco ou transtorno de qualquer ordem. Serão anotados e gravados em fita K7 os dados considerados importantes para o estudo, garantido o anonimato dos participantes e o sigilo dos mesmos, os quais serão utilizados exclusivamente para este estudo.

Os resultados obtidos serão divulgados em publicações e eventos científicos relativos à área da saúde.

Os colaboradores do estudo têm liberdade de negar-se a continuar participando, quando julgar necessário, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo, por parte do pesquisador ou da instituição de saúde.

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo.

São Paulo, ___ de _____ de 2003.

Assinatura do (a) colaborador (a)

Antônio Fernandes Costa Lima
Pesquisador
Av. Prof. Lineu Prestes 2565 Butantã
05508-900 São Paulo / SP
Fone: 3039-9306
E-mail: tonifer@usp.br

ANEXO 2