



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

RAMON PACHECO DE SOUZA

OS REGISTROS DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA PARA A
GERÊNCIA DO CUIDADO

JUIZ DE FORA

2018

RAMON PACHECO DE SOUZA

OS REGISTROS DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA PARA A
GERÊNCIA DO CUIDADO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nádia Fontoura Sanhudo.

JUIZ DE FORA
JULHO - 2018

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

Elaborado de acordo com o Guia de Apresentação de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo autor

Souza, Ramon Pacheco de .

Os registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado / Ramon Pacheco de Souza. -- 2018.

201 p. : il.

Orientadora: Nádía Fontoura Sanhudo

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Enfermagem. 2. Registros de Enfermagem. 3. Documentação. 4. Organização e Administração. 5. Administração dos Cuidados ao Paciente. I. Sanhudo, Nádía Fontoura , orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM
TEL. (32) 2102-3297– E-MAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



Ramon Pacheco de Souza

Os registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado

Aprovada em 12 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Nádia Fontoura Sanhudo – Orientadora
Presidenta da Banca
Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Prof.^a Dra. Marléa Chagas Moreira – 1^a Examinadora
Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Prof.^a Dra. Beatriz Francisco Farah – 2^a Examinadora
Professora Associada da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Prof. Dr. Ítalo Rodolfo Silva - Suplente
Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Prof.^a Dra. Hérica Silva Dutra - Suplente
Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

“Oração-Nossa

*Senhor,
ensina-nos a orar sem esquecer o
trabalho,
a dar sem olhar a quem,
a servir sem perguntar até quando,
a sofrer sem magoar seja a quem for,
a progredir sem perder a
simplicidade,
a semear o bem sem pensar nos
resultados,
a desculpar sem condições,
a marchar para a frente sem contar
os obstáculos,
a ver sem malícia,
a escutar sem corromper os assuntos,
a falar sem ferir,
a compreender o próximo sem exigir
entendimento,

a respeitar os semelhantes sem
reclamar consideração,
a dar o melhor de nós, além da
execução do próprio dever
sem cobrar taxas de reconhecimento.*

*Senhor,
fortalece em nós a paciência para
com as dificuldades
dos outros, assim como precisamos da
paciência dos outros
para com as nossas próprias
dificuldades.
Ajuda-nos para que a ninguém
façamos aquilo
que não desejamos para nós.
Auxilia-nos sobretudo a reconhecer
que a nossa
felicidade mais alta será
invariavelmente
aquela de cumprir os desígnios, onde
e
como queiras, hoje, agora e sempre.*

Amém”.

(Chico Xavier)

“Os três verbos

*Três verbos existem que, bem
conjugados, serão lâmpadas
luminosas em nosso caminho:
Aprender, Servir e Cooperar.*

*Três atitudes exigem muita atenção:
Analisar, Reprovar e Reclamar.*

*De três normas de conduta jamais
nos arrependemos: Auxiliar com a
intenção do bem, Silenciar e
Pronunciar frases de bondade e
estímulo.*

*Três diretrizes manter-nos-ão,
invariavelmente, em rumo certo:
Ajudar sem distinção, Esquecer todo
mal e Trabalhar sempre.*

*Três posições devemos evitar em todas
as circunstâncias: Maldizer,
Condenar e Destruir.*

*Possuímos três valores que, depois de
perdidos, jamais serão recuperados: A
hora que passa, A oportunidade e A
palavra falada.*

*Três programas sublimes se
desdobram à nossa frente, revelando-
nos a glória da Vida Superior: Amor,
Humildade e Bom ânimo.*

*Que o Senhor nos ajude, pois, em
nossas necessidades, a seguir sempre
três abençoadas regras de salvação:
Corrigir em nós o que nos desagrada
em outras pessoas, Amparar-nos
mutuamente, Amar-nos uns aos
outros”.*

(Chico Xavier)

DEDICATÓRIA

À vó Teresa e vô Niquinho (in memoriam).

Minhas pedras preciosas!

AGRADECIMENTOS

À Deus, Pai de amor e bondade, que me orienta permanentemente na arquitetura da vida. Agradeço por me possibilitar essa existência terrestre, dando-me competência cognitiva e saúde física.

À Jesus, modelo e referência maior da humanidade, por me presentear, mediante suas instruções, com ferramentas práticas para o embate dos obstáculos cotidianos.

À espiritualidade boa e amiga, que me ampara e intui diariamente.

À doutrina espírita. Gratidão!

Estes alicerces me sustentam nos demais campos do plano físico desta reencarnação.

Aos meus pais, Dirceu e Elisabeth, por terem me escolhido como filho e por todo o significado que representam.

Mãe, este título também é seu!

Aos meus irmãos, Renan e Ruan. Espíritos complexos que muito me ensinam.

À tia Valéria, Agnaldo, vó Teresa e vô Niquinho (*in memoriam*).

Amo vocês com toda a força do mais puro sentimento que existe em mim. Almas que Deus oportunizou em nova convivência terrena. São muito caros para mim!

À professora Nádia, por ter aceito a minha inquietação e feito dela também a sua, caminhando comigo lado a lado. Obrigado pela meiguice, paciência, serenidade e profissionalismo, predicados estes que muito me ajudaram na condução deste trabalho. Minha admiração!

À professora Marléa Chagas Moreira, pelo exemplo de humanidade, humildade, conhecimento e partilha constantes.

São espíritos de luz!

Aos professores Beatriz Francisco Farah, Ítalo Rodolfo Silva, Hérica Silva Dutra, Rosângela Maria Greco e Thiago Privado da Silva... meu respeito e estima pelas valiosas contribuições neste caminhar.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Enfermagem da UFJF, pelas disciplinas, trabalhos desenvolvidos e amadurecimento propiciado, em especial à professora Cristina Arreguy-Sena.

À professora Anna Maria de Oliveira Salimena, por ter conduzido grande parte da coordenação do curso com envolvimento e competência peculiares.

Aos colegas de turma, obrigado pelos momentos compartilhados, em especial à Amanda Conrado e Tatiane Ribeiro, que se tornaram grandes companheiras e amigas!

Às participantes dessa pesquisa. Obrigado pela disponibilidade e confiança.

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, campo fértil para meu crescimento pessoal e profissional, aos colegas e amigos, enfermeiros e técnicos de enfermagem brilhantes, que muito me enriquecem no convívio diário.

À Chefe de Enfermagem, Maria Auxiliadora Vieira Mendes, que desde o início mostrou-se solícita e compreensiva às demandas desse estudo.

À querida Patrícia de Oliveira Lima, colega de trabalho, pela generosidade com que leu parte dessa dissertação e se dispôs em cooperar com ricas sugestões.

Ao Hospital Federal da Lagoa, em especial à minha adorável ex-preceptora, enfermeira Marina Izu.

Ao professor Luiz Carlos Santiago, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, por ter me aproximado da pesquisa acadêmica.

À Graziela Lonardoni de Paula pela inspiração!

À professora Alacoque Lorenzini Erdmann, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que, indiretamente, muito contribuiu com este estudo.

À Ana Cristina Fortes, Elisângela Almeida e Wanessa Ribeiro, que tão bem souberam secretariar e me auxiliar em diversos momentos acadêmicos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro desta pesquisa com a concessão de bolsa.

À todas as pessoas que já passaram, passam e ainda passarão em minha jornada evolutiva. Meu muito obrigado!

.

Compreender uma coisa apenas de uma maneira é um modo muito frágil de compreensão. Marvin Minsky disse que, para uma pessoa realmente entender algo, precisa compreendê-la no mínimo de duas formas diferentes. Cada modo de pensar sobre algo reforça e aprofunda cada um dos outros. Compreender uma coisa de várias maneiras produz uma compreensão total mais rica e de natureza diferente da forma única de compreensão.

MITCHELL RESNICK

SOUZA, R. P. **Os registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado.** 2018, 201f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. Orientadora: Dra. Nádia Fontoura Sanhudo.

RESUMO

O estudo caracterizou-se pelo tipo descritivo, de caráter compreensivo e com abordagem qualitativa. Objetivou-se compreender como os registros de enfermagem eram utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado; caracterizar os tipos de registros de enfermagem utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado; apreender como os enfermeiros utilizavam dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado; conhecer os fatores que facilitavam e dificultavam a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado e; discutir os aspectos intervenientes para a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado. Os dados foram coletados no setor de Clínica Médica de um hospital público de ensino, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição, sob o Parecer de número 2213143. Participaram desse estudo 13 enfermeiras que estavam na gerência do cuidado. Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes técnicas: a entrevista do tipo semiestruturada, a observação participante e a pesquisa documental. Inicialmente foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, no período compreendido entre outubro e novembro de 2017, que combinaram perguntas fechadas e abertas. Para operacionalização das entrevistas foi utilizado o *software IRaMuTeQ 0.7 alpha 2*. Concluída a etapa da coleta das entrevistas foi realizada a etapa da observação participante, após a análise dos discursos das participantes. Essa técnica foi desenvolvida em 21 ocasiões durante o serviço diurno, com 150 horas de observação, cujos conteúdos foram registrados em notas de campo/observação. Concomitante à observação participante houve a etapa da pesquisa documental, que se apoiou em um roteiro de análise de prontuários e bases de dados, livros, formulários e requerimentos de enfermagem. Como resultados, emergiram três categorias: registros de enfermagem como meio de comunicação; instrumentos adotados na elaboração dos registros de enfermagem e; o contexto de utilização dos registros de enfermagem e o desenvolvimento da gerência do cuidado. Percebeu-se que muitas enfermeiras enxergavam os registros de enfermagem como sendo parte, tão somente, do gerenciar em enfermagem, desvinculando-o do cuidado de enfermagem propriamente dito. Concluiu-se que os registros de enfermagem contribuem para o gerenciar e para o cuidar, sendo que essas duas dimensões estão articuladas, conjugadas e intimamente imbricadas. Embora, na prática, o registro de enfermagem não se configura, ainda, como ferramenta básica de comunicação entre os profissionais de saúde e de parâmetro para comprovar a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Descritores: Enfermagem. Registros de Enfermagem. Documentação. Organização e Administração. Administração dos Cuidados ao Paciente.

SOUZA, R. P. **Nursing records as a tool for the management of care**. 2018, 201f. Dissertation [Mastership in Nursing], Federal University of Juiz de Fora, Minas Gerais. Advisor: PHD Nádia Fontoura Sanhudo.

ABSTRACT

The study was characterized by the descriptive type, of a comprehensive nature and with a qualitative approach. The objective was to understand how nursing records were used by nurses for care management; characterize the types of nursing records used by nurses for care management; to learn how nurses used nursing records for care management; to know the factors that facilitated and made difficult the use of the nursing records for the management of the care; discuss the intervening aspects for the use of nursing records for the management of care. Data were collected in the Medical Clinic of a public teaching hospital, after approval by the Research Ethics Committee of the referred institution, under the number 2213143. Participated in this study 13 nurses who were in the care management. For data collection, the following techniques were used: semi-structured interview, participant observation and documentary research. Initially, semi-structured interviews were carried out between October and November 2017, which combined closed and open questions. The *IRaMuTeQ 0.7 alpha 2 software* was used to make the interviews operational. After the interviews were completed, the participant observation stage was performed, after the participants' discourse analysis. This technique was developed on 21 occasions during the daytime service, with 150 hours of observation, whose contents were recorded in field / observation notes. Concomitant to the participant observation was the documental research stage, which was based on a script of analysis of medical records and databases, books, forms and nursing requirements. As results, three categories emerged: nursing records as a means of communication; instruments adopted in the elaboration of nursing records and; the context of utilization of nursing records and the development of care management. It was noticed that many nurses saw the nursing records as being only part of the nursing management, dissociating it from the nursing care itself. It was concluded that nursing records contribute to the management and care, and these two dimensions are articulated, conjugated and closely intertwined. Although, in practice, the nursing record does not also configure as a basic tool of communication between the health and parameter practitioners to prove the quality of the patient care.

Keywords: Nursing. Nursing Records. Documentation. Organization and Administration. Patient Care Management.

SOUZA, R. P. **Los registros de enfermería como herramienta para la gerencia del cuidado**. 2018, 201f. Disertación [Maestría en Enfermería] - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. Orientadora: Doctora Nádia Fontoura Sanhudo.

RESUMEN

El estudio se caracterizó por el tipo descriptivo, de carácter comprensivo y con abordaje cualitativo. Se objetivó comprender cómo los registros de enfermería eran utilizados por los enfermeros para la gerencia del cuidado; caracterizar los tipos de registros de enfermería utilizados por los enfermeros para la gerencia del cuidado; aprehender cómo los enfermeros utilizaban de los registros de enfermería para la gerencia del cuidado; conocer los factores que facilitaban y dificultaban la utilización de los registros de enfermería para la gerencia del cuidado y; discutir los aspectos intervinientes para la utilización de los registros de enfermería para la gerencia del cuidado. Los datos fueron recolectados en el sector de Clínica Médica de un hospital público de enseñanza, después de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación de dicha institución, bajo el Parecer de número 2213143. Participaron de ese estudio 13 enfermeras que estaban en la gerencia del cuidado. Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes técnicas: la entrevista del tipo semiestructurada, la observación participante y la investigación documental. Inicialmente se realizaron las entrevistas semiestructuradas, en el período comprendido entre octubre y noviembre de 2017, que combinaron preguntas cerradas y abiertas. Para la operacionalización de las entrevistas se utilizó el *software IRaMuTeQ 0.7 alfa*. Concluida la etapa de la recolección de las entrevistas fue realizada la etapa de la observación participante, después del análisis de los discursos de las participantes. Esta técnica fue desarrollada en 21 ocasiones durante el servicio diurno, con 150 horas de observación, cuyos contenidos se registraron en notas de campo / observación. Concomitante a la observación participante hubo la etapa de la investigación documental, que se apoyó en un guión de análisis de prontuarios y bases de datos, libros, formularios y requerimientos de enfermería. Como resultados, surgieron tres categorías: registros de enfermería como medio de comunicación; instrumentos adoptados en la elaboración de los registros de enfermería y; el contexto de utilización de los registros de enfermería y el desarrollo de la gerencia del cuidado. Se percibió que muchas enfermeras veían los registros de enfermería como siendo parte, tan sólo, del gerenciar en enfermería, desvinculándolo del cuidado de enfermería propiamente dicho. Se concluyó que los registros de enfermería contribuyen para el manejo y para el cuidar, siendo que esas dos dimensiones están articuladas, conjugadas e íntimamente imbricadas. Aunque, en la práctica, el registro de enfermería no se configura como una herramienta básica de comunicación entre los profesionales de la salud y los parámetros para demostrar la calidad del cuidado del paciente.

Descriptor: Enfermería. Registros de Enfermería. Documentación. Organización y Administración. Manejo de Atención al Paciente.

LISTA DE FIGURAS

Figura nº 1 – Tetragrama da Complexidade.....	36
Figura nº 2 – Apresentação dos Pilares Conceituais da pesquisa.....	45
Figura nº 3 – Gerência do cuidado de enfermagem.....	58
Figura nº 4 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente realizado pelo programa <i>IRaMuTeQ</i>	95
Figura nº 5 – Resultado da Análise de Similitude.....	98
Figura nº 6 – Resultado da Nuvem de Palavras.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1 – Categorias emergidas das entrevistas das enfermeiras.....	96
Quadro nº 2 – Tipos de registros de enfermagem mais comumente utilizados pelas enfermeiras no cenário da pesquisa.....	136

LISTA DE TABELA

Tabela nº 1 – Caracterização das enfermeiras.....	90
Tabela nº 2 – <i>Corpus</i> geral originado do programa <i>IRaMuTeQ</i>	93

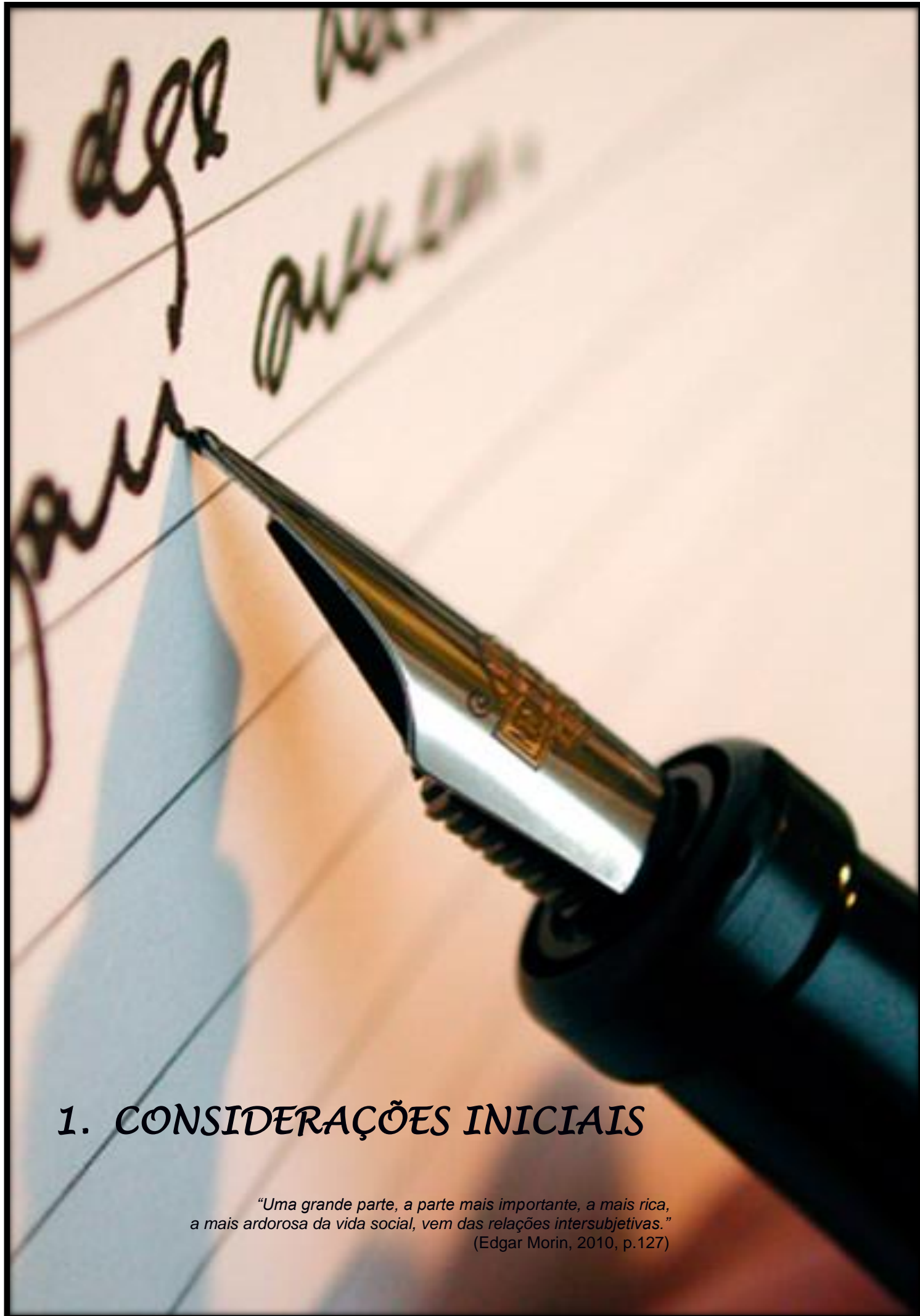
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
BDENF – Bases de Dados de Enfermagem
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CHD – Classificação Hierárquica Descendente
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CM – Clínica Médica
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
EE – Evolução de Enfermagem
EEAN/UFRJ – Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro
EEAP/UNIRIO – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
ENF – Enfermeira
ESF – Estratégia Saúde da Família
FACENF – Faculdade de Enfermagem
FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IRaMuTeQ – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
IT – Instrumento de Trabalho
JCI – Joint Commission International
MAE – Metodologia da Assistência de Enfermagem
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NEP – Núcleo de Educação Permanente
NIR – Núcleo Interno de Regulação
NTIC – Novas Tecnologias de Informação e Comunicação
OMS – Organização Mundial da Saúde
OP – Observação Participante
PD – Pesquisa Documental
PE – Processo de Enfermagem
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente
POP – Procedimento Operacional Padrão
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU – Regime Jurídico Único
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO – Scientific Electronic Library Online
SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
ST – Segmento de Texto
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE – Unidade de Contexto Elementar

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	18
1.1 A revelação da temática e a contextualização do objeto de estudo.....	19
1.2 Justificativas e Relevâncias do estudo.....	25
1.3 Contribuições do estudo.....	27
2. PILARES CONCEITUAIS.....	29
2.1 O cuidado, o cuidado de enfermagem, a gerência de enfermagem e a gerência do cuidado de enfermagem: uma rede de pensamentos.....	44
2.2 Os registros de enfermagem: da antiguidade à contemporaneidade.....	58
3. ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	72
3.1 Identificação do estudo.....	73
3.2 Aproximação com o cenário de pesquisa.....	73
3.3 Descrição do cenário do estudo.....	75
3.4 Apresentação das técnicas de coletas de dados.....	77
3.5 Revelação das participantes do estudo.....	81
3.6 Aspectos Éticos e Administrativos da pesquisa.....	84
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	86
Caracterização das participantes.....	87
Capítulo I.....	97
Categoria 1: Contexto de utilização dos registros de enfermagem e o desenvolvimento da gerência do cuidado.....	98
Classe 5: Os registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado.....	98
Classe 4: A inserção dos profissionais de enfermagem no ambiente da gerência do cuidado.....	105
Capítulo II.....	111
Categoria 2: Instrumentos adotados na elaboração dos registros de enfermagem.....	112
Classe 2: Os tipos de instrumentos utilizados.....	112
Classe 1: A SAE/PE e sua implantação.....	119
Capítulo III.....	131
Categoria 3: Registros de enfermagem como meio de comunicação.....	132
Classe 6: As dificuldades e as facilidades dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado.....	132
Classe 3: A importância dos registros de enfermagem para a passagem de plantão.....	156
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS.....	165
ANEXOS E APÊNDICES.....	185



1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

*“Uma grande parte, a parte mais importante, a mais rica,
a mais ardorosa da vida social, vem das relações intersubjetivas.”*
(Edgar Morin, 2010, p.127)

1.1 A revelação da temática e a contextualização do objeto de estudo

O interesse em desenvolver uma pesquisa que tratasse sobre a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado emergiu dos desdobramentos dos resultados do trabalho de conclusão de Curso de Pós-Graduação¹ do pesquisador. O estudo procurou avaliar, em um ambiente hospitalar, o emprego de um sistema eletrônico de informação, bem como os fenômenos que diziam respeito à inserção de tal sistema no cotidiano da prática profissional de enfermeiros gerenciais a partir de seus discursos. A análise dos dados possibilitou concluir que o emprego do sistema eletrônico de informação era realizado de modo empírico, revelando com isso, que os enfermeiros atuavam como mero detentores/executores de informações (SOUZA; IZU; SANTIAGO, 2015).

Vale esclarecer que, mesmo antes dos resultados da pesquisa supracitada virem à tona, surgiu a inquietação do pesquisador, em suas práticas de campo, no sentido sobre a maneira como os registros de enfermagem eram realizados pela equipe e o modo como as informações eram utilizadas para se fazer a gerência do cuidado de enfermagem dos pacientes, pelos enfermeiros, na instituição de saúde em questão.

Assim sendo, essas observações o aguçaram a buscar uma compreensão de como os registros de enfermagem são utilizados para se fazer a gerência do cuidado pelos enfermeiros.

Agora, com a presente pesquisa, buscou-se um entendimento mais apurado sobre este fenômeno, pautado em uma fundamentação científica sem deixar de lado, certamente, os aspectos subjetivos que transpassam o trabalho da enfermagem.

O enfermeiro gerente é o profissional encarregado pela supervisão do trabalho da equipe de enfermagem. Seu ofício abrange condutas de cuidado

¹Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação, apresentado em fevereiro de 2014, em nível de Especialização, sob a forma de Treinamento em Serviço para Enfermeiros, nos moldes de Residência, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO) para obtenção do Grau de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico Geral tendo como título “O emprego de um sistema eletrônico de informação no cotidiano da prática profissional do enfermeiro gerencial de um hospital federal”.

direto e indireto, isto é, direciona-se para a gerência do cuidado de enfermagem, propiciando a evolução de uma prática profissional de enfermagem diversificada e inovadora.

Buscando agregar as dimensões gerenciar e cuidar, Christovam, Porto e Oliveira (2012) relatam que, o conceito de gerência do cuidado é composto por significados que se opõem e, ao mesmo tempo, aproximam-se e se complementam.

Para Christovam (2009), a gerência do cuidado consiste em ações relacionadas ao administrar e ao cuidar em enfermagem em um nexo dialético e não dicotômico, e a atividade gerencial em saúde é um processo complexo e dinâmico que envolve fazeres e saberes de diversos profissionais na prestação do cuidado.

Complementando a conceituação acima, a gerência do cuidado de enfermagem está apta à geração de instrumentais para que o enfermeiro possa coordenar, organizar, planejar, prestar ou delegar os cuidados, prover e prever recursos, desenvolver medidas educativas com a comunidade ou família, capacitar a equipe, interagir com outros profissionais, como também ocupar espaços de negociação e conexão em nome da melhoria e da concretização do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

Acrescenta-se, além disso, que gerenciar o cuidado é gerenciar o serviço de enfermagem em suas políticas organizativas ou em suas múltiplas dimensões (ERDMANN; BACKES, MINUZZI, 2008).

Santos et al. (2013), de modo mais específico, esclarecem que a gerência do cuidado representa um processo amplo, que envolve ações administrativas, de cuidado, de pesquisa e educativas, que convergem para o benefício do paciente.

Percebe-se que os enfermeiros entendem que suas ações, quando executadas de modo proativo podem repercutir favoravelmente em distintos âmbitos da gerência do cuidado: organizacional, do usuário, individual e da equipe. Assim, o modo proativo de agir do enfermeiro possibilita um aprimoramento contínuo de processos e práticas na gerência do cuidado, em que se sobressai a articulação coletiva com vistas à emancipação das pessoas nas equipes de enfermagem (FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO, 2016).

Vale esclarecer que essa presente pesquisa adotou o conceito de gerência do cuidado construído por Christovam (2009) para embasar e orientar as reflexões. A pesquisadora relata que, no século XXI, muitos enfermeiros ainda manifestam tanto em seus discursos, como em suas ações um comportamento que demonstra uma dicotomia entre o administrar e o cuidar como se fossem duas esferas de funções concomitantes e incompatíveis em sua realização. O que se observa é uma dificuldade conceitual por parte das enfermeiras relacionada às ações de gerência do cuidado de enfermagem, à medida que a maioria delas, não tem o entendimento de que seu processo de trabalho envolve o cuidar (ações de cuidado direto) e o administrar (ações de cuidado indireto), ou seja, as ações da enfermeira na prática voltam-se à gerência do cuidado de enfermagem.

Nota-se, pois, que o enfermeiro está inserido em todas as etapas da realização do cuidado, controlando, orientando, supervisionando, garantindo os recursos necessários às intervenções, interligando, articulando e encaminhando as atitudes assistenciais realizadas pelo conjunto dos profissionais de saúde e de enfermagem nos serviços de saúde. Desse modo, os enfermeiros têm o olhar mais ampliado do atendimento oferecido aos pacientes, o que os torna encarregados pela coordenação do cuidado, sendo o elo de comunicação e viabilização das políticas de atenção à saúde, tanto de interesses pessoais quanto coletivas (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

Afora essa questão, nota-se que o enfermeiro é o único profissional da equipe de enfermagem que faz o gerenciamento em enfermagem, com formação e amparo legal para o exercício da função; e que está apto para o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão, a auditoria e a avaliação da qualidade dos registros de enfermagem, tendo condições amplas para gerir o cuidado de enfermagem com eficiência e eficácia (SANNA, 2007; BRASIL, 1987).

Partindo desses pressupostos, acredita-se que o registro de enfermagem seja parte inerente da gerência do cuidado, daí a importância da articulação dessas duas perspectivas.

Sabe-se que os registros de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem,

representando 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário (COFEN, 2016b).

Infere-se empiricamente que, muitas enfermeiras enxergam os registros de enfermagem como sendo parte, tão somente, do gerenciar em enfermagem, ou seja, uma tarefa “de praxe” que se deva saber-fazer e/ou cumprir nos mais variados ambientes laborais onde a enfermagem está inserida. Com isso, não percebem que os registros de enfermagem contribuem não só para o gerenciar, mas também para o cuidar em enfermagem, uma vez que esses dois componentes estão indissociáveis, conjugados e intimamente imbricados, de acordo com Christovam (2009).

Dessa discussão, entretanto, emerge um importante problema: a deficiência nos registros de enfermagem. Por exemplo, a falta e/ou carência dos registros pode tornar uma das mais importantes ferramentas de trabalho do enfermeiro – a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), informal, o que atrapalha e dificulta sua realização (TORRES et al., 2011).

Silva (2011) aponta que os registros de enfermagem são incipientes, mesmo em se tratando dos procedimentos realizados com o paciente. Comumente, não informam acerca dos aspectos que tratam das subjetividades que o envolvem, além dos registros não representarem um parâmetro para avaliar a qualidade da assistência.

Corroborando com a exposição acima tem-se a pesquisa desenvolvida por Machado (2010), evidenciando que os enfermeiros não registram situações fundamentais que circundam condutas de cuidar, não deixando transparecer uma organização processual nos registros que fazem.

Esses mesmos registros mostram-se cifrados, incompletos e reduzidos, denunciando uma realidade que tem sido comum nos diversos espaços onde enfermeiros e pacientes se encontram. Existe, além disso, uma certa homogeneidade no que interessa registrar, que não espelha o sujeito, mas a doença (MACHADO, 2010).

Isso posto, verifica-se a complexidade de todo o contexto supramencionado, em especial no que perpassa o cenário da enfermagem, quando, de um lado, alguns profissionais resistem à (des) articulação entre os registros de enfermagem e a gerência do cuidado e, por outro, alguns

trabalhadores discutem o diálogo entre o gerenciar e o cuidar para a integração entre as diversas dimensões da ciência do cuidado em enfermagem.

Um pensamento do complexo conforme Morin (2010a) busca as inter-retro-ações, as relações entre o contexto de cada fenômeno, e as relações de reciprocidade entre as partes e o todo. A título de ilustração, por um lado, em reconhecer a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais e, por outro, as diversidades individuais e culturais em meio à unidade humana.

O termo inter-retro-ação significa perceber as variadas interações entre os indivíduos e os objetos, valorizando os *feedbacks* e as trocas que retroalimentam essa prática (MORIN, 2010b).

Essa acepção permite inferir que as relações e interações entre os registros de enfermagem e a gerência do cuidado envolve-se de complexidade, fundamentando a opção pelo Pensamento Complexo de Edgar Morin como norteador para a compreensão da gerência do cuidado de enfermagem na pesquisa em foco.

A gerência do cuidado de enfermagem, nesse sentido, demanda do enfermeiro um pensar na relação dialógica entre o cuidar em enfermagem – assistência, e o administrar – gerência (SILVA, 2013), com vistas à relação que se possa estabelecer entre os registros de enfermagem (parte de um todo) e a gerência do cuidado (todo de uma parte).

Todavia, essa relação pressupõe-se um pensar no multidimensional, nas imprevisibilidades e nas diversidades. Sugere um pensamento integrador preparado para contextualizar, articular e não somente fragmentar. Uma reflexão que só sabe separar o complexo do mundo em pedaços separados, unidimensionaliza o multidimensional e fracionam os problemas, reduzindo as possibilidades de um julgamento corretivo e de compreensão (MORIN, 2010a).

Mariotti (2010, p. 34) aborda o contexto complexo como sendo o *“mundo real, no qual precisamos esperar sempre pelo inesperado e estar sempre certos da possibilidade do incerto”*.

O pensamento complexo presume pensar na relação de interdependência entre o todo e as partes, as partes e o todo, na multidimensionalidade dos fenômenos, escapando da ideia reducionista e disjuntiva, que segrega as partes e esconde as interações e relações entre as mesmas (MORIN, 2015).

A gerência do cuidado de enfermagem é, nesse caso, um processo dinâmico nas interações e relações de cuidado. Essas interações e relações se apresentam como um sistema complexo aberto, no qual partes singulares se integram, se encontram e se articulam formando um todo singular, uma vez que *“o cuidado é parte e todo, é conteúdo e processo, é estilo e estética, é sistema e elemento componente de sistemas, é estrutura e propriedade da manutenção de vidas, ou melhor, é próprio dos sistemas de manutenção de vidas”* (ERDMANN,1996, p. 57).

Diante do exposto, essa pesquisa carrega em seu constructo o seguinte **objeto de estudo**: a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros.

Nesse ponto de vista foram elaboradas as seguintes **questões norteadoras**:

- Como os enfermeiros compreendem a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado?
- Quais os tipos de registros de enfermagem utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado?
- De que forma os enfermeiros utilizam os registros de enfermagem para a gerência do cuidado?
- Quais as dificuldades e as facilidades encontradas pelos enfermeiros ao utilizarem dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado?

Logo, para responder os questionamentos aludidos, delimitou-se como **objetivo geral**:

- Compreender como os registros de enfermagem são utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado.

E como **objetivos específicos**:

- Caracterizar os tipos de registros de enfermagem utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado;
- Aprender como os enfermeiros utilizam dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado;
- Conhecer os fatores que dificultam e facilitam a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado e;

- Discutir os aspectos intervenientes para a utilização dos registos de enfermagem para a gerência do cuidado.

1.2 Justificativas e Relevâncias do estudo

Entende-se que, discorrer sobre registos de enfermagem não é uma novidade. Agora: qual a inovação em falar sobre registos de enfermagem? O que este trabalho traz que estimula os colegas enfermeiros a repensarem essa prática?

Não muito antigamente, a enfermagem se utilizava apenas do papel/meio físico para a realização de seus registos. Mas, nos dias atuais, no cenário hospitalar, em especial, há a adoção de registos eletrônicos/meio virtual. Além disso, quando se usa o modo eletrônico é necessário fazer o procedimento maior de objetividade do registro. Daí a necessidade de compreender bem, intelectualmente, o que significa “registro” nesta construção do processo de objetivação, fazendo com que os enfermeiros reflitam se estão utilizando os registos de modo que estes possam contribuir naquilo que representam.

A justificativa da presente inquirição repousa, ainda, no fato da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), apontar para a necessidade de pesquisas relacionadas às formas de gestão do trabalho, do conhecimento e de tecnologias do ponto de vista institucional e organizacional. Portanto, o objeto em estudo caracteriza-se como uma proposta prioritária nas pesquisas em saúde.

Contudo, pretende-se demarcar ainda que uma das maiores motivações que determinaram a intenção do presente estudo origina-se na busca pela obtenção de respostas que desvendam os objetivos do trabalho.

Do mesmo modo, faz-se importante justificar a pesquisa pelo fato de que, com o devido aprofundamento sobre as questões que são inerentes à temática em foco, ter-se-á maior autoridade e autonomia sobre o assunto, naquilo que for pertinente às situações que envolvam, direta ou indiretamente, a utilização dos registos de enfermagem para a gerência do cuidado pelas enfermeiras, conferindo, sob a ótica do pesquisador, maior legitimação das ações desenvolvidas pela enfermagem nesse particular.

Integra esse conjunto de intenções o desejo de crescimento profissional, pois, se parece indissociável tal condição em função das eventuais respostas que porventura o propósito de pesquisa venha facultar futuramente.

Do ponto de vista de sua importância é pertinente dizer que, com a possibilidade do desenvolvimento da presente pesquisa, deseja-se que seus resultados sejam determinantes no preenchimento de possíveis lacunas existentes acerca da tónica abordada, contribuindo, desse modo, para o aumento das argumentações que devem retroalimentar a Ciência da Enfermagem.

Além do mais, com o objetivo de fortalecer a relevância do estudo, realizou-se o estado da arte sobre a problemática apresentada, instante em que foram pesquisados entre setembro de 2016 a março de 2017 estudos que se associavam ao objeto de pesquisa, previamente delineados. Os estudos foram pesquisados nas bases de dados/bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Portal Regional da Biblioteca Virtual da Saúde (Portal BVS) e Portal de Periódicos CAPES. Utilizaram-se os seguintes descritores de assunto contidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) do Portal BVS como estratégia de busca, selecionados a partir dos operadores booleanos (*AND/OR*): enfermagem; registros de enfermagem; documentação; gerência; administração dos cuidados ao paciente.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estudos na íntegra, no idioma português, por retratar mais fidedignamente a realidade nacional sobre os registros de enfermagem e a gerência do cuidado, e publicados nos últimos cinco anos. O total de artigos encontrados foi de 497. Após o refinamento dos achados restaram 182 trabalhos científicos, incluídas nesta contagem 10 dissertações de mestrado e 5 teses de doutorado.

Os estudos, de modo geral, concentraram-se numa abordagem de pesquisa, sumariamente, quantitativa: uso de abreviaturas nos registros de enfermagem, por Carneiro et al. (2016); auditoria em registro de enfermagem, por Claudino et al. (2013); termos utilizados em registros de evolução do paciente, por Gomes et al. (2016); e conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais, por Silva et al. (2016).

Abordagens qualitativas foram menores: visão da equipe de enfermagem sobre seus registros, por Azevêdo et al. (2012); e visão de profissionais de saúde sobre um instrumento de registro de enfermagem, por Barros et al. (2014).

A relevância do estudo reside no reconhecimento da gerência do cuidado enquanto prática indispensável para atendimento das necessidades dos envolvidos nos registros de enfermagem, no caso, os profissionais de enfermagem. Almeja-se que a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelas enfermeiras possa atribuir novas matizes e contornos que serão entendidos e não apenas descritos e identificados na presente pesquisa.

É importante demonstrar, também como relevância da pesquisa, que o registro de enfermagem legitima o cuidado prestado, no âmbito legal, servindo de respaldo tanto para o trabalhador, como para a segurança do paciente.

Assim, acredita-se que a intenção de pesquisa se encontra em sintonia com as demandas a serem atendidas pela comunidade de pesquisadores em enfermagem, na medida em que deseja se debruçar com questões de tamanha magnitude, tanto para a enfermagem especificamente como num todo.

É mister, portanto, nutrir-se de tais desejos, pois, a enfermagem enquanto profissão, que estará presente por muito tempo no conjunto da sociedade, não poderá abrir mão da busca incessante por uma maior percepção de um fenômeno de tamanha envergadura, sobre o qual se propõe pesquisar.

1.3 Contribuições do estudo

O estudo visa ampliar as discussões sobre a gerência do cuidado em enfermagem que vem sendo realizada no Grupo de Pesquisa Gerência em Saúde e em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, ao qual a pesquisa encontra-se vinculada, fomentando análises e discussões com relação aos registros de enfermagem na perspectiva da gerência do cuidado.

Por outro lado, espera-se que os resultados sirvam de mola propulsora para reflexões mais buriladas em outros grupos de pesquisa que desenvolvem o objeto em questão.

Haja vista que a gerência do cuidado de enfermagem encontra-se como demanda atual às práticas eficazes e eficientes de cuidado, o assunto em pauta carece de maiores investigações nos diferentes ambientes onde se processa, além de configurar-se como estímulo em busca à descoberta de novas interpretações a serem estudadas por aqueles que buscam apurá-la e aperfeiçoá-la.

Possivelmente, as eventuais discussões que se seguirão a partir dos resultados, igualmente, ajudarão a estimular novos estudos acerca do assunto, trazendo, sob a interpretação do pesquisador, impactos positivos para os cenários de uma enfermagem, que deverá estar cada vez mais inserida no século XXI.



2. PILARES CONCEITUAIS

“A redução do outro, a visão unilateral e a falta de percepção sobre a complexidade humana são os grandes empecilhos da compreensão.” (Edgar Morin, 2000b)

A pesquisa embasa sua adequação estrutural em um panorama que proporciona entender dimensões e significados na perspectiva dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado. Em vista disso, faz-se necessário traçar os alicerces que dão sustentação ao escopo de reflexões oportuno ao estudo retratado.

Por conseguinte, foram nomeados por pilares conceituais, quatro bases profundamente relacionadas entre si: Enfermagem – configurada em seus cuidados a começar da faculdade de integrar e articular suas dimensões; Complexidade – *“complexus: o que é tecido junto”* (MORIN, 2015, p.13); Gerência do cuidado de enfermagem – correlação entre as práticas gerencial e assistencial; Registro de enfermagem - é a aplicação, por meio da comunicação escrita, de toda e qualquer informação significativa à gerência do cuidado de saúde do paciente.

O Pensamento Complexo, formulado por Edgar Morin, assessorado por outros autores, que também discutem a complexidade, serviram de alicerces para uma melhor compreensão do contexto da gerência do cuidado de enfermagem nesta pesquisa.

Pretende-se que, ao se inclinar na leitura da breve escrita, o leitor possa reconhecer a emergência de se pensar de modo complexo (SILVA, 2013).

Não se aspira à plenitude do saber, mesmo porque esse objetivo é irreal, e sim a agregação entre as partes, não evadindo da imprevisibilidade e da incerteza que os registros de enfermagem abarcam dentro do contexto da gerência do cuidado em sua aplicabilidade à prática dos profissionais de enfermagem.

A escolha do paradigma da complexidade tem o propósito de compreender a complexidade que envolve o objeto de estudo, em que o concreto e o abstrato são postos em um delineamento de pesquisa, que aglutina pesquisador e participantes, através de uma articulação dialógica para conhecer a complexidade necessária para uma mais efetiva percepção dos fenômenos inseridos na realidade (SANHUDO, 2013).

Ao se aproximar de um arcabouço teórico faz-se essencial conhecer seu idealizador, no particular, a Complexidade: Edgar Morin.

Sua biografia descreve que, como filho de judeus espanhóis, sua família migrou para a França durante a primeira década do século XX. De nome David-Salomon Nahum, nasceu em 8 de julho de 1921, mas os pais escolheram chamá-lo de Edgar. O sobrenome Morin foi adotado na época de sua filiação ao Partido Comunista, do qual foi expulso (MORIN, 2000a).

Morin (2000a) reconhece que, do embate de ideias divergentes resulte cada uma de suas obras e que a contradição tem, de modo simultâneo, um caráter intelectual e existencial, de modo que sua postura de indagação permanente o leva a verdades e a conclusões passageiras. Para ele a vida de experiências é indivisível da vida intelectual.

Para tanto, a aceitação da complexidade é a aceitação de uma contradição, e a noção de que não se consegue escamotear as contradições numa visão eufórica do mundo. Claro que esse mundo comporta harmonia, mas esta é ligada à desarmonia (MORIN, 2015).

O pensamento complexo busca, assim, dialogar com as distintas dimensões que compõem os objetos e fenômenos, enfim, com a realidade (ERDMANN et al., 2005). Apresenta-se não como resultado, receita, conclusão, porém uma incitação, desafio, uma motivação para o pensar (MORIN, 2015).

A complexidade abre a possibilidade para o pensar diferente, distinto, desatando os nós da mente para a diversidade e para as diferenças e procurando sair ao máximo dos modelos, condicionamentos e formatações (MARIOTTI, 2010).

Isto posto, para Morin (2015, p.13):

A um primeiro olhar, a complexidade é um tecido (*complexus*: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Num segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico.

À vista disso, a perspectiva complexa trata-se de um modo de pensar a realidade que se contrasta à postura unidimensional, uma vez que a considera limitada, especializada, parcelada, escassa e carente para o entendimento da multidimensionalidade dos fenômenos presentes na realidade (MORIN, 2015).

A complexidade se apresenta como oportunidade do enfermeiro refletir, planejar, organizar, implementar, analisar e avaliar suas ações no tocante à gerência do cuidado de enfermagem tendo como pilar um pensamento não-linear, não reducionista (SILVA, 2013).

Não obstante, a humanidade e a ciência insistem pela negação da complexidade, de modo que procuram a elucidação da realidade a partir da redução/simplificação dos sistemas complexos. Isso chega a ser uma ilusão, tendo em vista o *complexus* estar em tudo, desde as dimensões macroscópicas como o planeta, aos elementos microscópicos como a célula, que trazem consigo suas características de heterogeneidade, dinamicidade, ordem, desordem, organização e interações (SILVA, 2016b).

A simplificação/redução dos fenômenos é concebível quando beneficia o entendimento das partes que consideram o todo, mas, a esse deslocamento parcelar é necessário recolocá-lo em seu contexto a fim de que não haja deformação da realidade (MORIN, 2010a).

Para Mariotti (2010), a insistência do homem em querer dividir o multidimensional para simplificar está intimamente relacionada à sua necessidade de negar a realidade e, conseqüentemente, a complexidade, quando não se permite compreender o que está interligado à parte simplificada/fragmentada. Entretanto, o entendimento da complexidade manifesta-se como um novo modo de se perceber os fenômenos, com a negação do pensamento simplificador (MORIN, 2010a).

Conforme Morin (2015), existem duas ilusões que desviam as mentalidades do problema do pensamento complexo. A primeira é crer que a complexidade leva à eliminação da simplicidade. Ainda que o pensamento complexo surja onde o pensamento simplificador falha, mas ela integra em si tudo o que traz clareza, ordem, precisão e distinção no conhecimento. A segunda é confundir complexidade com completude. Mesmo porque o conhecimento completo é impossível, além de que uma das premissas da complexidade é, exatamente, a impossibilidade.

Morin (2010a) explica que o problema da complexidade não é o da completude, mas o da incompletude do conhecimento. O pensamento complexo procura dar conta daquilo que os tipos de pensamento mutilante se desfaz e por isso ele luta, não contra a incompletude, mas contra a mutilação.

Se tentamos, por exemplo, pensar no fato de que somos indivíduos ao mesmo tempo físicos, sociais, biológicos, psíquicos, espirituais e culturais, é evidente que a complexidade é aquilo que tenta gerar a articulação, a diferença e a identidade de todos esses aspectos, ao passo que o pensamento simplificante segrega esses diferentes aspectos, ou une-os por uma mutilante redução (MORIN, 2010a).

O cuidado/cuidar de enfermagem não pode ser configurado como atitude simplificadora e reducionista, mas uma construção única, que precisa de reflexões, interações e autoconhecimento. Ao enfermeiro incumbe ser o integrador e articulador do cuidado, não o limitando ao desenvolvimento somente contextualizado na visão holística do paciente (CRUZ et al., 2017).

Nesse sentido, é notória a ambição da complexidade em dar conta das articulações despedaçadas pelos cortes entre disciplinas, entre tipos de conhecimento e entre categorias cognitivas (MORIN, 2010a).

Desse modo, segundo Cruz et al. (2017), os profissionais de enfermagem, ao utilizar a complexidade, se voltam para a religação dos saberes disciplinares, de maneira que as experiências e os saberes passam a ser compartilhados e refletidos. O propósito é que não exista o domínio de nenhuma disciplina sobre as outras, de nenhum profissional sobre o outro, com o fito de oferecer um cuidado seguro, ampliado e efetivo, aceitando singularidades tanto do paciente quanto dos profissionais do cuidado como participantes ativos do processo.

Indo adiante, quando se faz menção à confusão entre complexidade e completude, e suas distinções, é de essencial importância, também, não confundir complexidade e complicação. Pois, o mundo real não é simples nem complicado: é complexo (MARIOTTI, 2010). Para Morin (2015) a complicação é o emaranhamento extremo das inter-retroações, sendo um aspecto e um dos elementos constituintes da complexidade. *“Complexidade e complicação não são dois dados antinômicos e não se reduzem uma à outra”* (MORIN, 2015, p.69).

Além do mais, a falta de clareza multidimensional entre as causas e efeitos dos fenômenos que permeiam a vida, faz com que, habitualmente, os indivíduos caracterizem tais fenômenos como sendo complicados. Isto é, quando as pessoas não conseguem resolver e/ou entender determinadas

situações da vida pelo prisma da fragmentação tendem a conceber os fenômenos pela lente da complicação (MORIN, 2010b).

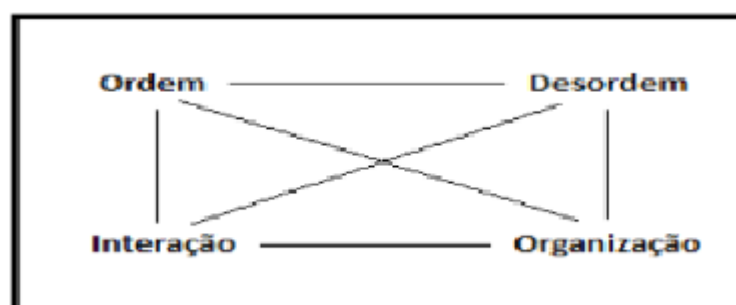
Em contrapartida, Mariotti (2010) diferencia os fenômenos complexos do complicado pelo seu grau de erro, incerteza e ilusão. A título de ilustração, cita o relógio como máquina artificial feita para reduzir ao máximo o erro, a incerteza e a ilusão, para aumentar a objetividade, a precisão e a previsibilidade. Isso é possível no contexto do complicado, mas na dimensão do complexo é inviável, uma vez que o nível de erro, incerteza e ilusão são mais elevados, porque são elementos próprios à existência humana.

A *ordem* se manifesta em tudo o que é estabilidade, invariância, repetição, constância e probabilidade. A *desordem*, por sua vez, se refere ao afastamento em relação a uma dada estrutura, aos acontecimentos, desorganizações, acidentes, irregularidades, desintegrações, imprevisibilidade, ruídos, incertezas e erros. Já a *organização* agrega propriedades de multiplicidade e de unidade, um componente do sistema a partir de diferentes elementos. Importante esclarecer que, a organização não pode ser reduzida e confundida com a noção de ordem, apesar de a produzir e comportar. Por consequência, ela agrupa aspectos da unidade (parte) e da multiplicidade (todo) (MORIN, 2010a; 2015). Na perspectiva da complexidade, valoriza-se a unidade na multiplicidade, bem como a multiplicidade na unidade (MORIN, 2010b).

Esses três elementos encontram-se interligados e interconectados, não podendo ser discutidos e observados isoladamente. A esse fenômeno o autor conceitua de *tetragrama*, pensando-o dialogicamente para se debruçar na complexidade dos fatos, acontecimentos e objetos (MORIN, 2010a; 2015).

A ideia do tetragrama (conjunto de quatro palavras), para o autor, é representada na figura 1 abaixo, revelando a relação desses fenômenos:

Figura nº 1 – Tetragrama da Complexidade, segundo Morin (2010)



Entende-se, com isso, que a complexidade da relação ordem/desordem/organização surge, pois, quando se certifica empiricamente que fenômenos desordenados são necessários em certos momentos, em certas situações, para a formulação de fenômenos organizados, os quais colaboram para o crescimento da ordem (MORIN, 2015).

Faz-se importante, pois, aprender a lidar e a pensar conjuntamente (interação) com ordem e desordem, pretendendo a organização e, como consequência, a evolução (MORIN, 2010a).

Envolto à dialógica da ordem, desordem, organização, interação e das dúvidas e das incertezas que permeiam a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado, o pensamento complexo surge para religar e conectar os constituintes que integram o processo para poder compreendê-lo em sua dinamicidade, singularidade e multidimensionalidade.

O autor sugere, nessa direção, conhecer a realidade a começar de um jogo combinatório entre ordem/desordem/interação/organização – elaborando tal tetragrama. A dialógica entre esses elementos permite conceber as transformações, a morfogênese, os desenvolvimentos, complexificações, as degradações, decadências e destruições dos fenômenos permitindo conhecê-los na sua multidimensionalidade e na sua complexidade (MORIN, 2010a).

Percebe-se, além disso, que a complexidade se traveste de muitas expressões: a multiplicidade, a rapidez e a diversidade são umas delas. Quando somos impelidos com informações e experiências que extrapolam a nossa capacidade de cognição e gestão – tanto em teor quantitativo quanto qualitativo, nossa tendência é rejeitar a complexidade do mundo real e fazer de conta que ela não existe. Os meios mais habituais para isso são a superficialização, a racionalização e a supersimplificação. Esses três meios são modos comuns de pôr tudo em termos binários, e assim ignorar a realidade a qual somos parte (MARIOTTI, 2010).

É pertinente deixar pontuado, inclusive, que o pensamento complexo não nega, absolutamente, a ordem, o determinismo, a clareza. Apenas ele os considera insuficientes para darem conta do conhecimento, da descoberta e da ação (MORIN, 2015).

Com o objetivo de ir ao encontro da complexidade, existem sete avenidas/princípios/diretivas interdependentes e complementares que se

movimentam em busca do entendimento da imbricada dinâmica dos fenômenos, bem como do conhecimento multidimensional (MORIN, 2010a; 2010b).

Tais “princípios”, para Mariotti (2010, p.93), têm outra denominação: são os que ele chama de “*operadores cognitivos ou conceituais do pensamento complexo*”. Ou seja, esses princípios nada mais são do que caminhos, que, quando vistos em conjunto, permitem desvelar a essência do pensamento complexo:

- Princípio sistêmico ou organizacional: une o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, e o todo é identicamente mais e menos que a soma das partes, tendo algumas de suas qualidades acanhadas pela organização do conjunto. Tudo está em relação e nada está isolado no universo. A organização é aquilo que estabelece um sistema a partir de elementos distintos, sendo ela, ao mesmo tempo, uma multiplicidade e uma unidade. Exemplo: a organização social produz repressões econômicas, políticas jurídicas, entre outras, que inibem ou coíbem o aprimoramento das capacidades das pessoas. Mas, a organização social, o todo organizado, é mais que a soma das partes em razão das qualidades em crescimento das partes que retroagem sobre as mesmas incentivando as suas capacidades.

- Princípio hologramático: revela que não somente a parte está no todo, também o todo está inserido nas partes. Contudo isso não quer dizer que a parte seja um reflexo simples e puro do todo, visto que cada parte conserva sua individualidade e sua singularidade, entretanto, de alguma maneira contém o todo. Exemplo: cada célula do organismo é uma parte do todo, uma vez que contém a totalidade da herança genética. Recorda que a sociedade está presente em cada organismo através de suas normas, cultura e linguagem.

- Princípio da retroatividade: concede o conhecimento dos processos auto-reguladores e desvincula com o princípio da causalidade linear, no qual a causa age sobre o efeito e vice-versa. Exemplo: a violência de uma pessoa contra a outra inflama uma reação violenta, que, por seu lado, provoca uma reação ainda mais violenta.

- Princípio da recursividade: retrata um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz. A sociedade é um exemplo: ela é produzida pelas interações entre os indivíduos

e essas interações produzem um todo organizador que retroage sobre eles, para co-produzí-los como indivíduos; o que eles poderiam ser não o seriam se não contassem com a cultura, a linguagem e a instrução.

- Princípio da autonomia/dependência (auto-eco-organização): para o qual os seres vivos são autônomos, porém sua autonomia depende do meio exterior. Sua autonomia é inseparável dessa dependência, assim como eles têm necessidade de retirar organização, energia e informação de seu ambiente; por isso são percebidos como seres auto-eco-organizadores. Morin entende que a autonomia se fundamenta na dependência do meio ambiente, passando a autonomia a ser uma definição complementar ao da dependência, não obstante lhe seja também contrário. Exemplo: os seres vivos são seres auto-organizadores que não param de se auto-produzir dependendo, assim, de energia para manter sua autonomia.

- Princípio dialógico: assume racionalmente a inseparabilidade de noções antagônicas (como ordem, desordem e organização), para criar um mesmo fenômeno complexo, ou seja, ele une duas noções que pendem a se excluir reciprocamente, mas são inseparáveis em uma mesma realidade. Dialógico significa que dois princípios, duas lógicas estão unidas sem que a dualidade se perca nessa união. Sobre isso ele chamou de unidualidade, quando declara que a pessoa é um ser unidual, totalmente cultural e biológico a um só momento. Exemplo: a ciência é um exemplo que parte da dialógica, ao percorrer sobre a racionalidade, o empirismo, a verificação e a imaginação.

- Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento: atua na restauração do sujeito e na problemática cognitiva central, ou melhor, da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução, uma tradução feita por um cérebro/espírito num tempo e numa cultura determinados.

Os princípios acima descritos oferecem uma nova forma de vislumbrar e enxergar os sistemas que possuem comportamentos complexos. Esses, muitas vezes, rotulam-se por desordem e caos, contudo através do olhar complexo assumem formas incertas que remetem e oferecem a adaptações – por isso a não-linearidade – e interações contínuas, permitindo assumirem uma conotação de incompletude (KLOCK, 2009).

Além disso: aplicar e reconhecer esses princípios no cotidiano torna-se um desafio, haja vista, o modo lateral de pensar e enxergar sobre os fenômenos (SILVA, 2013).

Tal pensamento, bem como seus princípios, se empenham em construir ligações e religações das dimensões de um fenômeno, capazes de contextualizar e localizar uma informação e o conhecimento em seu contexto, com a finalidade de que eles obtenham sentido (MORIN, 2011).

Morin (2010b, p. 89) destaca o significado de *“substituir um pensamento que isola e separa, por um pensamento que distingue e une. É preciso substituir um pensamento disjuntivo e redutor, por um pensamento do complexo, no sentido originário do termo complexus: o que é tecido junto”*.

Por esse prisma, entende-se que o pensamento disjuntivo fragmenta, separa, reduz e isola o fenômeno às suas partes; ao passo que o pensamento complexo capta as conexões entre as partes e o todo, entre o todo e as partes (MORIN, 2010b).

Por outro lado, Mariotti (2010) assume a postura em dizer que o mundo real é complexo e com regularidade caótico. Por conta disso, os autores que estudam a complexidade têm o costume de dizer que o mundo está à margem do caos e permeado por crises, ou, como enuncia Morin, à temperatura de sua própria destruição.

Vê-se, assim, que o pensamento complexo também é movimentado por uma tensão permanente, sobretudo contraditória, entre a aspiração a um saber não fragmentado, não redutor, não compartimentado, e o reconhecimento da incompletude de qualquer conhecimento, do inacabado (MORIN, 2015).

Refletir em complexidade permite exprimir um incômodo, uma confusão e uma incapacidade para conceituar de maneira simples, e nomear de modo claro, a ordenação das ideias. Morin (2015) diz que a palavra complexidade carrega uma carga semântica pesada, uma vez que traz em seu cerne incerteza, confusão, desordem.

É complexo o que não se pode resumir em uma palavra-chave, o que não pode ser reduzido a uma ideia simples nem a uma lei. Em outros termos, *“a complexidade é uma palavra-problema e não uma palavra-solução”* (MORIN, 2015, p.6).

A partir de sua própria experiência reflete sobre o papel da ética nas sociedades. Surge, assim, o conceito de autoética. Redenção, tolerância e perdão fundem-se, aparecendo uma noção de ética da compreensão. Sugere a rápida criação de uma consciência planetária e de uma identidade humanitária, dessa lista de valores universais (MORIN, 2000a).

Para Mariotti (2010), de outra maneira, a percepção da realidade e de sua complexidade nunca está imune de erro, incerteza e ilusão. No entanto, não se pode limitar e aceitá-los passivamente, tampouco fingir que esses fenômenos não existem.

Consequentemente, de certo modo, lidar com a complexidade inclui lidar com o erro, a incerteza e a ilusão, o que se pode supor que viver num mundo sem erro e incerteza é uma ilusão. E essa conscientização aguça nas pessoas uma ideia mais clara da realidade e dá o ânimo de que é viável “*errar menos, iludir-se menos e ter sempre consciência da incerteza*” (MARIOTTI, 2010, p.31).

Entende-se por *erro* fazer algo com uma finalidade e não ser bem-sucedido. Por *incerteza*, o que não está assentado, a dúvida. E *ilusão* a percepção distorcida, tomar uma coisa por outra (MARIOTTI, 2010).

Algo que antes foi construído pode ser desconstruído e reconstruído de outras formas. O modo de pensar, individual ou por meio de um processo de construção coletiva, é assim que se muda. Não obstante, para que essa iniciativa tenha êxito é necessário que haja vontade e motivação consciente, além de reflexão e discussão das ideias resultantes com pessoas empenhadas no mesmo objetivo. A vontade de mudança pode vir à superfície por vários motivos e, sejam eles quais forem, é preciso transpor muitos bloqueios, entre os quais diminuir a ingenuidade, a alienação e, em especial, a arrogância (MARIOTTI, 2010).

A Complexidade é um convite à compreensão do mundo tendo a competência de integrar na realidade, as relações que firmam a co-existência entre os indivíduos, possibilitando a identificação da ordem e da desordem, da estabilidade e da mudança, do uno e do diverso. Ela oferece a lição de sacudir a preguiça mental, constituindo-se numa ajuda à estratégia de resolução dos desafios e dos problemas (MORIN, 2015).

De acordo com Erdmann (1996), Morin desenvolveu seu pensamento num direcionamento crítico de inspiração, quiçá de um certo tipo de estruturalismo, de interações não-lineares, lançando uma riqueza de ideias organizadas sobre a vida, a natureza, a ciência, o conhecimento, com consciência e outros. Mais recentemente, no entanto, apela à apreensão e à interrogação que incidem sobre as próprias ideias, sua organização, natureza e condições de emergência enfatizando a necessidade de que se cristalize e se enraíze um paradigma da complexidade.

Vale esclarecer que, Mariotti (2010) aborda a complexidade como um fenômeno, não como uma teoria. Entende que “*a complexidade é a maneira como o mundo real se mostra à nossa experiência cotidiana*” (MARIOTTI, 2010, p.36). Por conseguinte, pensamento complexo é entendido como um conjunto de instrumentos conceituais – que se chamam métodos, e operacionais – que são as técnicas, desenvolvidas para pôr em prática as descobertas e princípios das ciências da complexidade (MARIOTTI, 2010).

A palavra complexidade, segundo Mariotti (2010), se refere ao mundo real que, por sua vez, apresenta uma infinidade de sistemas ligados, conectados, entrelaçados e interdependentes e isso inclui a natureza, as sociedades e as instituições humanas.

O sistema não deve ser visto somente pelo ângulo da unidade global, mas como *unitas multiplex*, no qual o todo se caracteriza como macrounidade, cujas partes não estão fundidas ou confundidas nele (MORIN, 2010a).

Segundo Mariotti (2010), a associação entre as partes e o todo e entre o todo e as partes, forma o sistema complexo. E a maneira pela qual o mundo real se apresenta à nossa experiência do dia a dia forma-se o sistema complexo adaptativo.

Todos os sistemas naturais (o que engloba os vivos e aqueles dos quais envolvam seres vivos) são complexos e adaptativos. São naturais quase todos os sistemas complexos adaptativos, porém há sistemas artificiais (por exemplo, alguns *softwares* aprimorados) que se integram nessa classificação. Há um nível mais alto de incerteza, erro e ilusão nos sistemas complexos adaptativos (MARIOTTI, 2010).

Portanto, os sistemas complexos adaptativos, conforme Mariotti (2010), se caracterizam por dois lados: de uma parte por sua baixa

repetitividade e precisão e, por outra parte, por sua grande criatividade, adaptabilidade e capacidade de inovar.

Posto isso, todavia, não se busca atingir à complexidade por conceituações prévias ou definições claramente delineadas, mas faz-se necessário seguir caminhos tão distintos, caso possa perguntar, se existem complexidades e não uma complexidade, desmedidas variância e interrogação que o fenômeno compreende (MORIN, 2010a).

Dentro desse horizonte, o processo gerencial de enfermagem será tanto mais complexo quanto maior a sua potencialidade de lidar com as dúvidas e desordem presente no cenário hospitalar, dado que essa abordagem tenta levar em consideração o máximo de reais informações; tal como conhecer e reconhecer o incerto, o aleatório e o variado (ERDMANN; BACKES, MINUZZI, 2008).

A complexidade, nessa perspectiva, absorve em seu princípio um modo dialético de compreender os embates entre ordem/desordem, acaso/necessidade, unidade/diversidade, sujeito/objeto, quantidade/qualidade, até mesmo cuidado/descuidado etc. Igualmente, essa nova maneira de examinar a ciência, a sociedade e as suas inerentes interações, não privilegia nem o sujeito nem o objeto. Tal como, não deixa de propiciar a redução para conseguir o todo, o que faria da complexidade um outro feitio de encarar a realidade. Ao contrário, almeja uma forma de unidade complexa (KLOCK, 2014).

Em consonância com Erdmann, Backes e Minuzzi (2008), o cuidado de enfermagem é, independente de quaisquer conjunturas que o possa explicar, um cuidado complexo, multidimensional e dialógico por convergir-se no humano – ser de cuidado – também complexo. A priori, no processo de cuidar é preciso levar em conta que tanto o cuidador como a pessoa sob seu cuidado se envolvem de uma peculiar dinamicidade aguçada pelas múltiplas associações, interações e relações.

Então, a lente da complexidade amplia o olhar sobre o processo gerencial de enfermagem e passa a configurar o cuidado a partir de uma teia ou rede de produtos e processos que envolvem associações, interações e relações entre os gestores, usuários e profissionais enquanto sujeitos que integram o sistema de saúde (ERDMANN; BACKES, MINUZZI, 2008).

Nessa direção, Erdmann et al. (2006) reforçam a relevância de declarar o trabalhador de saúde um ser cognoscente, corresponsável pelo fornecimento de suas necessidades e pela instauração de relações entre os elementos da equipe, tonificando a ideia de que esse sujeito opera com o conhecimento, troca, aprende, elabora, reelabora, transforma o conhecimento tácito em explícito e o explícito em tácito. Como membro de uma instituição é apto em articular conhecimento e, nessa corrente de relações, polir as práticas de cuidado e de saúde.

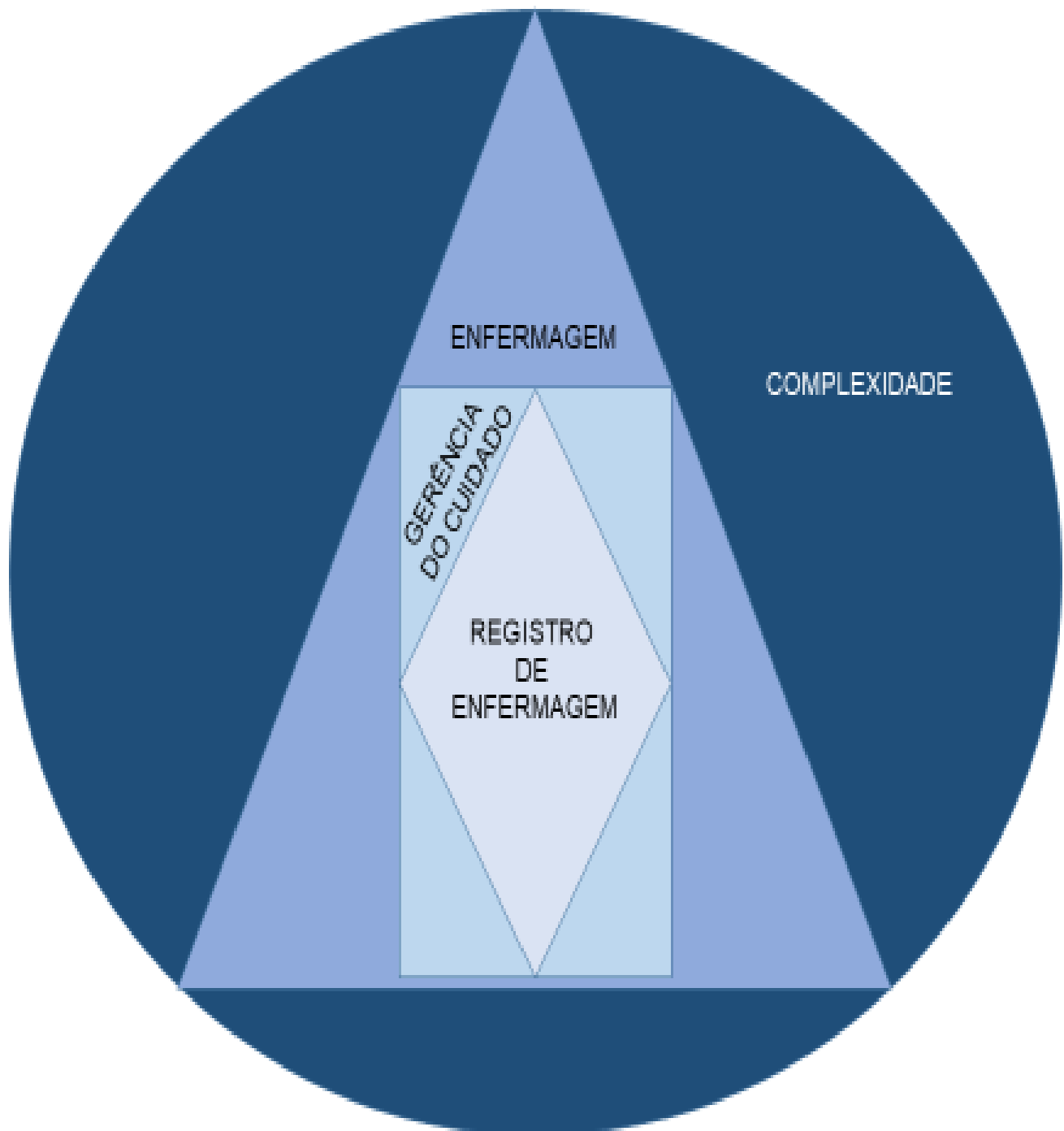
Ademais, a complexidade da prática gerencial do enfermeiro atravessa diferentes ações que vão desde os micro espaços do cotidiano hospitalar às dimensões sociais globais, concernentes ao cuidar gerenciando e educando, ao gerenciar cuidando e educando, ao educar cuidando e gerenciando, edificando conhecimentos e promovendo a interconexão entre os distintos sistemas e atores sociais em benefício da qualidade do cuidado como direito do cidadão (ERDMANN; BACKES, MINUZZI, 2008).

Como se pode depreender, deixar o pensamento fragmentado e reducionista, no entanto, não significa pensar somente nas estruturas macro dinâmicas, na tentativa de recolher a plenitude dos fenômenos, porque isso manteria a visão dicotômica da realidade. O grande progresso do pensamento complexo é, indubitavelmente, procurar coordenar, em um mesmo ponto de vista, os aspectos parciais e a totalidade da realidade, ou seja, o todo nas partes e as partes no todo (NASCIMENTO et al., 2008). Sendo que cada parte tem uma identidade própria e assume uma dupla identidade: a do todo e a das partes (MORIN, 2010b).

É significativo que aprendamos a falar sobre a complexidade para tornarmos capazes de aplicá-la no cotidiano. Para isso, é fundamental a formação de uma linguagem clara e simples. Pois, sabe-se que, a construção da realidade se faz mediante a linguagem e nesse sentido é mister um vocabulário comum que permita que indivíduos a construam em termos do pensamento complexo e da complexidade. Muitas mentes mudarão e, como há de se esperar, as mudanças que ocorrerem serão lentas. Porém, muitas outras mentes, senão a maioria, ficarão pelo caminho (MARIOTTI, 2010).

Partindo desses quatro pilares, o encadeamento das bases conceituais é ilustrado abaixo na figura 2:

Figura nº 2 – Apresentação dos Pilares Conceituais da pesquisa



Fonte: Autor da pesquisa.

2.1 O cuidado, o cuidado de enfermagem, a gerência de enfermagem e a gerência do cuidado de enfermagem: uma rede de pensamentos

“As ciências humanas não têm consciência dos caracteres físicos e biológicos dos fenômenos humanos. As ciências naturais não têm consciência da sua inscrição numa cultura, numa sociedade, numa história. As ciências não têm consciência do seu papel na sociedade. As ciências não têm consciência dos princípios ocultos que comandam as suas elucidações. As ciências não têm consciência de que lhes falta uma consciência”. (Edgar Morin, 2010)

Ao construir o presente texto, recorre-se às ideias de Silva (2013), por compartilhar do posicionamento de que a escrita faculta caminhar por muitos significados, princípios e estímulos, além de ser susceptível à novas compreensões.

Assim sendo, a escrita foi eleita e disposta proporcionando um pensar reflexivo do cuidado, do cuidado de enfermagem, da gerência de enfermagem e da gerência do cuidado de enfermagem para uma prática profissional renovadora. Não obstante, existe a convicção da presença de um conteúdo complexo, de potencial envergadura de apreensões, caracterizações e discussões, com vasta heterogeneidade de definições, subjetivações e de natureza infundável. Logo, o objetivo do texto é investigar e esclarecer algumas formulações e concepções de cuidado, cuidado de enfermagem, gerência de enfermagem e gerência do cuidado de enfermagem, sem a menor pretensão de concluir essas áreas do conhecimento, tampouco imprimir finitude às reflexões seguintes, pelo contrário (SILVA, 2013).

A filologia da palavra cuidado comporta distintos sentidos no dicionário: atenção; cautela; desvelo; zelo; precaução; inquietação de espírito; pessoa ou coisa que é objeto de desvelos (FERREIRA, 2014).

Para um teólogo brasileiro, na atual crise civilizacional e ecológica, busca-se o cuidado como categoria matricial, capaz de suscitar um novo acordo entre os seres humanos e um novo elo para com a natureza. É uma categoria fértil, visto que ela inaugura um conceito particular de ser humano e de sua função no conjunto dos seres (BOFF, 2005).

O cuidado, conforme Boff (2005) é mais que uma ação. É uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro.

O cuidar é, pois, uma ação/ato que pode ser aprendida, desaprendida, reaprendida e partilhada/transmitida, embora seja única, singular e particular. Todavia em espaços, momentos e movimentos presentes nas ocorrências múltiplas do viver em sociedade (ERDMANN et al., 2005).

Um contorno da categoria matricial supracitada é a fenomenologia do cuidado, uma proposta na perspectiva filosófica, conduzida por Martin Heidegger (1889-1976), o filósofo do cuidado. Fenomenologia é, pois, compreendida como o modo pelo qual o cuidado se transforma em um fenômeno para a nossa consciência, mostrando-se em nossa experiência e concretizando-se em nossas práticas (BOFF, 2005).

Sob outro ponto de vista, no que se refere ao cuidado do ser, Leloup (2013) traduziu, diretamente do grego para o francês, o texto de Fílon sobre os Terapeutas de Alexandria, objetivando clarificar a valiosa e profunda origem do cristianismo e da terapia ocidental. Fílon de Alexandria (10 a.C – 50 a.C) foi um dos mais renomados filósofos do judaísmo helênico, interpretando a bíblia com o uso de elementos da filosofia de Platão.

A terapia na época de Fílon consistia em cuidar do corpo (alimento e vestuário), cuidar da *psyche*, das imagens e dos arquétipos que o animam, cuidar do seu desejo e da orientação que lhe daria, cuidar do outro pela oração. O olhar do Terapeuta não está voltado, em primeiro lugar, para a doença ou para o doente, mas para aquilo que se acha fora do alcance da doença e da morte nele. “*Cuidar do Ser*” não significa ocupar-se com uma existência, que se poderia apreender ou aconchegar no mais íntimo do ser humano. Trata-se de uma transcendência interior, que é dentro de nós o desconhecido e o inacessível (LELOUP, 2013).

Nessa situação, o cuidado é entendido como uma prática reflexiva que beneficia o conhecimento de si para se conhecer o outro nos diferentes locais onde se desenvolvem o cuidado (SILVA, 2013).

Assim, Boff (2005) diz que nós não temos apenas cuidado, mas somos cuidado. Isto significa que cuidado possui uma dimensão ontológica, ou seja, entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser particular do ser

humano. Sem cuidado, deixamos de ser humanos. Se não tomarmos o cuidado por base, não conseguiremos compreender o indivíduo. Ele funda um novo *ethos*. No sentido originário da palavra, *ethos* na filosofia grega: a forma como organizamos nossa casa, o mundo que habitamos com os seres humanos e com a natureza.

Esclarecendo ainda mais, Boff (2005) relata que cuidado significa *cura* em latim – língua originária do português. Cura é um dos sinônimos eruditos de cuidado, empregado na tradução do livro “*Ser e Tempo*”, de Heidegger. Em seu sentido mais primitivo se usava na circunstância das relações humanas de amor e de amizade. Cura queria exprimir o comportamento de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada.

Boff (2005) reforça a ideia de que cuidado significa solicitude, desvelo, diligência, zelo, bom trato, atenção. É um modo de ser o qual o indivíduo sai de si e se centra no próximo com solicitude e desvelo.

O cuidado pode ser refletido por meio de dois pontos de vista, conforme Mayeroff (1971): cuidar de pessoas, ajudando-as a crescerem e a se realizarem; e cuidar de uma ideia ou ideal – filosófico ou artístico, “*fruto de nossa imaginação*”. Seja por qual lente olhar, existe um padrão comum de ajudar o outro ou algo a crescer. É o que ele define como “*padrão geral ou básico de cuidado*”. Defende a ideia de como o cuidado pode dar significação à vida e ordená-la e de como o cuidado ordena valores à sua volta.

Quando o meu cuidado ajuda o outro a se desenvolver, vejo o *objeto do meu cuidado* – uma pessoa ou uma ideia, como uma extensão de mim mesmo e, simultaneamente, como algo separado de mim, que respeito por ter vida e valor próprios. O outro como ser independente com necessidades próprias que devem ser respeitadas (MAYEROFF, 1971).

De acordo com Mayeroff (1971) os principais componentes do cuidado são o conhecimento, os ritmos alternados (padrões de comportamento), além de paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem. Existem, de igual modo, alguns aspectos esclarecedores do cuidado, tais como auto-realização pelo cuidado, capacidade de cuidar e ser cuidado, dentre outros. Defende, ainda, que a dedicação é fundamental para o cuidado. Quando ela acaba, acaba o cuidado. E a dedicação baseia-se no valor que se reconhece no outro.

Na Enfermagem, o cuidado começou a percorrer diferentes caminhos desde a sua origem. Mas foi marcadamente através da precursora da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale, que o cuidado se consolidou e o colocou como essência e/ou objeto central da Enfermagem, sendo que, posteriormente, emergiram outros referenciais (ERDMANN et al., 2005).

Lunardi et al. (2004), por sua vez, trazem a visão do cuidado entendida como o cuidado de si como condição para o cuidado dos outros, isso pensado, especialmente, nas práticas de saúde. Ou seja, para alguém cuidar do outro e guiá-lo, por exemplo como fazem os enfermeiros em suas atividades, a princípio precisa demonstrar que podem guiar-se, que compreende as limitações de seu fazer profissional e que carece de respeitar o outro como alguém diferente de si mesmo.

Erdmann (1996), por um panorama distinto de reflexão, considera o cuidado como um sistema que necessita da interação entre as pessoas as quais precisam do cuidado, da ação de facilitação, entre ajuda e comunhão para o aprimoramento e sobrevivência de ambas as partes, além das condições da natureza.

Por conseguinte, Collière (1999) disserta que cuidar “*é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade a que somos levados a prestar a toda pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda*” (p.235).

Como se vê, o cuidado pode ser construído através de uma corrente de relações desenvolvidas entre o ser cuidado, quem cuida e deste consigo mesmo, indo além de um ato individualizado e atingindo uma postura mais ampla, social e coletiva.

Indo adiante, Merhy (2002) diz que, na área da saúde, o objeto não é a cura ou a promoção de saúde, mas a produção do cuidado, por intermédio do qual se crê que se poderá alcançar a cura e a saúde, que são realmente os objetivos a que se quer atingir.

Nota-se, por muito tempo, tanto na Inglaterra – país de origem do modelo nightingaleano, como em outras nações europeias que a assistência e o cuidado dos pobres ficaram sob a responsabilidade da figura da “mulher consagrada”, que antecede à imagem da enfermeira que, desvinculada de funções religiosas, só aparecerá na segunda metade do século XIX. Entre os

pobres de Deus, que se amparam da caridade e das mulheres bondosas, não existe nada similar a um “intercâmbio” no qual se reconheça a independência ou a igualdade dos agentes. Todas as relações que ali apresentam, competem ao registro do “dar” e do “receber” (CAPONI, 1998-1999).

Esse pensamento acerca da lógica da compaixão piedosa é dirigido por Caponi (2004) que, segundo a pesquisadora, é um jogo desumanizante e perverso, difícil de perceber. Esse tipo de compaixão parece estabelecer uma modalidade particular de exercício de poder que se organiza através do binômio servir-obedecer. Pois é uma prática muito dissimulada e arraigada na sociedade ocidental tendo a dama da caridade, no século passado, sua figura central, que tinha o *status* de benfeitora divina em decorrência de seus atos de oferecer filantropia e esmola. A dama da caridade vem sendo gradualmente substituída pela enfermagem, legatária dessa lógica que, muitas vezes, ainda inspira suas atitudes no setor saúde.

Nesta perspectiva, a responsabilidade genuína com quem está em sofrimento é favorecida pela solidariedade. Um contexto de humanização é aberto pela solidariedade, visto que esta implica uma inquietação por universalizar a dignidade humana, que carece do diálogo com o outro para poder difundir-se. Em outras palavras, podemos tornar inteligíveis nossos raciocínios, temores, anseios e sofrimentos somente pela mediação da palavra trocada com o outro (CAPONI, 2004).

Em vista disso, entende-se como imperativa a necessidade de pensar a assistência à saúde apoiada em vínculos simétricos, sustentados na equidade e na solidariedade, e não a partir dos vínculos assimétricos que descendam ora da possibilidade do sentimento de compaixão, ora das imposições do bem-estar coletivo (CAPONI, 2004).

Neste sentido, a construção de um conceito quanto ao cuidado de enfermagem é discutida por Vale e Pagliuca (2011), que formularam uma definição que permeou atitudes como ética, zelo, consciência, solidariedade e amor, e que exprimem um “saber-fazer” fundamentado na ciência, na arte, na estética e na ética, conduzido às necessidades do indivíduo, família e sociedade.

Espírito Santo e Porto (2006) orientam que, nos dias atuais, muitos estudos direcionam o cuidado como objeto teórico em dimensões que

conjugam aspectos internos e externos à classe da enfermagem, introduzindo e investigando temáticas que, antigamente, eram encobertas, apesar de presentes na vivência profissional, como o significado do corpo e suas formas de manifestação na interação entre quem cuida e quem é cuidado.

Vilma de Carvalho, enfermeira e filósofa, ícone da enfermagem brasileira e professora emérita da EEAN/UFRJ, ao meditar sobre o cuidado de enfermagem expõe:

Em sã consciência, cabe atenção ao fato de que, em nossos dias, o termo “cuidado” explodiu em uma tremenda desordem terminológica, espécie de caos epistemológico, tantas são as variações de uso da palavra “cuidado” no âmbito de várias profissões que se identificam agora como de cuidado. Pessoalmente, eu só sei falar de cuidado de enfermagem. Não me sinto à vontade para falar do “cuidado” como vocábulo de comunicação transacional, ou como termo comum empregado indistintamente por outras profissões (CARVALHO, 2009, p.409).

Sobre o cuidado de enfermagem crê-se que o aprendizado, a pesquisa e o contexto do exercício profissional do enfermeiro deva ter a chancela da crítica. Isto é, o exame dos sentidos, significados e representações a contar dos sinais apresentados pelos sujeitos a serem cuidados, iniciaria um ambiente para a crítica diante à rapidez e ao aglomerado de informações e aos aparatos tecnológicos que apoderam o campo de atenção à saúde. Em síntese, o cuidado de enfermagem que tenha o sujeito do cuidado como sujeito da relação (MACHADO e COLVERO, 2003).

O cuidado de enfermagem, pelas trocas que proporciona, é baseado no envolvimento, sendo este essencial para a aproximação entre o cuidador e o ser cuidado, além de que cuidar do outro é também cuidar de si. Percebe-se, além disso, o cuidado do outro pelo profissional de enfermagem de modo verbal e não-verbal, respondendo às questões física e emocional, com o intuito da preservação da dignidade do indivíduo. A dor revelada pelo outro sensibiliza o profissional, que procura em suas atitudes o seu alívio, por intermédio de ações de empatia na prática do cuidar (BAGGIO, 2006).

Na enfermagem, diversas são as teorias que abordam o cuidado humano. Expor cada uma, em suas especificidades, é uma tarefa que foge do escopo da presente exposição teórica, mesmo porque mereceria um capítulo à parte.

Antes disso, é importante frisar que, no Brasil, uma teoria de enfermagem simboliza um fazer guiado pela expressão “*Gente que cuida de gente*” (HORTA, 1979, p.99).

A título de ilustração, selecionou-se duas delas e o critério de escolha se deu, tão somente, por possibilitarem às distintas ponderações, sem a intenção de elevar uma em detrimento de outra e vice-versa, com o devido entendimento de que as teorias de enfermagem têm como objetivo precípua: sedimentar as evidências científicas da Enfermagem.

A primeira é uma ciência de enfermagem sobre o cuidado que se locomove rumo ao autocuidado. A palavra autocuidado foi aludida pela primeira vez, na área da enfermagem, em 1958, nos EUA, pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, quando se passou a pensar o porquê as pessoas necessitam de ajuda da enfermagem e podem ser assistidas pela mesma. A Teoria de Orem consiste basicamente na concepção de que as pessoas, quando capazes, devem cuidar de si mesmas. Quando existe a impossibilidade desse cuidado, entra o trabalho do enfermeiro no processo de cuidar. Apoiada por esta reflexão elaborou a sua teoria sobre o déficit de autocuidado (SILVA, 2009).

Outra filosofia de enfermagem alicerçada no cuidado foi guiada pela enfermeira Jean Watson, entre 1975 e 1979, período em que lecionava na Universidade de Colorado (EUA). Surge, aí, a teoria do cuidado humano. Está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz visão para além do corpo físico (FAVERO et al., 2009).

Porém, em 1985, a referida teoria sofre modificações por sua autora, bem como redefinição de conceitos. Introduce-se o paradigma do cuidado transpessoal na ciência do cuidado. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte; com enfoque no ideal moral; o significado da comunicação do contato intersubjetivo entre enfermeiro e paciente; ir além do físico-material ou do mental-emocional e atingir o cuidado da sua própria alma e espírito e do ser que está sendo cuidado (WATSON, 2007).

Em 2005, surge em sua teoria o termo *Caritas e Communitas*, que aborda o outro com sensibilidade e delicadeza, dando-lhe atenção singular e exercitando uma atenção cuidadosa. Determina uma ação de respeito pelo

sagrado, que é o outro, estando este ser conectado ao universo e ao outro, sem divisões de tempo, espaço ou nacionalidades (WATSON, 2007).

Mais contribuições com relação ao cuidado de enfermagem são discorridas por Souza et al. (2005), quando sinalizam que a ação de cuidar desvela o existencial, de onde derivam atitudes, sentimentos e ações, como desejos, vontades, impulsos e inclinações, ou melhor, o homem diante o mundo, os outros e a si mesmo. Compreender o valor do cuidado de enfermagem exige um pensamento ético que considera a vida com um bem valioso em si, iniciando pela importância da própria existência para respeitar a do outro, em sua complexidade, suas orientações, até mesmo a escolha da enfermagem como uma profissão.

Para Figueiredo et al. (2009), o cuidado de enfermagem é entendido como um conjunto de ações/atos de cuidado, desenvolvidos em situações de cuidado e dirigidos aos indivíduos adoecidos ou sadios, aos demais indivíduos a ele ligados, às comunidades e aos grupos populacionais com o objetivo de manter e promover o conforto, bem-estar e segurança, no máximo limite de suas possibilidades profissionais e institucionais. Além disso, é uma atitude incondicional do corpo que cuida e envolve impulsos de ódio, de amor, de alegria, esperança, desespero, prazer, energia, porque é um sujeito em situação que envolve disponibilidade do corpo que cuida para tocar, manipular humores e odores, sendo um ato libertador que representa a essência da ação humana que é cheia de emoção e de possibilidade de manter o outro livre. É uma ação política e pode ser revolucionária porque seu acontecimento pode romper com o passado, com o que está posto como cuidado e tornar os envolvidos sujeitos de suas próprias atitudes.

Compreende-se, assim, que a complexidade do cuidar parece estar cada dia mais presente no ser e fazer do enfermeiro, levando-o a buscar uma prática que redireciona o seu papel como um ser cuidador dentro de um ambiente do cuidado com numerosas interações e peculiaridades humanas (ERDMANN et al., 2005).

Diante desse arsenal de significações sobre cuidado de enfermagem faz-se necessário a continuidade de tal raciocínio, partindo, assim, para um outro horizonte de reflexão – a gerência de enfermagem, que é parte inerente do cuidado de enfermagem.

Davel (2004, p.01) alega que *“administração é um termo às vezes usado em lugar de gerência, porém é um termo consagrado para indicar a função referente à obtenção de recursos como pessoal, materiais, serviços gerais e outros”*.

Dantas (2008) esclarece que, no que compete à gerência, este vocábulo teve sua origem na área privada com a finalidade de dar significado a função subordinada àqueles que estão nos conselhos superiores. Gerentes ou executivos são as pessoas responsáveis pela execução das ordens dos diretores, proprietários ou membros dos conselhos de administração das empresas.

Davel (2004, p.01), de modo correlato, defende que gerência consiste na *“obtenção da execução de funções e de atividades de um órgão, por pessoas.”*

Motta (2002) declara, assim, que a gerência é a arte do pensamento, da decisão e da ação; é a arte de fazer acontecer, de obter efeitos. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, porém devem ser alcançados através dos indivíduos e numa interação humana permanente.

Para Chiavenato (2000), gerência é o modo de usar diferentes recursos organizacionais, tais como materiais, humanos, de informação, financeiros e tecnológicos, com o intento de atingir um desempenho alto e obter objetivos institucionais. Outrossim, é o processo de organizar, planejar, controlar e dirigir a utilização dos recursos organizacionais de maneira eficaz e eficiente. É direcionada para as pessoas e se baseia na liderança, na comunicação e na motivação.

No setor saúde, em particular na enfermagem, o trabalho não gera bens a serem comercializados e estocados – como nos setores industrial e agrícola, mas serviços que são consumidos no momento de sua produção, ou seja, no instante do cuidado, seja ela individual ou coletiva (KURCGANT, 2010).

Nessa direção cumpre ressaltar o entendimento de Sanna (2007), esclarecendo que o processo de trabalho da enfermagem abrange o assistir/cuidar, gerenciar/administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente.

No cenário hospitalar destacam-se o cuidar e o gerenciar, havendo uma hierarquia dentro da equipe de enfermagem na qual o técnico realiza a

assistência, tida como de menor complexidade, e o enfermeiro atua na assistência de maior complexidade e na gerência do setor (NASCIMENTO, 2013).

Uma publicação que discute a gerência do processo de trabalho em enfermagem, nesse sentido, concluiu que, para encarar dificuldades da gerência em enfermagem, os enfermeiros devem desenvolver uma liderança libertadora e dialógica, através de um processo educativo e contínuo com o objetivo de incentivar e orientar os liderados na execução de suas tarefas (SANTOS, OLIVEIRA e CASTRO, 2006).

Nesta abordagem, uma pesquisa conduzida por Azzolin e Peduzzi (2007) que analisa como docentes da área Gerenciamento em Enfermagem articulam o processo de trabalho gerencial do enfermeiro com o processo de enfermagem mostra que existe uma frágil relação entre as dimensões gerencial e assistencial. Existe a predominância de uma concepção instrumental de gerenciamento em enfermagem e de processo de enfermagem como aplicação de suas etapas.

Percebe-se, com isso, que as atividades da gerência devem ser inseridas na totalidade do ensino de gerenciamento em enfermagem, em conjunto com o instrumento processos de enfermagem para, possivelmente, construir uma forma estratégica de articulação entre essas duas dimensões (AZZOLIN e PEDUZZI, 2007).

Essa dimensão prática do saber gerencial, com a divisão técnica e social do trabalho na enfermagem, pode ser percebida desde a chegada da enfermagem moderna. As *nurses*, de classe social inferior, forneciam cuidado direto aos doentes, sendo responsáveis pelas atividades manuais e mais braçais do cuidado da assistência, ao mesmo tempo que as *ladies-nurses*, de nível social mais elevado, possuíam qualificação diferenciada e executavam tarefas de gerência, de capacitação da equipe de enfermagem, bem como ensino e supervisão (GOMES et al., 1997).

Inclusive, a pesquisa de Soares e Porto (2009) aponta que, nos dias atuais, no cenário hospitalar, tem-se emergido a figura da *manager nurse*, no sentido da estreita relação que está sendo construída entre a gerência e a assistência.

Kurcgant (2010) explica, ainda, que no processo da gerência de enfermagem, a organização da assistência e dos recursos humanos de enfermagem são os objetos de trabalho do enfermeiro. Para a aplicação desse processo é empregada uma série de instrumentos como o dimensionamento de pessoal, o planejamento, a seleção e o recrutamento de pessoal, a educação permanente e/ou continuada, a avaliação, a supervisão e outros.

Por outro lado, Peres e Ciampone (2006) falam que muitas são as competências e habilidades gerais - inerentes aos profissionais de saúde: a atenção à saúde, a tomada de decisões, a liderança, a educação permanente, a comunicação e o gerenciamento. E a maioria dessas competências pode ser caracterizada como competências gerenciais do enfermeiro.

A respeito dos meios para a gerência de enfermagem, estes se encontram na forma de instrumentos – inerentes ao trabalho, por exemplo no ambiente hospitalar têm-se as prescrições, planilhas de controle, escalas de trabalho e de mensuração de carga de trabalho, evoluções de enfermagem, indicadores entre outros (VASCONCELOS et al., 2016).

Consequentemente, acredita-se, conforme esclarecem Vasconcelos et al. (2016) que a ação da gerência do enfermeiro possa ser impulsionada se suas competências profissionais forem alinhadas ao uso racional das ferramentas instrumentais próprias à gestão.

Vê-se, além disso, que o alicerce da formação acadêmica traz efeitos para a ação profissional. E ainda que se busquem o aperfeiçoamento da qualidade da assistência prestada ao paciente (por intermédio de novas teorias de enfermagem, implementação dos diagnósticos, prescrições e avaliações de enfermagem), existem lacunas no ato de gerenciar essas mudanças, de supervisionar as ações desenvolvidas, e até mesmo de motivar a equipe a aprimorar a sua função primordial – o cuidado (JORGE et al., 2007).

Christovam (2009) acredita ser possível construir um conceito de gerência do cuidado de enfermagem, que traga em si mesmo uma dialética e não uma dicotomia entre o cuidar e gerenciar o cuidado. Esta dialética envolve forma e conteúdo social e cultural do cuidado individual e coletivo no contexto hospitalar.

Existem, também, conforme Santos et al. (2013), oito ações de gerência do cuidado de enfermagem, que se articulam de modo direto à busca

pela qualidade da assistência e de melhores circunstâncias de trabalho: realização do cuidado, gerenciamento de recursos humanos e materiais, liderança, planejamento da assistência, capacitação da equipe de enfermagem, coordenação da produção do cuidado e avaliação das atuações de enfermagem.

Complementando essa ideia, Hausmann e Peduzzi (2009) realizaram um estudo com o intuito de analisar a dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro para identificar e compreender as possíveis articulações com a dimensão assistencial. As cientistas concluíram que a articulação da dimensão gerencial à assistencial pode ser percebida na referência à visita do enfermeiro e à SAE como atividades que possibilitem intervenções da assistência e de gerenciamento, na apresentação de um agrupamento de outras ações assistenciais e gerenciais associados de modo subentendido ou direto e na definição de gerência do cuidado.

Nesse entendimento, Felli e Peduzzi (2010) notam que a gerência do cuidado de enfermagem é constituída por dois processos que se complementam, a saber: assistencial e gerencial, sendo que no primeiro o enfermeiro tem como objeto de intervenção o cuidado integral, e no segundo o seu objeto de intervenção é a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem, com a função de implementar e criar condições que contribuem para o cuidado ao paciente e melhor performance aos profissionais. A relação de interdependência entre essas duas dimensões faz com que se compreenda a utilização do termo gerência do cuidado neste estudo. Esta relação pode ser ilustrada pela figura 3.

Figura nº 3 – Gerência do cuidado de enfermagem



Fonte: Silva, p.50, 2012.

Ainda sobre a figura acima é importante acrescentar que a gerência do cuidado de enfermagem é pensada, ainda, como um veículo pelo qual se fundamenta a concretização de políticas públicas, com a possibilidade de construção de modelos assistenciais consolidados em virtudes adequadas à cultura da profissão, organizando suas atitudes a partir de práticas e saberes que valorizam as multidimensões com vistas a agir e reagir, no dia a dia, com uma complexa dinâmica (ERDMANN et al., 2007).

Christovam (2009) explica que os enfermeiros, em muitas situações, veem a interação dessas duas dimensões de forma esfacelada, ao conceberem de modo dissociado o cuidar e o gerenciar. Esta colocação opõe-se à complexidade do próprio cuidado, já que a visão que fragmenta o pensar/planejar do fazer/avaliar, separa e reduz competências e ações que seriam possibilitadas a partir das interações deste processo. Por consequência, refletirá de modo negativo na qualidade das ações do cuidado, podendo produzir hostilidades no trabalho do enfermeiro, expandindo para a equipe de enfermagem e multiprofissional de saúde (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009).

Aliás, estudos como o de Martins, Nakao e Fávero (2006) revelam que existe uma ruptura entre assistência e gerência em enfermagem tanto no mercado de trabalho como durante a formação profissional. Pois, na prática profissional os enfermeiros concentram-se, cada vez mais, na função administrativa distanciando-se da assistência direta ao paciente, de modo que articular essas dimensões tem-se tornado tarefa árdua. Segundo o mesmo estudo, essa dificuldade talvez se deva ao despreparo do enfermeiro e a maneira dissociada com que as instituições de saúde e de ensino abordam esses conteúdos e os associam com a prática diária do trabalho.

Essa mesma ideia é compartilhada por Willig, Lenardt e Trentini (2006), ao considerarem que existe o conflito entre gerenciar o cuidado e prestar cuidado direto ao paciente, resultante do excesso de atividades gerenciais, do número insuficiente de pessoal de enfermagem e da ausência de um planejamento efetivo.

Dantas (2008), em sua tese, buscando analisar e discutir os significados atribuídos à gerência do cuidar realizada pelo enfermeiro revela que este reconstrói formas de gerenciamento relativos ao seu cuidar, em consonância com o ambiente institucional em que se encontra, a contar do

enfrentamento das facilidades e dificuldades encontradas na própria realidade vivida, visando a resolubilidade das demandas do paciente e da organização hospitalar.

O olhar reducionista que divide gerência de assistência deriva das práticas gerenciais do cuidado de enfermagem que, em muitos ambientes, em especial hospitalares, ainda estão concentradas estritamente na dimensão assistencialista e técnica com foco nas atividades pontuais e normativas do supervisionar, coordenar e controlar o cuidado em saúde. Essas atitudes assumem uma postura de produtividade no campo quantitativo em prejuízo ao qualitativo (ERDMANN et al., 2006; CHRISTOVAM, 2009). A gerência do cuidado surge, por outro lado, como oportunidade para interligação de ações e planejamentos a fim de atingir a qualidade das ações do cuidado.

Contudo, sob uma nova perspectiva, pode-se definir a gestão do cuidado em saúde como fornecimento ou a oportunização das tecnologias de saúde, segundo as necessidades de cada pessoa, em distintas fases de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para atingir uma vida feliz e produtiva (CECILIO, 2011).

Ainda de acordo com Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde é constituída por múltiplas dimensões, como individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária que, imanentes entre si, apresentam todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida com a finalidade de reflexão, pesquisa e intervenção.

Com isso, vê-se, atualmente, que a grande responsabilidade e desafio de quem gerencia o cuidado é o de valorizar e habilitar-se para utilizar as relações humanas como sendo uma forte e decisiva ferramenta tecnológica, para construção mútua entre os sujeitos no cotidiano. E, por intermédio dessas mesmas relações, dar suporte à satisfação das necessidades das pessoas e valorizar usuários e trabalhadores para intervirem no espaço da concretização do cuidado (ROSSI e SILVA, 2005).

Isto posto, o conceito de gerência do cuidado de enfermagem é composto por significados que se opõem e, ao mesmo tempo, aproximam-se e se complementam (CHRISTOVAM, PORTO e OLIVEIRA, 2012).

Como se vê, alguns autores (FELLI e PEDUZZI, 2010; TREVIZAN et al., 2006; ROSSI e SILVA, 2005; CHRISTOVAM, 2009) compartilham do

entendimento da gerência do cuidado de enfermagem como sendo um conjunto de ferramentas complexas e dinâmicas que envolvem atitudes, saberes e habilidades que perpassam o cuidar e o administrar em uma condicionante relação de complementariedade. Assim, o enfermeiro usa de tais ferramentas para conduzir a organização, o planejamento, a implementação e a avaliação das ações do cuidado de enfermagem, visando possibilitar o acolhimento e a integração de princípios presentes nas necessidades coletivas e individuais, bem como criar meios que favoreçam a qualidade dos cuidados prestados.

Por conseguinte, a procura de contribuições sobre o cuidar com outros olhares, as noções de cuidado e quais as suas dimensões podem ser analisadas pelo paradigma da complexidade, num sentido que ultrapassa as ambiguidades, a diversidade, o pluralismo sobre o real, como tentativas de enxergar novas configurações sobre o trabalho da enfermagem condensado no cuidado (ERDMANN et al., 2005).

Em vista disso, refletir sobre a gerência do cuidado de enfermagem expressa arcar com envolvimento e deveres de caráter assistencial e gerencial, estabelecendo habilidades e competências, como também interação, comunicação, planejamento, supervisão e avaliação, em uma dinâmica de ordem, desordem, interação, organização (MORIN, 2010b).

Logo, a gerência do cuidado de enfermagem presume um refletir na perspectiva do Pensamento Complexo, considerando-se a complexidade posta.

2.2 Os registros de enfermagem: da antiguidade à contemporaneidade

“Uma palavra escrita é semelhante a uma pérola”
(Johann Goethe)

Um dos mais remotos registros de práticas de saúde, de acordo com Silva (2011), tem origem em 3.000 a.C., pertencente ao povo assírio-babilônico, com fragmentos de argila exibindo anotações de atividades médicas.

O código de leis mais antigo e renomado da história, o de Hamurabi, datado de 2.250 a.C., é outro que se refere sobre a regulamentação do exercício médico, sua negligência, castigos e remuneração (LISBOA, 2002; FREITAS, 2007).

No século V a.C. (460-377 a.C.), Hipócrates, médico grego, considerado o pai da Medicina, estimulava os médicos a realizarem registros escritos, com o discurso de que o prontuário tinha duas finalidades: raciocinar de forma precisa o rumo da enfermidade e apontar as causas prováveis da mesma (SILVA, 2011).

Assim, as anotações que os médicos faziam, até o início do século XIX, eram fundamentadas naquilo que ouviam, viam e sentiam e as observações registradas eram postas de modo cronológico, constituindo, dessa maneira, o intitulado prontuário guiado pelo tempo, segundo Massad, Marin e Azevedo Neto (2003).

Dentro dessa conjuntura tem-se o surgimento do hospital, onde Foucault (2005) discorre e narra colaborações, no que tange os registros das doenças e o seu progresso com o reconhecimento da importância de o profissional utilizar a tais dados para acompanhar o paciente. Percebe-se que, naquele período histórico, já se avistava a:

[...] organização de um sistema de registro permanente e, na medida do possível, exaustivo, do que acontece. Em primeiro lugar, técnicas de identificação dos doentes. Amarra-se no punho do doente uma pequena etiqueta que permitirá distingui-lo mesmo se vier a morrer. Aparece em cima do leito a ficha com o nome e a doença do paciente. Aparece, também, uma série de registros que acumulam e transmitem informações: registro geral das entradas e saídas em que se anota o nome do doente, o diagnóstico do médico que o recebeu, a sala em que se encontra e, depois, se morreu ou saiu curado; registro de cada sala feito pela enfermeira-chefe; registro da farmácia em que se diz que receitas e para que doentes foram despachadas; registro do médico que manda anotar, durante a visita, as receitas e o tratamento prescritos, qual era o diagnóstico, etc. Aparece, finalmente, a obrigação dos médicos para então confrontarem suas experiências e seus registros – ao menos uma vez por mês, segundo o regulamento do Hôtel-Dieu de 1785 – para ver quais são os diferentes tratamentos aplicados, os que têm melhor êxito, que médicos têm mais sucesso, se doenças epidêmicas passam de uma sala para outra, etc. Os registros obtidos quotidianamente, quando confrontados entre os hospitais nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população (FOUCAULT, 2005, p. 64).

Como se pode perceber é antiga a obrigação para que as organizações de assistência à saúde descrevam toda informação inerente aos cuidados e procedimentos realizados com o paciente, recaindo sobre o profissional que o

acompanhou o dever de relatar fidedignamente as ações executadas (SILVA, 2011).

Consoante Silva (2011), o Hospital Geral de Massachussets (EUA), em 1897, é considerado o primogênito a estruturar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

E a primeira instituição de saúde, no Brasil, a introduzir esse serviço foi o Hospital das Clínicas da USP, em 1943, seguido da Santa Casa de Santos (SP) e do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em conformidade com que relatam Massad, Marin e Azevedo Neto (2003).

Na enfermagem moderna, no que lhe diz respeito, a inquietação em registrar àquilo que se passava com o doente e tudo o mais à sua volta, nasce com a sua fundadora: Florence Nightingale (CARRIJO, 2007).

Quando remetida para cuidar dos feridos da Guerra da Criméia (no mar Negro, ao sul da atual Ucrânia), entre 1853 a 1856, Florence já declarava que a documentação das informações referentes aos doentes era de essencial relevância para garantir o seguimento dos cuidados, fazendo menção, particularmente, à assistência de enfermagem, conforme esclarecem Lyer e Camp (1995).

A descrição das subnotificações descobertas nos depoimentos das informações colhidas naquele período já era evidenciada na tentativa de chegar à verdade. Florence, mesmo em sua época, já buscava, em todos os locais, informações; em raras ocasiões obtinha os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações e bases para o seu cuidado (NIGHTINGALE, 1989).

Carrijo (2007) explica que, Florence, já naquele tempo, apreciava as anotações de enfermagem por conta da necessidade e a importância de executá-las, além do cuidado com a forma de sua redação, realçando que as escritas deveriam ser claras e exatas.

Com isso, as anotações de enfermagem foram se aperfeiçoando ao longo dos anos seguintes. Contudo, uma definição de anotação de enfermagem só foi delimitada nitidamente apenas a partir da década de 1970, sendo que até esse momento não se encontrava alusão sobre em que especificamente constituía uma anotação de enfermagem, nem mesmo onde estariam suas

deficiências, ainda que já existissem registros realizados pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente (CARRIJO, 2007).

Destarte, neste mesmo século XX, conforme ainda explica Carrijo (2007), mais precisamente no ano de 1976, a preocupação com a deficiência dos registros de enfermagem, que perdurava e aguçava o interesse de pesquisadores enfermeiros. Inclui-se, nesse íterim, a discussão dos “Registros de Enfermagem” no rol do 28º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) no município do Rio de Janeiro. Como desdobramento deste, surge o segundo tema: “Sistema de Registros de Enfermagem”.

E foi a partir desse contexto descrito anteriormente, próximo ao fim da década de 1970, que começaram a surgir pesquisas brasileiras, especialmente no cenário acadêmico, voltadas diretamente à temática dos registros de enfermagem (CARRIJO, 2007).

Sendo assim, uma vez posta, em linhas gerais, a trajetória e aperfeiçoamento dos registros de enfermagem, ao longo da história, passa-se a traçar as discussões contemporâneas sobre a temática em tela.

Atualmente, quando se faz menção ao registro de enfermagem é importante, de início, traçar sua relação direta com a comunicação.

Conforme Stefanelli e Carvalho (2012), comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, de modo que as próprias mensagens e a forma como se dá sua troca exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo. Erguem-se, assim, dois tipos de comunicação: a não verbal, que se refere às mensagens emitidas pela linguagem corporal, e a verbal, às mensagens escritas e faladas que ocorrem na forma de palavras como elementos da linguagem, que é fortemente influenciada pela cultura. A linguagem é, portanto, o recurso que a pessoa adota para expor suas ideias, partilhar experiências com outras pessoas e validar o significado simbólico da percepção de um assunto.

A comunicação terapêutica, segundo Stefanelli (1993), consiste na habilidade do profissional em utilizar sua bagagem sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária, a conviver com outras pessoas e

ajustar-se ao que não pode ser modificado e a superar barreiras à auto-realização para enfrentar suas dificuldades de vida.

Por seu turno, a comunicação escrita é o registro de informações, pensamentos, sentimentos e dúvidas. A escrita comumente representa um pensamento mais elaborado, uma vez que se pode filtrar a emoção e a espontaneidade. Todavia, a comunicação escrita também passa emoções, seja pela pontuação seja através das próprias palavras, como acontece na poesia (SILVA, 2005).

Daí a dificuldade que se tem para registrar aspectos psico-emocionais-espirituais do paciente. O profissional de saúde não é preparado nem para o registro objetivo, completo e desprovido de impressões pessoais, tampouco para o aspecto psicológico e emocional. Sem contar que não se dispõe de uma linguagem uniforme na expressão e registro da dimensão espiritual da pessoa, de acordo com Silva (2005).

Broca e Ferreira (2012) relatam, além disso, que o processo de comunicação entre os integrantes da equipe de enfermagem é beneficiado em função do cuidado ao paciente, por meio da interação humana; elo de interdependência; reconhecimento profissional; avanço do atendimento do outro; compartilhamento de informações através de encontros em grupo, quando as conversas couberem a todos da equipe, e reuniões individuais e privadas, quando assim as questões experienciadas pelos membros da equipe requerer.

Por conseguinte, registro é o ato de registrar; é qualquer livro público ou particular onde se inscrevem fatos ou atos que se querem conservar arquivados (FERREIRA, 2014).

Registro de enfermagem, no que lhe concerne, é o emprego, em linguagem escrita, de toda e qualquer informação relevante à gerência do cuidado de saúde do paciente, que apresentam as seguintes finalidades: auxiliar no planejamento dos cuidados, auxiliar nos processos de comunicação, de educação, de pesquisa e de auditoria, bem como formar documentação legal (POTTER e PERRY, 2013).

Para o COREN/SP (2008), os registros de enfermagem são registros ordenados, efetuados pela equipe de enfermagem, com o propósito essencial de fornecer informações a respeito do cuidado prestado, de maneira a

assegurar a comunicação entre os integrantes da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão do paciente de modo geral. Os registros de enfermagem refletem o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando assim suas ações, e fazendo com que esses profissionais tenham visibilidade para o sistema de saúde.

Partindo da concepção acima, e lançando o olhar para a assistência à saúde, percebe-se que os registros de enfermagem possibilitam a interação entre a equipe de saúde, sendo elementos imprescindíveis ao processo de cuidar em enfermagem. Tais registros, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, favorecem a comunicação dos profissionais de saúde, além de servirem a diversas outras finalidades, tais como, ensino, pesquisa, auditorias e creditações hospitalares, processos jurídicos e éticos, parâmetros para aferir e avaliar a qualidade da assistência prestada, bem como planejamento, fins estatísticos, maior legitimidade à profissão e outros (COFEN, 2016b).

Santana e Araújo (2016) identificaram que a equipe de enfermagem conhece na teoria a importância da realização correta dos registros, entretanto, na prática, estes são feitos de modo indevido, com a presença de rasuras, ilegibilidade, siglas não padronizadas e terminologias indevidas, desvios da norma padrão da língua portuguesa e a ausência de assinatura e carimbo profissional.

Indo ao encontro do que foi dito anteriormente encontra-se a pesquisa de Schwalm (2011), que analisou os registros efetuados pelo técnico de enfermagem e os seus resultados apontaram para registros incompletos, com rasuras, que possibilitam dúvida interpretação, sem assinatura de quem o efetuou, caracterizando falhas graves dos registros de enfermagem.

Esta mesma ideia é trazida pela produção de Silva et al. (2016a), que evidenciou que o conteúdo dos registros de enfermagem é deficiente, não retratando a realidade do paciente nem sequer a assistência de enfermagem prestada.

Carvalho et al. (2008) declaram, ainda, que os erros nos registros atrapalham a defesa do profissional, além de prejudicar o andamento da

assistência, da pesquisa, do ensino, da qualidade do serviço e da restituição pelo hospital dos serviços executados.

Outra pesquisa realizada por Costa, Barros e Santos (2013) analisou os registros de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. O produto do estudo revelou que os registros realizados no período de trabalho de cada equipe descreviam uma visão pouco consistente acerca dos cuidados realizados, de modo que foi levado em conta apenas o que era captado com os olhos no instante da aproximação profissional.

Gomes et al. (2016), de igual modo, verificaram problemas na identificação dos registros, seja com a utilização de nomes comerciais para denominar artefatos usados na prática de enfermagem, seja em siglas e abreviaturas não convencionais e termos coloquiais da linguagem. Portanto, verifica-se que a linguagem utilizada pelos enfermeiros é heterogênea, com uma aproximação a termos de linguagem especializada, ainda sem a formalização institucional do uso de um sistema de classificação.

Dois estudos recentes realizados em um hospital universitário de um município da zona da mata mineira (CARNEIRO et al., 2016; DUTRA et al., 2016) foram, também, ao encontro do que está sendo explicitado: abreviaturas fazem parte dos registros de enfermagem e, as mesmas, não padronizadas, podem gerar interpretações equivocadas e colocar em risco a segurança do paciente e a continuidade do trabalho; e mediações/interferências educativas podem ajudar na melhoria dos registros de enfermagem.

Perante a importância dos registros, encontra-se a resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 514/2016, que apresenta o guia de recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem, com o propósito de direcionar os profissionais da classe, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda a equipe de saúde da instituição (COFEN, 2016a).

Krauzer et al. (2015), sobre os registros de enfermagem, apontaram para uma concentração de pesquisas descritivas e documentais, de caráter não experimental e, embora com variações, as publicações acerca dos registros e auditoria foram mais representativas nos anos de 2009 e 2010, mostrando que os registros são incipientes, havendo uma correlação positiva entre registros de enfermagem e qualidade do cuidado prestado.

No estudo desenvolvido por Pimpão et al. (2010), sobre a percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros, teve como evidência a descentralização e a insuficiência dos registros de enfermagem, e ainda que as enfermeiras reconheçam a importância deles, as limitações encontradas rodeiam-se na insuficiência dos recursos humanos, na falta de tempo hábil, no excesso de atividades administrativo-burocráticas e na cultura da enfermagem entendida como serviço de apoio.

Logo, conforme (COFEN, 2016b) os registros no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de amparo e segurança jurídica e ética ao paciente, à instituição envolvida, ao profissional e à categoria de enfermagem, devendo estar imbuídos de autenticidade e de significado legal.

Dessa forma, para serem consideradas completas, fidedignas e válidas as ações registradas no prontuário do paciente, as informações devem ser claras, concisas e essenciais, devendo estar legalmente concebidas, ou seja, possuir assinatura do autor do registro e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental. E as declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, consideram ser verdadeiras em relação a quem o assinou, fator importante no respaldo profissional em processos éticos e jurídicos (COFEN, 2016b).

Para tanto, como se pode notar, é de essencial importância investir em capacitação dos profissionais de enfermagem buscando a qualidade de suas anotações, para que haja a continuidade segura do cuidado (BARRETO, LIMA e XAVIER, 2016).

Logo, vê-se a necessidade de avaliações constantes da qualidade das anotações, bem como discussões periódicas sobre os resultados com a equipe de enfermagem sobre sua relevância em relação à segurança dos pacientes, à literatura e à legislação (SEIGNEMARTIN et al., 2013).

Vale ressaltar, que existem seis diretrizes que devem ser seguidas para se certificar de que as informações e os registros de enfermagem, em especial, relacionados aos cuidados prestados ao paciente sejam comunicados corretamente e integralmente: precisão, concisão, eficácia, atualização, organização e confidencialidade (ITO et al., 2011).

O próprio código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2017) diz que é direito dos profissionais registrarem no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar do paciente, assim como é responsabilidade e dever do profissional registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

Por outro lado, como relata Silva (2005), muito se tem refletido sobre os direitos do paciente, inclusive o de receber informações inteligíveis, suficientes e continuadas sobre o seu diagnóstico e processo terapêutico. O SUS tem como princípio, na sua organização, a necessidade do processo do registro, para que o paciente seja encaminhado aos serviços de atendimento secundário e terciários e, em seguida, volte com encaminhamento e informações registrados para seu centro de atendimento primário (princípio de referência e contra referência).

No dia-a-dia, entretanto, geralmente depara-se com alguns profissionais de saúde que se irritam quando a família ou o paciente pedem para ver o prontuário, o resultado do exame e até mesmo saber como está a sua própria pressão arterial. Precisa-se, pois, de maior coerência entre os conceitos e os atos de tais trabalhadores (SILVA, 2005).

Também não se pode esquecer o que dizem Bassan e Caetano (2005, p. 83): *“uma visão fragmentada da pessoa leva a uma abordagem e, conseqüentemente a uma informação e a um registro também fragmentado”*.

Realizar o registro de enfermagem de modo adequado, contemplando uma boa escrita, com relato objetivo e claro dos acontecimentos ocorridos no período, e favorecendo o entendimento de todos é compromisso de qualquer profissional que assistir o paciente. Sem contar que o registro é o reflexo do processo de trabalho deste e dos outros profissionais envolvidos no processo de cuidar (SILVA, 2011).

Uma pesquisa que analisou a produção científica acerca da auditoria em registros de enfermagem disseminada em periódicos brasileiros, no período de 1995 a 2011, constatou-se a importância do registro de enfermagem completo e objetivo nos prontuários e outros documentos do paciente, pois são através desses registros que a auditoria controla os gastos financeiros e avalia a qualidade da assistência (CLAUDINO et al., 2013).

Sobre isso, há evidências que apontam que a auditoria de enfermagem avaliam e apuram a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, do registro, uma vez que possui uma natureza educativa que possibilite a qualidade da assistência (VALENÇA et al., 2013).

Ademais, Silva (2011) ressalta a importância dos registros para a qualidade da assistência, visto que passa a ser um reflexo do processo de trabalho e representa a forma escrita do cuidado prestado e a continuidade dos episódios ocorridos no período. E para produzir um registro autêntico e genuíno, é de suma importância que a equipe de enfermagem interaja com o paciente, já que as informações documentadas deverão manifestar a sua realidade biopsicoespiritual, ao mesmo tempo em que demonstram a qualidade da assistência prestada.

O estudo esclarece, assim, que esses dados irão compor o prontuário do paciente convertendo-se em informações científicas e legais para os pacientes, a equipe multiprofissional, a academia, o serviço, instituições e outros (SILVA, 2011).

Sobre isso, é importante reforçar a mudança de nomenclatura que ocorreu nas últimas décadas, de prontuário médico, para prontuário do paciente (NOVAES, 2003).

Percebe-se, também, que até mesmo as Novas Tecnologias da Informação e Comunicação (NTIC), com a implantação de prontuários eletrônicos do paciente (PEP), por exemplo, não suprem as deficiências, carências e limitações dos registros de enfermagem (SILVA e TAVARES NETO, 2007).

No tocante ao uso dos sistemas informatizados de informação em enfermagem, o estudo conduzido por Cunha, Ferreira e Rodrigues (2010) propõe identificar a atitude dos enfermeiros em face desta questão. Observa-se que o planejamento da implementação desses sistemas informatizados nas instituições de saúde deve ser efetuado de modo a tornar o processo de mudança mais perceptível pelos utilizadores, por meio da formação contínua, e conseguindo um maior comprometimento dos profissionais de enfermagem nesse processo de transformação.

Além disso, os profissionais de enfermagem e a comunidade em geral devem considerar o uso do computador - através, por exemplo, dos registros

eletrônicos como uma ferramenta que favorece a comunicação entre os profissionais envolvidos com o paciente e que contribuiu com a eficiência da qualidade da assistência, bem como a segurança do paciente. Embora haja muitas discussões acerca da possibilidade da desumanização do cuidado a partir do uso deste recurso, é necessário lembrar que este é apenas um instrumento que auxilia o enfermeiro e não um substituto dele (RODRÍGUEZ et al., 2008).

Tannure et al. (2015) pesquisaram o processo de enfermagem no que tange à comparação do registro manual versus eletrônico e foi constatado que o *software*, ou seja, o registro eletrônico apresentou-se mais vantajoso por ser preciso na execução e favorecer a compreensão sobre a inter-relação das etapas do processo de enfermagem: dispor de avisos e lembretes que minimizam o registro de dados inválidos, ser mais fácil aprender os conceitos, executar as ações e controlar o preenchimento dos instrumentos de documentação, favorecer a avaliação do serviço, possuir subsídios de ajuda e recursos mais adequados à aplicação do processo na prática.

Além do mais, as informações que formarão o prontuário do paciente, transformar-se-ão não somente em dados legais e científicos para os usuários, a academia, a equipe multiprofissional, instituições e o serviço, como também daquilo que a equipe observa, sente, apreende e vê (SILVA, 2011).

Corroborando com esse cenário está a resolução nº 429/2012 do Conselho Federal de Enfermagem, que define como sendo de responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios de enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho em enfermagem, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012).

Destaca-se que, na contemporaneidade, o PE foi inserido, na década de 70, no Brasil, por Wanda de Aguiar Horta e é constituído por seis fases, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognósticos de enfermagem (HORTA, 1979).

Nos dias atuais, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, esclarece que o PE se estrutura em cinco etapas interdependentes e inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

O PE é um processo contínuo e sistemático de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo saúde-doença, para determinar se as intervenções ou ações de enfermagem alcançaram o resultado esperado (COFEN, 2009).

Uma investigação conduzida por Barral et al. (2012) analisou os registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino, onde foram observadas inadequações nos históricos de enfermagem e exames físicos, que comprometem diretamente a funcionalidade do registro como instrumentos de comunicação entre os profissionais de saúde. As autoras desta pesquisa reforçam, ainda, a necessidade de propiciar novas estratégias relativas à educação, monitoramento e avaliação sistematizada dos registros para a melhoria da assistência de enfermagem.

A pesquisa executada por Barral et al. (2012) reforça o que já foi constatado no estudo de Costa, Paz e Souza (2010): existe um déficit nos registros pertinentes ao exame físico, o que pode comprometer a assistência individualizada com foco nas necessidades reais do paciente, visto que muitas alterações podem ser deixadas de serem registradas.

Por sua vez, Pedrosa, Souza e Monteiro (2011) desenvolveram um estudo procurando caracterizar os registros de enfermagem realizados pelo enfermeiro e demonstrar as informações presentes nos mesmos, e revelou-se a desvalorização dos registros feitos pela enfermagem, o que colabora, segundo às pesquisadoras, para a sua própria invisibilidade.

Ainda sobre a visão da equipe de enfermagem sobre seus registros, Azevêdo et al. (2012) comprovaram que os profissionais de enfermagem compreendem a importância, funções e conteúdo dos seus registros, entretanto, ainda é necessário aprimoramento na sua produção.

Conforme apontam Silva et al. (2012) os baixos índices de preenchimento integral dos registros de enfermagem revelam falha grave no registro da assistência prestada ao paciente, o que pode prejudicar a continuidade do cuidado e a legitimação do trabalho de enfermagem.

Silva et al. (2016) corroboram com o pensamento acima, quando relatam que os registros realizados pela equipe de enfermagem não contribuem para o desenvolvimento do processo de enfermagem dos pacientes.

A pesquisa desenvolvida por Nascimento (2014) mostrou a precariedade dos registros da equipe de enfermagem nos prontuários dos pacientes, sendo que esta situação limita a prática gerencial baseada em evidências, coloca em risco o exercício legal da profissão e o acompanhamento clínico do paciente, impactando negativamente na qualidade assistencial. O autor sugere a necessidade de investimento em gestão de pessoas, gestão dos processos de trabalho e melhoria nas condições de trabalho.

Como se pode depreender, essas questões elencadas acima se constituem em uma incitação, no particular para a Enfermagem, pois essa área, segundo Silva (2011), é formada por diferentes atividades com diversas matizes de complexidade, entretanto, todas possuem o mesmo grau de magnitude de registro, uma vez que cuidados não registrados se tornam informações perdidas (ITO e SENE, 2005).

Embora o aperfeiçoamento dos registros de enfermagem seja um desafio para os profissionais de enfermagem, observa-se que, num futuro iminente, a documentação padronizada e eletrônica irá se solidificar nas diferentes organizações de saúde, possibilitando o acesso recorrente e remoto de dados entre os profissionais de saúde. Tal fato aprimorará a assistência aos pacientes, colaborando no progresso de protocolos de pesquisas e de atendimento (LINCH, MÜLLER-STAUß e RABELO, 2010).

Vale ponderar, sobremaneira, que, pensar na parte é pensar no todo e o contexto da complexidade revela aspectos da dialógica ordem, desordem, interação e organização (MORIN, 2010b).

Entende-se, desse modo, que o registro de enfermagem é parte inerente da gerência do cuidado, daí a importância da articulação dessas duas dimensões.

Entretanto, conforme diz Morin (2010b), uma perspectiva que reduz o todo a uma visão geral, onde a associação entre o todo e as partes, as partes e o todo e as partes em si formam o pensamento complexo.

Pensar no todo saindo da perspectiva do pensamento complexo significa inevitavelmente atirar-se na procura do conhecimento das partes as quais possuem características únicas e particulares, acanhadas e/ou potencializadas na formação do todo (SILVA, 2013).

Indo adiante, a Enfermagem é também concebida como um sistema complexo em constante interação com outros sistemas, tais como os serviços médicos, odontológicos, psicológicos e outros, de modo que seus serviços se encontram dentro de um sistema complexo maior: a saúde. Esse intercâmbio de ideias favorece o aprimoramento e o crescimento científico e técnico da Enfermagem, caracterizando-a como sistema complexo adaptativo (VIEIRA et al., 2009).

Portanto, de acordo com que assinala Silva (2013), pensar o cuidado de enfermagem como sistema significa lançar mão de um pensamento não-linear, que não se prende tão somente às práticas gerencial e assistencial.



3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

*“Ciência se faz com teoria e método”
(Minayo, 2002, p. 17)*

3.1 Identificação do estudo

A pesquisa caracterizou-se pelo tipo descritivo, de caráter compreensivo e com abordagem qualitativa. Posto que o objeto de estudo lida com fenômenos humanos que não podem ser medidos em termo de volume, quantidade, intensidade e frequência (DENZIN e LINCOLN, 2006), norteou-se pela abordagem qualitativa que, no entendimento de Minayo (2010), expõe questões muito peculiares atinentes aos motivos, significados, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser estreitados à operacionalização de variáveis numéricas. A autora esclarece que esse tipo de abordagem demanda do pesquisador flexibilidade, abertura, interação e observação com os envolvidos no procedimento.

3.2 Aproximação com o cenário de pesquisa

O caminho de aproximação com o cenário de pesquisa foi percorrido ao longo de diferentes momentos. Em primeiro instante, de posse do Parecer Consubstanciado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o pesquisador se dirigiu à chefia de enfermagem da instituição para lhe entregar tal documentação, sanar possíveis esclarecimentos, dúvidas e/ou lacunas que porventura ainda existissem na assimilação do estudo em questão e dar início à atividade de coleta de dados propriamente dita.

Feito isso, a chefe de enfermagem direcionou o pesquisador à enfermeira coordenadora do setor, para que a mesma lhe inteirasse sobre a rotina e o funcionamento do cenário. O pesquisador a explicou, em linhas gerais, sobre o objetivo da pesquisa, seu propósito, suas etapas e as técnicas de pesquisa que seriam utilizadas. Em seguida, houve uma visita pelos ambientes do hospital, onde a coordenadora apresentou ao pesquisador as instalações, bem como aos funcionários que estavam de plantão naquele dia.

A coordenadora, desde o primeiro momento, mostrou-se acessível e solícita às demandas e solicitações do pesquisador. Inclusive se comprometeu em apresentar os enfermeiros do setor para o pesquisador.

Vale pontuar a existência de um grupo, em um aplicativo de celular, desses mesmos enfermeiros, o qual a coordenadora publicou o parecer

consubstanciado de aprovação da pesquisa pelo CEP nesse *software* para que, de forma ágil e dinâmica, os membros pudessem ter acesso à documentação e se inteirassem da pesquisa de forma mais detalhada e minuciosa.

É importante expor que, quando foi colocado, por parte do pesquisador, que uma das técnicas de pesquisa seria a observação participante, houve de imediato, por parte da enfermeira coordenadora, a indagação se essa observação seria de caráter fiscalizador e avaliativo, tanto no que se refere ao setor, quanto ao que se diz respeito aos empregados que integram o cenário de pesquisa. Isso posto, de imediato o pesquisador esclareceu o objetivo e a finalidade dessa técnica, sanando a (in) compreensão da enfermeira.

Em outra ocasião, para iniciar o processo de coleta de dados no campo, realizou-se uma aproximação individual junto aos enfermeiros que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Foram sanadas as possíveis dúvidas e questionamentos sobre a pesquisa, com o intuito de começar a criar e fortalecer laços de confiança com esses participantes, assim como a criação de um espaço dialógico. Esse momento foi importante para a aproximação do pesquisador com os participantes e uma estratégia de sensibilização para obter a participação deles no estudo.

Apesar disso, inicialmente, houve uma certa dificuldade, por parte do pesquisador, em agendar as entrevistas com os enfermeiros, seja por incompatibilidade de dias, seja por indisponibilidade de horários desses profissionais. Percebeu-se uma provável resistência dos enfermeiros em marcarem os encontros em dias e horários distintos, e fora da jornada normal de trabalho dos mesmos. Após uma maior aproximação entre o pesquisador e os participantes houve uma maior flexibilização para agendamento da aplicação de tal técnica.

O local de realização das entrevistas foi em quartos com leitos desativados, no setor onde os enfermeiros eram lotados, com improvisação do ambiente e cadeiras para o pesquisador e participantes, bem como um ruído intenso da parte externa do prédio, pois a sala de enfermagem geralmente encontrava-se ocupada ou pela chefe de enfermagem ou por outros enfermeiros do setor, e a instituição não possuía um ambiente restrito e reservado para a coleta das entrevistas.

3.3 Descrição do cenário do estudo

Os dados foram coletados no setor de clínica médica de um hospital de ensino da zona da mata mineira.

Tratou-se de uma instituição pública hospitalar de ensino, pesquisa e assistência, com foco no atendimento humanizado e na produção do conhecimento, situada em um município mineiro de médio porte, que atendia exclusivamente ao SUS, sendo referência para a macrorregião sudeste do país. Possuía duas unidades de funcionamento, com capacidade para procedimentos ambulatoriais às cirurgias de média e alta complexidade.

A equipe multidisciplinar era formada por professores, técnicos, residentes e alunos da área da saúde, tendo como missão formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área da saúde à comunidade da região. Encontravam-se ainda em construção seis novos prédios.

O setor, cenário de estudo, situava-se distribuído no segundo e terceiro andares da referida unidade hospitalar.

No segundo andar localizava a clínica médica feminina. Este andar contava 31 leitos de internação, destes, 2 leitos (os de números 1 e 2, continham 01 leito e 01 banheiro cada um) eram exclusivamente de isolamento de pacientes, embora caso não existissem pacientes internados nos outros leitos, os mesmos eram, também, disponibilizados para o isolamento. Este andar era constituído, ainda, por: 01 sala de prescrição médica; 01 sala de expurgo; 01 sala de guarda de equipamentos e material limpo; 1 sala dos enfermeiros; 01 posto de enfermagem; 01 sala de depósito de material de limpeza; 01 sanitário para funcionários; 01 sala de conforto de equipe de saúde; 01 sala de chefia de enfermagem; 01 elevador; 02 sanitários para acompanhante, sendo 01 masculino e 01 feminino. Cada enfermaria tinha um número diferente de leitos e as enfermeiras tinham o seu próprio sanitário.

No terceiro andar localizava a clínica médica masculina. Este andar contava 22 leitos e não existia enfermaria exclusiva para isolamentos de pacientes. Este andar era constituído, ainda, por: 01 sala de prescrição médica; 01 sala de expurgo; 01 sala de guarda de equipamentos e material limpo; 01 saleta de roupa limpa; 01 sala de depósito de material de limpeza; 03

sanitários de funcionários, sendo 01 masculino, 01 feminino e 01 não identificado; 01 posto de enfermagem; 01 elevador. Neste andar não existia sanitário para os acompanhantes, sendo que estes usavam os banheiros das enfermarias dos pacientes.

O paciente tinha direito à permanência, em tempo integral, de um responsável e/ou acompanhante, caso o paciente internado fosse menor de 18 anos de idade ou maior de 60. Situações especiais eram avaliadas pela equipe de saúde do referido hospital. Diariamente eram permitidas visitas de pessoas maiores de 14 anos, de domingo a sábado, das 15 às 19 horas. As visitas de pessoas menores de 14 anos eram consentidas mediante autorização prévia do setor de Serviço Social do hospital. Todo visitante, ao chegar na instituição, era identificado na Recepção apresentando um documento com foto, sendo que nas enfermarias eram permitidos dois visitantes de cada vez. A troca de acompanhantes era de: 7 h às 7h30; 14 h às 14h30 e 19 h às 19h30.

A equipe de enfermagem nos dois andares era composta por 14 enfermeiros e 64 técnicos de enfermagem. No período matutino trabalhavam 08 enfermeiros, sendo 05 plantonistas e 03 diaristas (01 deles coordenador do setor), 29 técnicos de enfermagem, de modo que 01 técnico ficava, geralmente, responsável pelo estoque de materiais e outros insumos do setor. No período vespertino, bem como nos finais de semana e feriados, trabalhavam 06 enfermeiros plantonistas e 35 técnicos de enfermagem. Os enfermeiros diaristas trabalhavam de 7 h às 13 h ou de 13 h às 19 h e os enfermeiros plantonistas trabalhavam de 7 h às 19 h ou de 19 h às 7 h. Além desses funcionários, o setor em questão tinha, ainda, 01 residente de enfermagem e 01 estagiário da graduação em enfermagem.

No hospital existiam dois vínculos empregatícios: os profissionais regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), estatutários, cumpriam uma carga horária de 30 horas semanais. Já os profissionais enquadrados no Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), celetistas, cumpriam uma carga horária de 36 horas semanais. Ambos regimes trabalhistas eram, admitidos, tão somente, por meio de Concurso Público de Provas e Títulos.

Importante pontuar que a eleição do referido setor se deveu ao fato de a problemática do estudo ter emergido da área hospitalar em questão, além de que o cenário contava com uma gama distinta e considerável de registros de

enfermagem, fato este, na visão do pesquisador, inerente de uma unidade de internação.

3.4 Apresentação das técnicas de coletas de dados

Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes técnicas: a entrevista do tipo semiestruturada, a observação participante e a pesquisa documental.

Na averiguação de abordagem qualitativa, a entrevista semiestruturada se mostra como um importante instrumento para coleta de dados, visto que viabiliza a formação de conteúdos inteiramente gerados pelos sujeitos envolvidos no processo. Para Marconi e Lakatos (2008, p. 80), a entrevista “*é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional*”. Versa-se sobre uma conversa entre vários interlocutores ou a dois, indicada à obtenção de informações acerca de uma determinada circunstância ou experiência (MINAYO, 2010).

Essa tipologia de entrevista permite ao entrevistador a liberdade para desenvolver cada situação durante o procedimento, em qualquer direcionamento que considere oportuno. A escolha por esta modalidade de entrevista deveu-se ao fato de permitir explorar mais amplamente uma pergunta, nesta situação o entrevistado pode exprimir seus sentimentos e opiniões, onde o entrevistador leva o participante a falar sobre um demarcado assunto, sem, contudo, limitá-lo a responder, ou forçá-lo em suas respostas (MARCONI e LAKATOS, 2008).

No que tange à observação participante, essa consiste em uma observação não estruturada capaz de enxergar o fenômeno da maneira como os participantes do estudo o veem, capturar as sutilezas da variação cultural e desenvolver uma compreensão rica do contexto estudado. O observador participante toma parte no funcionamento do grupo pesquisado e esforça-se para observar e registrar informações dentro de experiências e contextos relevantes para os participantes. Ao assumir o papel de participante, os observadores podem entender coisas veladas ou que não teriam sido notadas por observadores mais passivos (POLIT e BECK, 2011).

A observação participante implica a interação entre o investigador e grupos sociais, com a finalidade de coletar modos de vida sistemáticos, diretamente do contexto ou da situação particular do grupo. O objetivo é ganhar a confiança do grupo, fazer as pessoas entenderem a importância do estudo, sem ocultar seu propósito (LAKATOS e MARCONI, 2011).

Em geral, são apontadas duas formas de observação participante: a natural – o observador pertence ao mesmo grupo ou comunidade que investiga; e a artificial – o observador integra-se ao grupo com finalidade de obter informações (MARCONI e LAKATOS, 2008).

Para o registro da observação participante, segundo Polit e Beck (2011), existem duas formas mais comuns para esta finalidade: os diários de campo e as notas de campo. Assim sendo, esse estudo fez a opção pelas notas de campo do tipo descritiva ou observacional, pois são mais amplas e mais interpretativas, além de representarem os esforços do observador para registrar informações, sintetizar e compreender os dados, sendo que o sucesso da observação participante depende da qualidade dessas notas e o registro das observações o mais rapidamente possível. Para tanto, o pesquisador precisou desenvolver a sua habilidade de fazer notas mentais detalhadas, que, mais tarde, foram escritas.

As notas descritivas (ou notas observacionais) são descrições objetivas de eventos e conversações e dos contextos em que ocorreram. A expressão “descrição densa” frequentemente é usada para caracterizar o objetivo das notas observacionais de observadores participantes (POLIT e BECK, 2011).

Já a pesquisa documental, por sua vez, tem como característica que sua fonte de coleta de dados seja restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Essas podem ser feitas no momento em que o fenômeno ou fato ocorre (contemporâneas), ou depois (retrospectivas). É evidente que dados secundários (pesquisa bibliográfica), obtidos de livros, revistas, jornais, publicações avulsas e teses, cuja autoria é conhecida, não se devem confundir com documentos, isto é, com dados de fontes primárias. Porém, existem registros em que a característica “primária” ou “secundária” não é tão explícita, o mesmo ocorrendo com algumas fontes não escritas. Exemplos de fontes de documentos: arquivos públicos, administrativos ou particulares, fontes estatísticas/censos. Como tipos de

documentos têm-se os oficiais, jurídicos, publicações administrativas, iconografia (documentação por imagem), fotografias entre outros (MARCONI e LAKATOS, 2008).

Inicialmente foram realizadas as entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) no período compreendido entre outubro e novembro de 2017, que combinaram perguntas fechadas e abertas. Questões norteadoras foram elaboradas com linguagem compreensível às participantes. Houve a aplicação do roteiro sistematizado da entrevista semiestruturada com uma enfermeira do mesmo serviço, porém de outra clínica: a cirúrgica.

O pesquisador foi quem conduziu a entrevista e houve um treinamento prévio individual para o início dessa atividade. O pesquisador estabeleceu uma relação com as entrevistadas antes do início do estudo, indo ao cenário da pesquisa e tecendo diálogos informais com as profissionais envolvidas. As participantes, nesse momento, já sabiam os objetivos da presente pesquisa, bem como as razões, interesses e características pessoais e/ou profissionais do pesquisador em desenvolver o estudo, que facilitou esse momento. Isso posto, as entrevistas ocorreram nas dependências do hospital, em encontros individuais com as participantes, sendo que as mesmas foram abordadas pessoalmente. E apenas pesquisador e participante estavam presentes no momento da entrevista.

Durante a entrevista, a postura do pesquisador se manteve pautada em ações de escuta atenta, intervindo com sugestões ou interrogações, no sentido de estimular a expressão mais circunstanciada de questões de interesse dos objetivos da pesquisa. O pesquisador se manteve envolvido com o assunto abordado e com a entrevistada. Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas em meio digital (áudio), o tempo médio de cada uma foi de, aproximadamente, 30 a 45 minutos e não houve repetição de nenhuma entrevista. O pesquisador retornou as entrevistas transcritas para apreciação das participantes para que pudessem validá-las. Nesse momento, esclareceu às participantes do estudo de que arquivaria todas as entrevistas por um período de 05 (cinco) anos e, após esse tempo, descartaria as mesmas.

Salientou-se a garantia do acesso aos pesquisadores (mestrando e sua orientadora) para quaisquer esclarecimentos, assim como o desligamento das

mesmas a qualquer momento. Os nomes das participantes foram mantidos em sigilo, sendo designados por números e letras.

Concluída a etapa da coleta das entrevistas foi realizada a etapa da observação participante, após a análise dos discursos das participantes, seguindo um roteiro sistematizado (APÊNDICE B) construído pelo investigador, que continha questões relacionadas à realidade prática da utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado. Essa técnica foi desenvolvida em 21 ocasiões durante o serviço diurno e foi empregada com a finalidade de compreender na prática, os significados que orientam as atitudes, os comportamentos, as (re) ações e as interações estabelecidas pelas enfermeiras para o uso dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado.

A participação direta do pesquisador se deu através dos movimentos de diálogos, perguntas e questionamentos, com constante observação e interação deste junto às enfermeiras.

Foram realizadas 150 horas de observação participante, cujos conteúdos foram registrados em notas de campo/observação. É importante ainda frisar que a observação participante foi desenvolvida com as enfermeiras que foram entrevistadas.

Para a operacionalização da técnica de observação participante seguiram-se as três fases sugeridas por Richardson (2008), a saber:

1ª Fase: Houve a aproximação do pesquisador ao grupo social em estudo, com o propósito de o pesquisador ser aceito como alguém externo, interessado em realizar, junto à população selecionada, um estudo. Nesse momento, uma vez já realizadas as entrevistas com as participantes, as mesmas já tiveram o conhecimento sobre o objetivo do estudo, mas foram reiteradas, neste momento, sobre a finalidade da pesquisa. Nessa ocasião foram feitos acordos com as participantes no sentido de definir os horários que seriam realizadas a observação, assim como elas seriam informadas sobre os aspectos que estariam sob observação. Esse momento foi importante para o fortalecimento de laços entre pesquisador e participantes.

2ª Fase: Nessa fase o intuito do pesquisador foi em adquirir uma visão de conjunto da população selecionada, através do auxílio da observação da vida cotidiana das enfermeiras, sendo que as observações do pesquisador

foram anotadas imediatamente, por meio das notas de campo, para que não houvesse perda de informações relevantes e detalhadas sobre os dados observados. De forma a direcionar a pesquisa foram observados os seguintes aspectos no cenário escolhido, em linhas gerais: caracterização quanto ao tipo de registro de enfermagem que era desenvolvido e utilizado pelas enfermeiras para a gerência do cuidado; onde a enfermeira registrava e o porquê registrava; situações em que os registros de enfermagem eram utilizados para a gerência do cuidado; situações que favoreciam e não favoreciam a utilização, pelas enfermeiras, dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado.

3ª Fase: Posteriormente à coleta dos dados, ocorreu a terceira fase, na qual houve a sistematização e a organização dos mesmos. Vale esclarecer que o tempo estipulado para a saída do pesquisador do campo foi determinado pelo alcance do objetivo do estudo, bem como pela saturação teórica dos dados, que ocorreu no momento em que os novos dados coletados já não estavam alterando em densidade e consistência teóricas as categorias construídas.

Concomitante à observação participante houve a etapa da pesquisa documental (APÊNDICE C), que se apoiou em um roteiro sistematizado de análise de prontuários e bases de dados, livros, formulários e requerimentos de enfermagem, no período compreendido entre setembro a dezembro de 2017, valendo assinalar que os registros encontrados nesse estágio foram realizados pelas participantes do estudo. O roteiro da pesquisa documental consistiu-se em: tipo de documento referente ao registro de enfermagem/o que estava registrado; quem fez este documento; finalidade deste registro. A pesquisa documental delimitou-se tão somente ao conteúdo do que estava escrito e ao tipo de registro, sendo que o propósito de coleta de dados do pesquisador não foi para qualificar tais registros, e sim para caracterizá-los.

Importante pontuar que houve a apresentação do Termo de Confidencialidade e Sigilo (APÊNDICE E) para salvaguardar e assegurar a confidencialidade dos dados de pesquisa.

3.5 Revelação das participantes do estudo

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para esta pesquisa:

1) que o participante fosse enfermeiro alocado no setor citado e; 2) que o

enfermeiro atuasse no hospital por um período mínimo de três meses, por ser um tempo suficiente para que esse profissional se apropriasse da realidade vivenciada no hospital.

E como critérios de exclusão: 1) enfermeiro que estivesse fora da unidade na época da coleta de informações (férias, licença médica, licença para estudos) e; 2) enfermeiro que após três tentativas de contato pessoal e/ou telefônico não se manifestasse para o agendamento da entrevista.

Assim sendo, os enfermeiros lotados no respectivo setor foram convidados a participar dessa pesquisa, no total de 14 enfermeiros. Cabe ressaltar que somente 01 enfermeiro do setor não participou da pesquisa, por se enquadrar no item 2 do critério de exclusão. Assim sendo, participaram desse estudo 13 enfermeiras que estavam na gerência do cuidado. Dessas, doze enfermeiras estavam na assistência e uma enfermeira estava na coordenação do setor.

Vale reforçar que o convite para as participantes entrarem na pesquisa foi feito de maneira individual e em função dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos previamente para esse estudo.

Somente um enfermeiro não foi entrevistado, no total de catorze. Por conseguinte, a questão da saturação dos dados não se aplicou.

Esclarece-se, que, embora foram utilizados os registros da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) para coleta, processamento e análise dos dados do estudo, as participantes da pesquisa foram somente as enfermeiras, por serem as únicas da equipe de enfermagem que tinham formação e respaldo legal para exercerem a gerência do cuidado de enfermagem.

Para efeito de tratamento dos conteúdos das 13 enfermeiras entrevistadas, optou-se pela codificação das participantes a partir da sigla *ENF* + *um número (de 01 a 13)*, desejando, com isso, uma representação simbólica dessas profissionais para que não ocorresse nenhum tipo de comprometimento de suas identidades pessoais.

Adiante, foi feito o tratamento dos dados qualitativos acerca da prática do discurso das entrevistadas, assim como a análise da observação participante descrita no diário de campo e a análise do roteiro da pesquisa documental, mediante a Análise de Conteúdo, apoiando os resultados na

modalidade por blocos temáticos, proposta por Bardin (2011), especificamente, análise dos conteúdos das questões abertas e fechadas, com a classificação por analogia dos conteúdos e a consequente construção das categorias/ideias nucleares surgidas a partir do processo de categorização das falas das enfermeiras. O conteúdo das entrevistas foi transcrito em programa *Word for Windows*.

Para operacionalização das entrevistas foi utilizado o *software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7 alpha 2*, desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009).

Trata-se de um programa informático gratuito, que se ancora no *software R* e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras. Desenvolvido inicialmente em língua francesa, este programa começou a ser utilizado no Brasil em 2013. O dicionário experimental em língua portuguesa encontra-se em fase de aprimoramento, embora já seja bastante adequado. O *IRaMuTeQ* possibilita os seguintes tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras, sendo que somente a pesquisa de especificidades de grupos não foi utilizada no presente estudo. A descrição das análises que foram usadas na pesquisa, bem como sua interpretação, estão expostas nos Resultados e Discussão. Pelo seu rigor estatístico, pelas diferentes possibilidades de análise, interface simples e compreensível, e, sobretudo por seu acesso gratuito, o *IRaMuTeQ* pode trazer muitas contribuições aos estudos em ciências humanas e sociais, que têm o conteúdo simbólico proveniente dos materiais textuais como uma fonte importante de dados de pesquisa (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Faz-se essencial pontuar que, para o *corpus* textual ser considerado consistente, atribuir confiabilidade para sua análise e ser útil à classificação, requer uma retenção mínima de 75% dos ST (alguns autores falam da possibilidade de se considerar o aproveitamento de 70% dos ST). Caso o *software* ofereça uma classificação com retenção inferior a esta, a mesma não pode ser considerada uma análise adequada aos dados coletados, pois fornece apenas uma classificação parcial. Nesses casos (quando a retenção de ST for

inferior a 75%), sugere-se que seja abandonado o programa e a análise do material seja feita por meio de outros recursos (CAMARGO e JUSTO, 2013).

A etapa da análise da observação participante foi feita pelo agrupamento das informações obtidas através dos aspectos observados, que foram transcritos. O momento se deu através de blocos temáticos, com as leituras superficial e profunda dos materiais coletados. Após isso houve a abstração dos aspectos mais destacados e relevantes, buscando identificar os que tinham recorrência ou não, ou seja, os que entraram em sintonia e aqueles que se destoaram entre as participantes do grupo. Finalizando esta etapa houve a sintetização de todo o material coletado, formando categorias e subcategorias.

A etapa da análise da pesquisa documental foi feita através de blocos maiores, com conseqüente categorização e subcategorização, seguindo o mesmo direcionamento das etapas que já foram descritas anteriormente.

Os dados que foram obtidos através das três técnicas mencionadas organizaram-se separadamente. Contudo, a análise ocorreu por meio de uma articulação/integração das informações coletadas.

3.6 Aspectos Éticos e Administrativos da pesquisa

Para a condução da proposta investigativa foram mantidos contatos informais com a Chefia do Serviço de Enfermagem do hospital em questão, cenário onde aconteceu o estudo, momento em que foi apresentado o projeto de pesquisa à responsável pelo serviço.

Em seguida, a solicitação para autorização da pesquisa foi formalizada (APÊNDICE F) sendo anexada a esse documento a cópia do projeto de pesquisa para a Instituição. Posteriormente, foi obtido um parecer favorável da Direção do hospital para o desenvolvimento do estudo (ANEXO A).

Salienta-se que a coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do estudo, em 10 de agosto de 2017, pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o Parecer Consubstanciado de número 2.213.143 e CAAE de número 68735817.5.0000.5133 (ANEXO B).

O desenvolvimento do estudo atendeu todas as normas legais e éticas em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução número

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares (BRASIL, 2012).

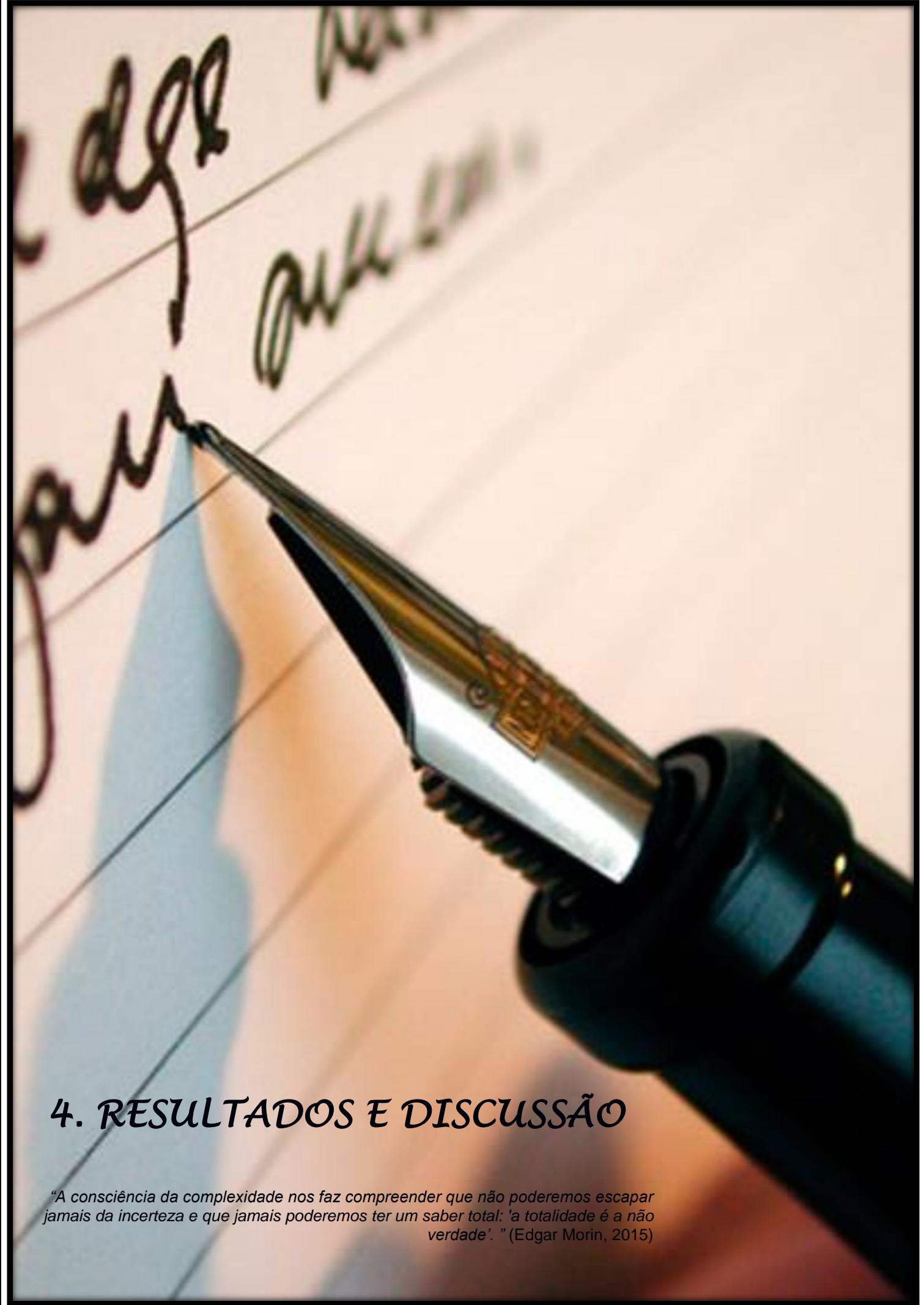
Essa Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Os riscos potenciais relacionados à participação no estudo poderiam ter ocorrido no âmbito da ação dos cuidados de enfermagem, com o risco de constrangimento à observação participante. Nesse sentido, foi feito o possível para evitar qualquer desconforto durante a entrevista e/ou durante a observação participante, esclarecendo e/ou tranquilizando as participantes. Os riscos potenciais foram justificados pela importância do benefício conquistado.

É necessário esclarecer que os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa receberam, para devida assinatura, em duas vias de igual teor, uma para o pesquisador e outra para o sujeito da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE D), em linguagem acessível, clara e objetiva.

Para tanto, foram apresentados às participantes os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da mesma, bem como foram esclarecidos que a pesquisa não envolvia riscos maiores que o risco mínimo e a ausência de benefícios pela participação na mesma, estando livres para participar ou recusar-se em qualquer momento do estudo.

Foi acordado, ainda, o anonimato e a confidencialidade das informações e seu uso estrito para fins científicos, declarando ter responsável e cuidadosa atenção com todo o material apurado, os registros do relatório, bem como em apresentações em eventos e publicações consequentes, além de retornar ao cenário da pesquisa para apresentar e discutir os resultados com as participantes e quaisquer profissionais interessados no conteúdo, com o esmero em que não fosse identificado o nome da instituição, tampouco os indivíduos, evitando qualquer dano individual ou de redução do prestígio pessoal e organizacional.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“A consciência da complexidade nos faz compreender que não poderemos escapar jamais da incerteza e que jamais poderemos ter um saber total: ‘a totalidade é a não verdade’.” (Edgar Morin, 2015)

Caracterização das participantes

Na conformação das participantes foram investigadas as seguintes variáveis das enfermeiras entrevistadas: sexo, idade, tempo de formação profissional, tempo em que trabalha no hospital, tempo em que trabalha no setor de Clínica Médica, vínculo empregatício, regime de trabalho, realização de cursos (qualificação, atualização, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado) em Saúde e/ou Enfermagem. Assim sendo, a caracterização das participantes foi exposta na tabela 1 abaixo:

Tabela nº 1 – Caracterização das enfermeiras, 2018.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	13	100
Idade		
21 a 30	2	15,4
31 a 40	9	69,2
41 a 50	2	15,4
Tempo de formação profissional		
4 a 6 anos	1	7,7
7 a 9 anos	7	53,8
10 anos ou mais	5	38,5
Tempo que trabalha no hospital		
3 meses a 1 ano	7	53,8
1 a 3 anos	3	23,1
4 a 6 anos	1	7,7
10 anos ou mais	2	15,4
Tempo que trabalha no setor		
3 meses a 1 ano	7	53,8
1 a 3 anos	3	23,1
4 a 6 anos	1	7,7
10 anos ou mais	2	15,4
Vínculo empregatício		
RJU	2	15,4
CLT	11	84,6
Regime de trabalho		
Diarista	3	23,1
Plantonista	10	76,9
Cursos		
Graduação	3	23,1
Especialização	5	38,5
Mestrado	4	30,7
Doutorado	1	7,7
Total	13	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A totalidade das entrevistadas correspondeu ao sexo feminino, corroborando com os dados de Machado et al. (2016a, 2016b), que relataram que a equipe de enfermagem, no Brasil, era predominantemente feminina, sendo composta por 85,1% de mulheres e a enfermagem, por cultura e tradição, sempre contribuiu para essa feminilização da saúde.

Quanto à idade, a maioria das participantes encontrou-se na faixa etária dos 31 aos 40 anos. Esse resultado assemelhou-se à pesquisa de Cofen (2013), que revelou o quantitativo de enfermeiros, segundo a faixa etária em Minas Gerais: 31-35 anos correspondiam à 25,7% e 36-40 anos correspondiam à 12,8%, englobando 38,5% do total dos enfermeiros do Estado.

Estes índices acima, de acordo com Cofen (2013), também mostraram que, no Brasil, a enfermagem era uma profissão em pleno rejuvenescimento, com 1/4 dos profissionais (25,3%) com idade até 30 anos e 61,7% até 40 anos (MACHADO et al., 2016a, 2016b).

Com relação ao tempo de formação profissional, grande parte das entrevistadas possuía de 7 a 9 anos. Esse resultado divergiu do encontrado por Cofen (2013), que apontou 69,5% dos enfermeiros com 2 a 10 anos de conclusão da graduação no Estado de Minas Gerais.

Outro assunto abordado foi com relação ao tempo que as enfermeiras entrevistadas mantinham vínculo com a instituição, bem como o período em que trabalharam na clínica médica. A grande maioria correspondeu à faixa de 3 meses a 1 ano. Com isso, esse resultado apontou que a maioria das entrevistadas eram novatas no hospital.

O vínculo empregatício das pesquisadas situou-se, em sua maioria, no regime trabalhista celetista, realizando escala de plantões de 12/36 h. Atualmente, o novo modelo de gestão, proposto pelo governo e adotado no hospital, contempla o regime CLT (ANDREAZZI, 2013).

Além dos resultados anteriores, a presente pesquisa abordou os cursos de pós-graduação realizados pelas participantes. A maioria delas possuía especialização *lato sensu*, com um quantitativo, também expressivo, de enfermeiras com pós-graduação *stricto sensu*. Embora três das entrevistadas não contavam com pós-graduação, manteve-se um bom nível de qualificação por parte das profissionais no ambiente investigado.

Esses resultados também foram detectados em outra pesquisa em Minas Gerais, sendo eles: 81% especialização *lato sensu*, 4,6% especialização em formato de Residência, 8,9% mestrado acadêmico e 2,7% doutorado (COFEN, 2013).

Conforme Machado et al. (2016a, 2016b), essa busca por especialização está associada, diretamente, à perspectiva de inserção no mercado de trabalho em funções de maior destreza cognitiva e complexidade. Os enfermeiros, cada vez mais precocemente, buscam a formação na modalidade *stricto sensu*, qualificando-os a seguir carreira na assistência, na academia ou na gestão do sistema de saúde (MACHADO et al., 2016a, 2016b).

Além disso, o programa Proficiência e outras iniciativas de aprimoramento promovidas pelo COFEN/COREN também mostraram que 94,5% dos enfermeiros e 98% dos profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares) do Brasil estavam participando em tais atividades (MACHADO et al., 2016a, 2016b).

Agora, indo na direção de outros achados encontrados no presente estudo, nesta parte foram apresentados os resultados dos dados obtidos nas 13 entrevistas individuais e submetidos ao *software IRaMuTeQ*. A partir dos resultados da presente pesquisa foi possível perceber os distintos conteúdos presentes nos discursos das enfermeiras, sobre as situações-problema que interferiam na utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado no cenário investigado.

O programa *IRaMuTeQ*, a partir da semelhança e da não semelhança do vocábulo, colocou em evidência as diferentes temáticas abordadas no *corpus* analisado sob as quais se articulou o discurso, identificou as ligações entre as classes e identificou o papel de algumas variáveis na sua organização.

O *corpus* geral foi constituído por treze textos, representados por treze entrevistas semiestruturadas. Os treze textos foram separados em 742 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 631 ST (85,04%). Emergiram 25.931 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.667 palavras distintas e 1.289 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1, com 80 ST (12,7%); Classe 2, com 89 ST (14,1%); Classe 3, com 130 ST (20,6); Classe 4, com 83 ST (13,2%); Classe 5, com 121 ST (19,2%); e Classe 6, com 128 ST (20,3%).

Conforme evidenciado acima, no tratamento dado pelo programa *IRaMuTeQ* houve o aproveitamento de 85,04% dos vocábulos do *corpus*, isso significa que 85,04% de todo o *corpus* foi analisado pelo programa.

Por conseguinte, a tabela 2 expõe os dados supracitados, processados pelo *software*:

Tabela nº 2 – Corpus geral originado do programa *IRaMuTeQ*, 2018.

```

+++++
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Sat Feb 10 11:35:13 2018
+++++

```

Number of texts: 13
 Number of text segments: 742
 Number of forms: 2667
 Number of occurrences: 25931
 Número de lemas: 1629
 Number of active forms: 1491
 Número de formas suplementares: 126
 Número de formas ativas com a frequência >= 3: 627
 Média das formas por segmento: 34.947439
 Number of clusters: 6
 631 segments classified on 742 (85.04%)

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir de matrizes cruzando ST e palavras, aplicou-se o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e foram obtidas 6 classes.

Cada classe recebeu uma denominação de acordo com os vocábulos mais frequentes e mais significativos, conforme consta a seguir:

- Classe 1 – A SAE/PE e sua implantação;
- Classe 2 – Os tipos de instrumentos utilizados;
- Classe 3 – A importância dos registros de enfermagem para a passagem de plantão;
- Classe 4 – A inserção dos profissionais de enfermagem no ambiente da gerência do cuidado;
- Classe 5 – Os registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado;
- Classe 6 – As facilidades e as dificuldades dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado.

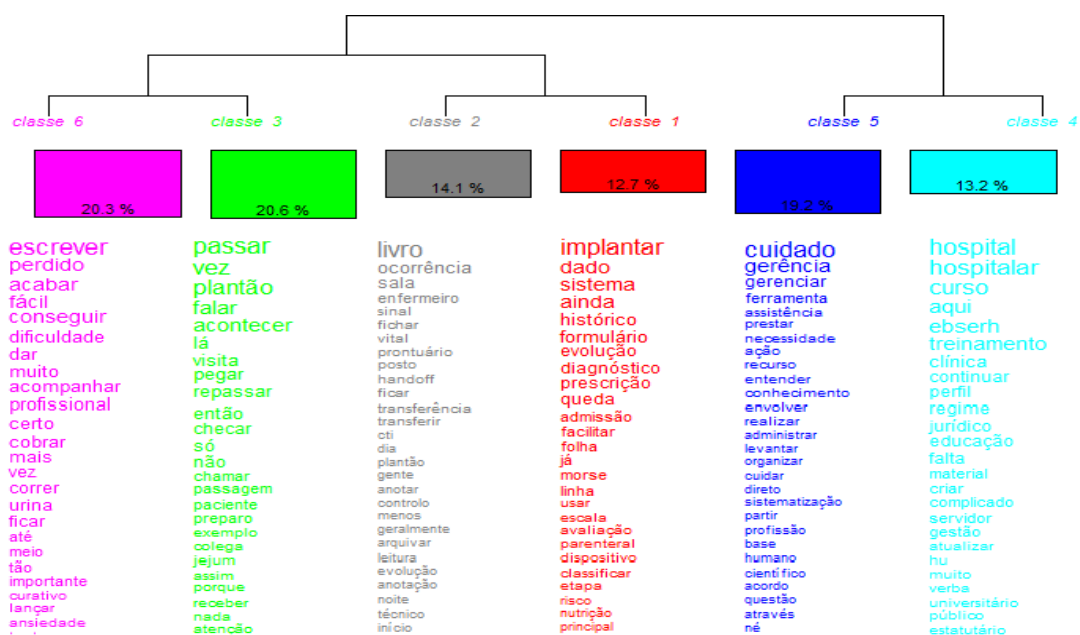
Na figura 4 tem-se um dendograma (dendro = árvore), um tipo específico de diagrama, que organizou a disposição dos vocábulos. Esta tipagem permitiu a visualização/representação dos ST, identificados através de cores.

Os ST foram, assim, organizados de modo que surgiram as categorias e estas se ramificaram para a criação de classes, com a definição de suas características.

O dendograma de CHD (figura 4) permitiu compreender as expressões e cada uma das palavras proferidas pelas participantes, analisando-as a partir de seus lugares e inserções sociais (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Na figura a seguir, que ilustrou as relações interclasses, a leitura deve ser feita do lado esquerdo para o lado direito, ou seja, num primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois subgrupos. Num segundo momento, o subgrupo do lado esquerdo foi dividido em dois, do qual resultaram as classes 6 e 3, e as classes 2 e 1. O subgrupo do lado direito foi também dividido em duas classes, a classe 5 e a classe 4. Isso significa que as classes 6 e 3 e as classes 2 e 1 possuem menor relação ou proximidade com as classes 5 e 4. A classe 6 possui maior relação ou proximidade com a classe 3, a classe 2 possui maior relação ou proximidade com a classe 1, assim como a classe 5 possui mais relação ou proximidade com a classe 4. A CHD parou aqui, pois as seis classes mostraram-se estáveis, isto é, compostas por Unidades de Contexto Elementar (UCE) com vocabulário semelhante.

Figura nº 4 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizado pelo programa *IRaMuTeQ*



Fonte: Dados da pesquisa.

Apresenta-se a seguir um detalhamento dos resultados de cada classe, de acordo com a sua aparição descrita anteriormente, com a intenção de conhecer o contexto dos discursos das enfermeiras. Vale ressaltar que as categorias foram apresentadas de acordo com os objetivos propostos. No quadro 1 tem-se a denominação dessas classes que por afinidade foram associadas para formarem três conjuntos de classes que representaram as categorias, que serão analisadas oportunamente.

Quadro nº 1 – Categorias emergidas das entrevistas das enfermeiras, 2018.

Categorias	Classes	Denominação das Classes
Contexto de utilização dos registros de enfermagem e o desenvolvimento da gerência do cuidado	Classe 5	Os registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado
	Classe 4	A inserção dos profissionais de enfermagem no ambiente da gerência do cuidado
Instrumentos adotados na elaboração dos registros de enfermagem	Classe 2	Os tipos de instrumentos utilizados
	Classe 1	A SAE/PE e sua implantação
Registros de enfermagem como meio de comunicação	Classe 6	As dificuldades e as facilidades dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado
	Classe 3	A importância dos registros de enfermagem para a passagem de plantão

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme observa-se, os resultados foram divididos em três categorias e cada uma será apresentada em forma de capítulo.

É importante esclarecer que as classes 5 e 4; 2 e 1; 6 e 3 estão dispostas em conjunto, pois entre elas existiu similaridade/aproximação dos discursos das participantes, definidos pelo *software*.

Vale ressaltar, de antemão, que a entrevista semiestruturada foi a principal técnica de obtenção dos dados da pesquisa. As outras duas técnicas, a de observação participante e a de pesquisa documental, serviram como acessórias/auxiliares para uma melhor compreensão do que foi dito pelas participantes sobre o fenômeno investigado.

Faz-se necessário pontuar que nem todas as categorias evidenciadas no presente estudo conseguiram articular/relacionar com as três técnicas de pesquisa concomitantemente.

Contudo, é importante frisar que, na conformação da discussão dos resultados, a análise dos dados se deu articulada e relacionada entre as três categorias e as seis classes, isto é, pode-se perceber que muitos aspectos discutidos em uma categoria e classe, por exemplo, foram retomados em uma outra categoria e classe, porém, observados por um diferente ângulo compreensivo, em um constante movimento oscilante de reflexão.

Na figura 5 abaixo tem-se a Análise de Similitude, que foram palavras presentes no *corpus* textual, ou seja, apresentou o resultado de palavras que tiveram similitudes entre si e que permitiram visualizar a frequência, a disposição e a integração desses vocábulos.

Portanto, a Análise de Similitude permite identificar as coocorrências entre os vocábulos e seu resultado traz indicações da conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um *corpus* textual, diferenciando também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Essa análise de semelhanças permitiu visualizar a relação entre os vocábulos e a sua conectividade dentro de cada classe e, por outro lado, a ligação entre as várias classes. Com essa análise conseguiu-se perceber como os registros de enfermagem relacionam as várias palavras para os descreverem como ferramenta para a gerência do cuidado.

Figura nº 5 – Resultado da Análise de Similitude



Fonte: Dados da pesquisa.

Como foi possível perceber na figura 5, o termo “paciente” foi comparado de forma analógica a uma árvore, sendo que todas as suas ramificações corresponderam às questões gerenciais e de cuidado prestadas ao indivíduo.

Não se pode deixar de lado que, antes do indivíduo ser um paciente, necessitado de cuidados, foi, sobretudo, um ser humano, composto por características e especificidades biopsicossociais.

Para as entrevistadas, e de acordo com a análise de similitude, o registro de enfermagem e a SAE/PE foram importantes para a prestação da gerência do cuidado.

Através da análise de similitude pôde-se identificar a estrutura, o núcleo central e o sistema periférico da interpretação dos registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado pelas enfermeiras.

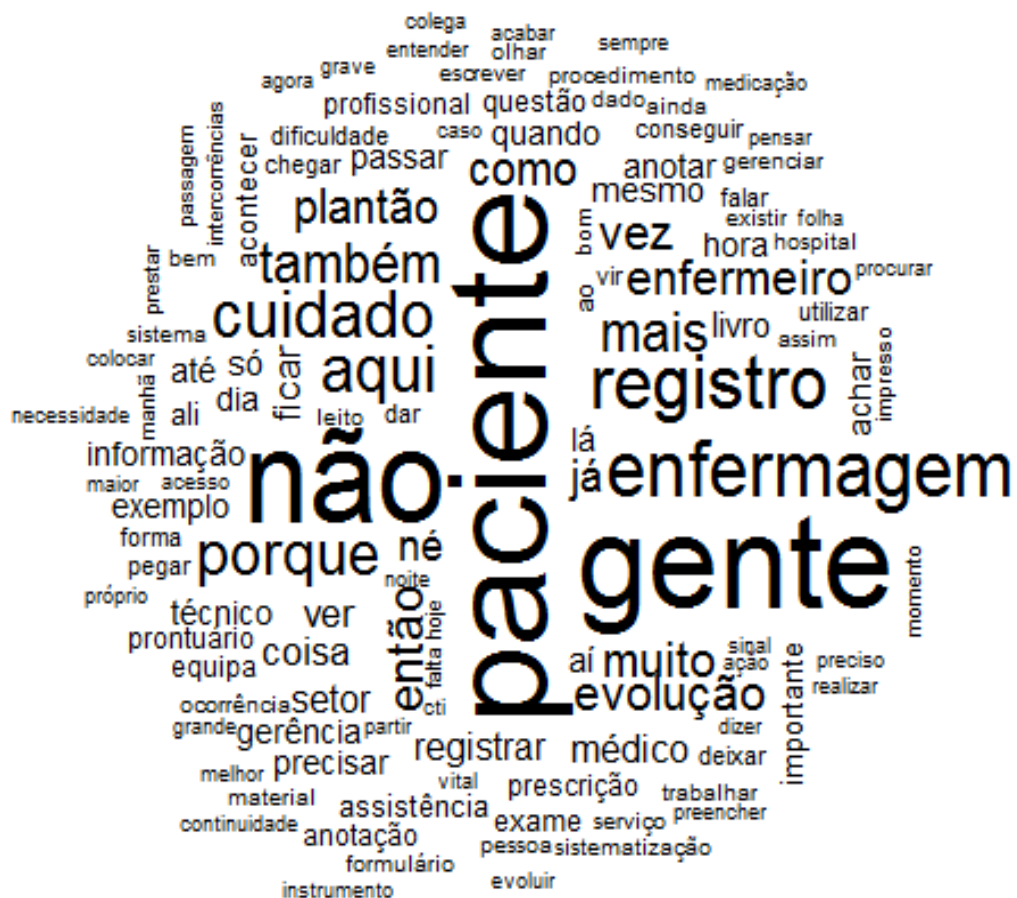
Verificou-se que os dois grandes eixos organizadores da análise foram os registros de enfermagem e a gerência do cuidado de enfermagem, tendo em seu núcleo central a figura do paciente.

De um lado da zona periférica destacou-se a negativa “não”, isto é, as argumentações e justificativas relatadas pelas participantes para não utilizarem dos registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado.

Em uma outra zona da periferia surgiu a figura do ser humano, “gente”, como sendo o componente da imagem do paciente, ou seja, para o paciente ter se constituído como tal, antes disso era ser humano, indivíduo, com suas singularidades e particularidades.

Já na figura 6 tem-se a nuvem de palavras, que agrupou tais vocábulos e os organizaram graficamente em função da sua frequência, e foi uma análise lexical mais simples, porém um esboço importante para visualização, pois possibilitou a rápida identificação das palavras-chave do *corpus* (CAMARGO e JUSTO, 2013).

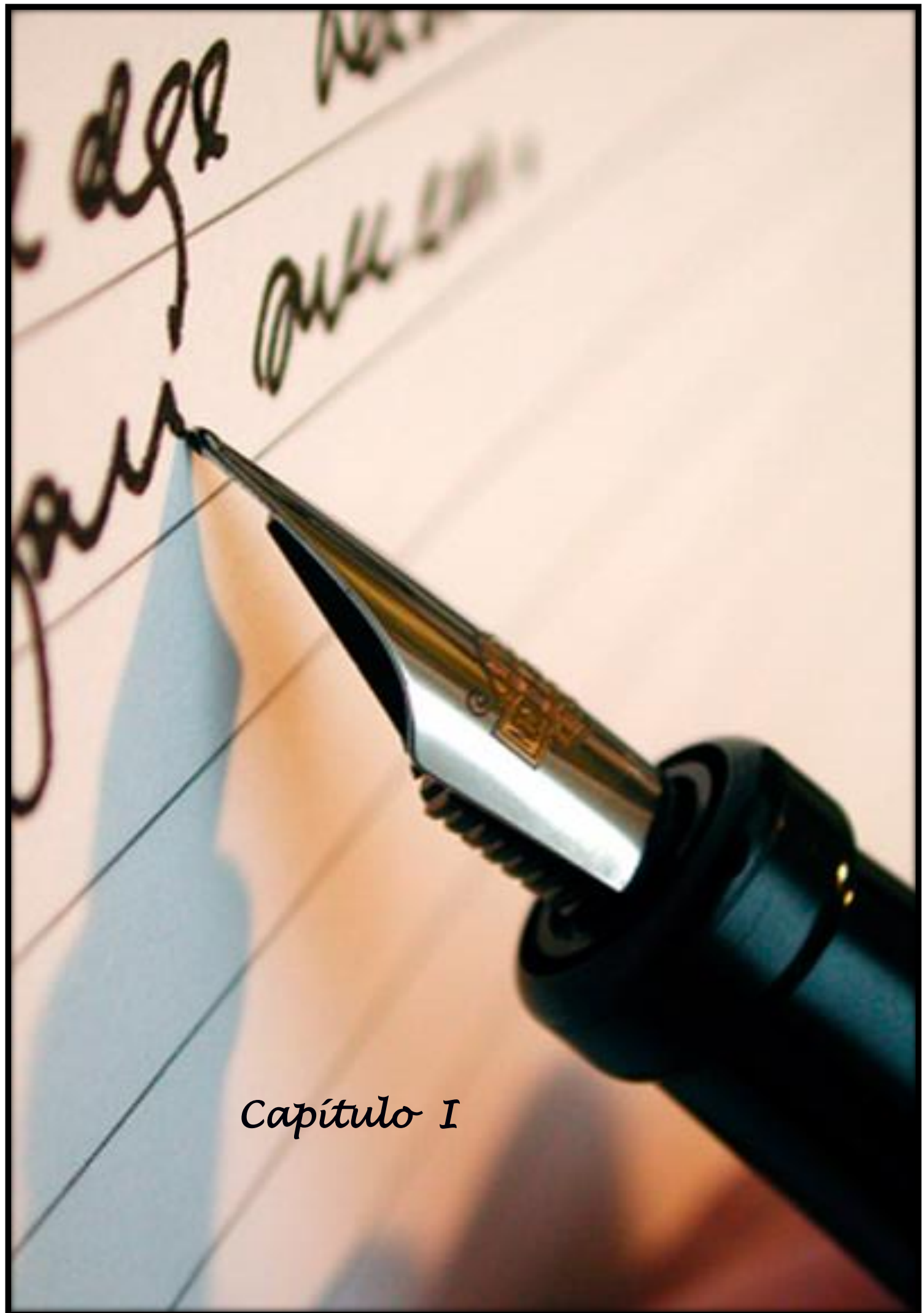
Figura nº 6 – Resultado da Nuvem de Palavras



Fonte: Dados da pesquisa.

Apreendeu-se da figura 6 que o termo “paciente” encontrou-se no centro do processo de cuidado, permeado pelo registro de enfermagem, pela gerência do cuidado, pela passagem de plantão, pelas ferramentas, pela SAE/PE, pelos profissionais da equipe de enfermagem e equipe multiprofissional.

Na nuvem das palavras mais evocadas pelas participantes destacaram-se: paciente, registro, cuidado, enfermagem, gente, enfermeiro. Também foram visualizadas palavras como plantão, registrar, informação, anotar, evolução, prontuário, gerência, livro. Foi possível constatar que a nuvem de palavras corroborou com os resultados explicitados na pesquisa.



Capítulo I

Categoria 1: Contexto de utilização dos registros de enfermagem e o desenvolvimento da gerência do cuidado

Esta categoria contemplou especificamente os resultados dos dados referentes às classes 5 e 4, e as outras duas técnicas de pesquisa (observação participante e pesquisa documental).

Classe 5: Os registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado

Nesse terceiro capítulo, no arranjo da classe 5, verificou-se que o vocábulo “cuidado” foi o que mais se destacou, ou seja, foi o mais específico e teve alta significância nessa classe. A palavra “cuidado”, por sua vez, foi o cerne da presente pesquisa em enfermagem, que englobou um sentido singular, senão o principal, desse estudo. Os vocábulos seguintes que mais se destacaram foram: gerência, ferramenta, recurso, administrar, entender, conhecimento. A compreensão que as enfermeiras tiveram sobre a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado foi o que se pretendeu alcançar nesse instante.

Percebeu-se, no relato das enfermeiras, fragilidades na continuidade do cuidado de enfermagem, assim como falhas nos registros, que podiam também ocorrer incorreções na comunicação entre os profissionais de saúde, além da sobrecarga de atividades, sendo que todo esse conjunto pôde impactar em uma gerência do cuidado de enfermagem inadequado e/ou ineficiente:

O registro é muito importante, pois é onde a gente consegue dar uma continuidade no serviço, uma continuidade ao cuidado[...]. Então, hoje os nossos registros de enfermagem às vezes estão um pouco falhos, porque a gente entende também por conta do serviço puxado, tem dias [...] a maior parte dos dias é puxado, de 10 dias, 9 são puxados[...]. (ENF 01)

O registro é necessário para a continuidade da assistência, para garantir mesmo o que foi feito, é um respaldo para o profissional e para o paciente, caso seja necessário algum registro no prontuário por uma questão jurídica, ou alguma questão depois que ele receber alta[...]. (ENF 03)

Além disso, notou-se a preocupação por parte da enfermeira no momento em que se identificam problemas. A definição da ação de enfermagem que se realizará no atendimento é importante de ser registrada para uma boa resolutividade do cuidado:

A partir do momento que a gente detecta um problema, você detecta o que você tem que fazer, a gente precisa registrar isso, que vai ser a base que você precisa saber para aquele cuidado. (ENF 02)

Uma enfermeira disse que a eficácia da assistência de enfermagem passava por um registro organizado, completo, seguro e correto com o propósito da garantia da segurança do paciente:

O registro garante a segurança do paciente, onde tudo deve estar ali registrado corretamente o que foi feito com ele, de forma clara[...] que às vezes não adianta escrever, escrever e não ser objetivo, não ser claro. O registro é necessário e devemos melhorar a forma como registramos. (ENF 03)

A documentação do paciente, por meio do prontuário, e os demais documentos que faziam parte do processo do cuidado de enfermagem, tais como livros de ocorrência, relatórios etc., constituíram a concretização do processo de cuidar do paciente e permitiram um maior planejamento da assistência de enfermagem, nos dizeres de algumas participantes:

A partir dos registros é que vou me organizar, fazer os diagnósticos, planejar esse cuidado. O registro estará ali o tempo inteiro me auxiliando a ter indicadores de assistência para poder fazer um planejamento, seja de um setor, ou um planejamento maior. É ele que vai me dar subsídios para eu fazer uma boa gerência e um bom planejamento desse cuidado. (ENF 04)

Eu entendo que os registros de enfermagem são de extrema importância e fundamental, sem o registro você não consegue se orientar, não consegue levantar as necessidades do paciente, e ele é um dos principais instrumentos para você estar gerenciando. (ENF 08)

Essas informações dos registros vão ser fundamentais para a gerência do cuidado, porque eu só vou conseguir cuidar a partir do momento que eu sei qual cuidado está sendo realizado. Então, esses registros são importantes para que eu tenha instrumentos, tenha forma de abordar o paciente no cuidado, no que ele precisa. Esses registros são importantes para eu poder consultar as informações e direcionar o cuidado bem específico de acordo com a necessidade que a pessoa tem, de acordo com o cuidado que já foi implementado, as alterações, as reações que a pessoa teve a partir do cuidado, se esse cuidado chegou até à sua fase final, se foi completo ou não, se precisa complementar alguma coisa nesse cuidado. (ENF 10)

Com isso, viu-se a importância dos registros da equipe de enfermagem acerca da evolução dos pacientes. Importante observar na fala de algumas entrevistadas que os registros de enfermagem ofereceram respaldo à equipe multidisciplinar e à instituição de saúde:

Então eu acho que a questão do registro nos ajuda muito, porque é através dele que a gente vai estar acompanhando a situação em que o paciente se encontra, é a evolução do paciente com o passar de sua internação. (ENF 07)

Eu me utilizo dos registros para saber como que o paciente estava antes, como ele evoluiu agora, conforme eu verifico a necessidade de fazer um acompanhamento dele. E vejo, também, os registros que foram feitos antes, por outros colegas enfermeiros, quando tenho alguma dúvida, de algo que tenha acontecido com o paciente. (ENF 13)

O relato de uma enfermeira sobre a realização dos registros de enfermagem e a sua utilização para se fazer a sua gerência do cuidado foi evidenciado na sua rotina de trabalho:

Eu vejo que a realização dos registros precisa ser mais coesa possível, nós temos um instrumento de coleta de dados, então quando eu o preencho ou quando qualquer outro profissional de enfermagem o preenche, ele deve procurar preencher todos os itens, preenchê-los com toda a clareza, para que eu possa utilizá-lo para gerenciar o cuidado. Porque senão se eu pego um registro que, às vezes infelizmente acontece, uma informação falha, ou não completa, o que é que acontece? Eu leio o registro e eu tenho que ir lá novamente checar aquilo para que eu possa gerenciar o cuidado, para que eu possa verificar como que eu vou sistematizar o atendimento do meu plantão. Então, infelizmente, às vezes acontece de você no início do plantão ficar procurando as informações que o registro não te trouxe. Os registros de enfermagem e a utilização deles na gerência é muito importante. Do mesmo modo que eu fiz o meu plantão eu devo registrar. E registrar também é ter o cuidado de registrar o que é de relevância. Uma outra coisa que para mim acho que é muito importante no registro de enfermagem é esse registro do ambiente do paciente. Ele tem acompanhante? Ele é um paciente que recebe visitas? Você já percebeu como é a relação dele com a família? Por que? Porque essas coisas vão também depender dessas informações para gerenciar o cuidado. Será que ele é alguém distante da família? É alguém sozinho? É alguém muito dependente? Então, ou seja, é alguém que tem conflito e essa família não quer ficar perto? Porque isso tudo vai mudar o modo como eu vou assistir a esse paciente e à sua família. Porque a gente não cuida só do indivíduo, precisa cuidar da família, do entorno. (ENF 11)

É importante assinalar, neste momento, que a palavra ferramenta foi empregada neste estudo como referência a um instrumento que se usa para a realização de um trabalho (FERREIRA, 2014).

Entende-se, pois, os registros de enfermagem como uma ferramenta utilizada pelas enfermeiras para a realização da gerência do cuidado. Essa compreensão acerca dos registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado emergiu das falas das entrevistadas.

Indo adiante, algumas enfermeiras relataram a importância dos registros de enfermagem para a resolutividade do desenvolvimento da gerência do cuidado.

Martins e Perroca (2017) compararam a percepção que o paciente e a equipe de enfermagem tinham sobre as necessidades de cuidado e destacaram que a participação do acompanhante e do paciente na tomada de decisão, o conhecimento dos profissionais acerca das necessidades de cuidados, sua satisfação e a resolutividade da assistência constituem-se ainda em desafios a serem vencidos pela equipe, tornando-se necessário que o enfermeiro assuma sua função como gestor de transformação empoderando sua equipe.

Com a finalidade de analisar a visão dos usuários sobre resolutividade da assistência de uma Unidade de Saúde da Família e a relação com sua satisfação, Rosa, Pelegrini e Lima (2011) constataram que a visão dos usuários com relação à resolutividade está ligada com sua percepção sobre solução de seus problemas de saúde e, para alguns, está associada à busca de conduções para atendimentos especializados. Ainda, segundo as pesquisadoras, existe conexão entre conseguir resolutividade sempre ou na maioria das vezes e estar muito contente.

Importante pontuar que a questão da resolutividade depende de quem avalia e do que é avaliado nos serviços de saúde, envolvendo aspectos relativos à satisfação do usuário, à demanda, à existência de um sistema de referência e contra-referência articulados, às tecnologias dos serviços de saúde, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos e às necessidades de saúde da população, entre outros (TURRINI; LEBRÃO e CÉSAR, 2008).

Registros de enfermagem também foram relatados pelas entrevistadas como sendo importantes para a segurança do paciente. Em referência a isso, Miranda et al. (2017) identificaram e descreveram o papel da equipe de

enfermagem na colaboração à segurança do paciente, e mostraram atitudes importantes, dentre elas, o incentivo à comunicação, a implantação de protocolos, métodos educacionais, qualidade da assistência, identificação de erros e risco.

Oliveira et al. (2014) buscaram estratégias para promover a segurança do paciente no ponto de vista de enfermeiros assistenciais e detectaram riscos químicos/físicos, assistenciais, clínicos e institucionais, além de oportunidades e barreiras que implicavam na (in) segurança do paciente, mas, em contrapartida, referiram práticas apoiadas em metas internacionais difundidas pela OMS.

Outras entrevistadas, por sua vez, disseram que o planejamento da assistência de enfermagem era realizado, também, com o suporte dos registros de enfermagem.

Benetti et al. (2011) discutiram e apresentaram o papel do gestor ante o planejamento estratégico, e observaram que o planejamento é tido como uma ferramenta, um dispositivo necessário para o planejamento das ações em saúde, existindo variados modos de se planejar, salientando-se o planejamento estratégico, o normativo, o situacional e o político. Com isso, nota-se que a dinâmica do planejamento em saúde é complexa, visto que possibilita uma análise das características de determinados grupos de trabalho, o perfil do planejador e das instituições (BENETTI et al., 2011).

No discurso de algumas enfermeiras entrevistadas houve o relato dos registros de enfermagem servindo para gerenciar o cuidado, por exemplo, através da SAE.

Giolito (2015), em sua pesquisa de mestrado, encontrou situações-problema que interferiram na realização do registro de enfermagem, em pediatria, em conformidade com a SAE, tais como de relacionamento interpessoal e de caráter institucional. Nomeou-se como problema prioritário o tempo para executar o PE e fazer um bom registro, e dentre as alternativas de solução para o problema elaborou um roteiro para orientação de registros de enfermeiros na especialidade mencionada.

Como se pode notar, existem diferentes caminhos para que o registro de enfermagem sirva como ferramenta para gerenciar o cuidado. O estudo conduzido por Torres et al. (2011) também aponta para essa direção, no

momento em que procurou verificar se os enfermeiros do serviço de infectologia de um hospital de ensino acreditavam que a SAE fosse uma ferramenta da gerência do cuidado e analisá-la se enquanto ferramenta gerencial servia de sustentação para o ato de cuidar. As pesquisadoras identificaram que os participantes do estudo entenderam o que é SAE e a gerência do cuidado. Olharam um nexo entre as duas, mas ficou constatado um hiato entre o que era dito e o que era praticado, o que vem a corroborar com os achados da presente pesquisa. E mais, elas encontraram como outro resultado que, a SAE, enquanto ferramenta gerencial, não servia de base para o cuidado, indo na direção contrária de tudo o que foi construído até o momento.

Captou-se nos discursos das entrevistadas que tanto o gerenciar quanto o assistir em enfermagem estavam presentes em suas atividades, seja através do cuidado direto ou por meio dos registros de enfermagem, embora, a maioria delas, não tenham expressado essa clarificação em suas falas.

Nesse sentido, o estudo conduzido por Fernandes et al. (2016) procurou analisar a relação entre o cuidar e o gerenciar no contexto hospitalar de enfermeiras gerentes e percebeu-se a valorização das ações de gerência em detrimento às práticas de cuidado realizadas pelas enfermeiras no cotidiano assistencial.

Também, Galiza et al. (2016), analisaram o conhecimento dos enfermeiros da atenção primária sobre a gerência do cuidado e evidenciaram a dicotomia entre gerenciar e assistir a partir das concepções dos enfermeiros entrevistados que caracterizassem a gerência do cuidado, indicando um despreparo frente à organização da assistência.

Outra pesquisa buscou compreender os significados de gerenciar unidade de internação hospitalar na ótica dos enfermeiros e o discurso destes remeteu à gerência técnica, desvinculada do cuidado ao paciente, ancorado no modelo racional de gerência e biomédico de assistência com vistas a conformar o fazer do enfermeiro às demandas organizacionais (LIMA et al., 2016).

Para o exercício da gerência do cuidado, o enfermeiro utiliza os instrumentos de gestão como ferramentas fundamentais, capacita-se teoricamente e aprimora, baseado em sua vivência/experiência, habilidades profissionais e características individuais, com isso a mobilização de competências para além do âmbito clínico faz-se necessária, proporcionando o

uso dos instrumentos de gestão para viabilizar o cuidado e potencializar os processos relacionais e interativos (LANZONI et al., 2015).

A pesquisa de Montezeli et al. (2018) refletiu acerca das interfaces entre habilidades sociais e a gerência do cuidado de enfermagem na perspectiva do pensamento complexo. As habilidades sociais englobavam classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. Elas se entrelaçavam ao cotidiano da gerência do cuidado de enfermagem, pois gerenciar implicava relacionar-se com os outros e, para tal, o enfermeiro necessitava de um comportamento socialmente hábil. Este era um processo multifacetado, hologramático, não linear e, assim sendo, o cartesianismo foi insuficiente para a sua sustentação epistemológica e concluiu-se que as relações interpessoais desenvolvidas pelos enfermeiros a partir de competências galgadas em um comportamento socialmente hábil representaram importante mola propulsora para que a gerência do cuidado se distanciasse de uma prática reducionista e mecanicista (MONTEZELI et al., 2018).

Refletir sobre a formação em enfermagem levando em consideração os princípios da complexidade foi um estudo proposto por Cruz et al. (2017). A aplicação da complexidade no ensino propõe uma educação emancipadora pautada no questionamento e na transformação social, compreendendo a formação de enfermeiros que tenham como característica do seu trabalho a interação com o outro. Faz-se necessário preparar o discente para desenvolver atitudes e ações críticas e reflexivas capazes de superar a fragmentação e a linearidade do conhecimento. Assim, o cuidado de Enfermagem tem sido baseado numa assistência reducionista, refletindo o modelo cartesiano. Dessa forma, a formação do enfermeiro busca contemplar saberes e experiências compartilhados de maneira que não exista o domínio de nenhuma disciplina sobre as outras, de nenhum profissional sobre o outro, aceitando as singularidades tanto dos profissionais como do próprio paciente (CRUZ et al., 2017).

Costa et al. (2015) realizaram um outro estudo com a intenção de conhecer a contribuição da Teoria da Complexidade para a construção do conhecimento sobre o cuidado de enfermagem e os achados apontaram que

os contextos do cuidado eram construídos a partir das contradições, incertezas, desorganização e organização, de forma que o pensamento complexo permeava o cuidado de enfermagem, desde o período de formação profissional.

Isso posto, entende-se que as enfermeiras estão usando dos registros de modo que estes estão contribuindo naquilo que representam dentro do contexto da gerência do cuidado. Pois, sendo o registro de enfermagem uma ferramenta, mostrou como elas operacionalizam a gerência do cuidado a partir dele, visto que no cotidiano do hospital de ensino em questão estava presente a multidimensionalidade da gerência do cuidado, por meio dos registros de enfermagem.

Classe 4: A inserção dos profissionais de enfermagem no ambiente da gerência do cuidado

Na ordenação da classe 4, verificou-se que o vocábulo “hospital” foi o que mais se destacou, ou seja, foi o mais específico e teve alta significância nessa classe. Esta palavra foi o contexto/cenário onde se desenvolveu a pesquisa. Os vocábulos seguintes que mais se destacaram foram: curso, treinamento, perfil, gestão, educação, atualizar.

De acordo com as participantes foram descritos alguns temas na área de gerenciamento em enfermagem que necessitavam de aprimoramento e/ou atualização para atuação no local onde esses trabalhadores estavam inseridos. Além disso, foram referidos alguns pontos situacionais sobre o contexto/local/ambiente que os profissionais estavam alocados.

Alguns assuntos foram abordados pelas entrevistadas, dentre eles destacaram-se: atualização dos procedimentos operacionais padrão; curso de gestão hospitalar; curso sobre liderança e gerenciamento de conflitos; aprimoramento sobre segurança do paciente:

Estamos atualizando agora banho de leito, a lavagem de mãos, os POP, o que mudou, o que não mudou, e cada mês teremos um tema e um módulo a ser trabalhado para aprimorar o serviço. A gente vai atualizar toda essa parte de prática de enfermagem, atualizando tanto para os enfermeiros quanto para os técnicos. (ENF 01)

O curso de gestão hospitalar é importante para o enfermeiro assistencial, para ter uma ciência e uma consciência da quantidade de material hospitalar que se gasta, por exemplo. (ENF 01)

Na parte da gerência de enfermagem eu sinto falta de um curso sobre liderança, e um outro de gerência de conflitos. Na parte assistencial é oferecida bastante capacitação, tem vários cursos, agora nessa parte de atualização de protocolos estão sendo capacitados todos os enfermeiros, depois serão capacitados todos os técnicos. (ENF 03).

Eu acho que o tema de gerenciamento de conflitos é importante, que precisa ser sempre lembrada, atualizada e revista, porque aqui a gente, tem dia, com plantão com oito profissionais de enfermagem, então cada pessoa pensa de um jeito, são pessoas de regimes trabalhistas diferentes, pessoas do regime jurídico único, que são estatutários, e outras pessoas que são celetistas, e em algum momento pode haver algum desentendimento, embora aqui, graças a Deus, todo mundo se dá muito bem. Às vezes nem precisa ser um conflito grave, por conta de algum relacionamento, mas, talvez, um conflito por conta de uma escala, dia de folga, como a gente saber gerenciar isso, né? (ENF 10)

Gerência de conflito acho um tema que deveria ser trabalhado mais aqui. Porque é uma nova administração, dois regimes trabalhistas diferentes no mesmo setor, no mesmo serviço. Então são propostas de trabalho diferentes, são pensamentos diferentes, são objetivos diferentes, por mais que o objeto de trabalho seja comum, que é o paciente. O servidor, que é o regime jurídico único, ele se considera excluído do processo, pois o olhar hoje é todo voltado para o empregado celetista. E a gente vê que, hoje, nós estatutários não somos o foco do hospital. O foco é o funcionário da empresa, sendo que foi a gente quem construiu esse hospital. Tudo que a gente vê aqui hoje é fruto de um trabalho, de uma qualidade da assistência que caiu muito, as pessoas estão totalmente despreparadas, principalmente em estarem trabalhando com esse perfil de paciente, claro que existem exceções, mas os enfermeiros, principalmente, veem da Atenção Primária, que caíram de paraquedas aqui no hospital, não foram treinados, foram com o tempo melhorando um pouco a assistência, mas a gente vê aqui situações, infelizmente, difíceis. Estão sendo tirados direitos de nós servidores, e com isso o índice de insatisfação é muito grande. O índice de licença médica dos servidores do regime jurídico único, no hospital hoje, é altíssimo, pela insatisfação dele na qualidade do trabalho, falta de materiais, e como você trabalha no hospital com falta de coisas básicas? Onde você chega não tem luva, não tem fralda, não tem o equipo adequado para trabalhar, a qualidade do material é horrível, então é realmente muito complicado trabalhar aqui no hospital hoje. Essa nova política governamental a gente não sabe qual é o verdadeiro objetivo dela, para que ela foi criada, sendo que o custo com o profissional que está aqui hoje, o celetista, é muito maior do que se tivesse servidor público RJU. (ENF 13)

É necessário trabalhar também a questão da segurança do paciente como um todo, porque ela perpassa vários itens, questão da manipulação, reduzir ao máximo os riscos, e a administração de medicação é um dos itens quando a gente fala de segurança do paciente. (ENF 04)

Sobre a Educação Permanente do hospital existiram divergências de opiniões. Além do mais, os conceitos de Educação Permanente e de Educação Continuada foram postos como sinônimos:

O serviço de educação continuada aqui é bem forte. (ENF 03)

Eu observo que aqui precisa em primeiro lugar uma organização da parte administrativa, tem que ter uma educação continuada, porque aqui não existe, aqui existe a equipe e o nome, mas de funcionar mesmo, não tem, já estou aqui vai fazer dois anos, e não tem. Às vezes a gente precisa de treinamentos, tipo parada cardiorrespiratória, esses cursos de urgência e emergência, porque aqui a gente não tem. E isso tem que ter, porque aqui é um setor que precisa muito. E a gente sente muita falta disso, porque tem muitos colegas que são novos e não têm e nunca tiveram experiência em área hospitalar, porque eles trabalhavam na Saúde da Família, e são realidades totalmente diferentes. E você chegar em um setor hospitalar e pode ser que você pegue seu plantão hoje e tenha logo uma intubação, você não vai saber, você não foi treinado para aquilo ali. (ENF 05)

A necessidade de um curso e/ou aperfeiçoamento sobre a SAE/PE foi narrada por várias entrevistadas:

Um tema aqui, para citar um que eu vejo importante, é a questão da sistematização do cuidado, e embora aqui ela não seja aplicada, a gente não a reconhece e não a apropria, a gente só identifica como sendo mais uma ferramenta que vai dar mais um trabalho, mais um papel, e muita gente faz só por fazer, e é uma coisa muito além disso. A enfermagem é uma profissão, e ela tem que ser baseada em evidências, né, e a sistematização é uma ferramenta científica. (ENF 06)

Eles nos jogam aqui, tipo, eu vim de um PSF, então eu senti muita dificuldade, não tive um treinamento, e precisamos disso, porque aqui, embora seja uma clínica médica, pode ter uma parada a qualquer momento, pode ter uma intubação, como sempre tem. Então, aqui a gente precisa aprimorar essa questão dos cuidados com paciente intensivos, e semi-intensivos também. Precisamos ter temas relacionados à questão de urgência e emergência, de intercorrências, sobre administração de medicações, porque quem está administrando essas drogas somos nós da enfermagem, cuidados com pacientes paliativos, porque esses pacientes a gente têm muito aqui, essas questões, eu acho, são muito deficientes aqui no setor. (ENF 07)

Acho que uma coisa que precisa aprimorar é a parte das prescrições de enfermagem, os planos de cuidados, na verdade a sistematização da assistência de enfermagem como um todo, sabe, que é uma coisa que a gente aprende na faculdade, mas depois as instituições deixam pra lá, o exame físico, o diagnóstico, a prescrição, a avaliação. (ENF 08)

Acho que necessita dar mais atenção à própria questão do processo de enfermagem em si, a sistematização da assistência, pois a gente trabalha aqui só algumas etapas, mas acho que seria interessante implantar toda ela, mas para isso precisaria de um suporte teórico para isso, né, utilizando uma teoria de enfermagem, aquela forma bonitinha que a gente viu na faculdade, né. (ENF 09)

Um tema que seria muito bom é a questão de treinamento mesmo da SAE, para haver a implantação dela integral aqui no hospital, que seria um ganho muito grande para uma enfermagem que representa uma universidade pública. Não entendo como um hospital de ensino, que forma profissionais de saúde, não tem a SAE totalmente implantada, isso beira o absurdo. (ENF 11)

O planejamento e a eleição dos temas de cursos que eram desenvolvidos no hospital aconteciam intermediados pelo serviço de Desenvolvimento de Pessoas/Divisão de Gestão de Pessoas. O serviço oferecia treinamento e capacitações internas, bem como acolhia sugestões dos empregados. Para a realização desses cursos havia o formulário de Inscrição de Participação em Eventos de Capacitação Interna. Faz-se pertinente expressar que no hospital existia o Núcleo de Educação Permanente, porém este encontrava-se em fase de reestruturação, aguardando regulamentação por normativa do hospital.

Algumas das enfermeiras entrevistadas relataram que careciam de cursos sobre atualização dos POP/IT, de liderança em enfermagem, de segurança do paciente e de gerenciamento de conflitos. Essa última temática foi manifestação recorrente de muitas das participantes, uma vez que o hospital se encontrava sob nova gestão, e a questão gerava conflitos entre os profissionais, dos mais variados, que permeavam desde o relacionamento interpessoal até vínculos trabalhistas distintos.

Marta et al. (2010) reforçam a ideia de que os enfermeiros, enquanto líderes da equipe de enfermagem, precisam aprimorar suas habilidades em administrar conflitos, além de desenvolverem capacidades relativas ao relacionamento interpessoal e à comunicação, com destaque também para sua função de guia potencializador e educador em saúde, ajudando as pessoas a evoluírem-se, favorecendo o trabalho em grupo.

Outra pesquisa que corrobora com o estudo acima é a conduzida por Farah et al. (2017), que descreveu como enfermeiros supervisores exercem e

definem a liderança e os mesmos destacaram que liderança é estar à frente da equipe, conduzir grupo de pessoas, ser exemplo, motivar e estimular a equipe.

Além disso, é possível identificar uma cadeia de estratégias gerenciais usadas pelos enfermeiros na atuação e resolução dos conflitos. Entre as principais destacam-se mostrar resolutividade no enfrentamento dos conflitos; a coparticipação da equipe na tomada de decisão; ser imparcial e priorizar a qualidade do serviço; dialogar com a equipe; manejar as situações individualmente e ter postura profissional (LIMA et al., 2014).

No que se refere o hospital ter migrado para uma nova gestão, movimento do governo federal de repassar a gestão destes hospitais a terceiros - empresa pública de direito privado - ponto este presente no discurso das entrevistadas, a pesquisa conduzida por Sodré et al. (2013) teve por objetivo apresentar o panorama em que se situam, atualmente, os hospitais públicos de ensino, inseridos em um contexto histórico marcado pela reforma do Estado, lógica produtivista e precarização das condições e relações de trabalho.

Segundo a autora, a transição da gestão está sendo vivenciada desde o ano de 2012 nos hospitais públicos de ensino e, sobre isso, tem-se mais perguntas que respostas. Exatamente por conta disso que vem à tona uma série de questionamentos sobre essa transição silenciosa que se julga ser mais um passo em direção à precarização da gestão, dos salários e à privatização dos serviços públicos, da organização dos processos de trabalho camuflados em uma lógica de um suposto novo modelo gerencial (SODRÉ et al., 2013).

Essa proposta de um novo modelo gerencial é a maior ameaça até hoje praticada contra o caráter público dos hospitais públicos de ensino, sendo precedida do sucateamento desses serviços, é uma solução global de gestão, não democrática e com todas as potencialidades de submissão ao mercado da saúde, travestida de solução específica para pretensos problemas de pessoal (ANDREAZZI, 2013).

Gomes et al. (2014) compartilham de posicionamento similar no estudo que objetivou analisar a percepção dos profissionais de saúde, de um hospital de ensino, sobre a nova gestão que se configurou nessa instituição. Identificaram-se fragilidades no processo de adesão do hospital à nova gestão, o qual vinha ocorrendo de forma silenciosa e gradual, a discussão sobre ela estava no nível mais de questionamentos do que de afirmativas, sendo uma

proposta em andamento, sem a participação efetiva da comunidade e dos trabalhadores, contrariando o princípio constitucional da participação (GOMES et al., 2014).

O formato de gerência preconizado no hospital de ensino em tela configura-se em um conjunto de medidas adotadas pelo governo federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. Por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) são realizadas ações no sentido de garantir a recuperação física e tecnológica e também de atuar na reestruturação do quadro de recursos humanos das unidades. Entre as atribuições assumidas pela nova gestão, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018).

Notou-se, assim, que a complexidade do ambiente influenciou no formato dos registros de enfermagem, entendendo-os como uma ferramenta da gerência do cuidado, que interferiu na forma como esta se caracterizou na prática.



Capítulo II

Categoria 2: Instrumentos adotados na elaboração dos registros de enfermagem

Esta categoria contemplou especificamente os resultados dos dados referentes às classes 2 e 1, e as outras duas técnicas de pesquisa (observação participante e pesquisa documental).

Classe 2: Os tipos de instrumentos utilizados

Na composição da classe 2, verificou-se que o vocábulo “livro” foi o que mais se destacou, ou seja, foi o mais específico e teve alta significância nessa classe. Essa palavra foi bem sugestiva, uma vez que os diferentes tipos de registros de enfermagem foram anotados/relatados em um livro. Os vocábulos seguintes que mais se destacaram foram: ocorrência, fichar, prontuário. Essas três palavras, vistas de maneira agregada e/ou (des) articulada, compreendiam e respondiam, significativamente, a um outro objetivo da pesquisa em foco.

Abaixo, nos discursos de algumas enfermeiras, pôde-se perceber as distintas espécies de instrumentos de registros de enfermagem que estavam sendo utilizados no cenário de pesquisa:

Ah! Tem também o livro de ocorrência do setor[...] que é preenchido tanto pelo enfermeiro, como pelos técnicos as intercorrências[...] (ENF 01)

Aqui quando eu cheguei o registro que a gente fazia era a evolução no prontuário, um ano e meio atrás, e as anotações de enfermagem no livro de ocorrências. Depois de um tempo começou a ser implantado a sistematização, nós começamos pela avaliação, e eliminou aquele registro do exame físico no prontuário. A gente faz a folha de avaliação à parte e depois ela vai para o prontuário. E continua tentando fazer as anotações, mas são simples, no livro de ocorrências. (ENF 02)

Para mim, registro de enfermagem é o que eu fiz no paciente, eu anotar, eu evoluir, aí que vem as evoluções de enfermagem, técnico que tem que anotar, fazer as anotações e a maioria não faz, livro de ocorrências que a gente anota também o que foi feito, que eu vejo muito também que os registros são muito vagos, tem plantão que tem o que, duas anotações de dois pacientes e pronto. Então, essa questão de registrar a enfermagem peca muito que eu vejo, aqui, porque as pessoas e a equipe em si não fazem muito isso, precisa a gente ficar no pé, chamar atenção, para poder eles fazerem esse registro. (ENF 05)

Os tipos são a evolução de enfermagem, livro de ocorrências, livro de intercorrências, que tem o livro de intercorrências do plantão que fica lá no posto, que os técnicos registram, nós enfermeiros também registramos lá, e no início de cada plantão nós enfermeiros colocamos o nome de todos os técnicos, aqui é cuidado integral, então a gente coloca quais pacientes que cada técnico está responsável, e a gente coloca as intercorrências. Além disso, a gente coloca quando o paciente é encaminhado para exame, quando ele volta do exame, quantos pacientes estamos recebendo no início do plantão, quantos a gente está passando, temos que registrar lá também no prontuário do paciente. E na sala dos enfermeiros fica o outro livro de ocorrências, aí aqui é só enfermeiro quem registra as ocorrências e as intercorrências durante o plantão. (ENF 06)

Vou elencar os tipos que existem aqui: tem esse formulário de passagem de plantão, tem a ficha de avaliação de enfermagem, que ela faz parte, na verdade, do prontuário. Ela fica à parte, o enfermeiro a utiliza durante o dia, e todo dia pela manhã é aberta uma nova ficha dessa, e isso é preenchido durante o dia. À noite a gente vai anotar as intercorrências que aconteceram com esse paciente e, posteriormente, essa ficha é arquivada no prontuário. Ela não fica no prontuário por uma questão prática mesmo. Ela foi utilizada durante o dia, passa para a gente, e a gente utiliza durante à noite e no próximo dia ela já é arquivada no prontuário. Tem a folha de controle de sinais vitais, tem a folha de dietas enterais e parenterais, apesar dela ser prescrita pela nutrição, a gente da enfermagem também lança mão dela para poder ver se está tudo certo, se a dieta parou, a gente tem que registrar que parou, o porquê parou. Tem os livros de ocorrência. Existe o livro de ocorrência do setor, nele a gente registra intercorrências com o paciente, altas, admissões, transferências, pacientes mais graves, presença ou ausência de funcionários, enfim, esse livro é do setor. E existe, também, o livro de ocorrências dos enfermeiros, que fica na sala dos enfermeiros, que é um livro que, normalmente no final do plantão, todo o enfermeiro de cada setor preenche, enfim, todo mundo utiliza. E esse livro dos enfermeiros nos é deixado informações novas, alguma mudança que vai acontecer no setor, e a própria direção e coordenação de enfermagem utilizam desse livro para passar para a gente algum fluxo novo do setor, alguma coisa que elas precisam nos passar são afixadas nesse livro. Tem também no setor que é o livro de exames, que a gente o utiliza quando colhemos e encaminhamos determinado exame para o laboratório. O técnico tem também uma folha de anotação que ele faz e a anexa no prontuário do paciente. (ENF 09)

O cenário de estudo, da pesquisa em tela, possuía variados tipos de registros de enfermagem. A aplicação da técnica da pesquisa documental serviu de alicerce para a obtenção dos presentes resultados.

As informações contidas no quadro 2 foram obtidas na observação participante e na pesquisa documental. Dentre elas, destacaram-se:

Quadro nº 2 – Tipos de registros de enfermagem mais comumente utilizados pelas enfermeiras no cenário da pesquisa, 2018.

Tipo de Registro	Finalidade
Livro de Ocorrências do setor	Enfermeiras e técnicos de enfermagem registravam neste livro as intercorrências de enfermagem durante o plantão.
Formulário de Avaliação de Enfermagem	No setor este formulário era conhecido entre as enfermeiras como “evolução de enfermagem”.
Ficha de Evolução (<i>Follow-up</i>)	Embora o nome seja “evolução”, nesta ficha apenas os técnicos de enfermagem faziam suas anotações. Mas os outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, médicos etc. registravam nesse instrumento e o mesmo era anexado ao prontuário do paciente). O formulário de “Avaliação de Enfermagem” era todo feito pela enfermeira, e este documento também era anexado ao prontuário do paciente.
Passante	Era uma listagem dos pacientes internados no setor de clínica médica, onde eram anotadas as intercorrências durante o plantão. Apenas as enfermeiras utilizavam essa ficha, sendo que as informações nela contida eram transmitidas para a outra enfermeira na passagem de plantão.
Livro de Exames	Destinou-se à anotação diária dos exames solicitados e entregues ao laboratório do hospital.

<p>Livro de Registro e Controle de Passagem de Plantão</p>	<p>A passagem de plantão era conduzida pela equipe do setor: participavam o médico clínico que estava terminando o plantão, o médico clínico que estava assumindo o plantão e as enfermeiras que estavam em serviço no momento da passagem do plantão, além do residente plantonista da clínica. Os horários que ocorriam a passagem de plantão eram às 7 e às 19 horas. O médico que estava saindo do plantão e a enfermeira do setor relatavam sobre a situação do plantão, destacando os pacientes que necessitavam de maior atenção e sobre eventuais admissões e leitos vagos. O NIR fornecia a relação das informações necessárias às demandas de internação de pacientes e os leitos disponíveis. Tais informações eram fundamentais para que o médico e a enfermeira, que estavam assumindo o plantão, organizassem suas atividades. A passagem de plantão era a oportunidade para que as enfermeiras e os médicos combinassem como seria o acionamento em caso de urgência/emergência. Ao final da discussão, a passagem de plantão era registrada nesse livro, documento este para monitorização da efetividade do processo. Os profissionais envolvidos deviam assinar o documento de</p>
--	--

	<p>registro. Quando o médico plantonista estava em regime de plantão de 24 horas, a passagem de plantão ocorria mesmo assim, às 19 horas. Nessa situação participavam do processo o médico, as enfermeiras e o residente (seja de medicina ou enfermagem). O livro de registro de passagem de plantão ficava acondicionado no setor, sob a responsabilidade das enfermeiras.</p> <p>Na observação participante: existia um livro de Passagem de Plantão, este organizado pela chefia médica, onde a enfermeira, o médico staff e o médico residente assinavam. Este livro chamava-se “Livro de Registro e Controle de Passagem de Plantão”.</p>
<p>Lista de Verificação de Cirurgia Segura – <i>Checklist</i> Pré-Operatório</p>	<p>Formulário preenchido ou pelo técnico de enfermagem ou pela enfermeira, para o paciente que era submetido a procedimento cirúrgico.</p>
<p>Livro de Ocorrências da sala das enfermeiras</p>	<p>Destinava-se, apenas, às enfermeiras para registrarem as intercorrências do setor num dado plantão. Esse livro encontrava-se na sala das enfermeiras.</p>
<p>Livro de Cultura de Vigilância</p>	<p>Destinava-se à anotação dos pacientes que eram submetidos à coleta de <i>swab</i> para cultura de vigilância. Continha data da coleta e data que o SCIH liberava o isolamento de contato.</p>

Livro de Comunicação – Equipe de Higienização	Destinava-se ao registro das ocorrências da equipe de limpeza do setor de cada plantão (diurno e noturno). Ao final de cada plantão o encarregado da limpeza, bem como a enfermeira de plantão deviam assinar o livro.
Livro de Protocolo	Destinava-se à liberação de exames dos pacientes no ato da alta hospitalar. Tomografia, ultrassonografia, ressonância, mediante assinatura do paciente, ou acompanhante, junto da assinatura da enfermeira.
Livro de Informativos	Destinava-se a informativos importantes para a equipe de enfermagem. Não era para ser usado como passagem de plantão.

Fonte: Dados da pesquisa.

Alguns desses formulários, especialmente, tiveram pontos norteadores que couberam maiores detalhamentos no intuito da busca de maior clareza quanto à sua utilização para a gerência do cuidado.

O formulário de Avaliação de Enfermagem, embora estivesse com essa titulação, induzindo que seria um formulário que contemplasse a última etapa do PE, na verdade era um formulário de evolução de enfermagem. Nele estavam contidos espaços para o preenchimento cursivo do nome do paciente, número do leito e prontuário, diagnóstico médico (e não diagnóstico de enfermagem, com a tendência para o enfoque da doença e não do cuidado) e data do preenchimento da ficha. Após, havia o *checklist* para os sistemas nervoso, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, geniturinário, locomotor e tegumentar – uma espécie de uma sucinta anamnese/exame físico do paciente. Em seguida, a Escala de Morse – prevenção de quedas/segurança física. No verso do formulário tinha um espaço em branco para o preenchimento

livre e cursivo da evolução de enfermagem e no final um espaço para o carimbo e assinatura do profissional.

Já o formulário de Passagem de Plantão era composto por data e hora, além dos nomes dos participantes: médico que saiu e médico que assumiu o plantão; residente de plantão - com respectivos telefones para contato; e enfermeiros do setor. Após, tinha um espaço reservado para o nome e o número do leito dos pacientes que precisavam de avaliação (sem especificação de qual tipo e de qual profissional da saúde que os avaliaria). No final, um espaço para observações e assinaturas dos profissionais envolvidos na passagem de plantão.

Outro formulário foi o de Passante, composto por data, nome do plantonista e número total de pacientes que estavam internados no setor. Além disso, o espaço de cada paciente neste formulário continha: número do leito, nome e número do paciente e prontuário, clínica/especialidade responsável pelo paciente e seu diagnóstico médico.

Na observação participante percebeu-se que muitos registros de enfermagem eram realizados em diferentes livros que, de modo geral, continham o mesmo propósito/finalidade, sendo que tais anotações eram transcritas repetitivamente, na maioria das vezes, de maneira vaga, genérica e não especificada, como por exemplo: “paciente segue em cuidados”; “paciente segue em observação”; “paciente estável”; “paciente LOTE” (lúcido e orientado no tempo e no espaço – grifo do pesquisador) etc.

Perante os depoimentos das enfermeiras, também se percebeu que os diferentes tipos de impressos e formulários de enfermagem eram meios utilizados pelas entrevistadas que facilitaram a dinâmica do serviço e a uma melhor comunicação da equipe, além de terem oferecido qualidade à assistência prestada ao paciente.

O estudo publicado por Castro et al. (2014) trouxe essa questão, pois analisou a compreensão de como tem sido a utilização dos impressos necessários a uma assistência segura no âmbito de um centro cirúrgico e concluiu que, embora a literatura reconheça a importância do uso dos impressos, esta atividade ainda carece de adesão por parte dos profissionais de enfermagem. A baixa adesão ocorreu devido à dificuldade em inserir a

atividade de preenchimento dos impressos na rotina do ambiente investigado e à falhas no processo de comunicação.

Outra pesquisa realizada por Arreguy-Sena et al. (2018) procurou criar e validar impressos para amparar a sistematização do cuidado de enfermagem com indivíduos em hemodiálise. Os impressos validados foram de suma importância no momento que possibilitaram a obtenção de respostas de indivíduos em hemodiálise e auxiliaram o planejamento da assistência de enfermagem em pilares científicos, segundo os autores.

Cada impresso teve considerável contribuição no serviço da equipe de enfermagem, pois possibilitou alcançar as necessidades humanas e de cuidados; estabelecer problemas em ascensão compatíveis com a atividade laboral da enfermagem; ajudar o processo do raciocínio clínico; e detectar os indicadores para avaliar as intervenções terapêuticas da equipe de enfermagem (ARREGUY-SENA et al., 2018).

Os impressos construídos foram capazes de direcionar o enfermeiro para questões de natureza científica, filosófica e técnica de sua atuação em uma área específica (ARREGUY-SENA et al., 2018).

Pode-se perceber que os fios condutores dos formulários descritos acima vão ao encontro da pesquisa de Silva e Caldeira (2010), os quais referem-se que, histórica e culturalmente, o modelo de saúde brasileiro é marcado por uma assistência curativista, hospitalocêntrica e centrada na figura médica. Haja vista que o sistema de saúde vem sofrendo rupturas e modificações radicais com o desenvolvimento da atenção primária, através de equipes multiprofissionais e prioritariamente implantadas nas áreas de maior vulnerabilidade dos centros urbanos, conhecidas como Estratégia Saúde da Família (ESF) (SILVA e CALDEIRA, 2010).

Classe 1: A SAE/PE e sua implantação

Na disposição da classe 1, verificou-se que o vocábulo “implantar” foi o que mais se destacou, ou seja, foi o mais específico e teve alta significância nessa classe. Os vocábulos seguintes que mais se destacaram foram: dado, sistema, histórico, evolução, diagnóstico, prescrição, admissão, avaliação,

etapa. Interessante notar que, muitas dessas palavras, observadas de maneira integrada/articulada, constituíram-se no Processo de Enfermagem, que é parte integrante da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A compreensão de uma participante sobre a SAE/PE e a justificativa para não realizá-las passou pelo entendimento:

É desumano a gente cobrar a SAE completa, no aplicativo de gestão hospitalar até existe a prescrição, até porque a prioridade é o paciente, são os cuidados com ele, embora a evolução seja muito importante, eu não posso deixar de dar atenção ao meu paciente só porque eu preciso evoluir, a prioridade é o paciente, e o tempo que me sobra eu evoluo. (ENF 01)

Segundo uma participante, a implantação da SAE/PE no cenário de pesquisa, encontrou-se fragmentada e incipiente:

Aqui não tem a SAE completa, aqui existe a avaliação e a evolução, o diagnóstico a gente faz, né, mas dentro da evolução, não faz com toda aquela sistematização[...] a gente coloca um dado principal que foi identificado, uma necessidade principal que foi identificada, uma orientação que a gente já passou. (ENF 04)

Desafios da implantação da SAE/PE, conforme relato de uma enfermeira:

Eu acho que aqui o grande desafio seria a adoção da sistematização da assistência de enfermagem. Porque a gente tem registros de enfermagem, mas a gente não tem uma SAE. Então, isso já é um problema. Porque quando eu começo a fazer uma sistematização, pelo princípio científico de se fazê-la, me leva a levantar as prioridades. Enquanto que um registro solto vai depender da habilidade de cada enfermeiro. (ENF 11)

A importância da SAE/PE para direcionamento do processo de trabalho em enfermagem, de acordo com uma participante:

E se eu não tenho algo que me direcione a isso eu vou ficar contando com habilidades e inabilidades. A dificuldade encontrada de se realizar os registros, vamos pensar então no que a gente faz hoje. Eu acho que a SAE é um objetivo futuro. (ENF 11)

Para aprimoramento profissional de um participante, a SAE e o PE foram temas que merecem a realização de um treinamento, conforme o discurso abaixo:

[...] um tema que seria muito bom é a questão de treinamento mesmo da SAE, para haver a implantação dela integral aqui no hospital, que seria um ganho muito grande para uma enfermagem [...]. (ENF 11)

Cabe destacar, de igual modo, que a SAE e o PE, como exposto por algumas participantes, concretizados através dos registros de enfermagem, constituiu uma eficiente ferramenta gerencial, de modo que permitiu o direcionamento dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem:

O registro, como eu disse, é uma ferramenta importante para a sistematização do cuidado, é o conhecimento produzido pela enfermagem, tendo como alicerce a gerência do cuidado, com qualidade. (ENF 06)

Eu entendo que os registros de enfermagem são de extrema importância e fundamental, sem o registro você não consegue se orientar, não consegue levantar as necessidades do paciente, e ele é uma das principais ferramentas para você estar gerenciando. (ENF 08)

Eu acho que os registros para a gerência do cuidado são importantes ferramentas no sentido de você ter ali nesses registros, falando especificamente do prontuário do paciente, todas as anotações referentes a esse paciente, desde a entrada dele na unidade até a presente data, então você pode consultar, e a partir daí gerenciar o cuidado, e direcionar o cuidado que você vai fazer com o paciente. Os registros servem também para você avaliar o andamento do serviço, que é uma forma de você gerenciar o cuidado. (ENF 09)

Essas informações dos registros vão ser fundamentais para a gerência do cuidado, porque eu só vou conseguir cuidar a partir do momento que eu sei qual cuidado está sendo realizado. Então, esses registros são ferramentas para que eu tenha uma forma de abordar o paciente no cuidado, naquilo que ele precisa. Esses registros são importantes para eu poder consultar as informações e direcionar o cuidado bem específico de acordo com a necessidade que a pessoa tem, de acordo com o cuidado que já foi implementado, as alterações, as reações que a pessoa teve a partir do cuidado, se esse cuidado chegou até à sua fase final, se foi completo ou não, se precisa complementar alguma coisa nesse cuidado. (ENF 10)

A observação participante mostrou que as entrevistadas, em geral, não tinham muita clareza acerca da diferenciação entre o que vinha a ser o

Processo de Enfermagem e o que era Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Além disso, percebeu-se que a SAE e o PE eram incipientes no cenário de pesquisa; e na pesquisa documental constatou-se a existência de apenas um instrumento específico - Avaliação de Enfermagem - para se realizar a SAE/PE.

Neste momento é importante esclarecer que a palavra “implantar” foi emergida das falas das entrevistadas. Significou introduzir, estabelecer, inserir (uma coisa) em outra (FERREIRA, 2014). Na compreensão do pesquisador, entendeu-se que, no cenário da pesquisa, este termo pareceu ser mais pertinente, uma vez que tanto a SAE quanto o PE estavam sendo introduzidos/estabelecidos. Já o vocábulo “implementar”, por sua vez, seria pôr em prática, dar execução a (um plano, programa ou projeto) (FERREIRA, 2014). A resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009, por exemplo, se utiliza da palavra implementar, quando se refere ao PE (COFEN, 2009). Vê-se assim, que, tanto a palavra implantar quanto implementar carregam em seu constructo semântico ideias de aproximação.

Partindo desse ponto, as entrevistadas da presente pesquisa (re) conheceram o conjunto de valores que a SAE e o PE traziam para a profissão. Porém, elencaram argumentações para a sua não operacionalização no ambiente o qual estavam inseridas, como a sobrecarga de trabalho, o dimensionamento insuficiente de pessoal para a sua execução e a quebra da continuidade do trabalho. Além disso, conforme os relatos, no momento que elas interrompiam suas atividades de cuidado para realizarem a evolução de enfermagem, o paciente ficava desassistido.

Como já referido nessa pesquisa, vale ratificar a reflexão de Christovam, Porto e Oliveira (2012), quando dizem que grande parte das enfermeiras, atualmente, não têm a compreensão de que seu processo de trabalho abarca o cuidar (ações de cuidado direto) e o administrar (ações de cuidado indireto), ou seja, as atitudes da enfermeira na prática direcionam-se à gerência do cuidado de enfermagem.

Uma pesquisa que buscou compreender as percepções de enfermeiros sobre a avaliação de enfermagem e seu registro em uma UTI apontou para a utilização de somente partes do PE, expondo suas fragilidades e

potencialidades. A superficialidade das informações e insuficiência de outros critérios de avaliação foram questões consideradas negativas, e a rapidez e a praticidade para execução dos registros, como positivos (COLAÇO et al., 2015).

Um desses argumentos foi exposto no trabalho de Silva et al. (2011a) que analisou o conhecimento que os enfermeiros tinham sobre a SAE em um hospital de grande porte em Recife (Pernambuco). Foi verificado que 69% dos entrevistados não tinham conhecimentos sobre a SAE e especialmente sobre os diagnósticos de enfermagem. Foi constatada a ausência de formulários na maioria das unidades de internação, sendo que os enfermeiros justificaram diversas razões para não trabalharem com a SAE, dentre elas, a sobrecarga de trabalho e escassez de formulários.

Sobre o dimensionamento insuficiente de pessoal de enfermagem exposto pela enfermeira entrevistada, a pesquisa de Lorenzini et al. (2014) diz que o cálculo de pessoal contribui para reduzir a sobrecarga de trabalho na enfermagem. Aborda a importância de estudos que estabeleçam a correlação dimensionamento de pessoal e melhores resultados assistenciais, bem como o desenvolvimento de *softwares* e aplicativos que facilitem a aplicação dos cálculos e fórmulas necessárias, podendo assim contribuir significativamente para solidificar o dimensionamento como outra importante ferramenta na gerência da enfermagem.

Freitas, Moreira e Brito (2014), a respeito da ruptura da continuidade da assistência, relataram que muitas questões são evidenciadas para que aconteça a quebra da continuidade do cuidado, a saber: falhas na comunicação; interação deficiente entre os serviços da rede de atenção à saúde e gerenciamento inadequado do setor, as quais precisam ser consideradas na determinação de estratégias e políticas que tenham como foco o cuidado de qualidade e humanizado. Vale ponderar que, o discurso da pesquisa supra-referenciada foi convergente com os resultados do presente estudo.

Outra pesquisa proposta por Oliveira et al. (2012) encontrou como dificultadores à implantação da SAE a sobrecarga de trabalho, os recursos humanos insuficientes e as características dos pacientes, sendo que a maioria dos participantes avaliou sua contribuição na implantação da SAE como

positiva, apesar das dificuldades expostas para a materialização desse processo na prática.

Em contrapartida, fatores facilitadores à implantação da SAE em uma unidade de saúde são os relacionados às características da unidade, ao perfil da equipe de enfermagem e ao modelo da teoria de enfermagem empregado (OLIVEIRA et al., 2012).

Em outra pesquisa, com relação à importância que as entrevistadas enxergam na SAE, a pesquisa desenvolvida por Fuly, Leite e Lima (2008) disserta que, dentre variados exemplos de sua significância, tem-se o que se refere à qualidade, especificamente a acreditação hospitalar. É preciso ver que a implantação da SAE é um grande avanço para o credenciamento das instituições hospitalares, uma vez que aborda muitas normas dos instrumentos avaliativos.

Em relação à inexistência e/ou carência de formulários específicos que contemplassem a SAE, em todas as suas fases, esse fato foi observado no cenário investigado e se fundamentou, em decorrência de que a SAE e o PE eram incipientes e fragmentados, pois estavam em processo de implantação sendo que esta questão esteve presente no discurso das participantes.

Sendo assim, Oliveira et al. (2012) explicam que a SAE é uma ferramenta que fornece contribuições para a organização da assistência e a gerência do cuidado e um dos seus pilares é o PE, um método que incorpora características de uma teoria de enfermagem utilizada em determinada instituição.

No momento em que o enfermeiro implanta a SAE em um setor, mantém contínua a sua implementação. Ganha como vantagem, mais tempo, um serviço estruturado, além de um registro mais robusto e organizado quanto ao cuidado prestado ao paciente, oferecendo-o uma assistência individualizada, melhorando o processo de cuidar e tendo resultados fidedignos e compensatórios, comprovados através dos registros e atingido por meio dos diagnósticos e prescrições de enfermagem (BARBOSA et al., 2015).

Nery, Santos e Sampaio (2013) com o intuito de descrever as dificuldades enfrentadas por professores e alunos de enfermagem de uma universidade pública para a implantação da SAE, encontraram como dificuldades: o não preenchimento dos impressos, descontinuidade da

assistência, falta de comunicação entre equipe e acadêmicos, deficiência da educação permanente, falta de preparo dos profissionais e número insuficiente de pessoal. Essas dificuldades, portanto, ratificam os resultados da presente pesquisa.

Outro estudo procurou verificar a percepção de enfermeiros na implantação da SAE em um hospital filantrópico de Aracaju (Sergipe) e como resultados foram descritos alguns fatores intervenientes que reforçam a desmotivação, dentre os quais, as condições inadequadas de serviço. Diante das etapas do PE que executaram com maior dificuldade, 52,4% dos entrevistados referiram que foi a implementação. Dentre os principais benefícios que justificaram a adesão à sistematização, 80,9% dos participantes afirmaram que houve melhora da qualidade da assistência e 66,7% referiram conhecer melhor o paciente (PASSOS; SANTANA e OLIVEIRA, 2014).

O estudo de Maria, Quadros e Grassi (2012) analisou a viabilidade de implantação da SAE em um serviço de urgência e emergência hospitalar e as dificuldades encontradas para a implantação da SAE foram a complexidade nas suas fases, a falta de interesse da instituição, o despreparo teórico da enfermagem, a sua subestimação por outros profissionais, o dimensionamento inadequado de profissionais e o desajuste da estrutura física. Nesse contexto, notou-se que o enfermeiro perdeu representatividade na equipe de saúde e a aplicação da SAE acabou sendo frequentemente desvalorizada.

Gutiérrez e Morais (2017) relatam que ao se deparar com as dificuldades vivenciadas no ensino e na prática da SAE - que em suas percepções se referem ao PE, pode-se observar que grande parte delas é com relação às características operacionais envolvidas na sua realização, como quantidade de tempo necessária para fazer o PE, falta de tempo, instrumentos extensos, grande parte de tempo despendido para preenchimento de toda a documentação exigida, entre outros.

Alguns também relatam dificuldades concernentes às limitações dos profissionais no que diz respeito ao aprimoramento de competências para a implantação de cada uma das etapas do PE: déficit de conhecimento de semiotécnica/semiologia, para o desenvolvimento de raciocínio clínico e terapêutico precisos, para o emprego da NTICS, entre outros (GUTIÉRREZ e MORAIS, 2017).

Mas, pouco tem se refletido sobre as disseminações para construir o conhecimento próprio de enfermagem e, logo, da identidade profissional da categoria, da escassa busca de teóricos de enfermagem que guiem o uso dessa ferramenta na prestação da assistência, segundo Gutiérrez e Moraes (2017).

As pesquisadoras acima referenciadas dizem que, apenas quando se atribui significado ao que se sabe e faz é que existe a incorporação como algo inerente à identidade profissional. Se o centro da profissão de enfermagem é o cuidado e o PE é a forma de imprimir-lhe cientificidade apto de mostrar a especificidade do saber-fazer, espera-se que todos os componentes da equipe de enfermagem devam ter a bagagem intelectual necessária de todas as etapas que o compõem de maneira a ter participação na consolidação e construção do sentimento de pertença ao grupo profissional (GUTIÉRREZ e MORAIS, 2017).

Percebeu-se nas falas das entrevistadas a dificuldade em conceituar e diferenciar SAE e PE. Em relação a este aspecto, Salvador et al. (2015) levantam uma questão inquietante sobre o PE, quando dizem que, enquanto o conhecimento sobre o PE estiver reduzido à figura do enfermeiro, é pouco capaz que os outros membros que fazem parte da equipe de enfermagem contribuam com seu reconhecimento como algo substancial para qualificar o cuidado.

Essa limitação conceitual é trazida pelo Conselho Federal de Enfermagem, que fala que a SAE *“organiza o trabalho profissional quanto a pessoal, instrumentos e método, tornando possível a operacionalização das fases do PE”* (COFEN, 2009).

Este, por sua vez, abrange o diagnóstico e a prescrição de intervenções de enfermagem, de competências exclusivas do enfermeiro. Determina, ainda, que deve estar baseado num arcabouço teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem. Além de fornecer a sustentação para avaliação dos resultados de enfermagem atingidos (COFEN, 2009).

Nesse ponto de vista, o PE retrata o modo de agir e de pensar do profissional de enfermagem, proporciona a organização das condições fundamentais à realização da assistência e a documentação da prática

profissional, que deve ser executado de maneira sistemática e deliberada (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

Assim sendo, a dimensão conferida ao conceituar SAE, pelo órgão regulador da profissão, é bem mais ampla do que a do PE, sendo este um dos seus componentes (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

Nessa perspectiva, ao analisar a definição de SAE considera-se que ela constitui uma ferramenta para a gerência do cuidado por envolver questões que vão além do cuidado direto, possibilitando a avaliação da eficácia e eficiência das ações executadas e ajudando para a tomada de decisão gerencial e política, pretendendo a excelência da assistência (CHRISTOVAM; PORTO e OLIVEIRA, 2012).

Segundo Gutiérrez e Morais (2017), as expressões SAE e PE têm sido usadas como sinônimos. O termo SAE pode ter sido adotado no Brasil em decorrência do conceito que Horta (1979) atribuiu ao PE, como a dinâmica das atitudes inter-relacionadas e sistematizadas, visando o cuidado ao ser humano. Com isso, entende-se que a paridade atribuída à SAE e ao PE, coopera para a falta de consenso sobre a definição desses dois componentes essenciais para a prática de enfermagem (GUTIÉRREZ e MORAIS, 2017).

Em um outro contexto, Fuly, Leite e Lima (2008) analisaram a literatura sobre a SAE com a intenção de discutir definições associadas à temática. Foram encontradas três correntes de pensamento diferentes para conceituação de termos relacionados à SAE, com obstáculo de ligação, teórico-prática, notada pelos conflitos encontrados na própria produção bibliográfica. As correntes discordam no emprego dessas expressões nas publicações pesquisadas: a primeira trata os termos Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) e Processo de Enfermagem (PE) como termos diferentes. A segunda trata MAE e PE como sendo termos similares. E existe ainda uma terceira corrente declarando que os três termos são sinônimos

Vê-se que, definições como processo de enfermagem, metodologia da assistência e a própria sistematização da assistência podem comportar-se ora como sinônimos ora com diferentes conceituações (FULY; LEITE e LIMA, 2008).

Deduz-se que, independentemente da conceituação que se queira elucidar, é considerável pontuar uma definição de SAE que, substancialmente, comunga com um dos elementos do objeto da presente pesquisa: os registros de enfermagem. Esta definição, embora tenha um referencial bibliográfico antigo, merece lugar de destaque.

SAE é todo o planejamento registrado do cuidado que engloba desde a criação e implantação do manual de rotinas e normas das unidades à descrição padronizada, até a adoção do PE (AQUINO e FILHO, 2004).

A conceituação das autoras traz um conteúdo que tem sido causa de muitas reflexões para os enfermeiros, a do registro de enfermagem. É notório que o registro é essencial para as ações de enfermagem, mas considera-se que o fato do enfermeiro não registrar no prontuário acarreta numa série de demandas deontológicas e éticas, no entanto não significa falar que em seu processo intelectual ele não sistematizou a assistência (FULY; LEITE e LIMA, 2008).

Faz-se importante destacar que o registro é uma atividade fim e não o meio para sistematizar o cuidado. A documentação do PE não é o PE por si só, a documentação é um requisito legal indispensável à prática, todavia o registro no prontuário não é sinônimo de sistematização e sim do cumprimento de uma atividade importante para a SAE (CRUZ, 2008).

A questão da necessidade de treinamento e capacitação para a implantação da SAE/PE foi levantada pelas enfermeiras entrevistadas. Todavia, observou-se que a educação permanente não era uma importante aliada do serviço, que não dava condições às profissionais para gerarem conhecimento sobre a SAE/PE e conseqüente insegurança e resistência à mudanças, além de que o envolvimento do profissional não era levado em conta no processo de implantação da SAE/PE. Destaca-se, assim, a necessidade de uma melhor estruturação e (re) adequação do Núcleo de Educação Permanente (NEP), até então distante, no quesito específico da efetiva implantação da SAE no ambiente investigado. É motivo de estranheza um hospital de ensino ainda encontrar-se incipiente no processo de implantação da SAE/PE.

Com relação a isso, Oliveira et al. (2012) relatam que os obstáculos referentes a SAE e a operacionalização do PE podem gerar a perda de

motivação pelos enfermeiros e, como efeito, ocasionar desânimo e insatisfação da equipe. Logo, a atualização e o estímulo de conhecimentos, por meio de capacitações periódicas, colaboram para aperfeiçoar a performance da equipe e aumentar a confiança da enfermagem junto a equipe multiprofissional.

Outra pesquisa desenvolvida por Rossetti (2015), em sua dissertação, analisou a educação permanente como ferramenta de gestão dos enfermeiros na Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (Minas Gerais) e indicou que os enfermeiros tinham conhecimento sobre a importância da educação permanente, entretanto não possuíam uma visão da amplitude da mesma, embora a considerassem uma ferramenta primordial à gestão dos sistemas de saúde.

Um estudo que seguiu linha semelhante foi o de Oliveira et al. (2017), que identificou as fragilidades e as potencialidades da SAE e do PE em um ambulatório de onco-hematologia, revelando potencialidades, entre as quais se destacou a gestão do serviço de enfermagem integrada e participativa, a integração da academia e o apoio institucional. Como fragilidades, a limitação de impressos, a ausência de referencial teórico, o pouco conhecimento sobre a SAE e a falta de organização na demanda. A reestruturação da SAE e do PE, através da Educação Permanente, mostrou ser um processo complexo, no qual foi necessário apontar não só as potencialidades, mas também fragilidades dos panoramas organizacional, institucional e individual dos enfermeiros.

Por outro lado, algumas enfermeiras demonstraram, por meio de seus discursos, não terem muita clareza sobre a distinção entre educação permanente e educação continuada.

No que se refere a essa questão, Peixoto et al. (2013) buscaram discutir os conceitos entre educação permanente, educação continuada e educação em serviço. Percebeu-se que variados eram os conhecimentos produzidos acerca dos processos dos três conceitos, e que suas definições eram claramente distintas, mas tiveram um caráter complementar e não excludente.

Cardoso e Ferreira (2014) ainda relatam que a expressão educação continuada traz críticas a marcos precedentes e é alvo de indagações em decorrência do surgimento da educação permanente, que considera reflexões próprias ao processo de trabalho. Para estes autores, verifica-se que a distinção de pensamentos não pode conduzir disputas e discussões

conceituais, mas direcionar o processo educativo, sob o ponto de vista da paridade, democracia, qualificação e reflexão das pessoas, do processo de trabalho e das instituições.

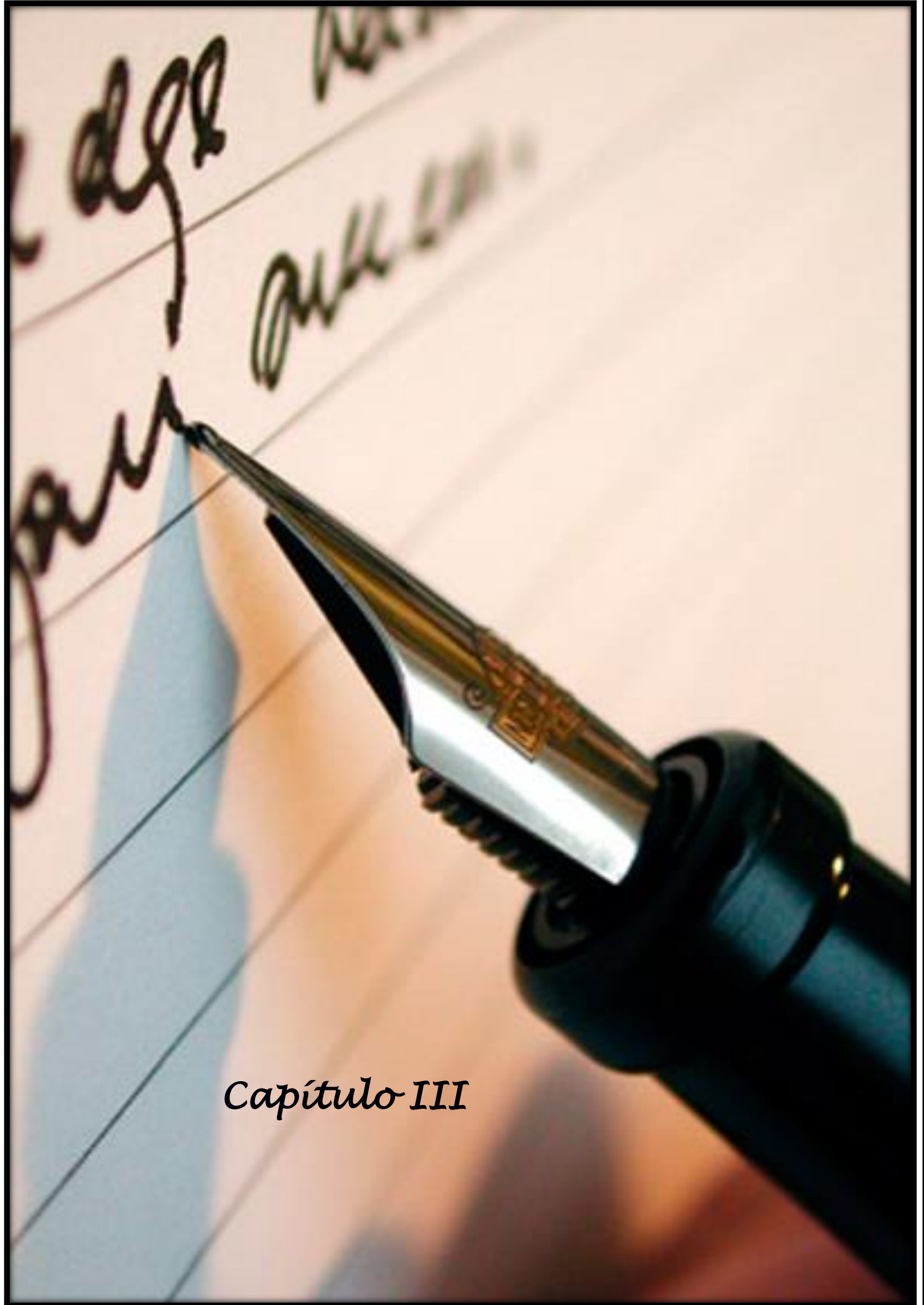
Também notou-se que algumas das profissionais entrevistadas não sabiam a diferença entre os termos “treinamento” e “capacitação”. Foi viável captar a ocorrência quando algumas denominavam o curso de manejo da coinfeção tuberculose/HIV, oferecido pelo Ministério da Saúde - que acontecia conjuntamente à coleta de dados, no cenário que as participantes estavam alocadas - como treinamento e outras, como capacitação.

Observou-se que tanto o termo “treinamento” quanto “capacitação” estavam relacionados e influenciavam na gerência do cuidado pelas enfermeiras, no sentido que estas os compreendiam como meios necessários para executarem suas atividades, por meio da educação em serviço.

O procedimento de treinamento e de capacitação se difere em muitos quesitos, pois no caso do treinamento os conhecimentos são comunicados ou transmitidos sem o retrabalho entre agente e sujeito, seja por quem expressa o conhecimento ou por quem os aprende e os escuta (ROSA, 2010).

Já a expressão capacitação é um processo de aprendizagem no qual são desenvolvidas competências. Abarca a reorganização das práticas e dos serviços, devendo ser crítica, dialógica e reflexiva. Almeja-se o desenvolvimento de capacitações baseadas nos valores pré-existentes como hipótese para possibilitar modificações positivas no crescimento de indivíduos, e envolvem discussões mediante as vivências de cada um, as quais oferecem a possibilidade de criação de ideias novas que tragam crescimento para o trabalho (BATISTA e GONÇALVES, 2011).

É importante ressaltar o destaque que as entrevistadas imprimiram para a Educação Permanente e/ou Continuada, que, segundo elas, otimizaram os registros e, com isso, auxiliaram na implantação da SAE, em um movimento dialógico. Por outro lado, apresentaram a necessidade de fortalecer estratégias para implantarem, na integralidade, a SAE e, a partir dela, tornar os registros mais consistentes.



Capítulo III

Categoria 3: Registros de enfermagem como meio de comunicação

Esta categoria contemplou especificamente os resultados dos dados referentes às classes 6 e 3, e as outras duas técnicas de pesquisa (observação participante e pesquisa documental).

Classe 6: As dificuldades e as facilidades dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado

No primeiro capítulo, na composição da classe 6, verificou-se que o vocábulo “escrever” foi o que mais se destacou, ou seja, foi o mais específico e teve alta significância nessa classe. Este verbo ligou-se diretamente à comunicação, pois foi através da escrita que os registros de enfermagem, de fato, aconteceram e se efetivaram. Os vocábulos seguintes que mais se destacaram foram: fácil, conseguir, dificuldade, profissional. Optou-se por dar maior ênfase às palavras “fácil” e “dificuldade” por aproximarem-se diretamente de um dos objetivos da presente pesquisa.

Elegeram-se, em primeiro momento, apresentar os resultados dos aspectos que dificultaram a utilização dos registros de enfermagem para a comunicação.

Segundo uma participante, um obstáculo para a realização do registro de enfermagem para a gerência do cuidado pôde ser percebido na falta de uma evolução de enfermagem, além da redução do número de funcionários no setor em questão, que pôde impactar em uma evolução menos completa, impedindo uma melhor fluidez da comunicação na equipe:

As dificuldades, no caso de uma boa evolução, a gente tem uma dificuldade de cobrar essa boa evolução por conta do serviço, a dificuldade de dar a continuidade da gerência de cuidado é isso, a gente precisa de uma boa evolução para a gente saber o que vai fazer com o paciente, para a gente ver como vai ser o cuidado direto, e como vai ser, tipo assim, a passagem desse plantão, onde eu tenho uma boa evolução. Mas a nossa dificuldade agora é justamente essa, não tem condições de estar cobrando dos nossos funcionários que façam a evolução completa, por conta disso, da diminuição do número de funcionários (ENF 01)

Outra dificuldade à gerência do cuidado para a realização de um registro de enfermagem foi constatada, de acordo com uma entrevistada, em sub-anotações, ou seja, em registros que estavam aquém do que, de fato, era essencial anotar/escrever:

A maior dificuldade são os sub-registros, porque você não consegue gerenciar um cuidado se você não tiver um registro bem feito. A dificuldade nossa é com o tempo, porque nem sempre você consegue fazer uma boa evolução, a nossa enfermaria aqui, especificamente, ela é grande, são pacientes que requerem muito cuidado, são pacientes que a grande maioria é de banho de leito, banho de cadeira, com muitas feridas, demandam muito tempo. Ou a gente vai e prestar uma assistência boa ou a gente para anotar tudo o que foi feito. Então basicamente a gente coloca o principal no registro e a gente percebe se tivesse um pouco mais de tempo, talvez ficaria melhor, mais bem feito. Às vezes a gente não tem tempo de pegar prontuário para saber o que está acontecendo, e quando você pega um prontuário para olhar não tem nenhuma informação mais consistente. (ENF 02)

A falta de tempo dos profissionais de enfermagem foi outro fator impeditivo para a elaboração dos registros, conforme uma participante:

[...] na verdade sobra muito pouco tempo para a assistência, a gente tenta conciliar tudo, tenta priorizar, né, mas na verdade a gente fica mais apagando incêndio mesmo, e acaba que, para os registros, sobra muito pouco tempo. Eu até gostaria mais de fazer uma evolução mais completa, mas acaba que a gente está lá, duas, três horas da manhã é quando você vai parar, sentar um pouquinho para evoluir, aí, às vezes, você não consegue fazer aquela evolução tão bem completa, acaba dando uma resumida, sintetizando mais as queixas que o paciente apresentou, né. (ENF 08)

Considerou-se, também, no discurso das enfermeiras, a ausência de registros de enfermagem, sendo que as informações necessárias à gerência do cuidado e, conseqüentemente, uma comunicação mais eficiente, estavam soltas, emaranhadas e não sintetizadas em um único local, mas isoladas em diferentes lugares. O prontuário eletrônico e/ou a informatização em saúde foi, segundo o discurso da enfermeira, um importante meio para que os registros de enfermagem não se perdessem:

A maior dificuldade é a falta do que não foi registrado mesmo... quando você inicia seu trabalho, você começa a ver algumas coisas e para você dar continuidade às vezes você perde muito tempo procurando a informação, às vezes tem que perguntar até ao acompanhante se foi feito ou se não foi feito um certo procedimento... às vezes não é registrado pela equipe[...] O desafio é no sentido das

informações se perderem[...] eu já trabalhei com prontuário eletrônico, e acho que fica muito mais compactadas ali as informações, não é um monte de folhas perdidas, cada evolução é em um lugar[...] enfermeiro num lugar, técnico em outro lugar, médico em outro[...] o do médico aqui é informatizado. No prontuário eletrônico é mais fácil você ter acesso às informações, mas isso também não impede que façamos um registro adequado[...] se adaptar ao que tem. Eu sinto aqui que as informações ficam meio soltas, perdidas. (ENF 03)

Além disso, de acordo com uma enfermeira, existiu o contratempo para a realização dos registros de enfermagem, que foi o número excessivo de pacientes:

As dificuldades que eu vejo de se fazer o registro é o número excessivo de pacientes, não se tem um registro tão adequado quanto deveria, a gente trabalha tem dias com muitas intercorrências, e isso vai interferir um pouco na qualidade desse registro. Outra dificuldade é ter esses registros, mas eles estão incompletos, vai se buscar uma informação e não acha [...] nem sempre temos programas bem definidos de monitoramento, com dados, a gente não alimenta um banco de dado [...] quando falo de monitoramento é esse monitoramento da segurança do paciente, a gente tá começando a ter [...] a gente não tem um bom banco de dados para a gente poder trabalhar, para termos boas informações não está tão informatizado. (ENF 04)

Conforme o discurso de uma participante, além dos registros se encontrarem incompletos e obscuros, houve a ausência de clareza nas escritas:

[...] dificuldade eu acho que, para utilizar os registros, seria necessária maior clareza desses registros. Hoje, por exemplo, o médico faz a evolução dele no computador, é digital, impressa, não tem dificuldade nenhuma para ler o que está escrito. Mas já a equipe de enfermagem tanto o enfermeiro quanto os técnicos, fazem esse registro à mão, e acaba tendo essa dificuldade com relação à clareza desses registros, e muitas das vezes, pelo fato deles estarem incompletos, a gente pega, por exemplo, uma planilha de controle de diurese de um paciente, e aí às vezes você vê que um plantão anotou, mas o outro não anotou, então isso também é outra dificuldade para você utilizá-lo de forma correta. (ENF 09)

Como relataram algumas participantes, registros não informatizados impactaram, negativamente, na segurança do paciente e em uma melhor comunicação:

A grande dificuldade são registros incompletos... não interessa como, a enfermagem ainda consegue deixar o X sem marcar (risos). É só um X, mas não tem o X marcado. É só um tracejadinho, mas não tinha nada escrito. Quando não tem nada escrito o que eu penso? Que não viu? Que não tinha? O que que é? E como eu utilizo desse traço em branco para gerenciar meu cuidado? Aí o que eu fico fazendo? Uma recoleta de dados sem fim. E nesse sem fim perdem-se muitas questões importantes, e muitas vezes priorizam questões que não são prioridades [...]. (ENF 11)

Sinto uma dificuldade na falta de um bom registro, que não surja dúvida para toda a equipe de enfermagem. Um bom registro é ele estar claro, bem conciso, bem detalhado, usar palavras e termos que todos conseguem compreender, de preferência utilizar termos técnicos. (ENF 12)

A ausência de uma comunicação mais assertiva entre os profissionais de enfermagem foi uma outra barreira que impediu a fluidez dos registros de enfermagem, em conformidade com o discurso de uma participante:

Então, assim, pela manhã, falta mesmo é comunicação, acontece isso muito aqui também, acontece algo com o paciente e não te repassam, e isso deixa muito a desejar. (ENF 05)

Uma objeção para a efetivação dos registros, de acordo com uma profissional, foi a própria automatização dos mesmos, com o cuidado para não anotar informações sem fundamento científico, de modo particular e que não correspondesse à realidade do quadro de saúde do paciente. A ansiedade, por parte da enfermeira, foi um outro fator impeditivo ao bom cumprimento dos registros de enfermagem, além de ter sido uma barreira na comunicação em saúde:

A dificuldade que eu posso falar é a automatização dos registros, que às vezes paciente está aqui internado longa data, e talvez você não tira essa automatização, porque todo dia você tem que passar, tem que fazer o exame físico, a partir disso você tem que registrar. E esse é um grande desafio, porque quando você tem um paciente de longa data internado com a gente, corremos o risco de automatizar o que registramos. Será que estamos registrando realmente o que se passa com ele, com evidências científicas sobre o que está acontecendo e modificando com esse paciente? Então a gente tem que ter cuidado com o nosso olhar, para ele não se tornar subjetivo, mas científico. No meu, quando tenho 26 pacientes e estou sozinha, eu tenho que dividir, entre registrar, entre gerenciar, e entre prestar um cuidado intensivista com o paciente mais grave. Então isso me dá uma ansiedade, é uma dificuldade, que às vezes a gente passa a manhã só fazendo curativos complexos, avaliando, acompanhando o banho do paciente que está grave, assistindo supervisionando, às vezes, os

técnicos, e então quando tenho que agir diretamente no cuidado, aí se torna mais importante ainda eu registrar o que estou fazendo. (ENF 06)

As iatrogenias foram relatadas como um outro elemento dificultador à prática dos registros de enfermagem. Procedimentos que não foram realizados nos pacientes, mas eram registrados, também deram lugar no discurso da enfermeira:

[...] a gente pega muito erro, tipo soro para lavar dieta que já venceu, não foi trocado, mas está lá checado. Como está lá checado se você não fez? E a prescrição, também, chega a ser um registro, pois ela se você checa é um registro que você fez determinado medicamento, só que às vezes ele não é feito. E isso é um problema e é grave, que você checa lá que fez e não fez. Como assim? E isso chega a ser um obstáculo: como você registra determinada coisa que não foi realizada? E já aconteceram situações assim, tipo, por exemplo, a colega colocou lá prescrições de enfermagem e não aconteceram, sabe, essas prescrições não foram realizadas, mas está lá registrado que foram feitas. É difícil, e isso acontece muito, viu, principalmente em serviço público. Então um dos problemas é esse, a falta de registro. (ENF 07)

A falta da SAE de forma completa em suas fases operacionais, conforme duas participantes, foi outro elemento que limitou a ocorrência dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado, dificultando a comunicação dos profissionais:

A gente vê aqui no serviço que não estamos utilizando, ainda, a sistematização da assistência completa, a gente faz uma admissão, a gente tem formulário de admissão do paciente, de evolução, e eu não tenho diagnósticos e prescrições de enfermagem, os planos de cuidados, né. Então, às vezes, fica tudo muito solto, daí um formulário você preenche e um outro não preenche, e tem plantão que você consegue evoluir todos os pacientes, mas tem plantão que você não consegue evoluir todos os pacientes. (ENF 08)

Eu acho que aqui o grande desafio seria a adoção da sistematização da assistência de enfermagem. Porque a gente tem registros de enfermagem, mas a gente não tem uma SAE. Então, isso já é um problema. Porque quando eu começo a fazer uma sistematização, pelo princípio científico de se fazê-la, me leva a levantar as prioridades. Enquanto que um registro solto vai depender da habilidade de cada enfermeiro[...]. Eu fico admirada e m um hospital de ensino ter tamanha dificuldade[...]. (ENF 11)

A ausência de recursos materiais suficientes foi outro ponto que atingiu diretamente à realização dos registros de enfermagem, segundo uma enfermeira:

Tem, também, uma outra questão, que é uma outra dificuldade: às vezes eu tenho todas as informações registradas, mas eu não vou ter recursos materiais suficientes para atender as demandas de algum paciente. (ENF 11)

Registros de medicações em geral não eram realizados de modo seguro e eficiente para o paciente, em conformidade com uma participante:

Então, esses registros, principalmente o que eu enfrento aqui, são basicamente registros de prescrição, de aprazamento, de checagem de medicação que, às vezes, elas ocorrem de forma incorreta. Outras questões que eu encontro aqui e considero como registros, são os rótulos de medicação. Às vezes eu pego uma medicação e está sem rótulo, então não sei que horas que aquela medicação entrou, qual solução está sendo administrada, enfim. Mas, para a gerência, esses registros de checagem, principalmente de medicações e de concentrado de hemácias, eles são falhos, e precisariam ser melhor elaborados, até mesmo para não se correr o risco de se fazer uma medicação duplamente no paciente, entra a questão da segurança do paciente aí, né. (ENF 13)

Em segundo momento foram apresentados os resultados dos aspectos que facilitaram a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado no hospital de ensino em questão.

A importância dos impressos e formulários de enfermagem para uma assistência de qualidade, com o intuito de facilitar a dinâmica do serviço e uma melhor comunicação, foram questões levantadas por uma entrevistada:

Então, para mim, a maior facilidade da gerência, do cuidado aqui, são esses formulários, que facilitam muito o serviço e o deixam mais flexível e mais prático. (ENF 01)

Os registros de enfermagem foram citados como mecanismos úteis e facilitadores para uma melhor organização e comunicação das atividades diárias da equipe, segundo uma enfermeira:

Se você tem tudo perfeitamente registrado consegue organizar melhor as ações. Uma coisa boba que a gente tem muita dificuldade aqui é com o controle da diurese, é inacreditável às vezes, né. Pede

controle de diurese e a gente não consegue, apesar de ter horário estabelecido nem sempre a gente consegue que isso seja registrado pelos técnicos, ou a gente mesmo olhar, cobrar [...] às vezes precisa do médico vir e falar que o paciente não está urinando, e a gente atentar para aquilo, até mesmo por falta de tempo, ou de mal planejamento de nossas próprias ações. Porque isso, realmente, deveria ser uma rotina para todo mundo, mas a gente não consegue, não dá tempo mesmo. Nem tempo, a gente mesmo deveria organizar qual seria a função de cada um. Quantas vezes o paciente deixa de ter alta porque não tem sequer um registro de controle de diurese, e a gente tem que ficar em cima e falar: aqui faz, porque a gente precisa só saber se ela está urinando ou não, beira o absurdo, né, a falta de registro interferir diretamente na alta do paciente, e na gerência de um hospital inteiro, porque a gente pensa que isso é uma bobagem, mas essa bobagem implica em ocupar vaga de uma pessoa que necessitaria já estar ocupando aquele leito, uma vez que o paciente já se encontrava de alta, a comida que poderia estar economizando, dela e do acompanhante, fora as outras coisas... a medicação que gasta sem necessidade, porque se vai ter alta é porque está bem, e pela falta de um registro básico gera isso tudo. (ENF 02)

Uma participante destacou que, um registro bem feito de uma evolução de enfermagem permite a segurança das ações dos profissionais, bem como uma melhor potencialização do tempo, uma assistência de enfermagem mais consistente e efetiva, além de uma melhor comunicabilidade:

Eu como profissional me sentiria mais segura em pegar uma evolução bem feita, um registro bem feito, para dar continuidade à assistência[...] eu acho que não ficaria tão perdida às vezes em algumas situações[...] otimizando o tempo, e garante uma melhor assistência ao paciente. (ENF 03)

A contribuição dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado otimiza o planejamento das ações, como descreveu uma participante:

Um bom registro ele sempre vai te auxiliar muito no gerenciamento, né[...] realizar um bom registro seria uma evolução diária do paciente, completa, inclusive com a sistematização da assistência, todas as intercorrências, ter essa visão ampla e não só da doença ali, né, tudo que cerca o paciente, o ambiente, as necessidades que vão além das necessidades biológicas. Os registros vão auxiliar eu fazer as coisas em um tempo mais certo, reduzir atrasos em alguns procedimentos, ou em alguma outra atividade que eu tenha que realizar, ou um encaminhamento[...]. (ENF 04)

O registro, nos discursos das enfermeiras, permite o ordenamento dos trabalhos diários da enfermagem, assim como uma comunicação eficiente entre os profissionais de saúde está diretamente ligada aos dados e às anotações:

É através de um registro que você faz uma organização do setor, por exemplo, se eu chego e pego meu plantão e entro no aplicativo de gestão aqui do hospital, ou a enfermeira me repassa a relação de todos os pacientes que têm para fazer exames externos, internos, aquilo ali já faz com que você se organize melhor[...]. Anotar para se comunicar é essencial, né, porque se não têm esses dois o serviço não anda. (ENF 05)

Eu acho que a facilidade está na questão da sistematização, é a palavra que poderia fazer essa facilidade, porque ela organiza o que tem que ser feito, enfermeiro não tem que ficar de apaga fogo, ele tem que saber qual é a prioridade de sua ação, qual é o seu papel ali naquele plantão, naquela ação do cuidado com o paciente, né. Então a questão da sistematização da enfermagem, dos processos de cuidar, é um facilitador[...]. Igual eu chamo atenção que atualmente a gente não está realizando a sistematização, mas grandes avanços estão sendo feitos, está para acontecer, através do programa de gestão hospitalar já está tudo muito bem encaminhado, através do aplicativo de gestão hospitalar, onde todo o enfermeiro vai começar a fazer a sistematização, e isso será uma facilidade[...]. É a sistematização que me norteia, e o registro sistematizado é uma facilidade e é importante e é o que eu procuro fazer. (ENF 06)

Na fala de uma participante, os registros de enfermagem dão suporte, apoio e orientação à gerência de enfermagem:

A facilidade é a forma, é eu registrar o que foi feito, o que se passou com o paciente no período do meu plantão, né[...]. O registro é importante por conta disso. Para você anotar e dar uma satisfação, entre aspas, para o colega, de o porquê o paciente está daquela forma, para você passar o quadro do paciente melhor, você acompanha melhor o paciente. Essa é a facilidade, é ter um acompanhamento mais detalhado, com mais qualidade, de um paciente que está internado. (ENF 07)

A idealização do que viria a ser um “bom registro de enfermagem” para a gerência do cuidado foi pronunciada no discurso de uma participante:

Eu acho que se os registros fossem realizados de forma efetiva mesmo, se a gente pudesse, efetivamente, lançar mão deles também, trariam informações mais valiosas, tanto do paciente quanto do serviço em si, você poderia sentar e analisar aquilo tudo para poder direcionar o cuidado de determinado paciente, enfim, ver as necessidades que o setor apresenta e trabalhar em cima delas. (ENF 09)

A continuidade dos registros de enfermagem feitos a cada turno de trabalho facilitaria o desenvolvimento das atividades diárias da equipe:

Os registros oferecem a facilidade de que eu já tenho previamente um olhar de um outro profissional da equipe de enfermagem. Então,

a partir do momento, por exemplo, teve uma intercorrência com um paciente, e já tenho anotações prévias de cuidado, de como o cuidado estava sendo prestado, de como o paciente estava reagindo, nos momentos antes, como estava a evolução do paciente antes de ter essa intercorrência, e esses registros facilitam nesse sentido. Porque eu já tenho ali, à mão, anotado, a evolução do paciente, como o paciente estava ou está para a partir daí o meu cuidado ele ser direcionado, a partir de uma necessidade, de uma intercorrência. (ENF 10)

O planejamento das ações de enfermagem por meio de registros coesos e claros pôde auxiliar no bom êxito e/ou recuperação do quadro de saúde dos pacientes, segundo uma entrevistada:

A facilidade é encontrar um registro objetivo, encontrar já ali as prioridades, poder programar uma assistência, programar um olhar individualizado para cada paciente, aí você pensa em todos os registros, a folha de sinais vitais, o prontuário do paciente, e você vai juntando todas essas informações e consegue ter um script, quem era esse paciente e como está hoje esse paciente, e o que eu consigo cuidar desse paciente nessa noite para que amanhã ele tenha um dia de vitórias, vamos dizer assim, que às vezes não é (risos). (ENF 11)

Os diferentes tipos de registros de enfermagem, no pensamento de duas participantes, serviram como instrumentos facilitadores para o direcionamento das condutas dos profissionais, de modo que foram roteiros importantes para que as atividades cotidianas da enfermagem não se perdessem e ficassem isoladas e soltas, mas que estivessem dispostas de maneira padronizada:

A facilidade, muitas vezes, depende do instrumento que você tem. Vamos supor, aqui no setor a gente tem um papel padronizado para fazermos a evolução de enfermagem. Então, com esse formulário, fica mais fácil dá gente estar anotando, porque ele nos direciona o que a gente deve perceber e anotar, é um roteiro útil que nos facilita para a gente estar anotando as coisas e não esquecer alguma coisa que é importante de ser escrita. Não só esse formulário, mas tantos outros que a gente utiliza aqui, só falei esse à título de exemplo mesmo. Eles nos ajudam a não passar nada despercebido. (ENF 12)

A implantação desse impresso de evolução do paciente e de histórico de enfermagem, eu achei que foi interessante porque foi algo que já tinha sido tentado, elaborado, foi feito uma nova adaptação nele agora. Então, assim, a gente tá em um processo de melhoria[...]. Quando você pega uma prescrição de cuidados que ela está lá simplesmente checada, e você vê que aquilo lá nem tudo foi feito, ou que aquela prescrição não é a específica para aquele paciente, realmente isso eu acho que não é válido, tem que ser uma coisa verdadeira. É melhor fazer uma coisa mais enxuta, na realidade do

hospital, do que fazer algo amplo, que vai ser falso. Então, esse impresso eu achei que foi bem interessante e tem sido útil, e espero que ele vá se adaptando cada vez mais, e melhorando, que aí ajuda a nos dar mais dados do paciente, e isso é bom. (ENF 13)

Na observação participante percebeu-se diferentes situações que foram requeridos os registros de enfermagem, como por exemplo: intercorrências clínicas de alguns pacientes, pedido/solicitação de abertura de chamado para os setores de Manutenção e Engenharia Clínica do hospital, para reparar/consertar equipamentos e/ou instalações elétricas, hidráulicas, de infraestrutura física/patrimonial etc. Alguns desses registros eram anotados, outros, porém, não tiveram o devido apontamento e escrita do que realmente aconteceu ou foi solicitado. Além disso, tinha com regularidade e rotina, a ocorrência de um fato: os médicos em suas prescrições faziam escritas de cuidados de enfermagem, a saber – “elevar cabeceira do leito”, “verificar sinais vitais conforme protocolo e comunicar alterações imediatamente”, “manter grades do leito elevadas”, “realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas”, dentre outras.

Infere-se que a gerência do cuidado e todo o processo de trabalho da enfermagem estavam revestidos de complexidade pelos multifatores envolvidos.

O contexto da complexidade está influenciando e sendo influenciado pela gerência do cuidado e, sobre isso, o estudo publicado por Silva e Moreira (2015a) descreveu as nuances da gerência do cuidado em onco-hematologia que atuavam num ambiente complexo e discutiu a gerência do cuidado nessa especialidade, baseada no Pensamento Complexo. Os enfermeiros, através de grupos de discussão, expuseram que o trabalho da enfermagem era produto da influência dos modelos administrativos e gerenciais dominantes na sociedade, os quais influenciavam na organização das ações nas instituições de saúde, assim como na organização do trabalho interna à profissão.

Partindo do contexto pelo qual o modo como o processo de trabalho era produzido, a visão das participantes desse estudo apontou para um obstáculo que impediu à realização dos registros no cenário investigado: a falta de uma evolução de enfermagem e/ou feita de maneira mais completa, que permitiria mais segurança das condutas dessas profissionais e uma assistência

de enfermagem de maior qualidade. Conforme as entrevistadas, um dos fatos que justificou tal assertiva foi a redução do número de funcionários no setor e a falta de tempo dos mesmos, sendo fatores impeditivos à não elaboração dos registros ou estes feitos de modo incompleto.

Para aproximação com esta classe e obtenção de um entendimento inicial, à título comparativo, o estudo de Aguiar et al. (2010) discutiu os aspectos que facilitavam ou dificultavam o gerenciamento de enfermagem em uma unidade coronariana. Quanto aos aspectos facilitadores do gerenciamento de enfermagem, as enfermeiras apontaram fatores objetivos e subjetivos, respectivamente, como a utilização de instrumentos de distribuição da equipe e boa comunicação, e relacionamento interpessoal. Sobre às questões dificultadoras, concordaram quanto à mecanização da enfermeira e à escassez de recursos materiais (AGUIAR et al., 2010). Observa-se, com isso, que muitos desses achados foram ao encontro de alguns dos resultados da presente pesquisa, que oportunamente se discutem.

Um ponto convergente com os resultados em tela foi o relatado por Silveira et al. (2015), que procuraram conhecer os fatores que facilitavam e dificultavam a elaboração da evolução de enfermagem por graduandos de uma universidade pública. Concluiu-se que houve discordâncias no ensino em relação aos registros, sendo que a ausência dos mesmos e a falta de tempo dos campos de prática, representavam obstáculos na concretização da evolução de enfermagem.

Como a evolução de enfermagem é parte constituinte do PE vale ressaltar que este se configura como uma tecnologia do cuidado que norteia o raciocínio lógico, melhorando a qualidade da assistência através da sistematização da avaliação clínica, servindo, também, de fundamentação para a pesquisa, a educação e para o gerenciamento (SILVEIRA et al., 2015).

A pesquisa conduzida por Souza, Vasconcellos e Parra (2015) expõe que os enfermeiros estão sobrecarregados de afazeres e tarefas diárias não atribuídos à profissão, deixando para depois o planejamento das atividades relacionadas ao PE. No estudo citado os próprios enfermeiros, mesmo evidenciando dificuldades e falhas na realização procuravam estratégias que poderiam melhorar essa prática cotidiana, como oferecer treinamento e

capacitação, informatizar o PE através de *software* e adequar o quadro de pessoal da enfermagem.

Nos depoimentos notou-se que a SAE e o PE não estavam implantados de forma completa em todas as suas etapas operacionais. Assim sendo, este foi um outro elemento que limitou a ocorrência dos registros no cenário investigado. Dessa maneira, faz-se fundamental pontuar o objetivo dos registros de enfermagem, uma vez que estes foram postos como restritivos à realização da SAE e do PE, além dos registros terem sido a referência do processo de trabalho da enfermagem.

Vê-se que, através dos registros de enfermagem, é possível garantir a comunicação entre os integrantes da equipe de saúde e, com isso, assegurar a ininterruptão e a atualização das informações para as diferentes áreas do conhecimento, beneficiando a pesquisa, o ensino, a apuração de aspectos legais e a proteção da assistência ao paciente (CORDEIRO, DYNIEWICZ e KALINOWSKI, 2011).

Além disso, sabe-se da importância de todas as fases do PE, principalmente da evolução de enfermagem, que é a descrição periódica ou diária das mudanças contínuas que ocorrem no indivíduo durante a assistência profissional. Trata-se de um processo que representa progressão de um estado a outro. Para produzir a evolução, o profissional enfermeiro deve reunir informações sobre os estados anterior e atual do paciente e família para, por análise, concluir um julgamento; alterações para piora ou melhora do quadro, conservação das situações ou advento de novos problemas (COFEN, 2016b).

Estudo desenvolvido na Grã-Bretanha com 19 docentes de uma escola de enfermagem salientou o valor da pesquisa com alunos e professores acerca do PE e da realização adequada das anotações de enfermagem, já que, através dos registros, era possível o aprimoramento da SAE (TORRANCE, MANSELL e WILSON, 2012).

As participantes dessa pesquisa relataram limitações para realizar o PE em virtude da falta de tempo ou de demandar muito tempo para fazê-lo, não permitindo a execução de outras incumbências, além da restrição do número de recursos humanos para sua concretização.

Os pesquisadores Torrance, Mansell e Wilson (2012) mostraram que, na prática, embora os professores tenham traçado métodos durante a formação

acadêmica para o ensino do PE, a maior parte dos enfermeiros não o empregava em sua atividade profissional, corroborando com os resultados do estudo atual.

Um outro estudo feito na Bolívia mostrou que o PE estava relacionado à motivação dos profissionais e da chefia da instituição, mais o apoio da universidade local, de modo que os métodos sugeridos contemplassem ações direcionadas para a operacionalização do PE, com a criação de instrumentos de trabalho, formulários de preenchimento para a avaliação inicial de enfermagem e a alteração dos planos pedagógicos do curso de graduação em enfermagem (FERNÁNDEZ-SOLA et al., 2011).

A pesquisa acima, de certa maneira, é similar ao que foi observado no presente estudo, pois neste não foram visualizadas estratégias sistematizadas para a efetiva instrumentalização do PE por parte das profissionais e da chefia de enfermagem.

Essas dificuldades podem ser conferidas, entre outras causas, à demasiada carga de trabalho do enfermeiro, revelando a importância da ponderação sobre essa situação. O enfermeiro, pela rotineira carga de tarefas, frequentemente, acaba não oferecendo a atenção necessária ao paciente no que se refere aos registros de enfermagem. Caso este que não se justifica, porque os registros existem para comprovar que o cuidado foi executado e, além disso, como documento legal para o próprio profissional e para a segurança do paciente (CORDEIRO, DYNIEWICZ e KALINOWSKI, 2011).

Aliás, consegue-se associar a falta de tempo dos enfermeiros para realizar os registros de enfermagem como efeito da ausência de prioridade dessa atividade no seu agir. Com isso, eles precisam buscar meios que possibilitem uma prática que também deva estar alicerçada na qualidade dos registros executados (PIMPÃO et al., 2010).

Sobre a questão da qualidade dos registros, diversas são as pesquisas que buscam atingir esse objetivo, dentre elas o estudo de Barbosa e Tronchin (2015), que procurou validar e construir um manual de monitorização da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar, sendo que o instrumento, conforme às pesquisadoras, pode contribuir com a melhoria dos processos de trabalho em enfermagem.

Algumas participantes do presente estudo referiram que existia redução do número de funcionários no setor, além do número excessivo de pacientes, situações essas impeditivas à realização de uma evolução mais completa. Estas questões, conforme relataram as entrevistadas, geravam um quadro de ansiedade, estresse e desgaste físico e/ou emocional.

Com relação ao número excessivo de pacientes, a pesquisa realizada por Santos et al. (2013) analisou os desafios para a gerência do cuidado em um serviço hospitalar de emergência, com base na perspectiva de enfermeiros e constatou que um dos desafios foi o gerenciamento da superlotação. As sugestões citadas para superá-lo foram a reorganização do sistema de saúde para atenção às urgências, a realização de capacitação sobre o gerenciamento de enfermagem e a alteração no fluxo de atendimento dos pacientes (SANTOS et al., 2013).

A pesquisa realizada com uma equipe de enfermagem em UTI investigou os fatores que geravam estresse a esses profissionais. Os principais achados foram: sofrimento e morte de pacientes; sobrecarga de trabalho; falta de recursos humanos e materiais; procedimentos de alto risco; falta de assiduidade e pontualidade dos funcionários; acúmulo de empregos; relacionamento interpessoal; ruído excessivo; complexidade das ações; insatisfação com o trabalho e remuneração inadequada (RODRIGUES, 2012).

Como se pode perceber, embora a pesquisa acima tenha como cenário um setor crítico, os fatores elencados não diferem da realidade apresentada no ambiente da pesquisa em questão.

Vale esclarecer que o cenário da pesquisa atual recebia, muitas vezes, pacientes graves e, cotidianamente, a unidade era readaptada à realidade de uma UTI. Portanto, o estresse estava presente na rotina das trabalhadoras de enfermagem, afetando consideravelmente à realização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado.

Nesse estudo, algumas participantes relataram outras dificuldades à realização dos registros de enfermagem: a sub-anotação ou sub-registro, registros incompletos e obscuros e procedimentos que não eram realizados no paciente, mas que estavam registrados.

À vista disso, um estudo publicado por Borges et al. (2017) procurou descrever o valor das anotações de enfermagem no prontuário do paciente

para a equipe de enfermagem e discutir as implicações institucionais e profissionais dos registros de enfermagem, finalizando que, mesmo com grande parte da equipe identificando o mérito dessas anotações, a maioria não conhecia a legislação e as penalidades ético-legais decorrentes das não conformidades.

Um trabalho na mesma linha foi desenvolvido por Caveião et al. (2014) para conhecer a percepção de auxiliares de enfermagem sobre as suas anotações. Evidenciou-se que existia a compreensão da importância na execução de tais anotações, mas essa prática enfrentava obstáculos que dificultavam a realização concreta dos registros, em especial o esquecimento da formalização escrita do trabalho.

Uma pesquisa que dialoga com os resultados postos é a de Barroso (2016), que teve por objetivo verificar, junto aos profissionais, a importância de registros, com bom nível de detalhamento, realizados pela equipe de enfermagem acerca da evolução de pacientes. Apreendeu-se que o grau de detalhamento das informações teve influência sobre o trabalho dos profissionais envolvidos, de forma que as informações deveriam ter sido elaboradas com clareza, sem uso de abreviações, sem rasuras e com maior nível de descrição possível.

Um estudo que converge com os achados acima procurou analisar o conteúdo dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes internados em dois hospitais do nordeste brasileiro e investigar quais as contribuições do conteúdo dos registros para a prática assistencial baseada no PE. Os dados evidenciaram que o conteúdo dos registros era deficiente, não retratando a realidade do paciente nem tampouco a assistência de enfermagem prestada, logo, não contribuindo para o desenvolvimento do PE (SILVA et al., 2016c).

É essencial esclarecer que, do ponto de vista legal e ético, apenas o registro de execução de uma atividade pode, realmente, confirmar que esta foi realizada pelo profissional de enfermagem (COREN/SP, 2008).

É indispensável que as ações de enfermagem sejam padronizadas e documentadas, para que possam otimizar e autenticar o processo de trabalho (OTONI et al., 2015). Quando o enfermeiro não registra uma ação ou uma orientação realizada, o cuidado prestado torna-se inexistente e a assistência

não pode ser validada, o que poderá implicar em questões ético-legais (SEIGNEMARTIN et al., 2013).

Vale ressaltar que sistemas de linguagens padronizadas são instrumentos importantes para lidar com a crescente complexidade do cuidado de enfermagem, trazendo benefícios para o raciocínio clínico requerido, para a organização e a construção do conhecimento e para a prática clínica de enfermagem (CARVALHO, CRUZ e HERDMAN, 2013).

Porém, na prática das enfermeiras entrevistadas foi observado que nem sempre o cuidado de enfermagem era devidamente documentado e os registros mostravam-se incompletos e superficiais, chegando a ser inexistentes em alguns casos.

Isso ratifica o que sinalizou Pedrosa, Souza e Monteiro (2011), relatando que os enfermeiros estão realizando poucos registros de enfermagem, colaborando, assim, com a sua própria invisibilidade, na medida em que empobrecem as informações dos cuidados prestados ao paciente em seu prontuário.

A literatura orienta que os registros devem ser objetivos, claros, legíveis e completos, salientando que um registro ilegível pode trazer prejuízos para o cuidado e colaborar para o progresso de eventos adversos pela falha na comunicação escrita (VIEIRA et al., 2014).

Os registros devem ainda ser precedidos de hora/data, e ter identificação e assinatura do profissional ao seu final. Não devem conter entrelinhas, rasuras, espaços em branco ou borrões, além de constarem em impresso identificado devidamente com os dados do paciente (VIEIRA et al., 2014; SEIGNEMARTIN et al., 2013).

Tomando por base o código de ética dos profissionais de enfermagem, é dever da equipe de enfermagem prestar informações, escritas e verbais, completas e necessárias para assegurar a continuidade da assistência. E também deve assinar os registros elaborados, não assinando os registros produzidos por outras pessoas, e indicar seu número de inscrição em órgão fiscalizador da profissão (COFEN, 2017).

Assim, o código orienta que deve constar apenas informações fidedignas sobre o paciente. Logo, depreende-se que procedimentos não realizados, mas que foram registrados configuram-se como violação ética à

profissão, além de fragilizar e agravar ainda mais o estado de saúde do indivíduo, dentre outros.

Nos discursos das enfermeiras notou-se, também, a automatização dos registros de enfermagem. Esse resultado concorre com a pesquisa de Silva et al., (2016c), quando diz que parece haver um retrocesso na ciência da enfermagem. Segundo os autores, o raciocínio clínico não faz parte do dia-a-dia do profissional de enfermagem e as ações por vezes se tornam mecânicas e repetitivas.

São as definições e conceitos das teorias de enfermagem que norteiam o agir do enfermeiro, tornando o cuidado dinâmico, investigativo e ordenado (DOURADO, BEZERRA e ANJOS, 2014).

O que se observou na presente pesquisa, na maioria das vezes, foram registros incompletos, carentes de dados assistenciais e gerenciais, cifrados, com erros de grafia, dúvida interpretação, siglas e abreviaturas não convencionais/padronizadas, uso de termos e expressões não técnicas, mas coloquiais. As ações executadas foram mecanicistas e as necessidades do paciente não foram respondidas, tendo a impressão que a profissional se tornou refém do cotidiano hospitalar e que o conteúdo dos registros representou uma prática carente de fidedignidade e embasamento científico.

Todos esses achados corroboram com a pesquisa de Araújo, Diniz e Silva (2017), que procurou refletir sobre as considerações conceituais dos registros de enfermagem em sua dimensão assistencial. O estudo apontou para registros de enfermagem ilegíveis, cifrados, presença de rasuras, erros ortográficos, espaço em branco entre as anotações, conteúdos que privilegiam o saber biomédico e uso indiscriminado de abreviaturas e siglas (ARAÚJO, DINIZ e SILVA, 2017).

Uma pesquisa realizada na Suécia listou 266 abreviaturas de nutricionistas em registros de pacientes. As mesmas abreviaturas de registros de pacientes também foram escritas por outras profissões, como enfermeiros e médicos. Uma análise do contexto de 40 das abreviaturas mostrou que significados ambíguos eram comuns. Abreviaturas utilizadas por nutricionistas foram encontradas para serem usadas por outras profissões, mas nem sempre com o mesmo significado. Ficou evidenciado que essa ambiguidade de

abreviações pode causar mal-entendidos e colocar a segurança do paciente em risco (LÖVESTAM, VELUPILLAI e KVIST, 2014).

Outro estudo realizado em um hospital em Hong Kong (China) analisou o uso de abreviaturas em prescrições médicas e foram encontradas abreviações propensas a erros e outras abreviaturas não institucionalizadas entre as prescrições revisadas (SAMARANAYAKE et al., 2014).

Gomes et al. (2016) descreveram os termos da linguagem escrita utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. Verificaram-se problemas com relação à identificação do registro, utilização de nomes comerciais para conceituar artefatos usados na prática de enfermagem, abreviaturas e siglas não padronizadas e termos coloquiais, mostrando que a linguagem utilizada pelos enfermeiros era heterogênea.

Por outro lado, conforme os relatos das depoentes, o prontuário eletrônico era um importante instrumento para que os registros não ficassem soltos e isolados, mas agregados em um único espaço, o virtual.

Vale pontuar que no cenário de pesquisa, a implantação do prontuário eletrônico do paciente estava acontecendo de maneira incipiente, com a utilização de um aplicativo de gestão hospitalar, porém, ainda, com a disponibilização de poucos recursos do *software*. O prontuário do paciente era feito quase que, integralmente, em meio físico, bem como todos os registros de enfermagem.

Importante esclarecer que, no prontuário, é que estão registradas as intervenções realizadas, os resultados obtidos e a situação clínica do paciente (VIEIRA et al., 2014; SEIGNEMARTIN et al., 2013).

Em outro estudo, Lima, Ivo e Braga (2013) procuraram identificar produções científicas sobre sistema de informação, preferencialmente o prontuário eletrônico e sua relação com a enfermagem e os resultados mostraram que a informática facilitava as tomadas de decisão e favoreciam um maior aproveitamento da assistência, embora havia maior necessidade de tecnologias voltadas para a SAE.

Uma pesquisa desenvolvida por Tannure et al., (2015) buscou comparar a funcionalidade, confiabilidade, usabilidade e eficiência dos registros manuais e de um *software* especialmente desenvolvido para auxiliar na implantação do PE. Seus resultados mostraram que o *software* se apresentou

mais vantajoso por ser preciso na execução e favorecer a compreensão sobre a interrelação das etapas do PE; dispor de avisos e lembretes que minimizaram o registro de dados inválidos; ser mais fácil aprender os conceitos, executar as ações e controlar o preenchimento dos instrumentos de documentação; favorecer a avaliação do serviço; possuir subsídios de ajuda e recursos mais adequados à aplicação do processo na prática. Outro resultado foi que o registro eletrônico das etapas do PE foi melhor avaliado que a forma manual.

Todavia, há um estudo que vai na contramão das evidências atuais, que descreveu a prática da documentação em meio físico para o plano de cuidados de enfermagem em lares de idosos australianos e comparou a quantidade e a qualidade da documentação em planos de cuidados de enfermagem em registros eletrônicos e concluiu que a qualidade geral do conteúdo da documentação para o PE não foi melhor no sistema eletrônico do que no sistema baseado em papel (WANG, YU e HAILEY, 2015).

Ainda, segundo as enfermeiras, registros não informatizados impactavam negativamente na segurança do paciente e em uma melhor comunicação entre os membros da equipe de saúde. Entretanto, a maioria delas mostrou pouco ou nenhum domínio e conhecimento do aplicativo que o hospital utilizava, além delas mostrarem-se, de certo modo, insatisfeitas com muitos registros de enfermagem manuais.

Essas questões dialogam com a pesquisa de Santos, Paula e Lima (2003), que identificou os fatores relacionados à compreensão que os enfermeiros têm frente ao sistema manual de registro de informações em enfermagem: pouco conhecimento sobre sistemas de informação; insatisfação com o sistema manual de registro; necessidade de um sistema informatizado de registro do cuidado de enfermagem; desejo de utilizar um sistema de classificação em todas as fases do PE; dificuldades com os diagnósticos de enfermagem e o registro manual.

Embora a pesquisa acima tenha sido publicada há mais de quinze anos, sua conclusão mostra-se contemporânea, pois desde aquela época as enfermeiras têm-se mostrado insatisfeitas com o sistema de registro manual e apontam, ainda hoje, para a necessidade de mudanças no atual modelo de registro.

Outro estudo que analisou as contribuições dos registros eletrônicos em saúde para a segurança do paciente mostrando significativas colaborações à continuidade do cuidado, à tomada de decisão baseada nos sistemas de apoio, à decisão e à criação de indicadores de qualidade e segurança do paciente, relatou também que registros informatizados contribuem positivamente para a segurança do paciente e para uma melhor comunicação dos profissionais de saúde (SOUSA, DAL SASSO e BARRA, 2012) e esta pesquisa valida os achados do atual estudo.

A falta dos registros de enfermagem, de acordo com as enfermeiras entrevistadas, comprometia substancialmente uma comunicação mais assertiva entre todos os membros da equipe de saúde.

Sobre isso, a pesquisa conduzida por Broca e Ferreira (2015) esclarece que a eficiência da comunicação entre os membros da equipe de enfermagem conserva as boas relações interpessoais, auxiliando no cuidado e tornando o trabalho de todos mais eficiente e efetivo.

De acordo com uma entrevistada o gerenciamento dos recursos materiais, no caso específico a falta destes, comprometeu a construção dos registros de enfermagem. Percebeu-se que esta atividade visou assegurar a manutenção qualitativa e quantitativa dos materiais necessários para a organização do serviço, assim como a continuidade das ações executadas, sem prejuízos para o cuidado aos pacientes. Entendeu-se que a enfermagem assumiu a responsabilidade de todo o fluxo de materiais utilizados na assistência, já que conhecia a dinâmica e a realidade do serviço, principalmente por permanecer de forma ininterrupta na prestação de cuidados.

A participação da enfermagem na gerência dos recursos materiais reflete conquista fundamental na tomada decisória, especialmente na dimensão técnico-administrativa inerente aos processos de gerenciar e cuidar, e não apenas na concepção de uma ação burocrática que não agrega valor ao cuidado e à profissão (FERNANDES et al., 2016).

Ainda sobre essa questão, a pesquisa de Garcia et al. (2012) diz que a gestão de materiais é centrada na direção de enfermagem, necessitando de maior participação dos outros profissionais na escolha dos materiais em uso, para reduzir as fragilidades encontradas no processo.

Além disso, algumas entrevistadas relataram que registros de medicações em geral não eram realizados de modo seguro e eficiente no prontuário do paciente, comprometendo, consideravelmente, sua segurança.

As metas internacionais de segurança do paciente - especialmente a de número três, preconiza melhorar a segurança dos medicamentos. Tais metas foram estabelecidas pela OMS e preconizadas pela JCI (CBA, 2010).

O MS, aliás, também instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da portaria 529/2013, que teve por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, dentre eles propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente, como: prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A literatura referente à segurança do paciente, para minimizar os riscos decorrentes da falta de identificação, por exemplo, propõe alternativas como confirmação do nome completo junto ao paciente; padronização do preenchimento de pulseiras de identificação e utilização de pelo menos dois identificadores, como nome completo e data de nascimento (COREN/SP, 2010).

No que tange às prescrições de enfermagem foi observado o fato de que alguns médicos em suas prescrições incluíam cuidados de enfermagem, a saber: “elevar cabeceira do leito”, “verificar sinais vitais conforme protocolo e comunicar alterações imediatamente”, “manter grades do leito elevadas”, “realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas”, dentre outras.

Neste aspecto é necessário pontuar que as prescrições de enfermagem são privativas do profissional enfermeiro, conforme a resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 272/2002, que dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras (COFEN, 2002).

Além disso, quando as prescrições de enfermagem eram realizadas pelas enfermeiras, foi observado que o preenchimento incompleto nas prescrições ocorria principalmente nos quesitos relacionados à prescrição de cuidados especiais, como checagem dos cuidados de enfermagem prescritos pelo enfermeiro, sinais e sintomas peculiares aos pacientes, com a evolução dos mesmos e a presença de rubrica.

Com relação ao preenchimento incompleto da prescrição de cuidados especiais, notou-se que os cuidados prescritos eram idênticos para todos os pacientes, predominando os cuidados enumerados na rotina do setor, como realização de higiene corporal, ocular, oral etc., que não requisitavam conhecimento acurado da evolução do paciente e dos seus sinais e sintomas.

O não preenchimento das condutas de enfermagem foi mais evidente nos registros direcionados à realização de higiene corporal diária e higiene oral. A falta de registros sobre esses procedimentos também era preocupante, porque mesmo sendo cuidados classificados de rotina, tinham grande impacto para a recuperação do paciente e o seu bem-estar. Além do mais, a ausência do dado sinalizava que os cuidados de higiene não eram valorizados pela equipe.

O aspecto das prescrições de enfermagem observadas nessa pesquisa se assemelha àqueles analisados em um estudo desenvolvido em um hospital de Porto Alegre (RS), onde os técnicos de enfermagem relataram que as prescrições realizadas pelos enfermeiros eram muito similares umas às outras e que a sua realização se dava apenas no momento que o paciente apresentava quadro clínico grave (CRUZ e ALMEIDA, 2010).

Comportamentos como o antes referido, pode dificultar o processo de trabalho da equipe de enfermagem, pois a falta de individualidade da prescrição pode levar o paciente ao não recebimento da assistência necessária à sua condição clínica ou, ainda, induzir a equipe técnica à realização de cuidados distintos dos prescritos pelo enfermeiro (PIMPÃO et al., 2010).

As participantes identificaram neste estudo que os registros de enfermagem eram mecanismos úteis e facilitadores para uma melhor organização e planejamento de suas ações diárias, que serviram para a otimização do tempo, a ordenação de seus trabalhos e que deram suporte, apoio e orientação à gerência de enfermagem.

A ideia é convergente com os resultados encontrados na pesquisa de Vasconcelos et al. (2016), que examinou o uso de variados meios, como planilhas, sistema de classificação de pacientes, indicadores, entre outros, que favoreciam à gerência de enfermagem em unidades hospitalares críticas. Estes instrumentos tenderam ao uso burocrático ou pouco estratégico.

O uso dos instrumentos citados, para a gerência, foi pouco voltado às ações para melhor viabilização da assistência direta, isto é, sua utilização estratégica. Contudo, a mobilização de competências como a comunicação, planejamento e organização foi característica positiva subordinada aos meios gerenciais, com ações relacionais para ajudar no processo do cuidado. Assim, as atividades da gerência de enfermagem podem ser impulsionadas caso suas competências profissionais venham acompanhadas do uso racional dessas ferramentas específicas da gestão (VASCONCELOS et al., 2016).

Nas entrevistas desse estudo observou-se que as enfermeiras idealizavam, em seus discursos, o que vinha a ser um bom registro de enfermagem, ou seja, quais as qualidades que uma anotação deveria ter para alcançar metas seguras, tanto para si quanto para o paciente envolvido no cuidado.

Embora suas falas não corresponderam, em grande parte, a suas ações, as enfermeiras já tinham um movimento de reflexão no sentido de (re) pensarem suas condutas, visto que muitos registros de enfermagem se apresentavam incompletos, em branco e/ou incorreto.

A investigação liderada por Padilha, Haddad e Matsuda (2014) endossa o que foi observado na presente pesquisa, pois objetivou avaliar, através da auditoria retrospectiva, a qualidade dos registros de enfermagem realizados em uma UTI de um hospital de ensino. Verificou-se que nenhum registro coincidiu a todos os critérios de qualidade sugeridos, posto que o percentual de preenchimento médio foi de 46% completo; 43% incompleto; 10% não preenchido e 1% incorreto. Os registros de enfermagem, no cenário investigado, não corresponderam aos itens da qualidade sendo preciso investimentos na capacitação, sensibilização e monitoramento constante da equipe, para que se realizassem registros adequados.

Um outro estudo que procurou identificar a importância do registro de enfermagem no prontuário para a auditoria revelou que a auditoria de enfermagem era realizada pelo método retrospectivo no prontuário do paciente e estava direcionado para o aspecto contábil e que os registros de enfermagem possuíam qualidades insatisfatórias para servirem de suporte de coleta de dados (VALENÇA et al., 2013).

Outra pesquisa realizada em um hospital jamaicano teve como propósito auditar as práticas de documentação de enfermeiras. A maioria das enfermeiras seguiu as diretrizes de documentação e utilizou apenas abreviaturas autorizadas. Porém, apenas 26% dos registros tinham diagnóstico de enfermagem, 48% tinham evidências documentadas de planejamento de alta e 87% não apresentavam registro de educação em saúde junto aos pacientes. Os principais fatores relatados que afetaram as práticas de documentação foram carga de trabalho e relações com o paciente. As participantes acreditavam que a documentação de enfermagem poderia ser aperfeiçoada com um aporte de recursos humanos, uma melhor orientação dos pares e uma educação permanente (BLAKE-MOWATT, LINDO e BENNETT, 2013).

Outro fator relatado pelas enfermeiras foi que a continuidade dos registros feitos a cada turno de trabalho facilitava o serviço e a assistência ofertada ao paciente.

Sobre esse ponto, o guia de recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem (COFEN, 2016b), apoia o que foi relatado pelas participantes, em virtude de que os registros de enfermagem são necessários para garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança ao paciente.

Os registros de enfermagem, com isso, têm a finalidade de assegurar a continuidade do cuidado, a segurança do paciente, da instituição hospitalar e do profissional, assim como fornecer dados para auditorias, pesquisas e análises judiciais (LIMA, CHIANCA e TANNURE, 2015).

Com a presente pesquisa percebeu-se as facilidades e as dificuldades encontradas nos registros de enfermagem para as enfermeiras realizarem a gerência do cuidado. Esta percepção encaminha-se no sentido de que, embora elas sabiam a importância dos registros para favorecerem a dinâmica de todo o processo de cuidado à saúde, o discurso das profissionais se encontrava desassociado de suas práticas cotidianas.

As enfermeiras idealizavam uma gerência do cuidado, através dos registros, mas a realidade das ações de enfermagem apontava para a

desarticulação entre a gerência e o cuidado, visualizando um certo distanciamento entre o que se acreditava (ideias) e o que se executava (ações).

Foram identificados registros de enfermagem realizados sem comprometimento e responsabilidade, não acompanhados, reiteradamente, por evidências científicas, por vezes como uma mera “burocracia” que se devia executar, sem imprimi-lo, de fato, a magnitude que, substancialmente, ele significava em todo o cenário de pesquisa.

Talvez por essa razão que a gerência de enfermagem ainda seja vista, por muitos enfermeiros, com pouco ou nenhum crédito, pois estes acreditam que o cuidado de enfermagem, propriamente dito, seja mais necessário e importante e que questões administrativas, como o ato de registrar, possa ser deixado para depois e/ou segundo plano.

Classe 3: A importância dos registros de enfermagem para a passagem de plantão

Na composição da classe 3 verificou-se que o vocábulo “passar” foi o que mais se destacou, ou seja, foi o mais específico e teve alta significância nessa classe. Este verbo fez referência direta à passagem de plantão entre as enfermeiras, sendo que este ato foi um importante momento e oportunidade para que a comunicação se fizesse através dos registros de enfermagem. Os vocábulos seguintes que mais se destacaram foram: plantão, acontecer, visita.

A passagem de plantão, realizada através dos registros de enfermagem, foi um importante momento que auxiliou na condução da continuidade da assistência, bem como a uma conversa mais assertiva entre os profissionais de saúde, de acordo com uma enfermeira:

As facilidades é que você tem nos registros os recursos, onde você tem onde se basear para garantir que a assistência vai ser feita de forma correta, efetiva, e que você vai conseguir atender ao paciente. Então, às vezes a passagem de plantão ficou alguma coisa pendente e você vai lá no relatório, na ficha de admissão do paciente, na evolução, e por ali você já consegue se basear e dar continuidade naquilo que o colega do dia fez. (ENF 08)

Na observação participante foi possível identificar que a passagem de plantão era feita através da ficha de "passante", onde nesta estavam descritas

as ocorrências de cada paciente, uma por uma, e a enfa. X, que estava deixando o plantão, relatava, caso a caso, o quadro/prognóstico de cada paciente.

Antes de construir o passante a enfa. X fazia, de cada paciente, o preenchimento de outra ficha: a de "Avaliação de Enfermagem".

A importância da passagem de plantão, feita por meio dos registros de enfermagem foi posta no discurso das enfermeiras:

Aí a evolução cursiva, escrita, aquela que não preenchimento de itens, a gente faz mais quando tem alguma alteração, quando o paciente evolui para alguma coisa, uma falta de ar, quando tem uma intercorrência, paciente apresentou queda na saturação, paciente evoluiu para a perda da consciência, foi chamado médico plantonista, e isso tem que ser devidamente preenchido, porque tudo na passagem de plantão é importante. (ENF 1)

Quando você registra isso tudo, você lembra disso na passagem de plantão e é uma oportunidade de você conversar com o colega, às vezes isso acontece, "o que você está achando?", "ah! a gente tá fazendo desse jeito, vamos fazer desse outro?", então ajuda na gerência do cuidado do meu plantão, como ajuda aos demais também. (ENF 11)

O não registro de enfermagem influenciava na comunicação da passagem de plantão, segundo os dizeres de uma participante:

A gente tem uma passagem de plantão verbal, que às vezes não é muito efetiva, muitos colegas às vezes não registram direito, aí entram aquelas falhas[...] você não sabe se foi feito um procedimento ou não, e isso acaba prejudicando a assistência do paciente. (ENF 3)

Lacunas da passagem de plantão, de acordo com uma entrevistada, foram sanadas com os registros de enfermagem:

Então, às vezes a passagem de plantão ficou alguma coisa pendente e você vai lá no relatório, na ficha de admissão do paciente, na evolução, e por ali você já consegue se basear e dar continuidade naquilo que o colega do dia fez. (ENF 08)

Conforme uma enfermeira, a integração do serviço e dos profissionais na passagem de plantão foi um fator essencial para que o diálogo entre eles se fizesse:

[...]essa passagem de plantão conjunta entre os médicos, o staff, que está no plantão, a residente e a enfermeira. Então, isso ajuda muito para que a gente tenha uma sincronia, o que é realmente a nossa prioridade do plantão. (ENF 11)

A relevância da passagem de plantão e dos registros realizados pela equipe de enfermagem, bem como a conexão integradora do serviço, que se estabeleceu em uma atividade essencial para a organização e comunicação do trabalho na unidade, foram elementos decisivos, conforme relato de uma participante, para preservar a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que permitiu a adequação das ações de enfermagem e a atualização das informações sobre o paciente:

Quando a gente pega plantão, geralmente a gente pega com as evoluções do dia anterior, e a gente sempre faz essa leitura, para ver o que aconteceu com o paciente durante a noite, durante o dia, para a gente saber, mais ou menos, quem precisa de uma assistência urgente ou não[...] então a gente sempre busca essas anotações para a gente organizar, fazer a distribuição das tarefas dos técnicos e começar o serviço. (ENF 05)

Nos relatos das enfermeiras entrevistadas constatou-se que a passagem de plantão, realizada por meio dos registros de enfermagem, foi um importante instante que as auxiliaram na condução da continuidade do cuidado ao paciente.

Marques, Santiago e Félix (2012) explicam que a passagem de plantão oferece aos membros da equipe uma oportunidade para se explorar o estado geral e as exigências de cuidado de cada paciente, sendo um momento para se compreender as atividades de cuidado realizadas pelos profissionais, com o objetivo de reduzir as intercorrências do trabalho e de comunicar as informações de forma objetiva e clara com relação às intercorrências ocorridas durante um período de trabalho, onde envolvem o cuidado direto e/ou indireto aos pacientes, assim como sobre tópicos de interesse institucional no tocante gerencial.

Com isso torna-se fundamental que os registros sejam realizados com qualidade, isto é, com coerência e fidedignidade sobre as informações, que estejam de acordo com o relato dos cuidados efetivamente prestados e com as reais condições do paciente (LARA e BERTI, 2011).

Uma pesquisa que trouxe um meio de comunicação para ajudar na passagem de plantão foi a de Barbosa et al. (2013), que evidenciou, entre os enfermeiros entrevistados, a aprovação por estes da utilização da lousa como ferramenta de trabalho e instrumento potencializador na troca de informações.

O momento da passagem de plantão é imprescindível, já que nessa hora tem-se a oportunidade de garantir a continuidade correta da assistência ao paciente, pois assegura a transferência de informações pertinentes a esse cuidado (MARQUES, SANTIAGO e FÉLIX, 2012).

Nos discursos das enfermeiras foi evidenciado que a comunicação na passagem de plantão, feita por meio dos registros de enfermagem, mostrou-se como uma importante aliada na condução da gerência do cuidado.

Nesse sentido, Silva et al. (2016d) buscaram conhecer a visão dos profissionais de enfermagem sobre a comunicação durante a passagem de plantão e sua repercussão na segurança do paciente, sendo que os resultados apontaram para a necessidade de redução do tempo utilizado, a sistematização dos registros para o momento e a maior objetividade na transmissão das informações.

Em uma revisão sistemática da literatura verificou-se que a linguagem estruturada, clara e o uso de diferentes técnicas de comunicação foram essenciais para a segurança do paciente, abordando que a comunicação por transferência de responsabilidades foi uma técnica estruturada que permitiu que as informações fossem transferidas de forma fidedigna e coesa entre as unidades de serviço e os turnos (SAMMER et al., 2010).

A passagem de plantão, a partir das falas das entrevistadas, serviu para uma maior integração da própria equipe e com outras classes profissionais, bem como para atualização das informações. Além disso, esse instante serviu para sanar possíveis lacunas da gerência do cuidado que foram esclarecidas através dos registros de enfermagem.

Portanto, a passagem de plantão é percebida como um momento de interação entre os profissionais que encerram e os que iniciam seu turno de trabalho, além de trazer atualizações sobre o estado de saúde dos pacientes e amparar os profissionais na elaboração do plano de cuidados (BELELA, PEDREIRA e PETERLINI, 2011).

É também importante destacar que, nesta classe 3, no discurso das participantes ficou evidenciada a marcação de palavras como “passar”, “repassar”, “passagem”, “receber”. Tais vocábulos reproduzem a compreensão de que a passagem de plantão seja um momento de passividade, algo que é recebido e determinado, com limitadas discussão e reflexão. E a oportunidade da passagem de plantão, no entendimento do pesquisador, configura-se como uma característica contrária a este pensamento, isto é, deve ser compreendida como um instante de atitude, ação e movimento.

Parush, Simoneau e Foster-Hunt, (2010) dissertam que, considerando que 50% das informações pertinentes à assistência prestada pela equipe de saúde são dadas pelos profissionais de enfermagem, espera-se, atualmente, que os registros feitos por esses profissionais permitam a comunicação eficiente, para que possa resguardar a transmissão das informações precisas e necessárias, diminuindo os riscos associados às iatrogenias humanas.

Na passagem de plantão pode ser utilizada a linguagem verbal falada ou a linguagem verbal escrita. Na linguagem escrita os registros efetuados têm a finalidade de fornecer informações sobre o cuidado prestado, garantir a comunicação entre os membros da equipe de saúde e assegurar a continuidade das informações em 24 horas, condição indispensável para a segurança do paciente (PARUSH; SIMONEAU e FOSTER-HUNT, 2010).

Vale esclarecer que na passagem de plantão pelas enfermeiras foram utilizadas a comunicação escrita e a verbal. A comunicação verbal escrita emergiu dos depoimentos das depoentes como sendo um tipo de comunicação complementar usada por essas profissionais na passagem de plantão, minimizando a chance da exclusão de pontos importantes e/ou que poderiam ser ignorados, caso fosse usada apenas a comunicação verbal falada.

Essa questão diverge dos achados da literatura, na qual a passagem de plantão é um movimento frequentemente informal e que a documentação disponível é ocasionalmente usada para ajudar na comunicação verbal de qualquer espécie (WELSH; FLANAGAN e EBRIGHT, 2010).

Isso posto, a passagem de plantão, conforme Marques, Santiago e Félix, (2012), pode ser efetivada no sentido de atender a uma condição relacionada ao planejamento do cuidado de enfermagem, exigindo do enfermeiro o resgate de habilidades e conhecimentos teórico-práticos, de

relacionamento interpessoal, enfatizando a gestão e a comunicação, fazendo-se importante e primordial pensar acerca da abordagem da rotina do trabalho.

Dessa forma, passar plantão é um acontecimento onde se faz primordial a transmissão das informações do melhor modo possível, na certeza de que estas estejam sendo transmitidas de forma objetiva e rápida, mas concisa, garantindo um bom fluxo das informações e compreensão de todo o processo (MARQUES, SANTIAGO e FÉLIX, 2012).

Os depoimentos das enfermeiras participantes desse estudo convergem com os achados de Almeida e Costa (2017). Estes, por sua vez, realizaram uma pesquisa a fim de identificar na literatura científica os problemas referentes à passagem de plantão na equipe de enfermagem. Os resultados mostraram falhas na comunicação, registros incompletos no prontuário, informações incompletas durante a passagem de plantão, falha no processo de comunicação verbal e escrita, falta de modelo ou ausência da passagem de plantão, dentre outros.

Percebeu-se, na presente pesquisa, que a passagem de plantão pelas entrevistadas foi no sentido de que este procedimento ocorreu de modo confuso, sendo que as enfermeiras ficavam reunidas em uma sala pequena, cada qual relatava as demandas do seu setor juntas com profissionais de outras unidades. Este momento era realizado, de modo geral, rapidamente, apenas com o relato verbal das intercorrências dos pacientes, com pouco ou nenhum registro escrito daquilo que era dito verbalmente. Vale elucidar que o formulário de Passante serviu como um instrumento acessório que facilitou na condução da passagem de plantão, embora não continha detalhamentos do quadro de saúde do paciente, mas apontamentos gerais e amplos do seu estado de saúde.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Todo conhecimento comporta o risco do erro e da ilusão. A educação do futuro deve enfrentar o problema de dupla face do erro e da ilusão. O maior erro seria subestimar o problema do erro; a maior ilusão seria subestimar o problema da ilusão. O reconhecimento do erro e da ilusão é ainda mais difícil, porque o erro e a ilusão não se reconhecem como tal.” (Edgar Morin, 2000b)

Os resultados alcançados com a pesquisa que reverteu nesta dissertação permitiram uma melhor compreensão acerca da realização dos registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado pelas enfermeiras, atingindo assim o objetivo proposto.

Pode-se considerar que a caminhada percorrida, até o momento, foi importante no sentido de conhecer um pouco mais, um retrato do agir e do pensar de muitas colegas, que expuseram seus questionamentos e vivências sobre os registros de enfermagem dentro da gerência do cuidado. Com isso foi possível construir um conjunto de satisfações, saberes, alegrias e limitações dentro do contexto abordado.

A disponibilidade e o empenho das enfermeiras participantes, muitas vezes sobrecarregadas de atribuições, em oferecer contribuições à pesquisa, serviram como estímulos para a acreditação que alguma mudança seria possível no cenário do estudo. Um fato que autoriza essa afirmação é a apreensão de seus discursos na vontade de construir um novo fazer, exibindo a inquietação com a prática e reconhecendo a escassez no que se refere à subjetividade das profissionais quando se discorre sobre registros de enfermagem no horizonte da gerência do cuidado.

Apenas essa disposição, em si, já encerra motivo razoável para uma recompensa pessoal e profissional. Compreende-se que este desconforto é a inquietação de muitos dos colegas que conosco trabalham, no cotidiano do hospital de ensino, na investida de melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente. Igualmente, constata-se tratar de uma temática complexa, ao considerar que a comunicação por meio do registro de enfermagem, embora muito debatida, ainda não se configura, na prática, como ferramenta básica de comunicação entre profissionais de saúde e de parâmetro para comprovar a qualidade da assistência executada.

Desenvolver um tema antigo e torná-lo contemporâneo foi o grande desafio desse estudo, além de ter sido uma ousadia, pois seria mais confortável discorrer sobre assuntos que estariam chegando no momento. Foi um estudo que incitou em pensar sobre um conteúdo clássico e observar que este ainda não estava plenamente compreendido na prática cotidiana das enfermeiras.

No decorrer da análise dos dados, detectou-se que a gerência do cuidado não era uma atividade prevalente nas ações das enfermeiras do setor,

já que havia priorização no cumprimento das atividades de cuidado em detrimento das gerenciais, o que sinaliza uma dicotomia, e não uma dialética entre gerenciar e cuidar.

No que tange às condutas de cuidado, evidenciou-se, conforme as falas das entrevistadas deste estudo, a subordinação dessa ação ao modelo tradicional de assistência à saúde, ou seja, o cuidado fracionado, dirigido ao processo prescritivo, tecnicista e biológico. Já as ações gerenciais estavam mais associadas aos princípios clássicos e científicos da administração, em que predominavam o controle, a fragmentação e a supervisão das atividades.

Notou-se que, embora os registros de enfermagem tenham sido descritos pelas enfermeiras como uma ferramenta para a gerência do cuidado, estes não configuraram, em suas práticas, como uma importante aliada do serviço, pois não se apropriaram, de fato, de tal instrumento para o desempenho de suas atividades cotidianas, sendo que os registros exerciam o papel de rito protocolar burocrático que a enfermagem deveria seguir.

Observou-se que os registros de enfermagem eram escritos em diferentes locais, seja em formulários, fichas, listas e livros. Estes mesmos registros eram anotados, muitas vezes e repetidamente, em dois ou mais lugares ao mesmo tempo, sendo que havia retrabalho na execução dessas atividades, havendo a ausência de um ordenamento e organização dos diferentes tipos de registros no cenário investigado.

Os fatores elencados pelas participantes que dificultaram a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado foram: ausência de evolução de enfermagem, limitação de recursos humanos, sub-anotações, falta de tempo dos profissionais, registros não informatizados, realização da SAE de modo incompleto, número excessivo de pacientes, falta de clareza das anotações, dentre outros. Por outro lado, os fatores expostos pelas entrevistadas que facilitaram a utilização dos registros para a gerência do cuidado passaram pelo entendimento que os impressos e formulários de enfermagem ajudavam na dinâmica do serviço, além de servirem para uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde etc.

Com isso, ao considerar o objeto estudado, os resultados da presente investigação e os depoimentos das participantes, recomenda-se a realização de novas pesquisas sobre registros de enfermagem para a gerência do

cuidado, além de outros estudos sobre a implantação da SAE e do PE no ambiente hospitalar, temáticas estas que emergiram dos discursos das depoentes. Além disso, é necessário a promoção de cursos periódicos de capacitação, pelo serviço de educação permanente da própria instituição, sobre os temas sugeridos acima, priorizando o registro de enfermagem como instrumento para o enfermeiro realizar a sua gerência do cuidado.

Além disso, espera-se que esta pesquisa possa trazer contribuições significativas tanto para o serviço quanto para o ambiente acadêmico, fortalecendo os saberes inerentes da enfermagem. Os distintos entendimentos que as participantes tiveram sobre os registros de enfermagem como suporte para a gerência do cuidado foram um convite para repensar e refletir sobre as práticas que envolviam todo este processo.

Este estudo buscou, assim, uma maior compreensão e aproximação de um determinado contexto e seria pertinente dar continuidade com pesquisas de intervenção, com o propósito de promover mudanças e inovações nas práticas dos enfermeiros no contexto hospitalar, com o envolvimento de uma avaliação sistemática e rigorosa dos resultados de tais práticas, apoiada em métodos científicos.



REFERÊNCIAS

“A inquietude não deve ser negada, mas remetida para novos horizontes e se tornar nosso próprio horizonte”. (Edgar Morin, 2010b)

AGUIAR, D. F. et al. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Aquichan**, Chía, Cundinamarca, v. 10, n. 2, p. 115-131, ago. 2010.

ALMEIDA, F. A. V.; COSTA, M. L. A. S. Passagem de plantão na equipe de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 62, n. 2, p. 85-91, 2017.

ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. **Rev Bras Educ Med.**, Brasília, v. 37, n.2, p.275-284, 2013.

ARAÚJO, M. M.; DINIZ, S. O. S.; SILVA, P. S. Registros de enfermagem: reflexões sobre o cotidiano do cuidar. **ABCS Health Sci.**, Santo André, v. 42, n. 3, p. 161-65, 2017.

ARREGUY-SENA, C. et al. Construção e validação de impressos: sistematização do cuidado de pessoas em hemodiálise. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 379-9, 2018.

AQUINO, D.R; FILHO, W. D. L. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 60-70, 2004.

AZEVÊDO, L. M. N. D. et al. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 64-73, 2012.

AZZOLIN, G. M. C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 549-555, dez.2007.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 9-16, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARBOSA, S. F.; TRONCHIN, D. M. R. Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 253-60, mar./abr. 2015.

BARBOSA, D. A. A importância da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em uma unidade de hemodiálise. **REASP**, FESAR, Redenção, v. 2, n. 3, p. 61-75, set./dez. 2015.

BARBOSA, P. M. K. et al. Organização do processo de trabalho para passagem de plantão utilizando escore para dependência e risco clínico. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v.15, n. 58, jan./mar. 2013.

BARRAL, L. N. M. et al. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 188-193, abr./jun.2012.

BARRETO, J. A.; LIMA, G. G. D.; XAVIER, C. F. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**, Divinópolis, v. 1, n. 6, p. 2081-2093, jan./abr.2016.

BARROS, B. C. et al. O instrumento de registro do SAMU: com a palavra dos profissionais de saúde. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 618-626, abr./jun.2014.

BARROSO, T. S. A importância do relato na evolução de enfermagem para a auditoria. **Acta Biomedica Brasiliensia**, Santo Antônio de Pádua, v.7, n. 2, dez. 2016.

BASSAN, F. B.; CAETANO, R. Buscando um registro mais integral do cuidado à saúde: desenvolvimento, aplicação e avaliação de um novo instrumento de registro da consulta ambulatorial. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 81-91, out./dez.2005.

BATISTA, K. F. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-99, 2011.

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M.A. S. Erros de medicação em pediatria. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, 2011.

BENETTI, E. R. R. et al. Percepções acerca do planejamento em enfermagem como ferramenta de gestão. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, Editora Unijuí, v. 10, n. 20, p. 1177-180, jan./jun. 2011.

BLAKE-MOWATT, C.; LINDO, J. L. M.; BENNETT, J. Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. **International Nursing Review**, p. 328-334, 2013.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos* O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inc. Soc.**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar.2005.

BORGES, F. F. D. et al. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**, Divinópolis, v. 7, n. e1147, p. 1-8, 2017.

BRASIL. **Leis e Decretos. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil de 9 de junho de 1987.

_____. **Leis e Decretos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil em 13 de junho de 2013.

_____. Portaria 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília: Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil em 02 de abril de 2013.

_____. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde/Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 68 p. 2.ed. 4. reimp., 2015.**

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. D. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, fev.2012.

_____. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Esc Anna Nery Enferm*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 467-74, 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. *IRaMuTeQ*: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, 513-518, 2013.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

_____. A lógica da compaixão. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 21-22, p. 91-117, 1998-1999.

CARDOSO, M. M. V. N.; FERREIRA, R. G. S. Educação continuada ou permanente: objetivo comum predominando especificidades frente ao processo ensino-aprendizagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 3, jan./jun. 2014.

CARNEIRO, S. M. et al. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 208-216, mar./abr.2016.

CARRIJO, A. R. **Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola nightingaleana no Brasil (1959-1970).** 2007. 143p. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da USP, EEUSP, São Paulo.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, esp., p. 134-41, 2013.

CARVALHO, V. D. Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem - do ângulo de uma visão filosófica. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 406-414, abr./jun.2009.

CARVALHO, R. S. et al. Prontuário incompleto no pronto socorro: uma barreira para a qualidade em saúde. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 66, n. 7, p. 218-222, jul.2008.

CASTRO, B. C. et al. Utilização de impressos em centro cirúrgico: vivência de acadêmicos de enfermagem. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v.17, n. 2, p. 153-67, mai./jun. 2014.

CAVEIÃO, C. et al. Anotações de enfermagem na perspectiva de auxiliares de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 401-409, abr./jun.2014.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun.2011.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 6.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. D. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, 2012.

CHRISTOVAM, B. P. **Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito**. 2009. 291p. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro.

CLAUDINO, H. G. E. et al. Auditoria em registro de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 397-402, jul./set.2013.

COFEN. **Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen 514, de 5 de maio de 2016**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem 2016a.

_____. **Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem 2016b.

_____. **Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Resolução Cofen 429, de 30 de maio de 2012.** Brasília: Conselho Federal de Enfermagem 2012.

_____. **Dispõe sobre o processo de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Resolução Cofen 358, de 15 de outubro de 2009.** Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009.

_____. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen 564, de 6 de novembro de 2017.** Brasília: Conselho Federal de Enfermagem 2017.

_____. **Dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras. Resolução Cofen 272, de 27 de agosto de 2002.** Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2002.

_____. **Dispõe sobre a forma de anotação e o uso no número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de Enfermagem. Resolução Cofen 191, de 31 de maio de 1996 - Revogou a Resolução Cofen 175/1994.** Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 1996.

_____. **Perfil da Enfermagem no Brasil.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>. Acesso em 30 mai.2018.

COLAÇO, A. et al. Registro da avaliação de enfermagem em terapia intensiva: discurso do sujeito coletivo. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 257-66, abr./jun. 2015.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Cartilha de anotações de enfermagem: aspectos éticos e legais:** São Paulo, COREN/SP, 2008. Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>. Acesso em 30 mai. 2018.

_____. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **10 passos para a segurança do paciente,** São Paulo: COREN/SP, 2010. Disponível: http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. Rio de Janeiro: CBA, 2010. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.** 4. ed. 296 p. Disponível em:

file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/joint%20comission%20Fourth_Edition_Hospital_Manual_Portuguese_Translation.pdf. Acesso em 31 mai. 2018.

CORDEIRO, F. F.; DYNIEWICZ, A. M.; KALINOWSKI, L. C. Auditoria em registros de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 5, n. 5, p. 1187-92, 2011.

COSTA, T. D. D.; BARROS, A. G. D.; SANTOS, V. E. P. Registros da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev baiana enferm**, Salvador, v. 27, n. 3, set./dez.2013.

COSTA, S. P. D.; PAZ, A. A.; SOUZA, E. N. D. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 62-69, mar.2010.

COSTA, M. C. M. D. R. et al. Cuidado de enfermagem na perspectiva do pensamento complexo: revisão integrativa de literatura. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 180-187, jan./mar.2015.

CRUZ, R. A. O. et al. Reflexões à luz da Teoria da Complexidade e a formação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 236-239, jan./fev. 2017.

CRUZ, A. M. P.; ALMEIDA, M. A. Competências na formação de técnicos de enfermagem para implementar a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2010.

CRUZ, D. A. L. M. **Processo de enfermagem e classificações**. In: GAIDZINSKI R. R. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008.

CUNHA, A. P. D.; FERREIRA, J. J. M.; RODRIGUES, M. A. Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, III sér., n. 1, p. 7-16, jul.2010.

DANTAS, C. C. **Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional**. 2008. 226 p. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ/EEAN, Rio de Janeiro.

DAVEL, L. R. G. **Técnica de Gerência**. Vitória: Editado pelo autor, 2004.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: entering the field of qualitative research. In: _____. **Handbook of qualitative research**. Londres: Sage, 2006.

DOURADO, S.B. P. B.; BEZERRA, C. F.; ANJOS, C. C. N. Conhecimentos e aplicabilidade das teorias de enfermagem pelos acadêmicos. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 284-91, abr./jun. 2014.

DUTRA, H. S. et al. Registros de enfermagem em um hospital de ensino: estudo quase-experimental. **Online braz j nurs**, Niterói, v. 15, n. 3, p. 351-360, set.2016.

ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S.; MINUZZI, H. Gerência do cuidado de enfermagem pelo olhar da complexidade. **Online braz j nurs**, Niterói, v. 7, n. 1, dez.2008.

ERDMANN, A. L.; MENDES, I. A. C.; LEITE, J. L. A enfermagem como área de conhecimento: resgate histórico da representação de área. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 118-126, 2007.

ERDMANN, A. L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-491, jul./set. 2006.

_____. As interfaces do cuidado pelo olhar da complexidade: um estudo com um grupo de pós-graduandos de enfermagem. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 411-420, dez.2005.

ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidado de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

ESPÍRITO SANTO, F. H. D.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-546, dez.2006.

FARAH, B. F. et al. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. **Rev Cuid.**, Bucaramanga, v. 8, n. 2, p. 1638-55, 2017.

FAVERO, L. et al. Aplicação da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 213-218, 2009.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCAGNT, P. (Ed.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FERNANDES, M. C. et al. Cuidar e gerenciar: práticas dialéticas ou dicotômicas no âmbito hospitalar das enfermeiras gerentes. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n.3, p. 985-90, mar.2016.

_____. Facilidades e dificuldades das enfermeiras gerentes na implementação da gerência do cuidado no ambiente hospitalar. **Rev Fund Care Online**, v. 8, n. 4, p. 5039-5044, out./dez. 2016.

FERNÁNDEZ-SOLA, C. et al. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia. **International Nursing Review**, v. 58, n. 3, p. 392-9, 2011.

FERREIRA, G. E.; DALL'AGNOL, C. M.; PORTO, A. R. Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: percepções de enfermeiros. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-7, jul./set.2016.

FERREIRA, A. B. D. H. **Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa**. Curitiba: Positivo: 2272p. p. 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. Corpo e cuidados fundamentais: condutas clínicas na saúde e em seus desvios. In: FIGUEIREDO, N. M. A. e FREITAS, F. G. A responsabilidade ético-legal do enfermeiro. In: (Ed.). **Trajetória histórico e legal da enfermagem**. 2.ed. São Paulo: Manolo, 2007. p.173-200.

FREITAS, L. F. C.; MOREIRA, D. A.; BRITO, M. J. M. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 694-700, out./dez. 2014.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 23.ed. São Paulo: Graal, 2005. 292p.

FULY, P. S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre rentes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 883-7, 2008.

GALIZA, F. T. et al. Gerência do cuidado de enfermagem na estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 11, p. 4075-81, nov./2016.

GARCIA, S. D. et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 339-46, mar./abr.2012.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-93, jan./mar. 2009.

GIOLITO, P. C. B. O. **Instrumento para registro dos enfermeiros em uma unidade pediátrica: o uso da metodologia da problematização**. 2015. 105 p. (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Niterói, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

GOMES, K. K. S. et al. Novo modelo de gestão para hospitais universitários: percepção dos profissionais de saúde. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v. 13, n. 2 (18), p. 283-298, jul./dez. 2014

GOMES, D. C. et al. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e53927, epub, 4 mar.2016.

GOMES, E. L. R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P. e ROCHA, S. M. M. (Ed.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.229-250.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da assistência de enfermagem e a formação da identidade profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 455-60, mar./abr. 2017.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun.2009.

HESSSEN, J. **Teoria do Conhecimento**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

HORTA, W. D. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979, p.99.

ITO, E. E. et al. **Anotação de enfermagem - reflexo do cuidado**. 1ed. São Paulo: Martinari, 2011.

ITO, E. E.; SENES, A. D. M. **Manual de anotação de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005. 83 p.

JORGE, M. S., B. et al. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 81-86, jan./fev.2007.

KRAUZER, I. M. et al. Registros de enfermagem sob a ótica de uma revisão integrativa. **J Nurs Health**, Pelotas, v. 5, n. 1, p. 68-79, 2015.

KLOCK, P. **Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade**. 2009. 90 p. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____. **Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. 2014. 210 p. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LANZONI, G. M. M. et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 2, p. 322-32, abr./jun. 2015.

LARA, S.R.; BERTI, H.W. Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. **Rev Cuid.**, Bucaramanga, v. 5, n. 1, p. 7-15, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LELOUP, J.-Y. **Cuidar do ser: Fílon e os Terapeutas de Alexandria**. 14.ed. Trad. Regina Fitipaldi; Ephraim F. Alves; Lúcia Enddlich Orth; Jaime Clasen. Petrópolis: Vozes, 2013.

LIMA, D. F. B.; IVO, G. P.; BRAGA, A. L. S. A informática em enfermagem nos sistemas de informação: revisão sistemática de literatura. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 18-26, jul./set. 2013.

LIMA, S. B. S. et al. Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 419-28, abr./jun. 2014.

LIMA, A. P.S.; CHIANCA, T. C. M.; TANNURE, M.C. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 234-41, mar./abr. 2015.

LIMA, R. S. et al. Gerenciar unidade de internação hospitalar: o que pensam os enfermeiros? **Rev. Enferm. Cent. O. Min**, v. 6, n. 2, p. 2190-198, mai./ago. 2016.

LINCH, G. F. D. C.; MULLER-STAU, M.; RABELO, E. R. Qualidade dos registros de enfermagem e linguagem padronizada: revisão de literatura. **Online braz j nurs**, Niterói, v. 9, n. 2, p. 1-11, 2010.

LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais: da antiguidade à idade contemporânea. **Notícias Hospital**, v. 4, n. 37, p. 1-32, jun./jul.2002. Disponível em: <http://www.iph.org.br/public/files/acervo/142323490614232349067106232768.pdf>. Acesso em 01 jun. 2018.

LORENZINI, E. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 166-172, jan./mar. 2014.

LÖVESTAM, E.; VELUPILLAI, S.; KVIST, M. Abbreviations in Swedish Clinical Text - use by three professions. **E-Health – For Continuity of Care**. DOI: 10.3233/978-1-61499-432-9-720, p. 720-24, 2014.

LUNARDI, V. L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 933-939, nov./dez.2004.

LYER, W. P.; CAMP, N. **Nursing documentation: a nursing process approach**. New York: Mosby, 1995.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. D. A. O cuidado de enfermagem: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. **Rev baiana enferm**, Salvador, v. 18, n. 1/2, p. 51-55, jan./ago.2003.

MACHADO, W. C. A. (Ed.). **Corpo & Saúde: condutas clínicas de cuidar**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009. p.403-447, cap. 9.

MACHADO, D. A. **Registros de enfermagem: a mensagem sobre o cuidado contida na linguagem escrita**. 2010. 100 p. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, EEAP/UNIRIO, Rio de Janeiro.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, Brasília, v.7, n. esp., p.9-14, 2016a.

_____. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, Brasília, v.7, n. esp., p.15-27, 2016b.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

MARIA. M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 297-303, mar./abr. 2012.

MARIOTTI, H. **Pensando diferente: para lidar com a complexidade, a incerteza e a ilusão**. São Paulo: Atlas, 2010. 302p.

MARQUES, L. F.; SANTIAGO, L. C.; FÉLIX, V. C. A passagem de plantão como elemento fundamental no processo de cuidar em enfermagem: o perfil da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 2878-82, 2012.

MARTA, C. B. et al. Gestão de conflitos: competência gerencial do enfermeiro. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 2, ed. supl., p. 604-08, out./dez. 2010.

MARTINS, V. A.; NAKAO, J. R. D. S.; FÁVERO, N. Atuação gerencial do enfermeiro na perspectiva dos recém-egressos do curso de enfermagem. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 100-108, abr.2006.

MARTINS, P. F.; PERROCA, M. G. Necessidades de cuidados: o olhar do paciente e da equipe de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1080-6, 2017.

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. In: (Ed.) **Núcleo de informática em enfermagem USP**. São Paulo, 2003. 213 p.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Trad. Cristina Carvalho Boselli. Rio de Janeiro: Record, 1971.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Gestão e administração dos hospitais públicos**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/gestao-e-administracao-dos-hospitais-publicos>. Acesso em 12 jun.2018.

MIRANDA, A. P. et al. Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v.16, n. 1, p.109-117, jan./jun. 2017.

MONTEZELI, J. H. et al. Aproximações entre habilidades sociais, gerência do cuidado de enfermagem e o pensamento complexo. **Rev Min Enferm.**, v. 22, e-1092, 5 telas, 2018.

MORIN, E. **Meus demônios**. São Paulo: Bertrand Brasil, 2000a.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000b.

_____. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. In: ALMEIDA, M. C. e CARVALHO, E. A. (Ed.) 5.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Ciência com Consciência**. 14 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a.

_____. **A cabeça bem feita: repensar a reforma e reformar o pensamento**. 18.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b.

_____. **Rumo ao abismo?:ensaio sobre o destino da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002.

NASCIMENTO, A. B. D. Registros da equipe de enfermagem como subsídio à gestão hospitalar. **REAS**, Uberaba, v. 3, n. 1, p. 95-106, 2014.

NASCIMENTO, S. M. D. **As funções gerenciais do enfermeiro no cotidiano da assistência hospitalar**. 2013. 92 p. (Mestrado). Programa de

Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, EEAP/UNIRIO, Rio de Janeiro.

NASCIMENTO, K. C. D. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

NERY, I. S.; SANTOS, A. G.; SAMPAIO, M. R. F. B. Dificuldades para na implantação sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 11-14, 2013.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

NOVAES, H. M. D. A evolução do registro médico. In: (Ed.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico** São Paulo: Disciplina de Informática médica da USP, Núcleo de Informática em Enfermagem, 2003.

OLIVEIRA, C. M. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n.2, p. 258-63, abr./jun. 2012.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-29, 2014.

OLIVEIRA, B. M. M. et al. Educação permanente: estratégia para repensar a sistematização da assistência de enfermagem em ambulatório de onco-hematologia. **REAS**, Campinas, v. supl. 5, p. 486-93, 2017.

OTONI, A. et al. O processo de enfermagem como metodologia de assistência em um setor de nefrologia. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**, Divinópolis, v. 5, n. 2, p. 1704-1713, mai./ago. 2015.

PADILHA, E. F.; HADDAD, M. C. L. F.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 239-45, abr./jun.2014.

PARUSH, A.; SIMONEAU Y.; FOSTER-HUNT, T. The use of resources during shift hand-offs in a pediatric intensive care unit. In: Proceedings of the human factors and ergonomics society annual meeting. San Francisco: **Human Factors and Ergonomics Society**, 2010.

PASSOS, K. S.; SANTANA, M. O.; OLIVEIRA, C. G. S. Percepção dos enfermeiros na implantação da sistematização da assistência de enfermagem em um hospital filantrópico. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 2, n. 3, p. 53-62, jun. 2014.

PEDROSA, K. K. D. A.; SOUZA, M. F. G. D.; MONTEIRO, A. I. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 568-573, jul./set.2011.

PEIXOTO, L. S. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, Murcia, n. 29, p. 324-40, jan. 2013.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set.2006.

PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-410, jul./set.2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8.ed. São Paulo: Elsevier, 2013. p.365

RATINAUD, P. **IRaMuTeQ**: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. 2009. Retrieved from <http://www.iramuteq.org>

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, T. D. F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 454-62, jul./set., 2012.

RODRIGUEZ, E. O. L. et al. Informática em enfermagem: facilitador na comunicação e apoio para a prática. **Invest Educ Enferm**, Medellín, v. 26, n. 2 supl 1, p. 144-149, set.2008.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-51, jun. 2011.

ROSA, M. I. Formar, não treinar: o lugar da palavra. **Pro-Posições**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 155-72, 2010.

ROSSETTI, L. T. **Educação permanente como ferramenta de gestão do sistema único de saúde: a concepção dos enfermeiros**. 2015. 61 p. (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

SAMMER, C.E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **J. Nurs. Scholarsh**, v. 42, n. 2, p. 156-65, 2010.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Ensino da sistematização da assistência de enfermagem aos técnicos de enfermagem. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 557-62, 2015.

SANHUDO, N. F. **Liderança em enfermagem na prevenção e controle de infecções nos pacientes com câncer**. 2013. 254p. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr.2007.

SANTANA, L. D. C.; ARAÚJO, T. C. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. **Revista ACRED**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 59-71, 2016.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. D. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago.2012.

SANTOS, J. L. G. D. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013.

_____. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 136-43, 2013.

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

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 80-7, jan./fev. 2003.

SAMARANAYAKE, N. R. et al. The effectiveness of a 'Do Not Use' list and perceptions of healthcare professionals on error-prone abbreviations. **Int. J. Clin. Pharm.**, v. 36, p. 1000-1006, 2014. DOI: 10.1007/s11096-014-9987-9

SEIGNEMARTIN, B. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital-escola. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1123-1132, 2013.

SCHWALM, M. T. Registros de enfermagem: situação de um hospital do sul do Brasil. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1638-1648, jan./mar.2011.

SILVA, T. G. D. et al. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 24-27, 2016a.

SILVA, I. R. et al. Ordens e desordens: complexidade do adolescer e saúde sexual: contribuições para enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2 e14569, p. 1-6, 2016b.

SILVA, T. G. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enferm. Foco**, Brasília, v.7, n.1, p.24-27, 2016c.

SILVA, et al. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e3600015, 2016d.

SILVA, I. R. **Gerenciando cuidados de enfermagem diante da complexidade-adolescência no contexto das DST/Aids**. 2012. 285 p. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro.

_____. **Gestão do conhecimento científico: conexões entre a pesquisa e o gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da adolescência**. 2015. 236 p. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro.

SILVA, C. M. C.; MOREIRA, M. C. A complexidade no cotidiano de uma unidade onco-hematológica e suas implicações na gerência do cuidado de enfermagem. In: **XIII Conferencia Iberoamericana de Educacion en Enfermeria, 2015**, Rio de Janeiro. XIII Conferencia Iberoamericana de Educacion en Enfermeria, 2015. v. 1. p. 123-123.

SILVA, T. P. D. **Desvelando as relações e inter-retro-ações do enfermeiro no gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança com condição crônica hospitalizada**. 2013. 229 p. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro.

_____. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com dor oncológica crônica**. 2016. 184 p. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro.

SILVA, J. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 576-581, jul./set.2012.

- SILVA, M. D. G. F. D. **Registro de enfermagem no prontuário em um hospital universitário - uma busca pela humanização do cuidado**. 2011. 100p. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-6, 2011a.
- SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.6, p. 1187-1193, jun. 2010.
- SILVA, I. D. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.
- SILVA, F. G.; TAVARES NETO, J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Rev Bras Educ Med.**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 113-126, fev.2007.
- SILVA, M. J. P. D. **Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 3. ed. São Paulo: Loyola, abr.2005.
- SILVEIRA, D. M. et al. Facilidades/dificuldades vivenciadas por graduandos de uma universidade pública na elaboração da evolução de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 832-7, nov./dez. 2015.
- SOARES, A.; PORTO, F. Nem lady nurse, nem nurse: a manager nurse no cenário hospitalar no Rio de Janeiro (BR). **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro v. 1, n. 2, p. 124-131, set./dez.2009.
- SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.
- SOUSA, P. A. F.; DAL SASSO, G. T. M.; BARRA, D. C. C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-9, out./dez.2012.
- SOUZA, M. D. L. D. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun.2005.
- SOUZA, R. P.; IZU, M.; SANTIAGO, L. C. O uso de um Sistema Eletrônico de Informação na prática profissional do enfermeiro gerencial. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7281-7288, abr.2015.

- SOUZA, L. P.; VASCONCELLOS, C.; PARRA, A. V. Processo de enfermagem: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 5-20, mar./mai. 2015.
- STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. D. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2 ed. Barueri: Manole, 2012. 228p.
- STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2.ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.
- TANNURE, M. C. et al. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 69-74, jul./set.2015.
- TREVIZAN, M. A. et al. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 1-4, mai./jun.2006.
- TORRANCE, C.; MANSELL, I.; WILSON, C. Learning objects? Nurse educators' views on using patients for student learning: ethics and consent. **Education for Health**, v. 25, n. 2, p. 92-7, 2012. Disponível em: http://www.educationforhealth.net/temp/EducHealth25292-3760981_102649.pdf. Acesso em 30 mai. 2018
- TORRES, E. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 730-736, out./dez.2011.
- TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-74, 2008.
- VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino da graduação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev.2011.
- VALENÇA, C. N. et al. A produção científica sobre auditoria de enfermagem e qualidade dos registros. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 69-76, dez.2013.
- VASCONCELOS, R. O. et al. Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. 3/4, p. 56-60, 2016.
- VIEIRA, M. et al. Um modelo de enfermagem como sistema complexo adaptativo. **Aquichan**, Chía, Cundinamarca, v. 9, n. 3, p. 212-221, dez.2009.

VIEIRA G. A. C. M. et al. Avaliação do processo de enfermagem em um hospital universitário em Campina Grande. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1558-70, out./dez., 2014.

WANG, N.; YU, P.; HAILEY, D. The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. **Int. J. Med. Inform.**, v. 84, n. 8, p. 561-9, ago. 2015.

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-135, jan./mar.2007.

WELSH, C. A.; FLANAGAN, M. E.; EBRIGHT, P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign. **Nurs. Outlook.**, v. 58, n. 3, 2010.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 177-182, 2006.



ANEXOS E APÊNDICES

“Algumas pessoas são mais humanas do que outras que sucumbiram ao peso da rotina, da fadiga, do excesso de trabalho, da compartimentalização. Elas têm, porém, o mesmo potencial de humanidade. Por isso, é preciso despertar a humanidade potencial que se encontra adormecida no hospital.” (Edgar Morin, A via para o futuro da humanidade, 2013. p. 235).

ANEXO A

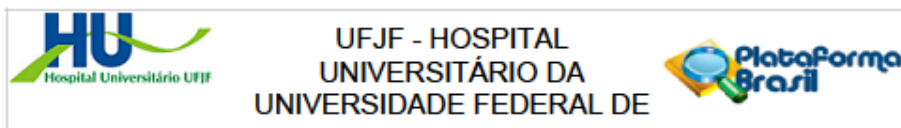


MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado à luz da complexidade: vivência de enfermeiros de um hospital de ensino			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 15			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Nádia Fontoura Sanhudo			
6. CPF: 897.608.910-34		7. Endereço (Rua, n.º): Av. Independência n. 1717 ap.402 São Mateus JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36016321	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 32991080648	10. Outro Telefone:
11. Email: nadiasanhudo@gmail.com			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>27</u> / <u>04</u> / <u>2017</u>		<u>Nádia Fontoura Sanhudo</u> Assinatura <u>COREN/MG</u> <u>65.298</u>	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF		13. CNPJ: 21.195.755/0002-40	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (32) 4009-5100		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Dimas Augusto Araújo</u>		CPF: <u>545.953.126-87</u>	
Cargo/Função: <u>Superintendente</u>		Prof. Dr. Dimas Augusto C. de Araújo Superintendente do HU UFJF / EBSEH SIAPE: 1446660	
Data: <u>07</u> / <u>05</u> / <u>2017</u>		Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado à luz da complexidade: vivência de enfermeiros de um hospital de ensino

Pesquisador: Nádia Fontoura Sanhudo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68735817.5.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.213.143

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa e de caráter compreensivo. A investigação será realizada no setor de Clínica Médica (com 22 leitos masculinos e 29 leitos femininos, totalizando 51 leitos) de um hospital de ensino, situado em um município da zona da mata mineira, que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para a macrorregião Sudeste do país. Participantes Todos os enfermeiros lotados no respectivo setor anteriormente especificado serão convidados a participar desta pesquisa. Participarão deste estudo, aproximadamente, 15 enfermeiros que estejam na gerência do cuidado. Destes, quatorze enfermeiros estão na assistência e um enfermeiro está na coordenação do setor. Vale ressaltar que, tais dados foram obtidos mediante visita prévia ao campo de pesquisa. Adotaremos como critério de inclusão: enfermeiro atuante no setor citado; que atue no hospital por um período mínimo de três meses, por ser um tempo suficiente para que este profissional se aproprie da realidade vivenciada no hospital; que aceite participar da pesquisa como voluntário não remunerado; que assine o TCLE concordando com sua participação no estudo. Critério de exclusão: enfermeiro que esteja fora da unidade na época da coleta de informações (férias, licença médica, licença para estudos); enfermeiro que após três tentativas de contato pessoal e/ou telefônico não se manifestar para o agendamento da entrevista;

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
 Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.213.143

que expresse a vontade de interromper sua participação em qualquer fase do estudo. O convite para os participantes entrarem na pesquisa será feito de maneira individual e em função dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos previamente para esse estudo. Esta pesquisa reunirá informações provenientes das entrevistas semiestruturadas gravadas, da observação participante e da pesquisa documental. Será feito o tratamento dos dados qualitativos acerca da prática do discurso dos entrevistados, assim como a análise da observação participante descrita no diário de campo e a análise do roteiro da pesquisa documental, mediante a Análise de Conteúdo, apoiando os resultados na modalidade por blocos temáticos, proposta por Bardin (2011), especificamente, análise dos conteúdos das questões abertas e fechadas, com a classificação por analogia dos conteúdos e a consequente construção das categorias/ideias nucleares surgidas a partir do processo de categorização das falas dos enfermeiros. Análise da pesquisa documental será feita através de blocos maiores, com consequente categorização e subcategorização. Início da coleta de dados prevista para 01/08/2017 e relatório final da pesquisa em 30/08/2018.

Apresentação do projeto esta clara, objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender como os registros de enfermagem são realizados pela equipe de enfermagem e utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado em um hospital de ensino de Minas Gerais.

Objetivo Secundário: 1) Conhecer os aspectos que dificultam e facilitam a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado; 2) Aprender como os enfermeiros utilizam dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado;

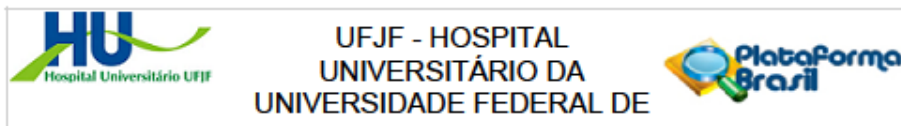
3) Caracterizar o tipo de registro de enfermagem utilizado pelos enfermeiros para a gerência do cuidado; 4) Discutir os aspectos intervenientes para a utilização dos registros de enfermagem, pelos enfermeiros, para a gerência do cuidado.

O Objetivo da pesquisa está delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A investigação que prevê riscos mínimos aos envolvidos, semelhantes às situações cotidianas da vida, sendo assegurado o compromisso em se maximizar os benefícios e minimizar os danos e riscos. Não haverá intervenção sobre os participantes, uma vez que a coleta de informações será

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
 Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.213.143

por meio de entrevista semiestruturada gravada, observação participante e pesquisa documental.

Benefícios para os participantes: contribuir para uma melhor conscientização no que tange os registros de enfermagem para os enfermeiros realizarem a gerência do cuidado com qualidade, responsabilidade, eficiência e eficácia.

A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

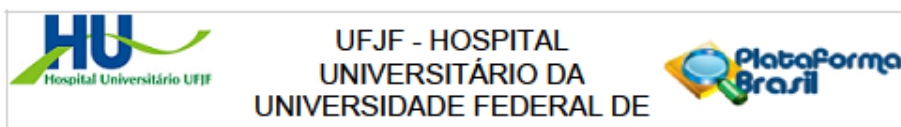
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância acadêmica e social, tendo em vista que busca compreender como os registros de enfermagem são realizados pela equipe de enfermagem e utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e concordância com a realização da pesquisa, TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h, i.

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
 Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 2.213.143

Recomendações:

Lembramos ao pesquisador que, no cumprimento da Resolução 466/2012, a coleta de dados deve iniciar após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e o CEP deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

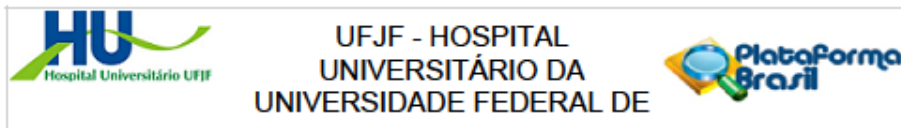
Diante do exposto, o projeto está APROVADO, estando de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: 30/06/2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_910377.pdf	10/07/2017 17:09:37		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoDeInfraestruturaEConcordancia.pdf	10/07/2017 17:08:00	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/07/2017 14:52:33	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/07/2017 14:52:17	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	TermoDeConfidencialidadeESigilo.docx	03/07/2017 14:35:53	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	03/07/2017 14:35:13	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	22/05/2017 13:56:15	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	Outros4.pdf	22/05/2017 13:55:45	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	Outros3.pdf	22/05/2017 13:55:05	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	Outros2.pdf	22/05/2017 13:54:35	Ramon Pacheco de Souza	Aceito

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
 Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.213.143

Outros	Outros1.pdf	22/05/2017 13:53:52	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	LattesRamon.pdf	22/05/2017 12:24:19	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	LattesNadia.pdf	22/05/2017 12:23:58	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	InstrumentoDePesquisaDocumental.pdf	22/05/2017 12:22:19	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	InstrumentoDeObservacaoParticipante.pdf	22/05/2017 12:21:48	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Outros	InstrumentoDeEntrevistaSemiestruturada.pdf	22/05/2017 12:21:09	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Orçamento	Outros6.pdf	22/05/2017 12:15:44	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/05/2017 12:14:28	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.pdf	22/05/2017 09:58:47	Ramon Pacheco de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.docx	22/05/2017 09:58:20	Ramon Pacheco de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 10 de Agosto de 2017

Assinado por:
Leandro Marques de Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
 Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

PESQUISA: “A utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros”.

ROTEIRO SISTEMATIZADO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nº _____

Pseudônimo do Enfermeiro:

Data de aplicação: ____ / ____ /20 ____

Local de aplicação: _____

Início: _____ Término: _____ Tempo gasto para aplicação: _____

Observações:

CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

1) Sexo

A. () Masculino B. () Feminino

2) Idade

A. () 21 a 30 B. () 31 a 40

C. () 41 a 50 D. () 51 ou mais

3) Tempo de formação profissional

A. () 3 meses a 1 ano B. () 1 a 3 anos

APÊNDICE A

C. () 4 a 6 anos D. () 7 a 9 anos E. () 10 anos ou mais

4) Tempo que trabalha neste hospital

A. () 3 meses a 1 ano B. () 1 a 3 anos

C. () 4 a 6 anos D. () 7 a 9 anos E. () 10 anos ou mais

5) E nesta unidade?

A. () 3 meses a 1 ano B. () 1 a 3 anos

C. () 4 a 6 anos D. () 7 a 9 anos E. () 10 anos ou mais

6) Qual o seu vínculo empregatício neste hospital?

() RJU () CLT

7) Qual o seu regime de trabalho neste hospital?

() Diarista () Plantonista () Outro – Especificar: _____

8) Em que locais você trabalha atualmente?

9) Realizou algum curso de qualificação/atualização/aperfeiçoamento/especialização/mestrado/doutorado em Saúde e/ou Enfermagem?

A. () Sim. Qual(is) curso(s) e duração em horas.

B. () Não.

QUESTÕES NORTEADORAS

1) Para você, o que é Gerência do Cuidado de Enfermagem?

2) Qual (is) o (s) conhecimento (s) que você tem sobre Registros de Enfermagem?

3) Como você compreende a realização dos registros e enfermagem e a sua utilização para a gerência do cuidado?

4) Quais os desafios e dificuldades encontrados por você ao utilizar dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado?

5) Quais as facilidades que os registros de enfermagem apresentam para a gerência do cuidado?

6) Como você utiliza dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado?

7) Quais os tipos de registros de enfermagem utilizados por você para fazer a gerência do cuidado?

8) Qual (is) tema (s) na área de Gerenciamento em Enfermagem necessita aprimorar para sua atuação profissional no setor que você trabalha?

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

PESQUISA: "A utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros".

ROTEIRO SISTEMATIZADO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Data: ___ / ___ /20___ Setor: _____

Horário de Início: _____ Horário de Término: _____

Duração total da observação: _____

Participante envolvido: _____

Aspectos observados:

*Tipos de registros de enfermagem desenvolvidos pelos enfermeiros para a gerência do cuidado no setor selecionado;

*Onde o enfermeiro registra e o porquê registra;

*Tipos de registros de enfermagem utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado no setor selecionado;

*Situações em que os registros de enfermagem são utilizados para a gerência do cuidado no setor selecionado;

*Situações que favorecem a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado no setor selecionado;

*Situações que não favorecem a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado no setor selecionado;

*Outras situações relevantes.

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

PESQUISA: "A utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros".

ROTEIRO SISTEMATIZADO DA PESQUISA DOCUMENTAL

Data: ___/___/20___

Setor: _____



Tipo de documento referente ao registro de enfermagem/ o que está registrado?

Quem fez este registro? _____

Por que foi feito este registro (finalidade)? _____

Outras observações sobre este documento: _____

APÊNDICE D

	<p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	--	---

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Mestrado
em Enfermagem.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "A utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros", sob orientação da Prof.^a Dr.^a Nádia Fontoura Sanhudo. Neste estudo pretendemos compreender como os registros de enfermagem são utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado; conhecer os fatores que facilitam e dificultam a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado; apreender como os enfermeiros utilizam dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado; caracterizar os tipos de registros de enfermagem utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado e; discutir os aspectos intervenientes para a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado. Este é um estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa e de caráter compreensivo.

O motivo que nos leva a estudar tal temática encontra-se, principalmente, num conjunto de intenções por parte do autor, que se destaca a partir da necessidade da ampliação acerca da compreensão sobre os registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros em um hospital de ensino.

A participação do Sr. (a) nesta pesquisa será na coleta de dados através de observação participante do enfermeiro e concedendo uma entrevista semiestruturada gravada. Esta será uma investigação que prevê riscos mínimos aos envolvidos, semelhantes às situações cotidianas da vida, sendo assegurado o compromisso em se maximizar os benefícios e minimizar os danos e riscos. Entretanto, os riscos potenciais relacionados à sua participação no estudo podem ocorrer no âmbito da ação dos cuidados de enfermagem, com o risco de constrangimento à observação participante. Nesse sentido, será feito o possível para evitar qualquer desconforto durante a entrevista e/ou durante a observação participante, esclarecendo-o ou tranquilizando-o. Os riscos potenciais podem ser justificados pela importância do benefício esperado. O benefício relacionado à sua participação na pesquisa será o de contribuir para uma melhor compreensão sobre a utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros na atenção terciária de saúde.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua

APÊNDICE D

permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. As informações e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Eu, _____, portador (a) do Documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo "*A utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros*", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 ____.



_____	_____
Nome e assinatura do (a) participante	Data
_____	_____
Nome e assinatura do pesquisador	Data
_____	_____
Nome e assinatura da testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF
Hospital Universitário. Unidade Dom Bosco, 2º. Andar, Juiz de Fora - MG. Brasil.
Fone (32) 4009-5336
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

Pesquisadora Responsável:
Prof.ª Dr.ª Nádia Fontoura Sanhudo
Faculdade de Enfermagem da UFJF
Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, s/nº, Campus da UFJF. Martelos.
CEP: 36.036-330. Juiz de Fora – MG. Brasil.
Fone: (32) 9 9108-0648.
E-mail: nadiasanhudo@gmail.com

APÊNDICE E

	<p align="center">HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	---	---

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Mestrado em
Enfermagem.

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Prof.^a Dr.^a Nádia Fontoura Sanhudo, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "A utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros", declaro cumprir com todas as obrigações abaixo:

- a) Que o acesso aos registros de enfermagem, em prontuário de pacientes e em outros documentos para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizarei as informações em prejuízo das pessoas e/ou da instituição, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Meu compromisso em salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Meu compromisso com os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Meu compromisso de que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

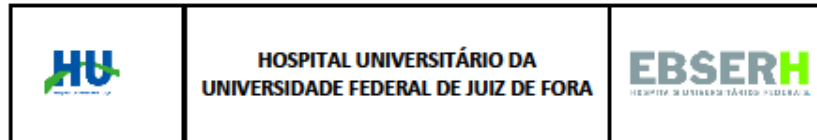
Juiz de Fora, ____ de _____ de 20 ____.

Prof.^a Dr.^a Nádia Fontoura Sanhudo
Pesquisadora Responsável

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:
CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF
Hospital Universitário. Unidade Dom Bosco, 2º. Andar, Juiz de Fora - MG. Brasil.
Fone (32) 4009-5336
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

Pesquisadora Responsável: Prof.^a Dr.^a Nádia Fontoura Sanhudo
Faculdade de Enfermagem da UFJF Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, s/nº, Campus da UFJF. Martelos.
CEP: 36.036-330. Juiz de Fora – MG. Brasil. Fone: (32) 9 9108-0648. E-mail: nadiasanhudo@gmail.com

APÊNDICE F

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E CONCORDÂNCIA**

Referente ao Projeto de Pesquisa *"A utilização dos registros de enfermagem para a gerência do cuidado pelos enfermeiros"*, vinculado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF, sob a orientação e responsabilidade da Profª Drª Nádia Fontoura Sanhudo e do mestrando Ramon Pacheco de Souza, que tem por objetivo geral compreender como os registros de enfermagem são utilizados pelos enfermeiros para a gerência do cuidado. Eu, Maria Auxiliadora Vieira Mendes, Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário da UFJF, declaro:

Ter anuência para realização dos procedimentos da pesquisa, e
Existência da infraestrutura necessária à realização da mesma.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura e Carimbo