

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RAQUEL MARIA VIOLETA COSSA

**O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIVERSIDADE
PÚBLICA E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL NA
PERSPECTIVA DE SEUS DOCENTES E ENFERMEIROS**

**PORTO ALEGRE
2011**

RAQUEL MARIA VIOLETA COSSA

**O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIVERSIDADE
PÚBLICA E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL NA
PERSPECTIVA DE SEUS DOCENTES E ENFERMEIROS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Miriam de Abreu Almeida

**PORTO ALEGRE
2011**

CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

C836p Cossa, Raquel Maria Violeta

O Ensino do Processo de Enfermagem em uma Universidade Pública e Hospital Universitário do Sul do Brasil na perspectiva de seus Docentes e Enfermeiros – [manuscrito] / Raquel Maria Violeta Cossa. – 2011.

128 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Orientação: Miriam de Abreu Almeida

1. Processo de enfermagem 2. Ensino e aprendizagem 3. Prática profissional I. Almeida, Miriam de Abreu II. Título

NLM WY100

Bibliotecário Responsável: Rubens da Costa Silva Filho CRB10/1761

RAQUEL MARIA VIOLETA COSSA

**O Ensino do Processo de Enfermagem em uma Universidade Pública e Hospital
Universitário do Sul do Brasil na Perspectiva de seus Docentes e Enfermeiros.**

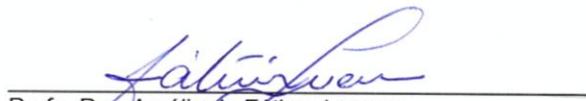
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de março de 2011.

BANCA EXAMINADORA



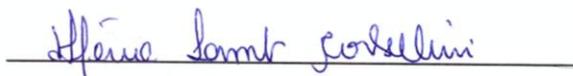
Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Jamisse Wilson Taimo
Membro da banca
ISRI/Moçambique



Profa. Dra. Valéria Lamb Corbellini
Membro da banca
PUC/RS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus altíssimo pela Sua iluminação e amparo constantes. Sem a Sua luz a guiar-me, nada teria sido possível. Na voz do Profeta Isaías Ele diz:

“Eu irei adiante de ti, endireitarei os caminhos tortuosos, quebrarei as portas de bronze e despedaçarei as trancas de ferro” Isaías Capítulo 45.2.

Aproveito este espaço para endereçar sinceros agradecimentos a todos quantos contribuíram para tornar possível a minha formação:

À minha mãe Henriqueta Maria da Fonseca e a meus irmãos, Nelson António Cossa, Fernanda Shiena Cossa, Adelson Manuel António Cossa e Celso António Cossa pela compreensão da importância desta conquista e aceitando as minhas ausências; mesmo de longe, sempre estiveram presentes, ajudando e torcendo pela concretização da minha formação.

Ao CNPq do Brasil e ao MCT de Moçambique, por terem tornado possível o meu deslocamento e apoiado financeiramente, durante dois anos, o meu Curso de Mestrado no Brasil.

Ao Ministério da Saúde de Moçambique por ter permitido a minha vinda ao Brasil, para a minha formação.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pela oportunidade da vaga.

Apraz-me expressar especial agradecimento à minha orientadora Miriam de Abreu Almeida, pela amabilidade e apoio incondicional, pelas observações, críticas e correções precisas ao trabalho.

Às Dras Denise Silveira Tolfo e Maria da Graça Crossetti, com meu forte abraço o especial agradecimento por compartilharem comigo seus conhecimentos, pelo incentivo, carinho e disponibilidade nos momentos em que sempre delas precisei.

À Congregação dos Irmãos Maristas e Associação de Voluntariado e Solidariedade (AVESOL), que me transmitiram energia e vitalidade e deixaram marcas duradouras, pela força e energia com que defendem os seus ideais e pela serenidade com que reagem aos momentos críticos. Dos Irmãos da Congregação aprendi que cada pergunta pode ter mais de

uma resposta, e que a resposta a escolher é a que vai ao encontro da realidade. Colhi frutos positivos, não somente técnico-profissionais, mas para vida.

Agradeço especialmente ao Irmão Cláudio Rockenback, pelo empenho e paciência, assumindo constantemente o papel de pai, ao longo de toda a minha trajetória de formação acadêmica.

Aos professores do Curso do Mestrado de Enfermagem da UFRGS e colegas pela amizade e conhecimentos adquiridos, durante o período da formação.

Ao professor Egon Roque Fröhlich e colegas do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR) na construção da metodologia, pelas suas contribuições.

Às amigas Ana Terra Gonçalves Pereira, Maria de Lurdes Rodrigues Pedroso, José Luis Guedes dos Santos, Melissa Azevedo, Eunice Fabiani Hilleshei, Caroline Maier Predebon, Marcos Barragan da Silva por se preocuparem comigo e auxiliando nos momentos em que sempre precisei.

À professora Olga Rosária Eidt, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), pelo apoio e incentivo na busca do Mestrado em Enfermagem na UFRGS, e a todos os professores do Curso de Enfermagem dessa Instituição os quais de forma direta ou indireta, contribuíram para esse sucesso.

Aos participantes da pesquisa, pela sua colaboração, sem os quais não seria possível alcançar os resultados deste estudo.

Às Profos Drs. Amália de Fátima Lucena, Valéria Lamb Corbellini e Jamisse Uilson Taimo, por aceitarem o convite para participar da banca examinadora desta dissertação e pelas importantes sugestões.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI), coordenado pela Prof.^a Eneida Rejane Rabelo da Silva, pelo espaço de discussão e aprendizado acadêmico.

À secretária, bibliotecárias e demais funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, pelo apoio prestado durante o tempo de formação.

Às Bolsistas de iniciação científica, Luciana Menna Barreto e Aline Nomura, da UFRGS, pelo auxílio nos momentos em que precisei.

À querida professora e amiga Maria José Sacur, pela preocupação constante para comigo, não poupando conselhos edificantes, em diversos momentos da minha vida, especialmente no período da formação.

Aos Drs. Manuel António Raivoso e Manuel Rodrigues Simão, pelas conversas e estímulo na busca dos conhecimentos na área de Ciências de Saúde.

Finalmente, agradeço a todos quantos contribuíram direta ou indiretamente para meus estudos e que ocupam espaço no meu coração.

Muito Obrigada!

Kanimambo!

HINO DA ENFERMEIRA

Ir. Míria T. Kolling

Com o irmão eu assumo a dor, o sofrimento;
Por vocação, tenho a missão
De ser coragem, força, luz e alento.

Creio na felicidade
De quem doa a vida inteira
Pra servir a humanidade,
Ser de Deus a enfermeira,
Que, no amor, na caridade,
Liberta o irmão da dor.

Espero, e muito, na eficiência
Do hospital, da medicina:
É dever de consciência,
Nesta terra peregrina,
Atender às exigências
Da eterna salvação.

Amo Cristo no Paciente,
Vejo em todos sua imagem,
Para, um dia, ouvir contente,
Dele mesmo esta passagem:
“Venha ao céu, pois fui doente,
Você cuidou de mim”.

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi conhecer o desenvolvimento do ensino do Processo de Enfermagem (PE) em uma Universidade pública e Hospital Universitário do Sul do Brasil, na perspectiva de docentes e de enfermeiros. Os dados foram coletados durante o mês de maio de 2010, por meio da entrevista semi-estruturada, com oito participantes sendo, quatro docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e quatro enfermeiros Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A escolha das participantes foi intencional e buscou abarcar profissionais com experiência nas diferentes gerações do PE. As informações coletadas foram analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, das quais emergiram três categorias denominadas *Facilidades*, *Dificuldades* e *Estratégias de ensino do Processo de Enfermagem*, cada uma delas com subcategorias. Na primeira categoria – *Facilidades* –, foi destacada a importância de o PE estar contemplado em atividades obrigatórias e não obrigatórias; possuir um Hospital Universitário com o PE implantado e informatizado, o que permite a vivência do discente em atividades práticas, desde o início da sua formação, bem como a facilidade do uso de recursos tecnológicos que melhoraram a efetividade do trabalho do enfermeiro, na assistência. Outro aspecto relevante consistiu na capacitação dos docentes e enfermeiros sobre o PE, o que contribuiu para o exercício da docência com qualidade. Na segunda categoria – *Dificuldades* –, as participantes da pesquisa expressaram falta de conhecimento, de motivação e descrença quanto ao uso do PE; revelaram ainda a falta de fundamentação teórica na sua aplicação, a descrença dos próprios docentes e discentes em relação a essa metodologia, o preparo insuficiente durante o Curso de Graduação em Enfermagem, a falta de interesse do futuro enfermeiro em desenvolver-se profissionalmente, o registro inadequado de algumas etapas do PE, como a ausência do diagnóstico de enfermagem, a dissociação entre a teoria e a prática clínica encontrada em outros campos de prática que não utilizam o PE, e a resistência dos enfermeiros em adotar essa metodologia. Na última categoria – *Estratégias de ensino do PE* –, foram destacados o Estudo de caso e o Ambiente virtual de aprendizagem, por favorecerem o desenvolvimento do pensamento crítico e do processo diagnóstico do aluno, estimulando a construção de conhecimentos. Estes resultados podem colaborar para que docentes de outras Instituições de ensino de Graduação em Enfermagem reflitam sobre as suas práticas pedagógicas, com o intuito de melhorar o ensino do PE na teoria e na prática clínica, bem como trazer contribuições para o desenvolvimento da realidade moçambicana.

Descritores: Enfermagem. Processos de Enfermagem. Ensino, Prática profissional. Educação em Enfermagem. Terminologias.

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, cualitativo, cuyo objetivo fue conocer el desarrollo educativo del Proceso de Enfermería (PE) en una Universidad pública y Hospital Universitario del Sur de Brasil, en la perspectiva de docentes y enfermeros. Los datos fueron obtenidos durante el mes de mayo de 2010 por medio de una entrevista semi-estructurada, con ocho participantes, cuatro docentes de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) y cuatro enfermeros del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Entre los participantes se incluyeron profesionales con experiencia de diferentes generaciones del PE. La información obtenida fue analizada según la técnica de análisis de contenido, de tipo temática, obteniendo así tres categorías denominadas: *Facilidades*, *Dificultades* y *Estrategias de enseñanza del Proceso de Enfermería*, siendo cada una de ellas dividida en subcategorías. En la primera categoría, *Facilidad*, fue destacada la importancia del PE estar vinculado a actividades obligatorias y no obligatorias; de poseer un Hospital Universitario con PE implantado e informatizado, lo que permite la vivencia del discente en actividades prácticas desde el inicio de su formación, bien como la facilidad del uso de recursos tecnológicos que mejoran la efectividad del trabajo del enfermero en la asistencia. Otro aspecto relevante consiste en la capacitación de los docentes y enfermeros sobre el PE, lo que contribuye para el ejercicio de la docencia con calidad. En la segunda categoría, *Dificultad*, los participantes expresaron falta de conocimiento, de motivación e incredulidad con respecto al uso del PE; también fueron destacados la falta de fundamentación teórica en su aplicación, la incredulidad de los propios docentes y discentes en relación a esta metodología, el preparo insuficiente durante el Curso de Graduación en Enfermería, la falta de interés del futuro enfermero en desarrollarse profesionalmente, el registro inadecuado de algunas etapas del PE, la ausencia de diagnóstico de enfermería, la disociación entre la teoría y la práctica clínica encontrada en otros campos de práctica que no utilizan el PE y la resistencia de los enfermeros en adoptar esta metodología. En la última categoría, *Estrategias de enseñanza del PE*, fueron destacados: el Estudio de caso y el Ambiente virtual de aprendizaje; ambos se vinculan al desarrollo del pensamiento crítico y al proceso de diagnóstico del alumno, estimulando la construcción del conocimiento. Estos resultados pueden contribuir para que docentes de otras instituciones de Cursos de Graduación en Enfermería evalúen sus prácticas pedagógicas con el objetivo de mejorar la enseñanza del PE en la teoría y en la práctica clínica, a fin de contribuir con el desarrollo de Mozambique.

Descriptor: Enfermería. Proceso de Enfermería. Enseñanza. Práctica Profesional. Educación en Enfermería. Terminología.

ABSTRACT

This is an exploratory study with a qualitative approach, whose goal was to develop the teaching of Nursing Process (NP) in a public University Hospital and University of Southern Brazil, from the perspective of teachers and nurses. Data were collected during May 2010 through the semi-structured interview with eight participants, four professors of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – a local federal university–, and four nurses of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). The participants' choice was intentional and aimed to cover professionals with experience in the different NP generations. The information collected was analyzed according to the content analysis technique of the thematic type, from which emerged three categories named *Facilities, Difficulties and Strategies of Teaching Nursing Process*, each one with subcategories. In the first category (*Facilities*) was highlighted the importance of NP being included in obligatory and non obligatory activities; to possess a University Hospital with NP implemented and computerized, allowing the experience of students in practical activities since the beginning of their training and the facility of use of technological resources that have improved the effectiveness of nursing work in care. Another relevant aspect is the qualification of professors and nurses about the NP, which contributes to the exercise of teaching with quality. In the second category (*Difficulties*), the participants expressed lack of knowledge, motivation and disbelief about the use of the NP; they either detected the lack of theoretical basis in their application, the disbelief of their own professors and students in relation to this methodology, the insufficient preparation during the Undergraduate Nursing Course, the lack of interest from future nurses to develop themselves professionally, and also the inadequate recording of some stages of NP, such as lack of nursing diagnosis, the decoupling between theory and clinical practice found in other fields of practice that do not use the NP, and the resistance of nurses to adopt this methodology. In the last category (*Strategies for teaching NP*), were detached Case Study and Virtual Learning Environment by fostering the development of critical thinking and the diagnostic process of the student, encouraging knowledge construction. These results can contribute to professors of others Institutions of Undergraduate Nursing to reflect on their teaching practices, in order to improve the teaching of NP in theory and clinical practice, as well as make contributions to the development of Mozambican reality.

Key-Words: Nursing. Nursing Process. Education. Professional Practice. Nursing Education. Terminology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Categorias e subcategorias Temáticas

Figura 1 – Tela inicial de aplicativos para Gestão Hospitalar (AGH)

Figura 2-Tela de “sinais e sintomas” selecionados do aplicativo AGH para prescrição de Enfermagem

Figura 3-Tela de Manutenção da prescrição de Enfermagem do AGH

LISTA DE ABREVIATURAS

CAI- Instrução Auxiliada por Computador

COPE- Comissão do Processo de Enfermagem

CES- Câmara da Educação Superior

CNE- Conselho Nacional de Educação

DE- Diagnóstico de Enfermagem

DNC - Diretrizes Nacionais Curriculares

EEUFRGS- Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

GENF- Grupo de Enfermagem

GIDE- Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem

HCPA- Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IDA- Integração Docente-Assistencial

ISCISA- Instituto Superior de Ciências de Saúde de Moçambique

GTDE- Grupo de Trabalho sobre Diagnósticos de Enfermagem

LDB- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MCs- Mapas Conceituais

MEC- Ministério da Educação

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

NANDA-I- NANDA International

NIC- Nursing Interventions Classification

NHBs- Necessidades Humanas Básicas

NOC- Nursing Outcomes Classification

PE- Processo de Enfermagem

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	20
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
3.1 Aspectos históricos do Processo de Enfermagem	21
3.2 As Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.....	24
3.3 Fases do Processo de Enfermagem	26
3.4 Terminologias e Sistemas de Classificação de Enfermagem	28
3.5 Ensino Teórico Prático do Processo de Enfermagem.....	31
4 METODOLOGIA.....	36
4.1 Tipo de Estudo	36
4.2 Local de Estudo.....	37
4.3 Participantes do Estudo	38
4.4 Coleta de Informações.....	39
4.5 Análise das Informações	40
4.6 Considerações Éticas	41
5 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO.....	42
5.1 Facilidades no Ensino do Processo de Enfermagem.....	43
5.1.1 Aplicações do Processo de Enfermagem em Atividades Curriculares Obrigatórias e não Obrigatórias.....	44
5.1.2 Capacitação dos docentes	57
5.1.3 Implementação do Processo de Enfermagem no Hospital de Ensino	64
5.1.4 Informatização do Processo de Enfermagem no Hospital de Ensino.....	75
5.2 Dificuldades no Ensino do Processo de Enfermagem.....	83
5.2.1 Falta de Conhecimento, de Motivação e Descrença quanto ao uso do Processo de Enfermagem.....	84
5.2.2 Registro Incompleto das Etapas do Processo de Enfermagem.....	89
5.2.3 Aspectos Organizacionais no Campo da Prática	94
5.3 Estratégias Utilizadas no Ensino do Processo de Enfermagem.....	97
5.3.1 Estudos de Caso Clínico.....	97

5.3.2 Ambiente Virtual de Aprendizagem.....	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICE A – Roteiro para entrevistas com docentes e enfermeiros	125
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	126
ANEXO A- Carta de aprovação de pesquisa da escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	127
ANEXO B - Documento de aprovação do projeto de pesquisa no comitê de ética em pesquisa	128

1 INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos, especificamente a partir da década de 1950, observa-se uma preocupação crescente da Enfermagem norte-americana na forma de organização, planejamento e assistência qualificada do cuidado. Nessa ótica dos acontecimentos, o avanço da profissão da Enfermagem tem sido influenciado pela introdução do Processo de Enfermagem (PE), como método de trabalho, com fundamento científico, tanto para a investigação, quanto para o desenvolvimento de suas bases teóricas, aplicadas à prática⁽¹⁾.

O PE pode ser definido como um instrumento metodológico e sistemático de prestação de cuidados, cujo foco é o indivíduo como um todo e não apenas a sua doença. Possibilita uma abordagem ampla e busca a autonomia do paciente, considerando suas respostas humanas a um determinado problema⁽²⁾. Esse novo proceder consiste nas seguintes fases: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. A identificação dessas fases e o desenvolvimento racional do sequenciamento são úteis como instrumentos para o processo de raciocínio e julgamento clínico na prática profissional dos enfermeiros.

O PE no Brasil foi normatizado pela lei do exercício profissional nº 7.498, de 25/07/1986, que proporcionou visibilidade e reconhecimento profissional, conferindo funções específicas ao profissional enfermeiro⁽³⁾. Assim, as instituições educadoras se responsabilizaram pelo desenvolvimento e avaliação do PE por meio das investigações, sendo esse processo a expressão da “Sistematização da Assistência de Enfermagem” (SAE)⁽⁴⁾. Mais recentemente, o Conselho Federal de Enfermagem publicou a resolução 358/2009 em que é considerada a SAE como aquela que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE⁽⁵⁾.

A abordagem do PE possui importância, pois permite uma visão global dos problemas do cliente por meio do planejamento específico individualizado, e conseqüente resolução dos mesmos, pela implementação dos cuidados prescritos. Além de enriquecer a prática, o PE direciona o ensino e conduz a uma forma mais científica de avaliação. Desta maneira, evidencia-se a relevância do PE na prática assistencial, pois favorece a autonomia do enfermeiro.

Diante dessa relevância do PE, como um processo amplo, no que tange aos cuidados do paciente, tornando-os especiais com essa sistematização, com fundamentação teórica, surgiu o interesse da pesquisadora pelo seu estudo. Convém mencionar a importância da

participação em pesquisa e prestação de cuidados aos pacientes em atividades curriculares, como estágios obrigatórios e não obrigatórios durante seu curso de Graduação em Enfermagem em Porto Alegre-RS. Essas experiências foram determinantes para a constatação desta metodologia, no trabalho do enfermeiro, como um qualificador do cuidado prestado ao paciente, um sistema em desenvolvimento no seu país de origem – Moçambique -, visto que lá foi instituído em 2004.

Durante as experiências que se vivenciaram em Moçambique como técnica de Medicina^a entre 2002 a 2004, pode-se evidenciar determinadas atitudes e postura de colegas da Área de Saúde que causavam desconforto, tais como: dificuldades na tomada de decisão, certa postura acrítica frente a situações que são de responsabilidade do enfermeiro, a prevalência de cuidados de enfermagem rotinizados e técnicos, com foco na doença, tão distantes das propostas acadêmicas. Calcava-se, sobretudo, numa mecanicidade e despersonalização do cuidado ao paciente, que frequentemente era identificado pelo número do leito ou pela patologia. Cabe salientar que esses aspectos não são exclusivos da realidade vivenciada, pois podem ser constatados em outros cenários de produção do cuidado, em função das influências biologistas/mecanicistas/tradicionais que marcaram fortemente o desenvolvimento das ciências da Saúde, durante séculos.

Diante destas constatações, acredita-se que o cuidado baseado no PE possibilita compreender o homem como ser bio-psicossocio-espiritual, e, com esse enfoque, orientar as ações de enfermagem, tanto no que se refere ao planejamento quanto à execução dos cuidados ao paciente, considerando-o na sua totalidade.

Face ao exposto, busca-se a qualificação profissional, não só como crescimento pessoal, mas, sobretudo, para colaborar no processo de consolidação da qualidade da assistência evidenciado, em Moçambique, pelo PE, tanto no ensino, quanto na prática de prestação dos serviços de saúde.

Em 2004 iniciaram-se vários cursos de nível superior no Instituto Superior de Ciências de Saúde de Moçambique (ISCISA), vinculado ao Ministério da Saúde, e cuja primeira turma se formou em 2008⁽⁶⁾. Recentemente, isto é, em 2010, no ICISA, foi introduzido Mestrado em Enfermagem nas seguintes Áreas: (Cuidados Intensivos/Traumatologia, Saúde

^a É um profissional de saúde com formação prevalente na Área Clínica e de Saúde Pública com atuação prioritariamente no diagnóstico e tratamento dos pacientes em ambulatorios e internados em nível de atenção primário e secundário. O Curso de formação do Técnico de Medicina tem duração de dois anos e meio, divididos em cinco semestres, com carga horária total de 3410 horas, das quais 1000 horas correspondem a 29%, em atividades de estágio das disciplinas básicas específicas e 12% são ocupados pelo estágio rural integral, destinado a desenvolver atividades relacionadas com a prestação de cuidados de saúde primária e a consolidação dos conhecimentos clínicos adquiridos durante a fase institucional.

Materna/Neonatologia⁽⁷⁾. Parece que a superação de parte das dificuldades mencionadas anteriormente esteja na formação e na constante qualificação do profissional, porquanto são indispensáveis para uma visão crítica e reflexiva. Corroborando, destaca-se o objetivo do curso de Graduação em Enfermagem do ICISA, que segue:

A formação objetiva habilitar enfermeiros para atuarem de forma competente nos vários ramos da Enfermagem nas atividades de assistência hospitalar, saúde pública, ensino/investigação e em atividades administrativas. No quadro da assistência hospitalar, pretende-se que estes profissionais adquiram habilidades no contexto preventivo diagnóstico, terapêutico e de reabilitação, tendo como fundo o processo de enfermagem⁽⁶⁾.

Assim sendo, o desejo de levar essa contribuição para a terra natal, com base na experiência de um sistema educacional da Enfermagem, isto é, onde são visíveis os efeitos da implementação do PE – constituiu-se na mola propulsora desta opção. A isso se pode acrescentar, ainda, o aperfeiçoamento dos estudos do PE no Brasil, visto ser muito recente a implementação em Moçambique.

Na realidade brasileira observa-se intenso movimento em direção à adoção de sistemas eletrônicos que, além de darem suporte às atividades administrativas, têm auxiliado na implementação do PE e de terminologias utilizadas nas diferentes etapas deste processo⁽⁸⁾. Embora a literatura aponte dificuldades dos enfermeiros em utilizar esta metodologia na prática clínica⁽⁹⁻¹¹⁾ algumas Instituições se destacam nesse cenário. Como exemplo encontra-se o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde o PE está implantado há mais de três décadas⁽¹²⁾, baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBS), de Wanda Aguiar Horta⁽¹³⁾. Acredita-se que o uso deste referencial teórico, fundamentado em conceitos, princípios e proposições, oferece um modelo de metodologia de assistência de enfermagem ou PE, que sustenta as práticas de enfermagem.

A partir destas considerações, levantam-se alguns questionamentos que impulsionam esta pesquisa: Como docentes e enfermeiros percebem a introdução do processo de enfermagem no ensino de Graduação? Como este ensino vem ocorrendo ao longo dos anos, tanto em sala de aula, quanto em atividades práticas no Hospital Universitário, na perspectiva dos docentes e enfermeiros?

Neste contexto, pensa-se que o estudo da utilização do PE no ensino de Graduação e Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS (EEUFRGS), além da aplicação na

prática clínica do Hospital Universitário, reconhecido nacionalmente, possa trazer contribuições para desenvolvimento da realidade moçambicana.

2 OBJETIVO

Conhecer o desenvolvimento do ensino do Processo de Enfermagem na perspectiva do docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) e do enfermeiro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Buscando fundamentar o tema em estudo, serão apresentados aspectos históricos e as fases do PE, abordando-se a teoria das NHBs de Horta, bem como terminologias e sistemas de classificação de Enfermagem utilizados na Instituição em que o estudo foi realizado. Além disso, destaca-se o ensino do PE e seus aspectos teórico e prático.

3.1 Aspectos Históricos do Processo de Enfermagem

A principal personalidade responsável pela Enfermagem moderna foi Florence Nightingale. Com seus estudos e sua participação na Guerra da Criméia, em 1856, ela deu início à Enfermagem Científica, preconizando um modelo de assistência/realização dos cuidados de enfermagem, a partir do estabelecimento de intervenções capazes de melhorar a qualidade da assistência, aplicando medidas de alívio e manutenção da higiene dos pacientes^(14,15).

Nesse contexto, pressupõe-se que o PE teve início com o trabalho de Nightingale, após meados dos anos de 1850. Entretanto, o significado atribuído ao PE e a sua forma de aplicação na prática profissional são dinâmicos, modificando-se no decorrer do tempo, de acordo com os diferentes cenários da prática assistencial⁽¹⁶⁾. Dessa forma, são identificadas, de acordo com Pesult e Harman, três gerações distintas do PE, sendo cada uma delas influenciada pelo estágio do conhecimento, desenvolvido até hoje⁽¹⁷⁾.

A primeira geração do PE compreende as décadas de 1950 a 1970. O termo PE como referência para o planejamento da assistência de enfermagem foi mencionado e descrito, inicialmente, em 1955 e 1961, por: Lydia Hall, Dorothy Johnson, Ida Orlando e Ernestine Wiedenbach. Essas autoras desenvolveram métodos diferentes para o estudo e identificação do PE, que consistia em três fases. Em 1967, houve a descrição do PE em quatro fases por Yura e Walsh (histórico, planejamento, implementação e avaliação)^(18,19).

Nessa mesma época, Faye Abdellah descreveu os 21 problemas de enfermagem do cliente. Esse sistema passou a ser utilizado no currículo das Escolas de Enfermagem para auxiliar os alunos a identificar as respostas do cliente para saúde e doença, que exigiam

intervenção de enfermagem. O mesmo foi considerado a primeira classificação relevante para a prática de enfermagem nos Estados Unidos^(16,20).

Em 1966, Virginia Henderson, identificou 14 necessidades humanas básicas, cujo objetivo foi descrever as necessidades, os cuidados que os clientes necessitavam sem depender do diagnóstico e do tratamento médico. Tanto a lista de Abdellah como a de Henderson têm sido utilizadas no ensino e na prática como instrumento de valorização, como também são consideradas precursoras dos sistemas de classificação (taxonomias) em Enfermagem que mudaram a visão da profissão, pois, esta passou a ter uma preocupação com a identificação dos problemas dos clientes e, mais tarde, com os diagnósticos de enfermagem^(16,17,20,21).

O foco do cuidado de enfermagem estava relacionado a determinadas condições fisiopatológicas médicas, fato este que marcou a primeira geração do PE⁽¹⁷⁾.

Apesar de a literatura demonstrar a existência do uso do PE, desde a década de 1950, esta metodologia e seus elementos só foram empregados como marco teórico da prática de enfermagem em 1970, pela American Nurses Association⁽¹⁹⁾.

De 1970 a 1990, surge a segunda geração do PE, em que as suas quatro fases passaram para cinco, incluindo o diagnóstico de enfermagem. A identificação do diagnóstico de enfermagem gerou mudanças no entendimento do PE, o qual deixa de ter uma conotação linear e lógica, com foco na solução de problemas e assume características de um processo dinâmico e multifacetado, pautado no raciocínio e no pensamento crítico, auxiliando a gerenciar as informações sobre os clientes e a tomar decisões quanto às ações e intervenções de enfermagem⁽¹⁷⁾.

A fase diagnóstica de enfermagem foi incluída após a realização da primeira Conferência para classificação de diagnóstico de enfermagem em St. Louis University of Nursing-Estado de Missouri, EUA, em 1973, dando início a um empenho nacional para identificar, padronizar e classificar problemas de saúde tratados pelas enfermeiras⁽¹⁹⁾.

No Brasil, na década de 1970, surge uma estudiosa, Wanda Horta, docente de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), que fala, pela primeira vez, em diagnóstico de enfermagem, sendo referência nacional até os dias de hoje^(21,22).

No final da década de 1980, houve a inserção da Enfermagem Brasileira na discussão dos diagnósticos de Enfermagem (DE) em âmbito internacional. Em 1988 iniciou-se o engajamento de docentes da Universidade Federal da Paraíba com a apresentação de um estudo na 8ª Conferência da North American nursing Diagnosis Association (NANDA). Esta

foi a primeira terminologia de DE divulgada no mundo e aplicada no Brasil, e será melhor detalhada mais adiante^(23,24).

Também contribuíram para a ampliação da discussão em torno das classificações diagnósticas no Brasil, a criação de um grupo de interesse junto à Associação Brasileira de Enfermagem, o qual foi intitulado Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem (GIDE), a partir de 1990⁽²⁴⁾.

Em termos da legislação profissional brasileira, foi na década de 1980 que o Conselho Federal de Enfermagem⁽³⁾ estabeleceu que a prescrição da assistência de enfermagem era uma atividade privativa do enfermeiro, assegurando o PE como necessário para a profissão.

A terceira geração do PE teve início por volta dos anos 1990, e se destaca pela especificação e testagem na prática de resultados do paciente que sejam sensíveis à intervenção profissional. Uma vez que um diagnóstico é feito, especifica-se um resultado a ser alcançado e cria-se, com isso, uma dupla obrigação, a de se intervir, e, em seguida, avaliar a eficiência da intervenção realizada⁽¹⁶⁾. Outro aspecto relevante nessa fase foi a construção de terminologias para as etapas de planejamento/intervenção e de resultados/avaliação do Processo de Enfermagem⁽¹⁷⁾. A Nursing Interventions Classification (NIC) e a Nursing Outcomes Classification (NOC) são exemplos de classificações de intervenções e de resultados de enfermagem respectivamente, e podem ser utilizadas em conjunto com a NANDA. Esta última tornou-se uma classificação internacional sendo denominada a partir de 2002 de NANDA International (NANDA-I)⁽²⁵⁾.

Nesse sentido, a Resolução n° 358/ 2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), veio reforçar importantes aspectos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem⁽⁵⁾. Essa Resolução diferencia semanticamente os termos SAE de PE, que têm sido utilizados com o mesmo significado para o cuidado de enfermagem.

Assim, visando a nortear o cuidado por meio do PE, o presente estudo buscou subsídios no referencial teórico das NHBs de Wanda Horta⁽¹³⁾, em que procura mostrar a Enfermagem como ciência aplicada, transitando da fase empírica para a fase científica, desenvolvendo suas teorias e sistematizando seus conhecimentos. Em seguida será apresentada a teoria da autora.

3.2 As Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta

O PE, proposto por Horta, em 1979, é embasado no referencial teórico de Maslow sobre a teoria da motivação nas NHBs. Este modelo conceitual se apóia e engloba as mesmas leis que regem os fenômenos universais, tais como: a lei do equilíbrio (hemóstase ou hemodinâmica) segundo a qual o universo se mantém por processo de equilíbrio entre os seres vivos; a lei da adaptação, em que também os seres universais interagem com o meio externo buscando formas de ajustamento e equilíbrio; e, a lei do holismo, em que é defendida a ideia de que o universo e o ser humano são um todo, a célula é um todo e esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser⁽¹³⁾.

Segundo Horta, Maslow organiza as necessidades básicas em cinco níveis de prioridade: 1) de necessidades fisiológicas; 2) de segurança; 3) de amor; 4) de estima e 5) de auto-estima. Nas NHBs, Horta identificou que elas apresentavam várias características: latentes, universais, vitais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas, energéticas e hierarquizadas. No entanto, para classificação das NHBs, Horta utilizou a denominação de João Mahona, identificando-as como necessidades psicobiológicas, psicossocial e psicoespiritual⁽¹³⁾.

Nesse contexto, considera-se que as necessidades psicobiológicas constituem a base da sobrevivência de um indivíduo (oxigenação, água, alimento, sono e repouso), pois o seu conjunto biológico permite caracterizá-lo como ser vivo; necessidades psicossociais (relacionadas a convivências com outros seres, participar e integrar-se com outros indivíduos); e as necessidades psico-espirituais (aquelas relacionadas com os valores e crenças, ética ou filosofia de vida dos indivíduos). As necessidades psicobiológicas têm sido consideradas prioritárias e têm cuidadosa atenção por parte da equipe de enfermagem, sendo que as duas outras só se manifestam mediante a satisfação da primeira⁽²⁶⁾. Assim, quando existe a manifestação delas nos indivíduos elas se fazem presentes por meio dos sinais e sintomas, que foram denominados, por Horta, de problemas de enfermagem⁽¹³⁾, cabendo à enfermeira como profissional, apresentar uma ação adequada para selecionar os problemas identificados.

No entanto, observa-se que Horta, dotada de sabedoria e criatividade no saber e fazer da enfermagem com base científica, se firmando nos dois paradigmas de Maslow e Mohana criou sistema de classificação específico para o ensino e a prática de enfermagem, que até hoje é utilizada e referenciada na literatura por várias teóricas.

A estrutura da teoria é que a “enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrios pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico, no tempo e no espaço”⁽¹³⁾.

Esse arcabouço contempla os seguintes pressupostos: 1. “a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano”; 2. “a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde” e como tal, mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrios, no tempo e no espaço, usando seus conhecimentos derivados de outras ciências tais como físico-químicas, biológicas e psicossociais, para exercer essa função⁽²⁷⁾.

Assim, dessa teoria, surgem conceitos, proposições e princípios que fundamentam a ciência da Enfermagem, a que é conceituada como “a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas NHBs, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino de auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”⁽¹³⁾.

O assistir em Enfermagem consiste em “fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, auxiliar ou ajudar, quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais”^(13:30). Isto é, assistir a pessoa no atendimento de suas NHBs com a finalidade de conduzi-la ao estado de equilíbrio dinâmico no espaço e no tempo, valendo-se para isso de conhecimentos e princípios das Ciências físicas, químicas e biológicas⁽¹³⁾.

Para Implementação do PE é preciso seguir um referencial teórico que melhor se adapte à filosofia da Instituição, ao serviço de enfermagem. O hospital universitário desse estudo é pautado no referencial de Wanda Horta⁽¹³⁾.

Para operacionalizar o modelo mencionado, Horta⁽¹³⁾ propôs um processo de enfermagem, que compreende uma metodologia de trabalho fundamentada no método científico e que possibilita ao enfermeiro atuar eficientemente. Esse processo foi definido como “a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases^(13:35)”.

O PE, realizado de modo deliberado e sistemático, em diferentes cenários, públicos ou privados, organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas e recorrentes na maioria das vezes com denominações semelhantes.

Em seguida, serão apresentadas as etapas do PE, na concepção de diferentes autores.

3.3 Fases do Processo de Enfermagem

O PE, com base no modelo proposto por Horta, era composto por seis fases: 1) Histórico de Enfermagem 2) Diagnóstico de Enfermagem 3) Plano Assistencial 4) Prescrição de Enfermagem ou Planos de cuidados 5) Evolução de Enfermagem e 6) Prognósticos de Enfermagem, tendo como objetivo principal a resolução dos problemas e das NHBs que afetam os pacientes que são cuidados⁽¹³⁾.

A partir dos avanços nos estudos relacionados ao PE ao longo dos anos 1980 e 1990, estabeleceram-se cinco etapas inter-relacionadas: 1) Coleta de dados ou histórico de enfermagem, ou investigação, ou anamnese e exame físico, ou ainda denominado levantamento de dados 2) Diagnóstico de Enfermagem 3) Planejamento de Enfermagem ou Prescrição 4) Implementação e 5) Avaliação de Enfermagem^(5,19,28,29).

A **Coleta de dados de Enfermagem** é uma fase imprescindível para que aconteça o sucesso das demais fases. Os dados são coletados por meio da entrevista, observação e exame físico, buscando evidências de funcionamento anormal ou fatores de risco que possam contribuir para os problemas de saúde. O histórico de enfermagem resulta de informações objetivas e subjetivas referentes ao paciente^(18,30, 31). Preferencialmente, a entrevista deve ser informal, concisa, sem repetições, que permitam programar cuidados imediatos.

Os dados coletados conduzem ao segundo passo, o **Diagnóstico de Enfermagem (DE)**, que consiste na interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira fase e que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos. Estes representam, com mais exatidão, as respostas do indivíduo ou coletividades humanas, em um dado momento do processo saúde e doença e se constituem na base das ações ou intervenções com os quais se objetiva alcançar os resultados esperados⁽⁵⁾. Os diagnósticos podem basear-se, tanto nas preocupações do cliente, quanto nos problemas reais ou potenciais que podem ser sintomas de disfunção fisiológica ou de problemas comportamentais, psicossociais ou espirituais. Dessa forma, como instrumento principal no processo de cuidar, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem demanda habilidades cognitivas, comportamentais, experiências, base de conhecimentos pessoal, empírico, espiritual, ético e estético da Enfermagem^(28,32,33).

Baseado nos Diagnósticos de Enfermagem sugeridos, consolidados a partir das evidências, sinais e sintomas, hoje denominados de características definidoras e de suas causas denominadas fatores relacionados, o enfermeiro desenvolve um plano de cuidados. Portanto, o Diagnóstico de Enfermagem é essencial, na medida em que representa a

interpretação dos dados coletados, norteando as ações que serão implementadas para a obtenção dos melhores resultados. Assim, é imprescindível que os DE sejam estabelecidos com a máxima acurácia, representando os reais problemas apresentados pelo paciente.

A análise e a avaliação dos Diagnósticos de Enfermagem levam à terceira fase denominada **Planejamento de Enfermagem**, que consiste na determinação global dos resultados esperados pelo cliente, e das intervenções específicas de enfermagem identificadas na etapa diagnóstica^(5,30). Essa fase é realizada mediante um roteiro diário de enfermagem que coordena as ações da equipe. Segundo a lei do exercício profissional de enfermagem, é atividade privativa do enfermeiro a prescrição das ações ou intervenções a serem realizadas⁽⁵⁾.

Após o planejamento, a **implementação**, constitui a fase seguinte, realizada mediante as ações ou intervenções determinadas na etapa anterior e observação das respostas iniciais^(5,30,31). Durante essa fase a enfermeira continua coletando dados e validando o planejamento realizado, uma vez que a busca contínua de informação é importante, não apenas para descobrir alterações no estado do paciente, como também para obter aqueles dados que permitirão a avaliação dos objetivos, na fase posterior.

Por último, encontra-se a fase **Avaliação de Enfermagem**, processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas reações humanas do cliente para alcançarem os resultados e decisão quanto a mudanças a serem feitas^(5,30).

Assim, para que o PE seja efetuado de maneira adequada é fundamental que o enfermeiro conheça as fases que o compõem, não as esquecendo, pois o não seguimento dessas etapas poderá implicar na coleta de dados incompletos ou incorretos, levando ao erro dos DEs e, por conseguinte, na organização do plano assistencial do indivíduo e nos resultados obtidos.

Considerando a importância do PE, cabe destacar a relevância da documentação de suas fases no prontuário do paciente de modo a permitir que toda a equipe de saúde conheça as ações e resultados obtidos com os cuidados prestados ao paciente. Esse registro visa a assegurar o prosseguimento da assistência e facilitar sua reavaliação. Além disso, quando os registros são devidamente documentados trazem visibilidade e respaldo legal para a enfermagem. Nesse sentido, as terminologias padronizadas para as diferentes fases do PE auxiliam na sua documentação e inserção em registros informatizados.

3.4 Terminologias e Sistemas de Classificação de Enfermagem

O avanço do conhecimento do PE e a necessidade do registro eletrônico levaram ao desenvolvimento de sistemas de classificação com linguagem padronizada para os diagnósticos, as intervenções e os resultados, que passaram a ser utilizados pelos profissionais na sua prática.

Conforme mencionado anteriormente, em 1973 realizou-se em St. Louis University School of Nursing, a I Conferência Nacional sobre a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, que se constitui um marco para a trajetória da Enfermagem em busca de confirmação como ciência e profissão. Foi a partir da década de 70 que os DEs passaram a ser reconhecidos por vários expoentes da Enfermagem, que também identificaram a necessidade de desenvolvimento de terminologias que pudessem ser entendidas e praticadas por enfermeiros em vários locais^(19,23,34).

Em 1982, a Conferência foi aberta à comunidade de enfermagem, onde a NANDA foi formalmente organizada e o seu regimento interno aprovado.

O DE, de acordo com a 9ª conferência da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), em 1990, é definido como:

[...] um juízo clínico sobre as respostas individuais, familiares ou comunitárias a problemas de saúde/ processos vitais, reais e potenciais. O DE proporciona a base para a seleção de intervenção de enfermagem para que sejam alcançados os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável⁽³⁵⁾.

Hoje, a organização da taxonomia II da NANDA-I, que consiste em um sistema de classificação diagnóstica, compreende uma estrutura multiaxial, que apresenta sete eixos, 13 domínios, 47 classes e 201 DE⁽³⁵⁾.

Os DE da NANDA-I compreende quatro (4) componentes a destacar:

- a) Título: é a descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.
- b) Características definidoras: indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real, de bem-estar ou de promoção da saúde.

- c) Fatores de risco: fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família ou uma comunidade a um evento insalubre.
- d) Fatores relacionados: são fatores que mostrarem alguma relação padronizada com o Diagnóstico de Enfermagem. Esses podem ser descritos como antecedentes associados com contribuintes ou desencadeadores.

Além da classificação do DE NANDA-I, mais reconhecida no nosso meio, existem outros sistemas de classificações vinculadas à prática de enfermagem que são as seguintes: a *NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION (NIC)*⁽³⁶⁾ é uma classificação que nomeia e descreve as intervenções em resposta a um DE, sendo que cada intervenção apresenta um código único, de modo a facilitar a localização da mesma. A classificação é abrangente e padronizada das intervenções realizadas pelos enfermeiros, podendo ser aplicada em todos os campos de especificidade da enfermagem⁽³⁶⁾. Cada intervenção possui um título e uma definição e uma série de atividades que podem ser escolhidas para a realização da prescrição de enfermagem. Em sua quinta edição, a NIC⁽³⁷⁾ apresenta 542 intervenções, e 12.000 atividades de enfermagem, dispostas em 30 classes, sete domínios a destacar:

1. Fisiológico básico: cuidados que dão suporte ao funcionamento físico;
2. Fisiológico complexo: suporte à regulação homeostática;
3. Comportamental: suporte ao funcionamento psicossocial e facilitando mudanças no estilo de vida;
4. Segurança: suporte à proteção contra danos;
5. Família: suporte à unidade familiar;
6. Sistema de saúde: suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde;
7. Comunidade: suporte à saúde da comunidade.

Esta classificação contempla os aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano, incluindo tratamento, prevenção e promoção da saúde. Atualmente, o HCPA conta com mais de 1000 cuidados de enfermagem cadastrados no sistema informatizado e, desde 2005, estão utilizando a NIC⁽³⁶⁾ para inclusão de atividades na listagem de cuidados⁽³⁸⁾.

A *Nursing Outcomes Classification (NOC)*⁽³⁹⁾ consiste na classificação dos resultados de enfermagem e possibilita mensurar mudanças no estado do paciente, com a finalidade de avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem. Sua estrutura apresenta sete domínios, 32 classes e 330 resultados com indicadores e escalas de medidas, sendo que cada resultado de enfermagem é indicado por um título, uma definição, uma lista de indicadores objetivos e

subjetivos e uma escala de Likert, de cinco pontos, que serve para avaliar o estado, os comportamentos e as percepções do cliente⁽³⁹⁾.

Cabe ressaltar que as escalas da NOC podem ser utilizadas na prática assistencial da enfermagem do HCPA para complementar o PE. Essa realidade é evidenciada em pesquisa realizada na Instituição citada. Verificou-se a aplicabilidade da NOC em pacientes ortopédicos hospitalizados, com o diagnóstico de enfermagem Déficit no Autocuidado: banho/higiene. Em 21 indicadores houve variação estatisticamente significativa entre as médias de pontuação do primeiro para o segundo banho. Portanto, as escalas da Classificação NOC apresentaram coerência interna, mostrando-se confiáveis para mensurar a evolução dos pacientes, durante a implementação dos cuidados de enfermagem⁽⁴⁰⁾. A partir desse estudo, outras pesquisas, relacionadas à NOC, mais amplas, envolvendo os Serviços de Enfermagem e outros DEs, estão sendo realizados no HCPA.

As classificações de intervenções e resultados estão sendo desenvolvidas por pesquisadores da Iowa-USA, e seu início ocorreu em 1987 e 1991 respectivamente. Hoje, as classificações NANDA/NIC/NOC se encontram articuladas, permitindo o registro padronizando e informatizado do PE⁽³⁶⁾. Entretanto, as três classificações foram esquematizadas para serem aplicadas individualmente ou em conjunto, com objetivo de colaborar nas etapas do PE: diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem.

Além dessas três, outras classificações estão em construção. Como exemplo citam-se a Classificação de cuidados de saúde- *Home Health Care Classification-HHCC*; Classificação de Omaha – Community Health System; Classificação das respostas Humanas de Interesse para a prática da Enfermagem e Saúde Mental; a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - *International Classification for Nursing Practice – CIPE*⁽³¹⁾. Diante das diferentes classificações em desenvolvimento, torna-se necessário que as enfermeiras conheçam, escolham e utilizem as mesmas na prática de Enfermagem, durante a execução do PE.

No Brasil, o ensino e a pesquisa dos DEs, iniciaram em 1990, na Paraíba por um grupo de pesquisadoras⁽²⁴⁾. Nessa altura, algumas Instituições Brasileiras já trabalhavam com o PE, como é o caso do Grupo de Enfermagem (GENF) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), local onde essa pesquisa será desenvolvida⁽⁴¹⁾. Hoje, o HCPA, possui um modelo informatizado de prescrição de enfermagem, com foco nos diagnósticos de enfermagem, que têm colaborado para o desenvolvimento de uso de linguagem padronizada no Brasil⁽⁴¹⁾. O

modelo teve como base o referencial teórico de Benedet e Bub⁽²⁴⁾ que se fundamentaram na teoria das NHBs de Horta⁽¹³⁾ adaptada à taxonomia da NANDA-I^(32,41).

As terminologias citadas constituem ponto central para o desenvolvimento das aplicações dos recursos de Informática, em que se empregam dados clínicos com objetivo de aprendizagem e aperfeiçoamento das práticas. Assim, o uso de terminologias ou sistemas de classificação é fundamental para documentar o PE e promover o cuidado de enfermagem, além de fornecerem linguagem padronizada, utilizada no raciocínio e no julgamento clínico das respostas humanas aos problemas de saúde.

Dessa forma, o uso das terminologias e sistemas de classificação de enfermagem vêm sendo estudadas pelos docentes nos cursos de Graduação e Pós-Graduação, com intuito de desenvolver e consolidar o conhecimento no ensino, na pesquisa e na assistência, tornando visível o saber e o fazer da enfermagem nas demais Áreas de conhecimento.

3.5 Ensino Teórico Prático do Processo de Enfermagem

Nos últimos anos, houve mudanças de estrutura no contexto das relações econômicas, políticas, sociais e culturais. A essas mudanças a enfermagem não ficou imune, tampouco o sistema educacional pertinente. Portanto a Universidade tem um papel fundamental como Instituição formadora, assumindo a tarefa de produção cultural, socialização e formação do indivíduo para o trabalho. Nesse cenário insere-se o ensino do PE que, desde a sua origem, vem passando por várias transformações, na busca de estratégias de aprendizagem para formação dos enfermeiros com base científica. O desenvolvimento do PE nos campos de prática dos alunos de Graduação em Enfermagem permite a aplicação dos conhecimentos teóricos e a aquisição das habilidades necessárias para desenvolvê-lo de maneira crítica e humanizada, sendo fundamental para o aprendizado do futuro profissional.

No Brasil, a introdução do PE na Graduação foi influenciada por Horta, a partir do ano de 1970^(22,42). Nessa mesma década, o PE foi inserido no ensino de Graduação da UFRGS, que foi responsável pela sua implantação na prática do HCPA.

O ensino do PE é introduzido nos cursos de Graduação, a partir de disciplinas básicas que têm como objetivo construir, junto ao discente, a competência para realizar suas fases, assim como desenvolver habilidades e atitudes no contexto das disciplinas no componente profissional, que proporcionam o aprendizado no campo teórico e prático⁽⁴³⁾. Entretanto, sabe-

se que na realidade brasileira existem disparidades, uma vez que nem todas as instituições de ensino contemplam o PE no início dos seus cursos. Na Escola de Enfermagem onde se desenvolveu este estudo, o ensino do PE é inserido a partir do segundo semestre⁽⁴⁴⁾. Contudo, observa-se que apesar de o PE ter sido implementado há mais de três décadas, no nosso meio, estar contemplado nos currículos de Graduação das Escolas de Enfermagem, fazer parte da lei do exercício profissional dos enfermeiros e ser reconhecido no ponto de vista organizacional dos serviços de saúde, ainda apresenta lacunas na aplicação de todas as suas fases em algumas Instituições hospitalares. Dessa forma, torna visível a existência de uma dicotomia entre a teoria ensinada aos acadêmicos e a realidade encontrada na prática, criando uma desarmonia nas expectativas, no campo de trabalho.

Alguns autores mencionam que o PE, na maioria das vezes, tem sido realizado apenas por acadêmicos de Enfermagem, que o fazem de forma mecânica e desarticulada com os profissionais dos serviços, com objetivo de cumprir as tarefas ou atividades do Curso com fins de obter nota na avaliação, o que contribui para o desacrédito nos profissionais, no campo da prática⁽⁴⁵⁾.

Uma pesquisa realizada com 32 cursos de Enfermagem de Instituições privadas e públicas do Estado de São Paulo objetivou identificar os fatores que dificultavam o ensino do PE. Os resultados evidenciaram que este não estava sendo aplicado da forma como se prepara o profissional para o futuro, com base no método científico, uma vez que foi notada a falta de conhecimentos dos próprios docentes em relação a essa temática⁽⁴⁶⁾. Resultado semelhante foi encontrado na literatura, onde a autora referiu que, em relação ao ensino-aprendizagem do DE, alguns docentes referem certo grau de insegurança em transmitir aos discentes devido às competências necessárias à sua execução, o que evidencia uma deficiência na formação dos professores em seu ensino, pois os mesmos tiveram, em sua formação, as habilidades que envolvem o pensamento clínico para a tomada de decisão diagnóstica e sua aplicação na docência⁽³³⁾.

O processo de ensino-aprendizagem do PE tem demonstrado desafio para docentes de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, porque o PE vem encontrando barreiras didáticas no ensino e dificuldade na aplicação prática clínica, principalmente na segunda fase, o “DE”, que requer o pensamento crítico e raciocínio diagnóstico^(12,34,47). Tais problemas indicam desconhecimento e dificuldades do domínio técnico-científico, insuficiente fundamentação teórica das ciências humanas e biológicas e déficit de conhecimento de Semiologia necessários para a realização das técnicas utilizadas na anamnese e exame físico^(12,33,48). Além disso, enfermeiros alegam que plantões agitados, número de pacientes por

enfermeiros, e o envolvimento com tarefas administrativas são problemas, mais frequentes que têm dificultado a implementação dos DE⁽⁴⁹⁾.

Pressupõe-se que as dificuldades quanto à aplicação do DE estejam relacionadas à maneira de como elas vêm sendo conduzidas no ensino, muitas vezes sem oportunizar aos discentes formas de pensar, refletir e tomar decisões acerca de determinados problemas. Nesse sentido, acredita-se que a aplicação da Pedagogia da problematização como estratégia de ensino poderá superar essas barreiras, uma vez que vai ao encontro da realidade e valoriza as experiências prévias das pessoas envolvidas nesse assunto e as experiências vividas, podendo, assim, melhorar qualitativamente o processo de formação de profissional construtivo e criativo⁽⁵⁰⁾. O processo de ensino-aprendizagem embasado numa relação de diálogo possibilita ao educador identificar, facilmente, o que favorece o aprendizado dos alunos, assim como as dificuldades que estes confrontam na assimilação dos conhecimentos técnico-científicos.

A Pedagogia da problematização vem sendo estimulada no ensino, especialmente a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, que propõe uma abordagem por competências⁽⁵¹⁾. A competência pode ser definida como sendo uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, sustentada por conhecimento, mas sem limitar-se a eles^(52:7). O mesmo autor destaca a importância da teoria e da prática para a construção de competências profissionais, pois tais competências não estão limitadas à aplicação de saberes teóricos. A construção de competências está vinculada à formação de esquemas de mobilização de conhecimentos nas ocasiões do trabalho diário. Os esquemas de mobilização de diversos recursos cognitivos, em uma situação de ação, complexa desenvolvem-se e estabilizam-se na prática⁽⁵²⁾.

Esse momento exige do discente o desenvolvimento do pensamento crítico e de tomada de decisão, favorecendo a construção da competência do formando em Enfermagem, requerendo uma série de competências específicas e habilidades essenciais ao *ofício* docente e ao discente⁽³³⁾. Assim, é importante que o docente conheça o plano e o programa dos conteúdos abordados nas disciplinas para atingir as metas do Curso, como também deve ser problematizador, questionador e mediador, saber conduzir o aprendizado por meio da valorização do trabalho em equipe, ter conhecimento vasto e profundo dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que envolvem o indivíduo, família e comunidade e construir conhecimentos coletivos e articulados com postura orientada para o desenvolvimento da autonomia do aluno⁽¹¹⁾.

Na prática, observa-se que, apesar de os docentes enfatizarem e criarem estratégias durante a formação acadêmica para o ensino do PE, grande parte dos enfermeiros não as utiliza no seu exercício profissional. Tais problemas também são vistos com os estudantes em algumas Instituições que consideram o PE como mais uma atividade a ser entregue ao término do ensino teórico-prático, do que como um instrumento essencial a ser empregado de forma rotineira no cuidado do indivíduo/família. Dessa forma, o uso do PE ainda é restrito, pelos enfermeiros, o que leva a enfraquecer seu estabelecimento e a dificultar o seu ensino no âmbito acadêmico^(47,53). Dando sequência aos estudos relacionados ao ensino do PE, uma pesquisa sobre sua aplicação na teoria e na prática realizada em 1988, já indicava a possibilidade de integração docente/enfermeiro assistencial, como uma das condições para que o ensino do PE fosse concretizado e viabilizado, não se limitando somente à simples prestação de serviço do docente para a Instituição, quando enfermeiros assistenciais e docentes poderiam reunir-se para, juntos, discutirem suas dificuldades e experiências⁽⁵⁴⁾.

Em estudo realizado durante o curso de extensão “Metodologia da Assistência: teoria e prática aplicada à clínica médica” na Universidade Estácio de Sá, foi observada a resistência do discente à implementação dessa metodologia devido a sua ausência em alguns hospitais, o que torna difícil a condução da teoria para a aplicação na prática, criando uma falsa informação ao discente de que o PE não se aplica à realidade da prática assistencial⁽⁴⁷⁾.

Contudo, destaca-se a impossibilidade de o ensino do PE ser apenas transmissivo, baseado somente na memorização, uma vez que requer o desenvolvimento de competências e de habilidades intelectuais, cognitivas, interpessoais, envolvendo aspectos ético-políticos, estéticos, espirituais e culturais^(28,33,55). É importante modificar o ensino verticalizado e valorizar a cultura do aluno, pois essa maneira de ensinar e aprender busca superar a visão fragmentada e formar enfermeiros críticos reflexivos, com visão histórico-social, que possibilita melhores respostas aos desafios impostos pela prática em saúde.

Uma pesquisa realizada no curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, teve como objetivos avaliar a percepção dos alunos de Graduação em Enfermagem quanto ao ensino dos DEs e a percepção dos enfermeiros de um hospital sobre a utilização dos DEs. Para os alunos, a introdução do ensino dos DEs deveria ser iniciada a partir do segundo semestre e abordada em todas as Áreas. Quanto aos enfermeiros, os resultados demonstraram que eles já haviam tido contato com o diagnóstico de enfermagem durante a Graduação e em eventos científicos, sendo que a fase de coleta de dados e a prescrição de enfermagem foram consideradas atividades de baixa complexidade⁽⁵⁶⁾.

Um estudo realizado na UFRGS com objetivo de identificar quais as disciplinas do curso de Graduação em Enfermagem que contemplava a SAE no seu conteúdo programático, buscando conhecer como a SAE é desenvolvida no ensino, os resultados mostraram que 83% dos docentes utilizam esta metodologia em atividades teórico-práticas, envolvendo as cinco fases do PE. Quanto à sua abordagem nas disciplinas curriculares foi evidenciado que o ensino ocorre de modo gradativo, sendo mais desenvolvido a partir do 5º e 6º semestres⁽⁴⁴⁾.

No curso de Licenciatura em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade de Guanajuato, México é utilizado o PE como marco metodológico do currículo. O estudante aprende, no primeiro ano de sua formação, os problemas de saúde mais comuns do seu meio, para depois aplicá-los durante sua prática clínica e comunitária, ao longo de todo o curso. Esta formação a visa preparar o aluno para que, ao ingressar no mercado do trabalho, aplique as cinco etapas que integram o PE na sua prática cotidiana, de modo competente, no cuidado ao paciente⁽¹⁾.

Experiências positivas no ensino do PE oferecem subsídios para outros cursos de Enfermagem que se encontrem em etapas iniciais deste processo. Assim sendo, esta pesquisa busca conhecer a perspectiva de docentes e enfermeiros sobre o desenvolvimento do PE no ensino e no Hospital Universitário que utiliza esta metodologia na prática clínica aos pacientes.

4 METODOLOGIA

Do grego méthodus:

O “Caminho” a percorrer para alcançar os objetivos específicos⁽⁵⁷⁾.

Neste capítulo aborda-se o caminho percorrido para a realização do estudo. São descritos o tipo e local da pesquisa, seus participantes, a forma como os dados foram coletados e analisados, bem como as considerações éticas pertinentes.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. A utilização desta metodologia foi elencada tendo em vista o objetivo do estudo, uma vez que ela trabalha com o universo de significados das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus elementos e a si mesmos, sentem e pensam. Nessa abordagem, os fenômenos humanos são percebidos como parte da realidade social, pois as pessoas se distinguem por pensar sobre o que fazem e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes⁽⁵⁸⁾.

Os estudos descritivos pretendem descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade; os exploratórios proporcionam ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema⁽⁵⁹⁾. Seu planejamento é flexível quanto ao objeto em estudo, permitindo maior aprofundamento dos conceitos preliminares dos dados.

O uso do método qualitativo permite que o pesquisador tenha uma interação significativa com as experiências dos sujeitos e consiga descrever os fatos ocorridos e vividos por eles, tentando compreender e interpretar as experiências das pessoas em questão. Assim, a abordagem qualitativa subsidia o presente estudo, que pretende conhecer o ensino do PE na perspectiva de docentes e enfermeiros.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado na UFRGS e no HCPA. A escolha do campo para a coleta de informações está relacionada ao fato de o ensino do PE ser amplamente difundido e constituir-se em uma metodologia ensinada na Graduação e Pós-Graduação da EEUFRGS e utilizada na prática assistencial do HCPA.

A EEUFRGS localiza-se no Campus da Saúde da UFRGS à (Rua São Manoel, 963, bairro Rio Branco, CEP 90620-110) em Porto Alegre. Foi criada em 1950 e tornada autônoma em 1970, onde se destaca como pioneira na Região Sul, no cenário da Educação em Enfermagem, assistência e pesquisa.

Essa Escola está organizada em departamentos, comissões, programas e laboratórios. As comissões integrantes são as de Graduação, de Pesquisa, Lato Sensu e de Extensão. Fazem parte, ainda, o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Stricto Sensu - Mestrado e Doutorado. A Escola oferece, além do curso de Graduação em Enfermagem, os cursos de Licenciatura em Enfermagem e, mais recentemente, o de Análise de Políticas e Sistemas de Saúde⁽⁶⁰⁾.

O curso de Graduação em Enfermagem tem a duração de nove semestres, com carga horária de 4.020 horas, somando 268 créditos⁽⁶¹⁾. Tradicionalmente, a EEUFRGS oferece cursos de Especialização nas seguintes Áreas da Enfermagem: Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho, Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem em Nefrologia, Enfermagem ao paciente Crítico, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Pediátrica, e Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem⁽⁶⁰⁾.

O HCPA localiza-se na Rua Ramiro Barcelos, 2350, CEP 90035-903; é uma Empresa Pública de Direito Privado, criada pela lei 5.604 de 2 de setembro de 1970. Integra a rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação e está vinculado academicamente à UFRGS. Em relação à sua infraestrutura, o Hospital apresenta 750 leitos, 119 consultórios ambulatoriais, quatro salas de recreação terapêutica, sete auditórios, um anfiteatro, 37 salas de aula e 1,5 mil vagas de estacionamento⁽⁶²⁾.

O HCPA é considerado referência em assistência, na formação de profissionais, no ensino, na pesquisa e na geração de conhecimentos do País. No seu organograma, os cargos diretivos são ocupados por docentes da UFRGS. Assim sendo, cabe aos docentes da Escola de Enfermagem a coordenação e chefias dos serviços de Enfermagem do hospital, sendo

responsáveis pela implementação da Filosofia da sistematização da assistência por meio do PE.

O Hospital Universitário presta assistência de acordo com os princípios de equidade, igualdade e gratuidade, inerentes ao Sistema Único de Saúde (SUS). Oferece atendimento em 62 especialidades, sendo a quase totalidade para pacientes do SUS, e apenas um pequeno percentual das internações é utilizado para pacientes particulares e de convênios. Mais de 4,3 mil funcionários atuam na Instituição, ao lado de 290 professores da UFRGS, 340 médicos residentes, aproximadamente 490 enfermeiros e 1,6 mil estagiários⁽⁶²⁾. O HCPA atua, ainda, na formação de profissionais do nível médio, por meio de seu curso Técnico de Enfermagem e de parceria com a Escola Estadual Técnica de Saúde⁽⁶²⁾. Além disso, a partir do ano de 2009 foi incorporado às atividades de ensino o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), que inclui enfermeiros, e contempla as Áreas de Saúde Mental, Saúde da Criança, Onco-Hemato, Controle de Infecção e Adulto Crítico, excetuando-se a residência Médica pré-existente.

4.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo quatro professoras da EEUFRGS e quatro enfermeiras do HCPA, escolhidos de forma intencional. Buscou-se contemplar a vivência desses profissionais com o PE, abarcando as três gerações propostas por Pesut e Harman⁽¹⁷⁾. Dessa forma, foram convidadas docentes e enfermeiras que iniciaram suas atividades de ensino e/ou assistência em diferentes décadas, a partir de 1970. Levou-se em consideração o envolvimento desses profissionais com o PE, seja na Escola de Enfermagem ou no HCPA. Excluíram-se do estudo docentes e enfermeiros com experiência no PE inferior a três anos.

A pesquisa qualitativa tende a produzir grandes quantidades de dados narrados; conseqüentemente torna-se impraticável para o pesquisador utilizar amostras grandes e representativas para obter os dados. Além disso, os pesquisadores qualitativos, deliberadamente, evitam impor controles à pesquisa, porque estão interessados no estudo de contextos naturais, ainda que tais contextos possam dificultar o estabelecimento sólido de relações causais entre o fenômeno de interesse^(63:270).

4.4 Coleta de Informações

As informações foram coletadas por meio de entrevista individual semi-estruturada. A entrevista, em si, consiste na busca de informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, e que só podem ser obtidas com a contribuição da pessoa⁽⁵⁸⁾. Sendo assim, optou-se pela entrevista semi-estruturada conduzida por roteiro previamente preparado com uma questão norteadora dirigida para docentes e enfermeiros (APENDICE A).

Trata-se de conversação efetuada face a face, de maneira metódica, proporcionando verbalmente, ao entrevistado, a informação necessária. É considerada uma excelente técnica de coleta de dados, pois permite a flexibilidade, podendo o entrevistador repetir as perguntas e especificar algum significado como garantia de estar sendo compreendido. Ainda, dá oportunidade para obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos. Entretanto, algumas limitações são apontadas, tais como a pouca disposição do entrevistado em dar as informações necessárias; retenção de alguns dados importantes, receando que sua identificação seja revelada e, também a incompreensão, por parte do informante, do significado das perguntas, da pesquisa, o que pode levar a uma falsa interpretação⁽⁶⁴⁾. Essas limitações foram observadas no momento das entrevistas.

Na entrevista semi-estruturada os participantes são conduzidos com base numa estrutura, que consiste em questões abertas que definem a Área a ser explorada pelo pesquisador⁽⁶⁵⁾. Esse tipo de instrumento leva o informante a discorrer sobre temas específicos, resultando em dados que serão utilizados na pesquisa, levando ambos a um relacionamento recíproco, muitas das vezes de confiabilidade⁽⁶⁶⁾.

Assim, para obtenção das informações, primeiramente o instrumento de coleta de informações foi testado com outra docente. Após esse teste foram analisadas as respostas pela pesquisadora, na intenção de rever se a questão norteadora era suficientemente apropriada para o alcance do objetivo do trabalho. Esta entrevista não foi incluída na análise. Após, foi realizado um convite verbal às docentes e enfermeiras apresentando-se o objetivo desta pesquisa, sendo realizado agendamento prévio de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado, do local, da data e da hora da entrevista.

Antes da realização de cada entrevista procedeu-se à formalização da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), em duas vias sendo que uma permaneceu com o entrevistado e outra com a pesquisadora.

A coleta das informações foi realizada durante o mês de Maio de 2010, com duração variando de 30 minutos à 1h 05min. Para docentes, as entrevistas ocorreram numa sala da EEUFRGS, em horário escolhido por elas. As entrevistas com as enfermeiras foram realizadas em salas do HCPA, nos turnos manhã, tarde e noite conforme sua disponibilidade, de modo que não interferissem no seu trabalho na Unidade.

As entrevistas foram gravadas em um dispositivo de áudio para garantir a fidedignidade das informações coletadas. A coleta foi considerada finalizada, quando as informações obtidas começaram a repetir-se, ou seja, houve saturação das mesmas⁽⁶³⁾.

4.5 Análise das Informações

Com a pesquisa qualitativa procura-se desenvolver categorias analíticas para descrever e explicar fenômenos sociais. Essas categorias podem ser indutivamente derivadas, isto é, obtidas gradualmente, a partir dos dados ou usadas dedutivamente, no início ou no decorrer da análise. Os dados podem ser abordados de três maneiras amplas para avançar na análise, sendo: *análise temática, a grounded theory e a abordagem da estrutura*⁽⁶⁵⁾.

Para esta pesquisa, a metodologia escolhida para analisar as informações foi a técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Ela pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens⁽⁶⁷⁾. Neste estudo utilizaram-se indicadores qualitativos, decorrentes das informações das entrevistadas.

A análise de conteúdo desdobra-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, (inferência e interpretação). A etapa de pré-análise consistiu na transcrição do material após a escuta minuciosa de todo conteúdo e na organização propriamente dita do material coletado, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, por meio de leitura e releitura flutuante de todos os dados, para identificar um conjunto inicial de temas ou categorias principais. Posteriormente prosseguiu-se à segunda etapa, onde houve a exploração do material, com objetivo de destacar as unidades de registro, onde foram codificados e convertidos os dados brutos em núcleos de compreensão do texto e construídas as categorias empíricas pela especificação dos temas.

A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, que permitem uma descrição exata das características pertinentes⁽⁶⁷⁾. A terceira e última etapa consistiu no tratamento e interpretação dos resultados obtidos a partir do material empírico estruturado e referencial teórico, de modo que se tornassem válidos e significativos.

4.6 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da EEUFRGS (Anexo A) e pelo Comitê de Ética do HCA, registrado sob o número 10-0077 (ANEXO B).

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,⁽⁶⁸⁾ os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre a justificativa e objetivo da pesquisa, assinando o TCLE (APÊNDICE B). Nesse documento foram assegurados aos sujeitos: garantia de respostas a qualquer pergunta, liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízo para si, garantia de anonimato e privacidade, compromisso com informação atualizada do estudo⁽⁶⁹⁾. Além disso, foi esclarecido que as gravações seriam armazenadas pela pesquisadora por cinco anos, e após este prazo serão destruídas, conforme recomendação das leis de diretrizes autorias⁽⁷⁰⁾.

Para preservar o anonimato das entrevistadas, elas foram citadas por meio da adoção de códigos, compostos pela inicial P correspondente a participante, agrupados a um número como P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8.

5 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se a apresentar a caracterização dos participantes, as categorias e subcategorias temáticas desta pesquisa, que emergiram após análise das informações, bem como as discussões, de acordo com o objetivo do estudo.

Os participantes da pesquisa foram quatro docentes e quatro enfermeiras do sexo feminino, com faixa etária entre 30 e 65 anos. O tempo de experiência das docentes com o ensino do PE variou de 12 a 36 anos. Quanto às enfermeiras, a experiência com o PE na prática clínica no hospital universitário foi de três anos a 33 anos. Todas haviam participado de atualização do ensino desta metodologia, nos últimos três anos. As docentes com maior experiência possivelmente acompanharam a transformação da obtenção de novos conhecimentos no ensino do PE, a inserção da fase diagnóstica, segundo a NANDA⁽⁷¹⁾ e, em seguida, das NIC⁽³⁶⁾ e da NOC⁽³⁹⁾, enquanto os formados nos últimos anos vêm recebendo tais conhecimentos durante a Graduação ou Pós-Graduação, bem como por meio de participação em cursos, congressos, eventos e outros.

A partir da análise das entrevistas foram identificadas as categorias: Facilidades no ensino do PE, das quais surgiram quatro subcategorias; Dificuldades no ensino do PE, com três subcategorias, e Estratégias de ensino do PE com duas subcategorias, conforme ilustra o quadro a seguir.

Categorias	Subcategorias
Facilidades	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicação do PE em atividades curriculares obrigatórias e não obrigatórias -Capacitação dos docentes -Implementação do ensino do PE no Hospital -PE informatizado
Dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conhecimento, de motivação e descrença quanto ao uso do PE -Registro incompleto das etapas do PE -Aspectos organizacionais dos campos de prática.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo de caso - Ambiente virtual de aprendizagem

Quadro 1- Categorias e subcategorias temáticas sobre o ensino do Processo de Enfermagem na perspectiva de docentes e enfermeiros.

5.1 Facilidades no Ensino do Processo de Enfermagem

A primeira categoria formulada foi denominada Facilidades e é composta por quatro subcategorias: Aplicação do PE em atividades curriculares obrigatórias e não obrigatórias; capacitação dos docentes; implementação do ensino do PE no hospital e PE informatizado, as quais são descritas a seguir.

5.1.1 Aplicações do Processo de Enfermagem em Atividades Curriculares Obrigatórias e não Obrigatórias

Esta subcategoria aborda aspectos relativos ao ensino teórico e prático do PE até os dias atuais. Procuraram-se relacionar as diferentes épocas com as três gerações propostas por Pesut e Harman⁽¹⁷⁾. Incluem, além das atividades previstas no currículo, como as práticas em laboratório e no hospital (ex. exame clínico) e as consultas de enfermagem, também, as experiências dos alunos no desenvolvimento do PE em atividades curriculares não obrigatórias.

O desenvolvimento do ensino do PE, nos Cursos de Graduação em Enfermagem, teve início efetivo a partir da década de 1970. Sua implementação se deu nos programas de Pós-Graduação, sendo a primeira Escola no Brasil a fazê-la, a Escola Ana Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1972. A metodologia do ensino do PE foi desenvolvida, ensinada e praticada na realidade brasileira por meio do modelo teórico desenvolvido por Wanda Horta⁽¹³⁾ na concepção das NHBs.

A inserção da metodologia de ensino do PE na UFRGS e no HCPA, ocorrida na década de 1970, representou um processo complexo que se deu em prol do ensino, da pesquisa e da assistência, na busca de uma qualificação do trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados àqueles que procuram os serviços da Instituição, tornando-se referência Nacional, há mais de três décadas⁽⁷²⁾.

As docentes e enfermeiras expressaram nas entrevistas a importância da introdução do ensino do PE na base do currículo da Instituição de ensino, como ferramenta indispensável para direcionar e nortear o cuidado nas práticas assistenciais voltadas ao indivíduo, família ou comunidade.

Nas falas a seguir, pode-se observar o primeiro exemplo que ilustra essa realidade:

Nós começamos a ensinar o processo, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem e fazia parte do primeiro ano da Faculdade; nós tínhamos um curso que se desenrolava em três anos. Então, no primeiro ano, junto com as disciplinas básicas, o aluno tinha a disciplina de Fundamentos de Enfermagem (P4).

Começamos no primeiro semestre a disciplina de Fundamentos do Cuidado Humano I, falamos da história da Enfermagem e falamos pela primeira vez do PE em linhas gerais, [...] (P1).

O ensino do Processo de Enfermagem inicia-se no primeiro semestre, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem I (P3).

Nesses depoimentos as entrevistadas mostram o quanto os docentes procuravam introduzir o ensino do PE no início do curso, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, que, na sua origem, era ministrada em dois semestres. Pelas falas pode-se depreender que se trata de décadas diferentes. P4 menciona o currículo com três anos, o que ocorreu na década de 1970. Nessa época a carga horária mínima deste currículo era de 2500 horas a serem desenvolvidas em, no mínimo, três anos, mais 500 horas para cada habilitação ou, 600 horas para Licenciatura em Enfermagem. Esta última foi estabelecida pela Portaria 13/69⁽⁷³⁾.

Já P1e P3 se referem à disciplina Fundamentos de Cuidado Humano I que foi introduzida a partir da Resolução n° 001/95 da Comissão de Graduação de Enfermagem da UFRGS⁽⁷⁴⁾, que altera o Currículo Pleno, em atendimento à Portaria n° 1721 de 15 de dezembro de 1994 do Ministério da Educação (MEC). Por esta Portaria foi determinado que os cursos de enfermagem tivessem uma carga horária mínima de 3.500 horas com a inclusão de estágio curricular supervisionado⁽⁷⁵⁾. Assim, os cursos de Graduação em Enfermagem passam a ter duração mínima de quatro anos (oito semestres) letivos e máximos de seis anos (doze semestres) letivos.

Mudanças mais atuais estão ocorrendo de modo particular em cada escola, a partir de debates sobre a estrutura curricular e em atendimento ao novo Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara da Educação Superior (CNE /CES) n° 213/2008 que foi homologado em 11/03/2009, pelo Ministério da Educação onde foi definida a carga mínima dos cursos superiores de Enfermagem, em 4000 horas⁽⁷⁶⁾. Apesar das mudanças curriculares que têm ocorrido ao longo desses períodos, estudos semelhantes descritos por vários autores revelam que a prática da metodologia do PE tem sido foco da disciplina de Fundamentos de Enfermagem⁽⁷⁷⁻⁷⁹⁾. Em um estudo realizado na Escola Anna Nery e no Hospital Escola São Francisco de Assis foi destacado que o aprendizado de Fundamentos de Enfermagem era considerado contundente para a promoção do aluno iniciante, como também matéria relevante durante o curso, servindo de base para as disciplinas do currículo⁽⁸⁰⁾.

A fala de P4 destaca que os discentes chegavam à disciplina de Fundamentos de Enfermagem, com conhecimentos oriundos de outras disciplinas, uma vez que os currículos das Escolas de Enfermagem, da década de 1970, e no currículo atual do primeiro ano já contemplavam elementos fundamentais das ciências básicas – Anatomia, Fisiopatologia, Parasitologia, Microbiologia, Bioquímica, Patologia, Ética, por exemplo⁽⁸¹⁻⁸³⁾. Assim, as disciplinas básicas forneciam aos conhecimentos que facilitavam na compreensão dos problemas apresentados pelos indivíduos, levando o futuro profissional a aplicar práticas

inter-relacionadas com outras ciências no ensino do PE, uma vez que estes já recebiam noções sobre esta metodologia. Além disso, podemos inferir que esse é o momento em que são apresentados aos discentes, de forma gradativa, os instrumentos básicos da enfermagem tais como: a observação, comunicação, planejamento, avaliação, entre outros que compõem as etapas do PE, fato este evidenciado nos depoimentos das participantes.

Observamos nos depoimentos o esforço dos docentes em transmitir o significado do ensino do PE, incentivando o aluno na busca de novos conhecimentos, do aperfeiçoamento técnico e humano, que despertem nele o interesse de um aprendizado científico. O ensino do PE é entendido como uma metodologia indispensável para a disciplina, que guia o aprendizado do discente⁽¹¹⁾, evidenciando, desta forma, a sua importância na formação do futuro profissional o conhecimento sobre a metodologia do PE, pois esta proporciona meios para avaliação da qualidade do atendimento da enfermagem prestado pelos discentes, assegurando ao paciente sua competência e responsabilidade⁽⁸⁴⁾.

Dando sequência nos depoimentos das entrevistadas sobre o ensino teórico do PE, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, do curso de Enfermagem da UFRGS, quanto à descrição dos métodos adotados na orientação dada aos alunos para a elaboração dos planos de cuidados, observa-se que no quarto semestre este era desenvolvido de forma a contemplar a totalidade, porém, acabava enfatizando em alguns momentos, determinadas fases do mesmo, como por exemplo, a fase da investigação, conforme ilustram as falas a seguir:

O aluno praticamente não investigava [década de 1970]. ... No primeiro, semestre ele aplicava consulta a de enfermagem proposto por Horta, naquele adulto supostamente sadio. A gente não levantava nenhum problema, não orientava. Eles faziam só em laboratório essa consulta. Então era um aluno que fazia investigação no outro, aplicando o exame físico, mas procurando parâmetros sadios (P4).

Em termos de práticas nesse semestre fora deste contexto, [...] [década de 1970] o que eles faziam, eles iam para as unidades básicas de saúde e aprendiam vacinas, punção venosa, consulta de enfermagem [...] (P4).

No quarto semestre, na disciplina de Fundamentos do Cuidado Humano III apresentamos para eles todas as etapas do PE. Nós temos uma aula teórica do Processo de Enfermagem como um todo e depois nos focamos, nessa disciplina, na fase investigativa do processo que é anamnese e exame físico (P1).

No quarto semestre que eles vêem o processo em todas as etapas e o ensino da anamnese e exame físico, quando se falava em teorias da Wanda Horta já era colocado para eles o Processo de Enfermagem aqui na escola (P3).

A participante P4 comenta que, no primeiro semestre, o aluno aprendia a fazer o levantamento dos problemas e das NHBs em pacientes considerados sadios que eram

direcionados para consulta de enfermagem. O foco das práticas de ensino nesse momento era realizar a consulta de enfermagem com um colega, previamente às práticas com os pacientes no hospital. Acredito que esta forma de ensino, iniciando pelo indivíduo sadio, auxilia na identificação de padrões da normalidade. Este aprendizado é fundamental para que o aluno possa, posteriormente, interpretar os parâmetros anormais. Além disso, P1 e P3 citam que o PE era visto na totalidade da teoria, de forma sistemática, o que permitia aos discentes terem uma visão global do paciente em suas necessidades humanas.

Em relação às práticas fora deste contexto, P4 menciona que os alunos iam às Unidades Básicas de Saúde, onde realizavam a consulta de enfermagem e era abordado o conteúdo sobre vacinas, exercitavam punção venosa, aprendiam a manusear com material esterilizado e sobre métodos de esterilização. Este relato demonstra que o ensino era condizente com o preconizado na época^(14,85,86,87).

A consulta de enfermagem é uma atividade em que há integração de ações (unidade completa) que guardam relações de interdependência (seqüência lógica), sugerindo uma ação sistematizada (processo) dirigida para a produção de resultados esperados conforme padrões pré-estabelecidos (qualitativos e quantitativos) e requerendo determinados recursos para sua produção (organização)^(72:63).

Inicialmente, a consulta de enfermagem foi implementada em alguns serviços de saúde com objetivo de acompanhar as gestantes e as crianças sadias; posteriormente foi sendo aplicada nas populações que apresentavam patologias diagnosticadas^(88,89). Atualmente a consulta de enfermagem é proporcionada a todos os clientes: gestantes, crianças, adultos, idosos e saúde mental com enfoque de prevenção e promoção da saúde. Cabe ressaltar que a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 do COFEN legitimou a consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro⁽³⁾.

Também no HCPA era realizada consulta de enfermagem ambulatorial desde 1972⁽⁷²⁾, ligada ao Serviço de Enfermagem em Saúde Pública. Ela passou a ser sistematizada e implantada pelos docentes da EEUFRGS demonstrando, desde essa época, uma preocupação dos docentes na aplicação do PE que era trabalhado nas aulas teóricas.

A experiência descrita por P4 provou que a consulta de enfermagem possibilitava ao aluno a execução da primeira etapa de aplicação individual do PE que consiste no levantamento sistematizado dos dados, anamnese e exame físico, que é realizado por meio da entrevista, constituindo, assim, a base para a inter-relação das demais etapas. Durante a consulta de enfermagem os alunos participam do processo de ensino-aprendizagem. Um exemplo disso ocorre quando o ensino se foca no indivíduo, em suas necessidades básicas,

como a nutrição e a importância do cuidar e educar o paciente e sua família, por meio de uma assistência sistematizada de enfermagem bem como do PE, que tem em vista a promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos.

Os relatos de P1 e P3 também atribuem grande valor ao ensino do exame físico pelos docentes, pois, durante a Graduação, o aluno é orientado a realizar as técnicas de modo eficiente, sendo esta considerada ferramenta primordial da primeira etapa na abordagem teórica e prática da aplicação do PE nas disciplinas de Semiologia e Semiotécnica, uma vez que estas disciplinas direcionam ao aluno a utilização de técnicas propedêuticas, entrevista, procedimentos básicos e aproximação com o cliente, o que oferece subsídio para a realização da primeira fase do processo^(82,90,91).

Observa-se, porém, nas falas, que a metodologia do ensino da anamnese e exame físico passaram por mudanças curriculares. Nesse cenário de aprendizagem destacam-se dois contextos diferentes; P4 cita a década de 1970 em que o ensino do exame físico era visto no primeiro ano do curso, enquanto que P1 e P3 mencionam o ensino da anamnese + exame físico, cuja junção atualmente é designada de “exame clínico”⁽⁹²⁾, que passou a ser ministrado na disciplina de Fundamentos de Cuidado Humano III, correspondente à terceira geração, após as mudanças curriculares.

É importante lembrar, que a partir das Diretrizes Curriculares de 1994, o conteúdo de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem, tanto para Área do adulto como da criança, passou a ser obrigatório em todas as Escolas Brasileiras de Graduação em Enfermagem, na Área temática de Fundamentos de Enfermagem⁽⁷⁵⁾.

A partir das falas constata-se que as docentes dessa Instituição utilizam o exame clínico como suporte no processo ensino-aprendizagem para a formação do aluno na aplicação do PE, desempenhando papel fundamental no desenvolvimento dos alunos, evidenciando que estes apresentam domínio dos instrumentos propedêuticos, habilidades e uso de equipamentos necessários para ensinar e realizar o exame - clínico. Resultados semelhantes de pesquisa realizada neste Hospital de ensino, em 2005, apontaram que a maioria realizava o exame físico, embora nem tão completo como recomendado na literatura⁽¹²⁾.

A falta ou o ensino incipiente da realização do exame clínico pode dificultar na assistência de enfermagem voltada às necessidades do indivíduo, dificultando o planejamento e a implementação das ações. O ensino do exame clínico representa a base importante da assistência qualificada, uma vez que permite ao aluno o seqüenciamento do desenvolvimento das demais etapas do PE.

Em um segundo momento, conforme o que as participantes do estudo informaram, ao serem questionadas sobre como acontecia o ensino do PE na prática hospitalar do HCPA, podemos inferir que o cuidado acontecia de uma forma reflexiva. Porém, nessa altura, ainda na década de 1970, não existia uma linguagem própria para a profissão, o que evidenciava a necessidade de um sistema de classificação que refletisse a prática de enfermagem⁽¹⁷⁾. No entanto, apesar desses obstáculos, os docentes da EEUFRGS trabalhavam com a metodologia do ensino do PE, conforme os ensinamentos da Horta centrada nas NHBs. Os problemas dos pacientes eram levantados e prescritos manualmente no prontuário dos pacientes comprovando o envolvimento dos alunos e enfermeiros na nova ferramenta da metodologia do ensino do PE na prática clínica. Os depoimentos a seguir explicam como isso acontecia na prática cotidiana do cuidado:

No segundo semestre se aplicava o PE da Horta na integra com os pacientes [década de 1970]. Nós íamos para unidade de internação clínica e cirúrgica para fazer exame físico e anamnese dos pacientes. Diagnósticos de enfermagem nós não trabalhávamos, mas sim com a questão de levantamento de problemas. [...] problema de enfermagem ia desde abocath heparinizado em dorso da mão direita, por exemplo, pós-operatório de apendicectomia, infarto agudo de miocárdio, dispnéia, ansiedade, angústia....listávamos cancer de mama, nos listávamos diagnósticos médicos (P4).

Os problemas de enfermagem eram de repente desde a hospitalização, sonda, incontinência urinária; havia muitas coisas assim que tu achavas e a partir daí tu fazias uma prescrição para resolver os problemas (P7).

Eles preenchiavam questões primeiras subjetivas, objetivas, um breve sumário do exame físico com as necessidades humanas básicas e aí assinalavam os problemas listados pelos alunos e prescreviam à mão e evoluíam (P3).

Analisando o contexto histórico do ensino do PE nessa primeira geração^(Pesut) podemos perceber nas entrevistas que a assistência de enfermagem era realizada a partir do conhecimento intuitivo do enfermeiro, que aplicava seus conhecimentos com base nas experiências obtidas em situações semelhantes⁽²⁶⁾. Porém, observa-se que já existia uma preocupação da enfermagem em estabelecer as ações de enfermagem dirigidas aos pacientes, de forma individualizada, nos seus respectivos aspectos biopsicossociais e espirituais a partir da identificação de problemas, conforme Horta preconizava^(13,85,86). Entretanto, ainda prevaleciam alguns diagnósticos originários de termos médicos, utilizados pela enfermagem em função da influência do modelo biomédico tecnicista. Observa-se, nesses depoimentos, a ênfase no ensino centrado no método de solução de problemas⁽¹⁷⁾.

Uma pesquisa realizada na Universidade de São Paulo, ainda na década de 1970, mostra que cada aluno cuidou de um a três pacientes usando o PE orientado para os seus

problemas, com supervisão diária e direta do docente. As atividades práticas, diárias, tinham a duração de 5 horas, reservando-se a última hora para avaliação e troca de experiência com os respectivos docentes. Além disso, cada docente reunia-se para discutir os problemas dos pacientes a fim de dar continuidade à assistência de enfermagem⁽⁷⁷⁾.

Em consonância, outro estudo realizado por Horta afirma que sua experiência com os alunos de Graduação, no primeiro ano, também evidenciou que estes eram capazes de fazer um bom histórico de enfermagem, levantamento dos problemas e os cuidados que estes precisavam; o mesmo foi visto com os alunos de Pós-Graduação, pela autora⁽¹³⁾.

Os relatos desses estudos contribuem com experiências positivas sobre o uso da metodologia de ensino do PE, proporcionando ao aluno o contacto com a sistematização do cuidado e com a assistência prestada ao paciente, utilizando instrumentos e conhecimentos próprios da enfermagem que foram alcançados na sala de aula. Deste modo evidencia-se a importância do ensino desta temática em todos os currículos de graduação em enfermagem.

É por meio dos dados coletados no histórico de enfermagem que se torna possível identificar as NHBs afetadas do paciente, com objetivo de promover ações que possam beneficiá-lo. A primeira dessas ações identificadas é o levantamento dos DEs que adquire uma dimensão mais concreta a partir da segunda geração.

A proposta do ensino do PE, até então inédita, na primeira geração tinha como finalidade a organização e qualificação da prática de enfermagem, por meio de um desenvolvimento de uma estrutura para organizar o pensamento, no sentido de que os problemas dos pacientes fossem identificados e solucionados pelos enfermeiros⁽¹⁷⁾.

Pelas falas das participantes pode-se inferir que o levantamento das informações das necessidades dos pacientes no planejamento, execução e avaliação das ações de enfermagem eram coletados de forma eficiente, tornando possível identificar um cuidado centrado em suas necessidades, contribuindo, desta forma, para o bem-estar dos mesmos. Porém, no decorrer dos anos, começaram a surgir mudanças na forma de prestação do cuidado, que eram originários, principalmente, do avanço das pesquisas no ensino do PE.

Assim, a organização do cuidado com ênfase nos problemas de enfermagem passa a usar um sistema de classificação que teve início na década de 1970, definida pela *North American Nursing Diagnoses Association* – (NANDA-I), que propôs a universalização dos problemas encontrados pelas enfermeiras nos pacientes. A utilização de uma taxonomia própria para elaborar os DEs na EEUFRGS, até então ausente, passa a ser o foco de estudo clínico no ensino e na pesquisa do PE da disciplina Enfermagem do adulto I, do quinto semestre, na segunda geração do atual Currículo, possibilitando a elaboração de planos de

cuidado e direcionamento da assistência de enfermagem, como mostram os seguintes diálogos:

Disciplina de enfermagem em saúde do adulto, aí é que começam os diagnósticos em si, no 5º semestre, nós apresentamos a taxonomia para eles e eles começam já a ver na prática (P3).

No 5º semestre no Adulto I começam a explorar os DEs prescrições e intervenções (P1).

Os alunos aí já vêm do semestre anterior com uma noção do PE, a gente reforça o ensino do processo na suas diferentes etapas, investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A gente faz um reforço em relação a que é o Processo de Enfermagem, fazemos exercícios com eles sobre o PE, suas diferentes etapas, [...] apresentamos para eles a classificação dos diagnósticos de enfermagem, as situamos no contexto mundial e nacional em relação ao PE (P3).

No 8º semestre já estamos num nível, mais aprofundado; os alunos exercem a função do enfermeiro nas Unidades e aí o processo é uma vivência plena, eles ficam responsáveis por fazer anamnese e exame, para identificar os DEs a partir dos sinais e sintomas dos pacientes; então eles estabelecem os DEs, prescrevem para esses diagnósticos (P2).

Na concepção das participantes podemos inferir que, dentre as terminologias padronizadas internacionalmente, a NANDA-I⁽³⁵⁾ é o sistema de classificação mais utilizado no ensino teórico prático, o que contribui para o desenvolvimento do seu corpo de conhecimentos. Um estudo realizado em 2002 sobre a temática dos DEs aponta que esta faz parte do currículo desde 1995, nos conteúdos teóricos práticos da disciplina Cuidado do Adulto I e que sua introdução ocorreu de forma lenta entre os docentes desta disciplina, bem como nas demais disciplinas do currículo⁽⁹³⁾. A aplicabilidade dos DEs requerem vários requisitos que precisam ser ensinados e aprendidos durante a formação como, por exemplo, conhecimentos, habilidades cognitivas, interpessoais e atitudes de profissionais, que determinam o conteúdo e a qualidade dos resultados do seu uso^(33,94).

Como se pode observar nos depoimentos das participantes, durante o ensino teórico do PE elas faziam vários exercícios com objetivo de desenvolver habilidades, pois o estabelecimento do DE requer que os problemas identificados sejam interpretados com a máxima acurácia, além disso, os docentes sempre buscavam fazer uma síntese do que era abordado nos semestres anteriores, o que facilitava aos discentes fazerem essa articulação no campo da prática clínica. Esse processo implica no aluno maior desenvolvimento do raciocínio clínico do aluno, uma vez que necessita agregar os dados do paciente com o objetivo de identificar o conceito diagnóstico que melhor responde às necessidades de saúde do indivíduo.

Porém, P2 cita que o ensino do PE é progressivo e de forma descontínua, deixando transparecer que os DEs somente são trabalhados na íntegra no quinto semestre e quando o aluno participa do estágio curricular, no oitavo semestre. O ensino do DE, entretanto, tem a sua continuação no sexto e sétimo semestres de acordo com a especificidade em cada Área, conferido um caráter de continuidade, mesmo não sendo mencionado pelos participantes da pesquisa. Conforme estudo de 2005, realizado na EEUFRGS, o raciocínio clínico para elaboração dos DEs, assim como as etapas seguintes, são trabalhadas na disciplina de Enfermagem de Saúde do Adulto I, no quinto semestre sendo que esses diagnósticos de enfermagem o aluno utiliza nas disciplinas dos demais semestres, que enfocam o Cuidado da Criança, da Mulher, Saúde Mental, Enfermagem Comunitária e Administração em Enfermagem⁽⁴⁴⁾.

A introdução dos DEs nos conteúdos programáticos nos cursos de Graduação em Enfermagem, objetiva contribuir para uma formação profissional capacitada do aluno em exercitar sua profissão com autonomia. Nesta Instituição do estudo, o DE consta no Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem, desde 2001⁽⁹⁵⁾.

As escolas formadoras compreendem essa dimensão do cuidado, e estão se mobilizando cada vez mais para a inserção do DE em seus currículos como etapa essencial para o planejamento do cuidado individualizado. Porém, essa introdução no curso de Graduação em Enfermagem se dá de acordo com cada Instituição. Alguns iniciam o DE na disciplina de Fundamentos de Enfermagem II e Enfermagem Médica Cirúrgica I. Outros introduzem esse ensino no 6º período do curso de Graduação em Enfermagem^(96,97).

Corroboro o autor quando afirma que se durante a Graduação as docentes abordassem em cada disciplina, de forma aprofundada, os diagnósticos, os alunos teriam o tema tratado de forma progressiva e cumulativa o que favoreceria a consistência na sua formação⁽⁹⁸⁾ possibilitando-lhes a relação entre a teoria e a prática, ampliando a visão do processo saúde-doença, como no caso da UFRGS. No entanto, essa situação ainda não é vivenciada em todos os cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, o que remete, ainda, à primeira geração do PE. Isso se deve à falta de entendimento da complexidade dessas interpretações e das respectivas implicações para intervenção e resultados esperados.

Cabe ressaltar que a utilização de terminologias padronizadas no PE possibilita aos enfermeiros e discentes desvelarem o modo de pensar e fazer a prática assistencial. Também proporciona o contato com linguagens uniformizadas, reconhecidas por toda a equipe de enfermagem para serem usadas em diferentes etapas do processo de raciocínio, julgamento

clínico, específicas dos indivíduos, família ou da comunidade. A citação a seguir exemplifica alguns desses atributos:

O PE todo, toda essa sistematização da assistência é uma forma de realmente os enfermeiros acabarem se identificando no mundo inteiro, porque acaba criando uma linguagem única por meio dos DEs, das propostas de cuidado das atividades (P7).

Na concepção da participante P7 pode-se inferir que a utilização das terminologias na enfermagem contribui para a detecção, intervenção e avaliação dos cuidados identificados nos indivíduos. É uma forma de as enfermeiras poderem comunicar os cuidados que executam em diferentes locais, institucionais e não institucionais. Elas apresentam uma estrutura de trabalho que serve para avaliar a prática assistencial, tanto na Área clínica, como na pesquisa. As mesmas estimulam a desenvolver o pensamento crítico e a capacidade para interpretar os dados, como também possibilitam o sistema de informações e registros de enfermagem.

Conforme a autora Cruz⁽⁹⁹⁾, sem o emprego de classificações, os enfermeiros apropriam-se da linguagem livre para expressar seus julgamentos, suas decisões clínicas, o que de certa forma pode interferir no processo de comunicação do cuidado do indivíduo. Por isso, evidencia-se a mobilização das enfermeiras em todo mundo na busca desses sistemas de classificação para a prática de enfermagem, conforme cita P7.

Segundo relato das entrevistadas pode-se perceber que os discentes ao fazerem uso das classificações na prática clínica começam a enxergar a Enfermagem como uma profissão que difere dos outros profissionais de saúde, conforme mencionado nas falas a seguir:

O aluno se enxerga como enfermeiro, é a primeira coisa que eles relatam, eu me enxergo como enfermeiro fazendo uma atividade diferenciada do técnico (P1).

Isso os diferenciava, porque muitas vezes o aluno no campo de estagio faz o trabalho de auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e de enfermeiro. Então quando eles prescreviam, diferenciava, faziam uma tarefa realmente do enfermeiro[...] eles gostavam muito (P3).

No entendimento das participantes percebe-se que o ensino do DE na teoria e na prática clínica trouxe transformações no seu conceito da assistência de enfermagem aos alunos. Mostrou a importância da necessidade de identificação das ações de enfermagem, principalmente das prescrições específicas e individualizadas dos pacientes realizadas pelo enfermeiro, proporcionando responsabilidade e autonomia do profissional. Isso deu espaço para abrir um horizonte maior ao docente no processo de ensino aprendizagem no aluno, pois a motivação do aluno faz com que o docente também se sinta melhor, estimulando a refletir e

a buscar a construção do conhecimento. Entretanto, em nada diminui a importância da assistência prestada pelo técnico de enfermagem, porque estas se complementam na prestação de um serviço cada vez melhor ao paciente.

Com o DE com as suas respectivas características definidoras e seus fatores relacionados, tornou-se mais viável debater seus conceitos em relação à primeira geração, quando o enfermeiro organizava os cuidados de enfermagem sem uso de uma taxonomia. As prescrições eram direcionadas aos cuidados referentes aos procedimentos, às situações alusivas de saúde/doença ou processos de vida. O DE trouxe mudanças no processo de raciocínio, requerendo competências técnico-científicas e o compromisso na intervenção crítica do docente e discente⁽³³⁾ tendo como foco a assistência prestada ao indivíduo inserido no seu contexto histórico e sócio, como expressa a fala a seguir:

Se formos pensar no passado a gente acabava escrevendo para esse paciente sair do leito, trocar curativo, mas a gente fazia aquilo meio no automático, ah vou trocar o curativo e ali ficava então assim porque vai trocar curativo? Com quê vai trocar? O que tu esperas? Ou porque sair do leito? Se a gente já pensa tem mobilidade física prejudicada, então já está pensando, ele pode ter risco de integridade cutânea, já tenho que pensar nisso, eu já estou prescrevendo questões de prevenção de úlcera de pressão (P7).

Na concepção da participante, na terceira geração, os DEs, as intervenções e os resultados esperados⁽¹⁷⁾ passaram a ser considerados vocabulários essenciais para a prática de enfermagem, exigindo, desta forma, o cuidado com novas formas de raciocínio clínico. Observa-se que os enfermeiros passaram a identificar os fatores de risco e consequentes intervenções preventivas, possibilitando o planejamento dos cuidados com base em evidências apresentadas pelos pacientes, visando aos seus resultados. Com isso, o enfermeiro atinge seus objetivos de acordo com as condições clínicas do paciente, no processo de saúde/doença.

Nesse contexto de ensino-aprendizagem, os docentes da EEUFRGS tendem a transmitir seus conhecimentos aos alunos com domínio técnico-científico, possibilitando que eles adquiram bases suficientes para a prática clínica e pesquisa. Uma vez adquiridos estes conhecimentos, ao longo dos semestres, especificamente no quinto semestre, quando a etapa diagnóstica é aperfeiçoada espera-se a compreensão dos mesmos pelos alunos, para o desenvolvimento com competências, de cuidados com aqueles que buscam os serviços de saúde.

Outro aspecto importante mencionado pelas entrevistadas em relação à aplicação da metodologia do PE refere-se a possibilidade de observar que esta não é utilizada somente como ferramenta direcionada para a assistência do cuidado em enfermagem, mas também,

como instrumento que serve para gerenciar o cuidado e, conseqüentemente, evidenciando nos processos de trabalho de sua equipe, uma articulação entre o trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro, como indicam as falas a seguir:

[...] no 8º semestre a gente foca também o processo como uma ferramenta de supervisão, da assistência, o aluno avalia o paciente e a assistência que é prestada para esse paciente, verifica se as prescrições de enfermagem estão sendo realizadas, se o cuidado está sendo feito conforme a prescrição (P2).

À gente vai poder estar qualificando melhor nossa equipe, poder requisitar recursos materiais, área física, capacitação do nosso pessoal, poder definir uma escala de trabalho por ordem de prioridades dos pacientes, poder organizar o nosso processo de trabalho de uma forma melhor em todos os sentidos, utilizando o processo, tu sabes quem é o paciente, tu sabes qual é a equipe que tens o que tu não tens e o que tu precisas, o que tá faltando (P3).

Eu acho que de uma forma geral ele qualifica até para gerenciamento dos recursos humanos tu podes utilizar o PE, medindo tempo, por exemplo, que uma enfermeira leva para fazer o PE (P8).

Assim, pode-se subtender o PE como uma prática de gerenciamento do cuidado, na qual o profissional articula o seu fazer gerencial e assistencial para atender as necessidades dos pacientes e ao mesmo tempo da equipe de enfermagem⁽¹⁰⁰⁾. Nessa perspectiva, o aluno exerce o cuidado indicado pelo PE quando realiza seu planejamento ou delega as ações, capacita sua equipe, interage com os outros profissionais, orienta no direcionamento, organização, controle e avaliação das atividades dos cuidados essenciais, de forma sistematizada, possibilitando a aplicação do raciocínio que usam na prática. Isso corrobora o Projeto Pedagógico da UFRGS no curso de Enfermagem, de 2001, deixando evidente que os profissionais devem estar aptos a realizar o gerenciamento do cuidado e administração de recursos humanos e materiais, tanto na área hospitalar como na rede básica de saúde, sendo responsáveis pelo planejamento e implementação do cuidado no processo de saúde e doença.

Um aspecto que se considera relevante sobre a metodologia do ensino do PE é evidenciado quando as participantes mencionam que os alunos que recebem sua formação dentro da Instituição e que buscam estágios extracurriculares no Hospital demonstram facilidade na aplicação desta metodologia na teoria e na prática, diferentemente daquele aluno que não teve contato com esta metodologia em outros cursos de Graduação em Enfermagem. As transcrições a seguir ilustram alguns destes aspectos:

Eu não vejo esses alunos com dificuldades, eles têm bastante facilidade, uma vez que a Escola de Enfermagem já prepara e também já fizeram estágios aqui dentro (HCPA), aí eles fazem estagio bem rápido e depois eles fazem o estagio curricular, e

estágio não obrigatório que buscam no período das férias, então eles já vêm sabendo (P5).

[...] para os enfermeiros que vieram da EEUFRGS para cá é bem mais fácil trabalhar com essas questões, porque eles já viram isso na Graduação e estão acostumados com o Hospital de Clínicas, porque eles passam fazendo estágios aqui dentro. Já o enfermeiro que vem de fora não tem essa vivência do PE, que já existe aqui no Hospital de Clínicas, desde a década de 1970 (P8).

O aluno da EEUFRGS vem com o PE bem engajado, diferente do aluno que não é da UFRGS, [...] (P2).

Nesta perspectiva, P5 descreve que esta é uma fase em que o aluno aplica seus conhecimentos e adquire aperfeiçoamento de habilidades numa situação real, quando o PE é visto na íntegra, proporcionando a junção do saber com o fazer que o conduzirá numa atuação profissional crítica, criativa e reflexiva, constante no atual Projeto Pedagógico do curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS de 2001⁽⁹⁵⁾. Durante esse período, o processo de supervisão dos acadêmicos, no campo de estágio, é realizado por docentes supervisores enfermeiros, além dos profissionais que atuam na Instituição onde o estágio é desenvolvido, os quais apresentam domínio e trabalham com a ferramenta do PE. Os enfermeiros participam em conjunto com os docentes na elaboração do programa de trabalho. Estes têm como obrigação orientar e acompanhar o processo do ensino aprendizagem, elaborar atividades pedagógicas relativas à sua Área de supervisão, incluindo relatórios, seminários, estudos de caso, exercícios de avaliação, inserindo o aluno na dinâmica do processo de trabalho de enfermagem que acontece no espaço institucional.

O HCPA, também oferece suas diversas Áreas aos estudantes de diversos cursos da Instituição para estágio não obrigatório, bem como o estágio curricular. P2 ressalta que, durante a formação, os alunos da EEUFRGS possuem uma inserção no campo durante os primeiros anos da Faculdade, em diferentes Áreas, uma vez que isso faz parte do currículo da escola. Mas, além dessas oportunidades os próprios alunos da EEUFRGS e outras instituições de ensino de Enfermagem escolhiam também pela realização de estágios não obrigatórios (atividades curriculares). Estas facilidades de aprendizagem têm contribuído para o seu enriquecimento na troca de experiência, aquisição de conhecimentos estruturados, em que o PE é visto e manipulado de uma forma peculiar, levando-se em consideração que na maioria das Instituições onde se desenvolvem as práticas curriculares ele ainda não está implementado, dificultando o seu ensino.

Nesta perspectiva questiona-se como teria que ser o ensino do PE nos cursos de Graduação em Enfermagem, uma vez que este é trabalhado nos currículos durante a formação

acadêmica, porém na prática observa-se uma dicotomia na sua aplicação, em função da não-homogeneidade dessa metodologia de um Hospital para outro.

Assim, os estágios não obrigatórios foram introduzidos com objetivo de desenvolver atividades que contribuíssem para o aperfeiçoamento da formação profissional, visando a complementar o ensino e aprendizagem na potencialidade do graduando e no aprimoramento profissional e ético⁽¹⁰¹⁾. Pela lei 11.788 de 25 de setembro de 2008 foi definido o estágio como o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo do estudante. O estágio integra o itinerário formativo do educando e faz parte do projeto pedagógico do curso. O estágio não-obrigatório é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular, enquanto o estágio obrigatório é aquele cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção do diploma⁽¹⁰²⁾.

No entanto, para a realização de estágios não obrigatórios os alunos devem atender à Resolução COFEN n.º 299/2005, artigos 10 e 11 que estabelecem limites, ou seja, o estágio só será autorizado quando o requerente tiver concluído estudos propedêuticos de enfermagem (Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem ou equivalentes), que fornecem elementos fundamentais para a aplicação da metodologia do PE. Para esta modalidade de estágio, o aluno deverá portar a inscrição temporária emitida pelo Conselho Regional de Enfermagem⁽¹⁰³⁾.

Nesta subcategoria de análise, as circunstâncias expostas permitem concluir que tanto os docentes como os enfermeiros desempenham papel fundamental no desenvolvimento do ensino do PE, pois este é considerado instrumento principal na prática cotidiana de enfermagem, com o intuito de aproximar os alunos dos seus clientes, possibilitando uma efetiva construção de um corpo de conhecimento e atuação da enfermagem, consolidando o seu caráter científico. Destacou-se, entre as concepções das participantes o grande valor da inserção desta metodologia nos currículos do curso de Enfermagem durante a formação profissional desde a década de 1970 até os dias de hoje.

5.1.2 Capacitação dos Docentes

A partir da avaliação dos depoimentos das docentes e enfermeiras participantes desta pesquisa, nesta subcategoria de análise, evidencia-se o processo de capacitação dos docentes como ferramenta indispensável para que o ensino do PE seja ministrado de forma adequada,

bem como dos enfermeiros que participam de forma indireta no processo de ensino e aprendizagem dos alunos, que compreende a fundamentação básica do processo de cuidar, a implementação dos planos de atividades e na coordenação da assistência do PE. Este aperfeiçoamento constituiu uma necessidade em todas as gerações do PE, para que a inserção desta metodologia no ensino fosse efetiva, conforme mostram as falas a seguir:

Nós tivemos um curso com a professora Wanda Horta [década de 1970], e depois nós iniciamos um grande curso para as enfermeiras da época (P4).

Curso de extensão, para todas as enfermeiras era obrigatório (P5).

Treinamento que a gente teve no início [...] (P6).

Quando começou o processo houve uma época em que os enfermeiros foram todos convocados a fazer um treinamento [década de 1970] (P7).

A realização de cursos consiste em uma estratégia considerada imprescindível pelos participantes da pesquisa, como exemplos de atividades de capacitação relacionada ao PE. Isto se deve ao fato de se considerar a dinamicidade da produção do conhecimento relacionado à exigência constante de atualização dos profissionais. Acredita-se que o Curso oferecido no HCPA, sobre o PE, ministrado pela professora Dra. Wanda Horta aos docentes e enfermeiros, na década de 1970 proporcionou conhecimentos para a introdução dessa temática, tanto no ensino como na prática hospitalar.

Uma pesquisa realizada no interior do Estado de São Paulo, que teve como um dos objetivos identificar sugestões dos docentes para melhorar o processo de ensino aprendizagem da SAE no curso de Enfermagem mostrou, dentre outros aspectos, que a maioria dos docentes apontaram a necessidade de capacitação pessoal para o ensino desta temática⁽¹⁰⁴⁾. Com este estudo pode-se perceber a importância do preparo do docente como uma necessidade para o exercício do seu ofício.

O docente é considerado elemento facilitador do processo ensino-aprendizagem, tendo influência direta no relacionamento discente/docente, contemplando um dos objetivos do ensino do PE que é preparar o aluno para planejar e executar o cuidado de enfermagem dos pacientes. Frente a esta responsabilidade por parte do docente, torna-se importante a sua motivação pela busca de elementos fundamentais que irão nortear a formação do profissional, havendo dessa maneira a necessidade de capacitação, qualificação e desenvolvimento do corpo docente, para que o processo de ensino-aprendizagem seja mais efetivo e acompanhe os avanços no âmbito da produção dos conhecimentos, além das transformações sociais, políticas e éticas na sociedade.

Atendendo às necessidades do ensino atual, o docente deve estar apto para explorar e buscar meios para constante atualização, que propiciem o enriquecimento e renovação dos conhecimentos já adquiridos, mobilizando diversos saberes, sendo uma forma reflexiva de desenvolver a prática docente⁽¹⁰⁵⁾.

Tendo em vista a necessidade de aperfeiçoamento constante dos docentes e enfermeiros, pautado em uma postura crítica e articulada com as tendências contemporâneas de assistência e cuidado, pode-se tomar como exemplo a utilização da Educação Permanente como estratégia de opiniões e discussões de conhecimentos novos e consolidados.

Neste sentido o objetivo da Educação Permanente em saúde configura para os educadores a abertura a mudanças na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas, na educação em serviços de Saúde, na educação continuada para o campo de saúde e na educação formal de profissionais de saúde⁽¹⁰⁶⁾. Assim sendo, o desafio da Educação Permanente é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, e sua responsabilidade em um processo permanente de capacitação, tornado-se necessária a revisão de métodos utilizados nos serviços para que a Educação Permanente seja para todos um processo sistematizado e participativo, no qual o pensar e fazer são fundamentais ao aprender e do trabalhar⁽¹⁰⁷⁾.

Outro aspecto que se apresenta é a utilização de recursos como a publicação e consumo de literatura específica relacionada às questões do ensino do PE, como exemplifica a fala a seguir:

Hoje nós temos vários, vários registros de arquivos de literatura nacional como internacional com relatos de experiência de aplicação do ensino do PE (P1).

A literatura sempre se constitui uma forma de construção de conhecimento. Na Área da enfermagem este processo não difere. No entanto, como em todos os campos, a aquisição e utilização de escritos acerca de um tema é uma atitude individual que provém de uma motivação interna do profissional, aliada a incentivos externos. Tal situação é corroborada pelo autor, quando refere que a existência de livros técnico-científicos ao alcance dos professores, alunos e profissionais é imprescindível para o desenvolvimento de uma determinada Área⁽¹⁰⁸⁾.

No ensino do PE um dos sérios obstáculos encontrados se situa na própria função do enfermeiro, na identificação dos DEs, em função da sua complexidade e extensão^(13,93,109), o

que implica o docente dever possuir conhecimentos suficientes que possam ser aplicados no ensino dessa temática para identificar e solucionar problemas de enfermagem.

Assim sendo, frente às mudanças que vêm ocorrendo na metodologia da assistência, no HCPA e no ensino da EEUFRGS ao longo dos anos, com a introdução dos DEs na terceira geração (década 90), como etapa do PE, antes aplicada como lista de problemas, os docentes estão sendo instigados a utilizar o DE no ensino. Esta situação os motiva a buscar constantemente o aprimoramento desta metodologia, por meio da participação em simpósios nacionais e internacionais, seminários, cursos de extensão, realização de pesquisas, entre outros, possibilitando que eles passem a ser os protagonistas e multiplicadores desta tecnologia de cuidado do PE, tanto no ensino, como na assistência e na pesquisa.

Embora exemplificadas nas falas das participantes, somente na década de 1970, as capacitações vêm ocorrendo de forma gradual, desde essa época até os tempos atuais. Um exemplo foi o Curso de extensão universitária oferecido no HCPA, em 2001, cujo tema consistia na “Fundamentação teórica e prática do diagnóstico de enfermagem”, do qual participaram 33 docentes de diferentes Áreas do ensino de Graduação em Enfermagem⁽⁹³⁾. Este momento contemplou, tanto docentes como os enfermeiros, com conhecimento técnico-científico indispensável para desenvolver habilidades interpessoais e raciocínio clínico no ensino-aprendizagem do DE e as etapas que subsidiam o PE, com a finalidade de mediar e instigar uma atitude proativa dos alunos, na busca dos conhecimentos.

A capacitação técnico - científica tem como objetivo fortalecer as dimensões emocionais dos profissionais no processo de mudanças⁽¹¹⁰⁾. Exemplos de programas desta natureza poderiam ser adotados em outras instituições de ensino de Graduação em Enfermagem, visando à qualificação e o aperfeiçoamento do docente nesse processo de ensino-aprendizagem da metodologia PE, de forma a contribuir com sua implementação nos diferentes cenários da Área da Saúde, bem como na formação do futuro profissional.

Entretanto, vive-se numa sociedade da rapidez e velocidade, em um contexto onde são requeridos diagnósticos rápidos e acurados. As funções atribuídas ao setor de enfermagem da atualidade são muito mais complexas que em décadas anteriores. Contudo, existe a necessidade de conhecimento teórico a implementação de novos métodos, juntamente com muito treinamento a fim de atingir os objetivos e metas traçadas na acurácia dos DEs.

Toda ação complexa mobiliza algumas competências. O profissional enfrenta todo tipo de problemas, o que impede que ele mantenha a mesma rotina ou esgote todas as soluções. O docente passa a ter diversos papéis: idealizador, analista e executante. Uma

divisão do trabalho comprometeria a rapidez, a coerência, a qualidade, o rigor ético ou a eficácia de sua tarefa⁽¹¹¹⁾.

Uma competência não é um saber procedimental codificado que pode ser aplicado literalmente. Ela mobiliza saberes declarativos (que descrevem o real), procedimentais (que prescrevem o caminho a ser seguido) e condicionais (que dizem em que momento deve se realizar determinada ação)⁽¹¹²⁾. Entretanto, o exercício de uma competência é mais do que uma simples aplicação de saberes; ela contém uma parcela de raciocínio, antecipação, julgamento, criação, aproximação, síntese e risco. Tais habilidades conferem ao futuro enfermeiro a competência necessária ao desenvolvimento do processo diagnóstico e conseqüentemente, a prestação de cuidados que promovam o bem-estar ou o estar melhor do paciente.

O ensino do processo diagnóstico pode ser entendido como um meio de desenvolver competências dos futuros enfermeiros, uma vez que engloba um conjunto de esquemas, ou seja, uma competência com complexidade da prática profissional inserida na tarefa do ensino⁽⁹³⁾, viabilizado pelo compartilhamento de experiências entre educadores e alunos. Assim, as capacitações oferecidas para a aplicação do DE e as demais etapas do PE, têm como objetivo desenvolver competências de ensino-aprendizagem aos docentes e enfermeiros, sobre esse processo, técnicas e práticas de enfermagem, aplicação do pensamento crítico, comunicação, experiência clínica e relacionamentos interpessoais, permitindo, dessa forma, que esses sejam problematizados com os alunos, de forma segura. É o momento em que se constituem troca de saberes.

O ensino focado em competências, contido nas Diretrizes Curriculares para o Ensino de Enfermagem, editado em 2001⁽⁵¹⁾, vai além de o saber fazer e aprender a conhecer, e necessariamente, abarca as dimensões que têm sido esquecidas - aprender a ser e aprender a conviver. Esta nova organização da ação pedagógica esta embasada na própria capacitação do docente como professor⁽¹¹³⁾. Rios⁽¹¹⁴⁾ argumenta sobre quatro dimensões das competências que deveriam ser apresentadas pelos docentes e trabalhadas com os alunos, quais sejam:

- a) Dimensão técnica: capacidade de lidar com os conteúdos-conceitos, comportamentos e atitudes; é habilidade de construí-los e reconstruí-los com os alunos;
- b) Dimensão estética: a presença da sensibilidade e sua orientação em uma perspectiva criadora;
- c) Dimensão política: a participação na construção coletiva da sociedade e ao exercício de direitos e deveres;

d) Dimensão ética: a orientação fundada no princípio do respeito e da solidariedade, em direção à realização de um bem coletivo.

Diante disso, torna-se essencial que as Escolas de Enfermagem definam suas políticas de desenvolvimento de recursos humanos e propostas compatíveis de intervenção no que diz respeito à capacitação docente para ensino do processo, considere as dimensões das competências, as atitudes, os valores, a predisposição aos aspectos relativos à filosofia e estrutura organizacional do ensino⁽¹¹³⁾.

O caminho para desenvolver uma competência abrange/contempla tentativas, erros e acertos, momentos de dúvidas, decisões conscientes e inconscientes, deduções e raciocínios focados no processo diagnóstico. Torna-se difícil identificar, entre as competências de um professor, aquelas que são indissociáveis de sua pessoa, pois elas não se limitam àquilo que se adquire na formação profissional, já que toda história social e psicológica do sujeito é formadora.

Nesse sentido, observa-se que somente uma reflexão sistemática e continuada é capaz de promover a dimensão formadora da prática. O professor é colocado em situações desafiadoras; ele intervém em um cenário complexo, vivo e sujeito a mudanças, enfrentando problemas individuais e grupais, mas o êxito do profissional depende de sua capacidade de manejar a complexidade e de resolver problemas práticos; esse processo é, indiscutivelmente, reflexivo, e exige competências por parte do docente para vencer os desafios que se apresentam na sua prática⁽¹⁰⁵⁾.

Um docente qualificado na prática do PE conseguirá agregar o conhecimento que traz em seu âmago transmitindo-o aos alunos da classe, formando profissionais mais qualificados em suas práticas, o que resulta na realização de processos mais seguros e eficiente, tanto qualitativa como quantitativamente. Como consequência de uma eficácia no processo de preparação de futuros enfermeiros está a qualidade do serviço prestado, bem como a ética que perpassa as relações de trabalho. A sala de aula vai ser o estandarte de todo o aluno no processo de ensino-aprendizagem do PE.

Um questionamento pertinente ao PE torna-se importante, ainda, nesta reflexão: os docentes desta Instituição estão capacitados para uma prática docente que esteja em consonância com as novas perspectivas da metodologia do PE?

A resposta para esta questão se origina na reflexão acerca de duas implicações do docente por estarem em consonância com a prática de enfermagem que são:

Abordar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados⁽⁵²⁾; tais recursos compreendem a integração de conhecimentos selecionados: Anatomia, Fisiologia, Patologia, a

capacidade de fazer entrevista e exame físico sob várias condições do paciente, além do saber próprio da Enfermagem na fundamentação científica dos cuidados;

Trabalhar regularmente os problemas⁽⁵²⁾ significa trazer a discussão em sala de aula sobre o processo-diagnóstico, permitindo que os estudantes identifiquem e esclareçam muitos assuntos . Isso estimula habilidades no domínio intelectual, no conhecimento das respostas humanas e do pensamento, mediante a coleta de dados e análise, para sua interpretação.

Diante da realidade vivida nesta Área, e a atual situação vivenciada pelo HCPA e pela própria EEUFRGS, pode-se inferir que os docentes estão se tornando aptos para o desenvolvimento de tal prática, sendo que os resultados evidenciam-se no próprio ensino do PE. Um exemplo é a experiência positiva na aplicação desse ensino do PE pelos docentes, conforme ilustra a fala a seguir:

Eu vejo que os professores estão voltados para o PE, com o cuidado centrado no cliente e trabalham com o processo aqui na Faculdade, em sua grande maioria (P3).

Assim, pressupõe-se que estes estão, de fato, utilizando a metodologia na teoria e na prática clínica, contribuindo, desta forma, para a consolidação do ensino do PE. Observa-se no cerne da Instituição em estudo, e no HCPA, onde as práticas são desenvolvidas, há mais de três décadas, na assistência, ensino e pesquisa, em suas diversas especialidades, sendo considerado um processo que orienta o aprendizado do aluno.

Pelo exposto, nesta subcategoria o processo de ensinar e aprender são complexos, o que implica a necessidade de contínuo aperfeiçoamento. Acredita-se que a qualidade de ensino, da assistência e da pesquisa desenvolvidas tanto no EEUFRGS como no HCPA esteja relacionada às práticas, bem como aos conhecimentos e experiências construídas em sua formação, desde o início do exercício da docência.

Assim sendo, se o docente está acompanhado destas capacitações elencadas anteriormente, espera-se que as demais atividades em que está inserido flua com a mesma leveza, tanto para o exercício de sua docência, como no entrosamento com os discentes.

5.1.3 Implementação do Processo de Enfermagem no Hospital de Ensino

Nesta subcategoria são discutidos os aspectos organizacionais, políticos, normas e objetivos dos serviços que contribuíram de forma positiva para a implementação do PE no HCPA. A mesma ocorreu de forma gradual, tendo seu início na década de 1970, vinculada academicamente a EEUFRGS, demonstrando um processo de integração docente-assistencial (IDA). Este processo vem acompanhando a realidade brasileira e os avanços do desenvolvimento da sociedade, tanto no ensino, como na pesquisa.

Nos depoimentos a seguir estão descritos as motivações e o apoio institucional que têm contribuído para a implementação do PE:

A motivação do gerente, ou seja, de quem está na cabeça. Se eu sou diretora de enfermagem, chefe de serviço e não valorizo isso, eu não vou estimular para que seja feito na prática, primeiro de quem comanda, depois da estrutura, a concepção filosófica do grupo (P4).

Vontade dos enfermeiros que fazem parte da Instituição e um grupo de enfermeiros que se mobilizem para isso, que se reúna para estudar isso (P8).

Tivemos grande respaldo da direção durante todo esse tempo e em menos de 10 anos o processo era totalmente institucionalizado aqui dentro do hospital de clínicas(P2).

Entre as concepções dos participantes para que qualquer mudança aconteça encontra-se na força de vontade dos próprios profissionais, no reconhecimento, valorização e importância do uso de uma metodologia de assistência do PE que possa orientar e garantir a segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, e orientação da prática clínica no ensino ou na pesquisa, elevando o nível científico do cuidado.

Percebe-se, ainda, que os participantes reconhecem a necessidade de uma filosofia para orientar a prática do PE; esta atitude, de certa forma contribui para a garantia e manutenção do PE⁽¹¹⁵⁾. Alguns autores corroboram que para implementar o PE é necessária a criação de um modelo de assistência que atenda a determinada clientela; pressupõe a existência de alguns conceitos, quadros referências e a divulgação da filosofia do serviço, crenças e valores dos enfermeiros em relação ao método que será utilizado para implementação^(115,116). Pode-se constatar ainda, pela fala da participante P2, que a implementação do PE na década de 1970, no HCPA, representou a crença dos objetivos da organização, metas do serviço de enfermagem na melhoria da qualidade da assistência aos indivíduos, partilhada pelos enfermeiros e docentes da EEUFRGS e de que o PE é um método

que viabiliza , organiza e orienta as ações de enfermagem fundamentado cientificamente e aplicado na prática cotidiana de forma individualizada e humanizada.

Outro aspecto relevante que vem colaborando para a implementação do PE é a Integração Docente Assistencial (IDA). Nessa perspectiva, a concretização simultânea do ensino, assistência, pesquisa e administração entre Instituição de Educação e serviços de Saúde tem contribuído na melhoria da assistência ao paciente trazendo benefícios para os próprios docentes que estão integrados no campo, ensinando e o utilizando para a pesquisa e extensão. As citações , a seguir, refletem essa dimensão:

Dentro do HCPA com atuação dos nossos professores que estão na integração docente assistencial o estado da arte do PE lá na prática é bastante avançado, tanto nos termos de aplicação assistencial como em termos de investigação (P1).

Eu acho que tem que ser uma construção de lá pra cá tipo ensino assistência e volta assim bem uma rede, fazer uma integração docente assistencial (P7).

A IDA é considerada uma estratégia de aprendizado para alunos de Graduação, Pós-Graduação e ao próprio corpo de enfermagem na Instituição⁽¹¹⁵⁾, essa articulação tem favorecido a integração da teoria e prática, no ensino aprendizado do PE, na construção de conhecimentos e na concretização da sua aplicação na realidade. Foi por meio da participação dos docentes da EEUFRGS e enfermeiros do HCPA que surgiu a ideia de um modelo assistencial, em nível ambulatorial (consulta de enfermagem) como de internação a aceitação de uma metodologia de assistência “PE”, que permitisse ao enfermeiro agir de forma independente e científica junto ao paciente⁽¹¹⁷⁾. Aliada a isso, a atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) explicita a importância da IDA^b, deixando enfatizado que a formação universitária deve propiciar integração do ensino com a pesquisa e com as atividades de extensão à comunidade⁽¹¹⁸⁾.

A IDA é uma forma do docente vivenciar a problemática da prática assistencial, com base numa visão reflexiva e sugerir opções que possam colaborar para melhorar a qualidade da assistência, usando o PE. Essa aliciação, além de proporcionar a implementação do PE, a participante P7 ressalta que esta articulação entre EEUFRGS e o HCPA tem sido um elo no campo de ensino-aprendizagem para os futuros enfermeiros e troca de experiência com a

^b No Brasil, na década de 50, já se falava em IDA indicando a atuação de professores e alunos nos serviços assistenciais de saúde de universidades. Porém, só em 1973 a expressão foi oficialmente reconhecida pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social quanto à articulação da coordenação de assistência médica do Instituto Nacional de Previdência Social com o sistema de formação de recursos humanos, quando ficou afirmado que ambas as Instituições deveriam atuar juntas na atenção à saúde⁽¹¹⁹⁾.

equipe na aplicação do PE, principalmente nos aspectos referentes à necessidade de constante treinamento, estudo e atualização.

Em uma pesquisa sobre integração docente assistencial realizada na própria Instituição em estudo, os resultados mostraram que essa troca entre EEUFRGS e o HCPA tem influenciado a definição e organização do trabalho da enfermagem, colaborando na qualidade do cuidado prestado no hospital. Esta estreita e positiva relação entre as Instituições de ensino e de saúde dão sustentação e prestígio a esse grupo, dentro e fora da estrutura hospitalar⁽¹²⁰⁾.

Como se pode observar, esta articulação, hoje, em algumas Instituições como o caso da EEUFRGS e HCPA trouxe vantagens tanto para o ensino como numa prática voltada à realidade quando o PE é visto, sem dicotomia mais sim como um processo entre ensino e serviço que facilita a formação do futuro enfermeiro, as práticas de saúde e o próprio cuidado de enfermagem prestada aos indivíduos, família e comunidade.

Além disso, considera-se importante para a implementação da ferramenta do PE a organização dos profissionais, capacitações, motivação e apoio da gerência da coordenação do Hospital e a participação de todos os enfermeiros do setor, como também o reconhecimento da função da enfermagem como indicam as percepções seguintes:

Quando tu tens uma coordenação do grupo de enfermagem que acredita nisso, porque se tu não tiveres isso na coordenação, isso não iria acontecer; então, assim, a gente sempre teve esse apoio. Ter um grupo específico que estuda isso é uma facilidade e esse grupo ter o aval da coordenação é outra facilidade (P7).

[...] ele (PE) veio e a gente foi treinada, fomos preparados (P2).

O número de enfermeiros dentro do hospital eu acho que isso também faz a diferença, porque aqui é mais fácil a gente falar em processo de enfermagem, sistematização, diagnóstico quando eu tenho um número tal de pacientes e de enfermeiros (P7).

A sensibilização de toda equipe da importância dessa metodologia deve constar do plano de ação, como requisito para sua efetiva implementação^(116,121) assim, todos se tornam responsáveis pelas ações prescritas em todas as suas fases. É de responsabilidade da coordenação de enfermagem criar condições favoráveis para a execução satisfatória de suas funções técnico-administrativas, que insere o plano de assistência⁽²⁶⁾. A vontade da colaboração dos serviços de enfermagem e o apoio das chefias na coordenação constitui papel fundamental na sua implementação e manutenção. É importante lembrar que essa metodologia de assistência além de método, envolve uma abordagem para o cuidado individualizado, tornando necessária uma estrutura organizacional em termos de recursos

humanos, de organização de trabalho e autonomia profissional que atenda à demanda dos serviços prestados.

A fala de P7 justifica a importância do número adequado de enfermeiros o que favorece a operacionalização de todas as fases da metodologia do planejamento. Embora não dito pela participante, os demais profissionais que integram a equipe de enfermagem “auxiliares e técnicos” corroboram a aplicação das atividades dos planos de cuidados dos pacientes prescritos pela enfermeira. O recurso humano é um dos fatores relevantes na aplicação do PE, tanto no aspecto qualitativo e quantitativo, quanto no que se refere à função de cada elemento da equipe de saúde. Esse processo busca garantir a qualidade estabelecida a um grupo de pacientes, de acordo com a filosofia e a estrutura da organização, bem como a singularidade de cada serviço^(122,123). Cabe lembrar que a legislação normatiza a atuação dos técnicos de enfermagem nas fases de planejamento, orientação e implementação do PE, sob a supervisão e orientação o enfermeiro.

Diante disso, um grupo de enfermeiros do HCPA e docentes da EEUFRGS nos fins da década de 1970, consideraram como meta prioritária a implementação de um modelo do PE na área hospitalar⁽²⁶⁾. Primeiro, para colocá-la em execução, P2 menciona que foi realizado treinamento, para todos os enfermeiros do HCPA envolvidos no cuidado, dentro da própria Instituição, em relação ao levantamento dos conhecimentos no uso desta metodologia e da habilidade prática. Isso por que muitos enfermeiros nunca tiveram contacto com essa metodologia de ensino durante a formação, nem na prática assistencial. Por esse motivo, algumas Instituições como o HCPA, adotam treinamentos admissionais de orientação a respeito do PE, de modo a preparar a equipe, de forma fundamentada para sua execução. Além, disso a literatura descreve que para aplicação desse processo é necessário capacitar os enfermeiros em relação às suas especificidades no contexto institucional^(15,124,125,126,127,128,129,130) para que o desenvolvam usando o pensamento crítico, reflexivo e criativo no âmbito de sua competência, na tomada de decisões frente aos problemas apresentados pelos indivíduos família e comunidade.

De forma semelhante ao Hospital Universitário desta pesquisa, um curso sobre PE, ministrado pela Dra. Wanda Horta na Universidade Federal da Bahia na década de 1970 despertou interesse da chefia de serviço do hospital Ana Nery sobre essa metodologia. A partir desse debate, vários esforços foram abordados na perspectiva de facilitar sua introdução no Hospital. Mediante este apresto, a chefia do serviço solicitou à escola de Enfermagem da UFBA um curso sobre o PE que simultaneamente fosse introduzido no hospital. As fases do PE foram discutidas por etapa, permitindo maior segurança na aplicação prática.

Posteriormente à apresentação teórica de cada fase, o grupo tinha quinze dias para implementação daquela etapa na assistência e durante essa fase havia apenas um encontro com as professoras do curso, para esclarecimento de dúvidas⁽¹³¹⁾. Outros estudos mais recentes têm contribuído com experiências positivas para a implementação desta metodologia.

A proposta para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva, foi objeto de estudo num hospital filantrópico no interior de São Paulo. As enfermeiras elaboraram instrumentos para o levantamento de dados e prescrição de enfermagem segundo o modelo proposto por Wanda Horta. Os resultados indicaram que a utilização do novo modelo da assistência de enfermagem facilitava na clarificação para efetivação da coleta de dados, uma vez que possibilitava a identificação das intervenções de enfermagem individualizadas, conforme as necessidades de assistência para o paciente⁽¹³²⁾.

Em outro estudo sobre a SAE, realizado em centro de tratamento intensivo foi constatado que os enfermeiros passaram por um treinamento no início da implementação do PE, para a escolha da teoria e a organização dos impressos a serem utilizados. O modelo proposto no serviço é composto pelas fases de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. A implementação de cada fase é feita de forma gradual e só se passaria para a fase posterior se a anterior estivesse realmente concluída, sendo que estas se encontravam na fase diagnóstica⁽¹⁵⁾.

No entanto, como se pode observar na literatura, não há uma exigência de aplicação de todas as etapas do PE no momento de sua implementação. A coordenação de enfermagem é quem deve estabelecer as políticas específicas para o registro de enfermagem⁽¹³³⁾ porquanto, a legislação não determina as etapas para documentação de enfermagem, conforme ilustram as falas a seguir:

[...] e para iniciar tu tens que começar primeiro com uma etapa, não precisa fazer todo o PE e gradativamente estar vendo isso (P8).

Nessa época levantavam-se os problemas e tinha as necessidades, tinha a parte subjetiva que a gente perguntava o que o senhor está sentindo? Por que o senhor veio aqui ao hospital? O que o incomoda? Tinha depois o exame físico, os dados deles, peso, altura, as necessidades humanas básicas e depois se levantavam os problemas (P2).

Percebe-se, pela fala da participante P2, que na implementação do PE no HCPA a enfermagem encontrou no levantamento dos problemas dos pacientes os fundamentos necessários para fazer seus registros no prontuário, de forma científica e direcionar a prática

dos cuidados. Este fato já ilustrava interesse por parte da enfermagem pela busca de um corpo de conhecimentos próprios oriundos de outras disciplinas que permitia fundamentar suas ações efetivas⁽¹³⁴⁾ baseadas no uso da reflexão e pensamento crítico, para implementar suas atividades no atendimento das necessidades básicas registradas. Essa nova metodologia de aplicar o PE proporcionou à enfermagem uma visão mais ampla a respeito da qualidade do cuidado prestado e um maior entendimento em relação aos problemas psicossocioespirituais, que os pacientes possuíssem, facilitando, assim, a verificação da sua satisfação.

Neste cenário da aplicação do PE, as participantes descrevem como eram realizados no dia a dia as prescrições dos cuidados de enfermagem, após sua implementação, conforme expressam as falas a seguir:

No início, a prescrição de enfermagem era manual todos usávamos a mesma folha, médicos e enfermeiros, era a mesma folha (P6).

Levantávamos 10 problemas e tal [...] (P6).

Não me engano não, mas a gente tinha quase assim folhas e folhas, tinha um bloco de 30 a 40 páginas que eram colunas, eram tabelas que a gente botava os cuidados, eram muitos, àquela ânsia de querer dar conta de tudo [...] (P7).

Na seqüência, P6 realça que em 1979 as anotações eram escritas manualmente no prontuário dos pacientes, como forma de oferecer acesso às informações e comunicação entre as diferentes equipes e entre diferentes turnos de trabalho responsáveis pelo paciente, bem como avaliar os cuidados prestados a esses. Além disso, na própria Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 em seu Art. 14, foi ressaltada a incumbência, a todo pessoal de enfermagem, de registrar no prontuário dos pacientes todas as atividades da assistência de enfermagem⁽³⁾. Este fato contribuiu para uma nova metodologia de planejamento para enfermagem, na época, implicando mudanças de comportamento dos futuros enfermeiros e profissionais da Área de Saúde.

As participantes P6 e P7 referem que nessa mesma altura os problemas de enfermagem levantados eram muito extensos, exigindo um tempo maior do enfermeiro para sua realização. Corroboro a afirmação da autora de que a elaboração de planos de cuidado assistencial implica coerência, habilidade, e necessita de tempo e prática para desenvolver⁽¹²⁶⁾, ações prioritárias, individualizadas com vista a promover e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes.

Entretanto, pelas falas das participantes pode-se inferir que a aplicação desta elaboração no HCPA, não deixou de ser efetuada de forma sistematizada pela equipe de

enfermagem, mas, sim, tentou-se buscar recursos que pudessem melhorar o seu desenvolvimento, pois, além das habilidades técnicas de que um profissional precisa torna-se fundamental a iniciativa para apreender as necessidades emergentes, capacidade para estimular ações inovadoras e especialmente conhecimentos e competência estratégica para envolver os demais profissionais de saúde nessas mudanças. Assim sendo, no início da década de 1990 foi formado, no HCPA, o Comitê do PE, sob a responsabilidade da Professora Maria da Graça Crossetti, atualmente coordenada pela Professora Miriam de Abreu Almeida, tendo como meta prioritária a sistematização dos registros de enfermagem para a sua futura informatização. Este era composto por enfermeiros representantes dos diferentes serviços e docentes da EEUFRGS⁽³⁸⁾ como ilustra a fala a seguir:

[...] era um Comitê do PE. Esse grupo reunia algumas poucas pessoas, então a gente começou a partir daí estudar, tinha textos que se estudavam sobre todo o processo das teorias de enfermagem, tudo para nos dar subsídios para a gente saber e depois pensar nessa construção (P7).

As tarefas executadas por este comitê incluíam várias etapas, dentre elas o estudo e identificação dos marcos teóricos que embasavam a metodologia da assistência de enfermagem, a identificação das etapas do PE utilizadas no HCPA e outros instrumentos que o hospital possuía como Notas de Alta, de Transferência e de Óbito, a elaboração de modelos de Anamnese e Exame Físico para os diversos serviços de Enfermagem com seus referentes Manuais de Preenchimento, a Nota de Reinternação, a realização de curso de “Exame físico como instrumento para o cuidado de enfermagem”, e a elaboração de projeto piloto do DE⁽³⁸⁾.

Como estratégia para efetiva construção do modelo informatizado, foi formado um Grupo de Trabalho sobre Diagnósticos de Enfermagem (GTDE)^c, com membros do próprio Comitê do PE, para atualizar e discutir a metodologia deste com atuação em diferentes Áreas do HCPA, especificamente com foco na segunda etapa DE implantada^(38,41) evidenciado nos relatos a seguir:

[...] o GDTE com a participação de docentes da Escola, na época, e diferentes enfermeiros chefes das unidades de internação e aí a gente começa a estudar, faz cursos, estuda situação problema, nós tínhamos encontros [...] (P4).

Grupo que tem representante de todos os enfermeiros de todos os serviços, e nesse grupo há também algumas pessoas que têm horas a mais para trabalhar com as

^c O GTDE passou a ser denominado Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) a partir de 2010.

questões do GTDE. Além [...] elas têm horas para estar alimentando o computador aquilo que é definido por grupo. Estar revisando os materiais, realizar boletins informativos, mandar comunicações, divulgar o trabalho do GTDE, etc (P7).

Foram criados os Petits Comitês, muito chique [...] no sentido de estar discutindo o diagnóstico e sistematização da assistência de enfermagem em pequenos grupos para ir tentando ampliar aquela rede; é muito bom a gente estar estudando, poder estar aprofundando algumas coisas. É outro tipo de organização que eu acho que funciona, é uma pedrinha que vai trazendo um círculo e outro círculo (P7).

Grupo formado por professores da Escola de Enfermagem e por enfermeiros representantes de cada serviço aqui no hospital é um grupo que reúne se semanalmente para discutir questões relacionadas ao PE (P8).

Experiência semelhante foi encontrada numa pesquisa realizada no Hospital universitário de São Paulo que visava a demonstrar o significado do processo do diagnóstico de enfermagem para enfermeiras. Os resultados mostraram a criação de um grupo facilitador para essa implementação do diagnóstico de enfermagem, que se reunia sistematicamente com os enfermeiros com objetivo de compartilhar as expectativas em relação à nova proposta de trabalho⁽¹²⁹⁾. A tática do GTDE utilizada no HCPA foi a de introduzir os DEs como uma nova forma de produzir conhecimento, fazendo com que os enfermeiros utilizassem o pensamento crítico no processo de cuidar. A criação do GTDE, além da ênfase nos diagnósticos de enfermagem, possibilitou o desenvolvimento do raciocínio clínico do enfermeiro na tomada de decisão e aprofundamento científico na qualidade da assistência de enfermagem⁽¹³⁰⁾. Este grupo tem a função de realizar capacitações tanto aos enfermeiros novos que são admitidos na Instituição quanto aos antigos.

Na perspectiva da participante P7, a criação do GTDE também tinha como intenção auxiliar na resolução de problemas e conhecer a opinião dos profissionais em relação ao processo diagnóstico por meio de encontros científicos externos que abordassem o tema, seminários, reuniões, cursos e estudos realizados em conjunto, quando se podiam propor soluções relativas ao uso do método sistematizado visando à informatização. Mais tarde esse grupo passou a contar com uma equipe de enfermeiros de diferentes serviços que disponibilizava seis horas semanais para o desenvolvimento de atividades junto ao GTDE; esse fato, narrado, coincide com o encontrado na literatura⁽¹³⁰⁾.

A participante P7 destacou que, além do grupo diretivo, foram estruturados grupos de estudos denominados Petits Comitês por Unidade de internação que foram criados ainda dentro do GTDE com objetivo de contínuo acompanhamento em cada Área de atuação do enfermeiro, motivando a equipe de enfermagem para a construção e estudos sobre o DE para que esses fossem efetivos e eficientes na sua implantação.

Assim, a instrumentalização do grupo foi o primeiro passo^(41,130), com o estudo dos referenciais de Horta⁽¹³⁾, Benedet e Bub⁽²⁴⁾, Carpenito⁽¹³⁵⁾ e a Taxonomia I da North American Nursing Diagnosis Association⁽⁷¹⁾. Nesse processo da elaboração de um novo modelo para operacionalização do PE, no HCPA, houve a preocupação do GTDE em conservar as ideias de Horta⁽¹³⁾ adotadas na Instituição há mais três décadas, por este ser o mais utilizado pelas enfermeiras como indicam as percepções a seguir:

Criou-se um grupo com colegas de diferentes unidades ou serviços para verem quais eram as teorias, se ainda era Horta, que teorias elas estavam trabalhando. Aí a gente identifica que o pessoal estava trabalhando por especificidade usando a Horta (P4).

A gente resolve simplificar o nosso instrumento de coleta de dados, então se modificam os instrumentos de coleta de dados adequando às áreas, mas ainda com uma estrutura focada em Horta, com alguns pontos e elementos (P4).

Começamos a ver quais seriam os diagnósticos mínimos em cada setor, em cada área especializada isso foi muito bom, muito gostoso. Este é um Hospital terciário, Geral que atende criança, recém-nascido, gestantes, idosos, clínica cirúrgica e tudo mais. Então nós vimos que tínhamos que trabalhar, mais ou menos por Área, visando à informatização (P7).

A gente fez por área específica [...] (P6).

A articulação entre o referencial inicialmente utilizado no HCPA e a proposta da NANDA ocorreu a partir do trabalho desenvolvido por Benedet e Bub⁽²⁴⁾, no qual as autoras propõem uma correspondência entre as NHBs de acordo com o referencial da Horta⁽¹³⁾ e a classificação dos DEs da NANDA⁽¹³⁶⁾. A sistematização dos cuidados, com base no referencial teórico tem proporcionado meios para a enfermagem organizar os dados dos pacientes, as informações obtidas desses pacientes, permitindo, ainda, interpretar esses dados, para cuidar e avaliar os resultados desse processo.

As participantes P7 e P6 destacaram ainda que por se tratar de um hospital que abarca assistência direta e ininterrupta, decidiu-se reestruturar e aplicar um instrumento que deveria contemplar as particularidades de cada Área, possibilitando aos enfermeiros um levantamento de diagnósticos mínimos para serem aplicados de acordo com suas especificidades, no contexto da realidade vivida. Para tal foram realizados estudos de caso no HCPA visando a identificar os DEs mais frequentes apresentados pelos pacientes, nas diferentes Áreas de atendimento⁽³⁸⁾. Prática similar também foi encontrada numa pesquisa realizada no serviço de hemodiálise do Hospital Universitário da USP, onde foi realizado o refinamento da seleção dos DEs para os pacientes crônicos, de acordo com a NANDA⁽¹³⁷⁾.

Nesse sentido, acredita-se que a seleção dos DEs mais frequentes no HCPA permitiu a padronização das ações de enfermagem e deu uma maior visibilidade do trabalho do PE, contribuindo para a eleição de dados mínimos para a sua informatização. Na fala da participante P7 evidencia-se que este momento de adequar os DEs mais comuns foi um momento de ensino-aprendizagem, troca de experiência entre a equipe e da relevância da informatização da documentação clínica para o ensino e pesquisa.

Embora não realizado pelas participantes foram ainda elaborados manuais que serviam de orientação para preenchimento da Anamnese e do exame físico do paciente da pediatria, terapia intensiva adulta e Pediátrica, Neonatologia, Médico-Cirúrgico, Centro Obstétrico, Internação obstétrica e Psiquiatria de acordo com o perfil dos pacientes⁽⁴¹⁾.

Durante as entrevistas com as participantes, foi possível identificar o reconhecimento da lei do exercício profissional que deu respaldo para a operacionalização do PE nas instituições hospitalares, conforme consta na citação a seguir:

[...] inclusive hoje nós temos uma resolução a 358/ 2009 que legitima mais a sistematização da assistência de enfermagem como um todo, e depois que tu te formas tu utilizas o PE em qualquer lugar em que fores trabalhar, desde o domicílio, empresas, hospitais, ambulatórios (P8).

A citada resolução do Conselho Federal é a mais atual, e vem substituir a Resolução 272/2002 do referido Órgão, em consonância com a Lei nº 7.498/86 em que é tratada a regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil, em seu Artigo 11, Item “C” sendo estabelecidos como atributos privativos do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; alínea “i” consulta de enfermagem e alínea “j” a prescrição de enfermagem.

Destaca-se que pela Resolução COFEN nº 358/2009 foi determinado que o PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Nessa mesma resolução foi previsto que o PE deve ser composto pelas seguintes etapas: *Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem*; o PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados; além disso, a execução do PE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente.

Estes aspectos mencionados na Resolução nº 358/2009 são evidenciados no HCPA pelo uso do referencial teórico já citado e o seu relacionamento entre as fases do PE que têm

contribuído para o processo de cuidar, a formação do corpo de conhecimento na enfermagem, proporcionando soluções para os problemas verificados na prática.

Pode-se observar que a Lei do exercício profissional foi oficialmente decretada após a implantação do PE no HCPA, em 1977, porém, ela veio reforçar ainda mais a importância desta metodologia na prática hospitalar.

Após a implementação do PE no Hospital em estudo, as enfermeiras já perceberam algumas mudanças no setor de trabalho. Estas mudanças estão relacionadas com as equipes de enfermagem e médica, pois, a enfermeira, baseada no conhecimento científico, participa mais do processo de cuidar do paciente, contribuindo com os DEs levantados, ocupando o seu lugar na equipe, passando a ser referência, conforme a seguinte citação:

Começam a ver o que o enfermeiro faz, quais são as competências de um enfermeiro e eles percebem também que é um diferencial até na discussão de um *round* numa equipe multidisciplinar porque eles participam, chega uma equipe medica vão discutir um caso eles têm um conhecimento diferenciado daquele paciente, porque ele foi lá examinou, ele conversou com o paciente (P1).

Nessa ação, a equipe médica demonstrou um relacionamento satisfatório, bem como o profissionalismo empregado entre as duas equipes, resultando num trabalho conjunto, essencialmente na troca de informações, favorecendo deste modo àqueles que necessitam desses profissionais para a execução de procedimentos de sua competência.

Uma pesquisa realizada no Hospital de Ensino da Universidade de São Paulo, que teve como objetivo comparar a atitude das enfermeiras dessa Instituição entre os dois momentos do processo de implementação de classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, os resultados mostraram que não houve mudanças nas atitudes frente ao diagnóstico⁽¹³⁸⁾.

Em outro estudo desenvolvido na Instituição da presente pesquisa, cujo objetivo foi avaliar a atitude dos enfermeiros frente ao DE, ficou evidenciada uma atitude favorável. Foi possível identificar que todas as enfermeiras utilizam os DEs na prática clínica sendo que algumas delas estavam envolvidas com esta temática também na pesquisa⁽¹³⁹⁾. Os resultados desta pesquisa são fundamentais para o planejamento da implementação dos diagnósticos em outras Instituições de saúde, pois apresentam motivação positiva de um número expressivo de profissionais que realizam o PE.

Inovações bem sucedidas na implementação do PE, como o caso do HCPA, requereram que cada indivíduo participe a transformação para alcançar o resultado desejado, sendo protagonista das inovações e não apenas executor de um plano de mudança⁽¹³⁸⁾.

Entretanto, as pessoas têm diferentes formas de pensar, sentir e agir, o que se reflete em resistências à nova proposta. Isto também ocorreu durante o processo da implementação do PE na prática hospitalar no HCPA e será abordado mais adiante na subcategoria dificuldades no ensino do PE.

5.1.4 Informatização do Processo de Enfermagem no Hospital de Ensino

Sistematizar a assistência com uso do computador é uma forma de tornar acessíveis os dados em virtude da complexidade de ações que são prescritas pelos enfermeiros, bem como da grande quantidade de dados e informações obtidas que circulam, para registrar e organizar os dados clínicos no ambiente hospitalar.

A implementação de tecnologias para a organização das informações nas Instituições hospitalares tem sido considerada um fator importante no enfrentamento de problemas relacionados à documentação, que antes eram difíceis de ser solucionados com rapidez e efetividade. Assim, esta subcategoria compreende aspectos que contribuíram para a projeção do uso computacional no HCPA, especialmente a sua importância no cotidiano dos enfermeiros para o planejamento, execução e avaliação da assistência de enfermagem e seu registro. Estes aspectos repercutem de forma direta no ensino dos alunos de Graduação em Enfermagem, que realizam grande parte de suas práticas no Hospital.

Assim sendo, na perspectiva de qualificar a assistência e em consonância com a terceira geração do Processo de enfermagem os docentes da EEUFRGS e os enfermeiros do HCPA verificaram a necessidade de buscar na tecnologia da informação novas formas de operacionalizar as diferentes etapas do PE, expressas nas citações a seguir:

Não se listam mais os problemas, os [...] já têm os diagnósticos no sistema computadorizado, então a partir do histórico, anamnese e exame físico eles já constroem os diagnósticos e aí já buscam as prescrições no computador (P3).

[...] um hospital-escola lá eles aplicam realmente o PE como um todo os diagnósticos, as prescrições e agora têm as evoluções computadorizadas [...] (P3).

A introdução de máquinas novas nas Unidades especializadas do cuidado tem mudado a forma como as enfermeiras estão executando o cuidado⁽⁸⁾, fato este evidenciado na fala da

participante P2, quando refere que não se listam mais problemas de enfermagem, mas sim DE a partir dos sinais e sintomas identificados no paciente. Após escolher o DE mais adequado à situação clínica do paciente, a enfermeira seleciona cuidados de enfermagem no sistema informatizado, realizando, assim, a prescrição de enfermagem.

A implementação do modelo informatizado do PE teve seu início na década de 2000, coincidindo com a terceira geração do PE na (década de 2000). Foi utilizando o Centro de Terapia Intensiva (CTI) do HCPA como Unidade piloto, estendendo-se gradualmente a todas as Unidades de internação do Hospital⁽¹⁴⁰⁾.

Nesse Hospital, o modelo informatizado do PE faz parte de um conjunto de sistemas, chamado *Sistemas de Apoio à Gestão Hospitalar* (AGH), desenvolvido no próprio hospital por membros do Grupo de Sistemas (GSIS)^d e do GTDE. Ele utiliza a plataforma cliente-servidor com Windows-NT em rede de alta velocidade, com armazenamento de dados num *Banco Oracle*, servidor principal *SUN E 3.500*, desenvolvido com as ferramentas *designer/2000* e *developer/2000*, com interface e integração aos demais sistemas existentes, para o apoio e a assistência ao paciente. A utilização se dá por meio de microcomputadores instalados nas diversas Unidades do Hospital⁽¹⁴¹⁾. Conforme ilustra a figura a seguir.



^d O GSIS atualmente é denominado Coordenadoria de Gestão de Tecnologias da Informação (CGTI).

Figura 1- Tela inicial de aplicativos para Gestão Hospitalar (AGH).

Fonte: Almeida MA. Experiência do processo de enfermagem sistematizado em um Hospital Universitário brasileiro⁽³⁸⁾.

Nesse Sistema AGH, encontra-se o modelo denominado Assistência ao Paciente, que é composto pela Prescrição do Paciente (médica e de enfermagem). Este pode ser acessado por meio de um perfil e uma senha, antecipadamente cadastrada no sistema. A participante P3 ressalta ainda, que, tratando-se de um Hospital Escola, conta com a presença dos acadêmicos de enfermagem. Entretanto, pela característica do seu perfil eles não podem aprovar a prescrição, sendo obrigados a deixá-la pendente para posterior confirmação e impressão por um profissional com registro no Conselho de Enfermagem.

Quanto ao sistema informatizado de diagnóstico e prescrição de enfermagem, sua estrutura básica é composta de cinco tabelas de dados, incluindo as necessidades humanas, sinais e sintomas, diagnósticos, etiologias e cuidados de enfermagem⁽¹⁴¹⁾, o que facilita a visualização pelo enfermeiro, no momento em que deve assumir uma conduta, frente ao paciente.

A participante P3, refere ainda que as prescrições são levantadas no sistema, o que facilita o acesso rápido às intervenções. Assim este procedimento pode ser efetuado seguindo dois caminhos: pelos sinais ou sintomas ou pelos diagnósticos de enfermagem, sendo que nas duas opções a prescrição inicia pelas NHBs. Na primeira hipótese, os sinais e sintomas do paciente são digitados pela enfermeira, que, então, realiza uma pesquisa por aproximação, em que o sistema oferece uma lista de prováveis DEs. Com base nessas informações a enfermeira define o DE e sua etiologia (fator relacionado/risco), o que lhe permite, em seguida, escolher dentre os cuidados oferecidos pelo sistema, os quais ela considera apropriados para executar a prescrição e decidir a sua frequência na realização^(136,141), conforme ilustram as figuras 2 e 3.

Sinais e Sintomas Selecionados

Código Sinal e Sintoma

99	COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL DE EXPRESSÕES DE DOR
208	DIFICULDADE PARA ADORMECER
7	DISPNÉIA
52	DOR

Código Diagnóstico

1	DEBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
1	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
2	TROCA DE GAZES PREJUDICADA

Grp necessidades: 1 PSICOBIOLÓGICAS Necessidades: 2 OXIGENAÇÃO

Código Etiologia

53	PROCESSO INFECCIOSO DE VIAS AÉREAS
56	SECREÇÕES ESPESSAS
61	SECREÇÕES ESPESSAS E EXCESSIVAS

Selecionar Cuidados Frequência dos Cuidados Nova Pesquisa de Sinais e Sintomas

Clique aqui para escolher os Cuidados associados ao Fator Relacionado ao Diagnóstico
Count: 11

Figura 2- Tela de “sinais e sintomas” selecionados do aplicativo AGH para prescrição de enfermagem.

Fonte: Almeida MA. Experiência do processo de enfermagem sistematizado em um Hospital Universitário brasileiro⁽³⁸⁾.

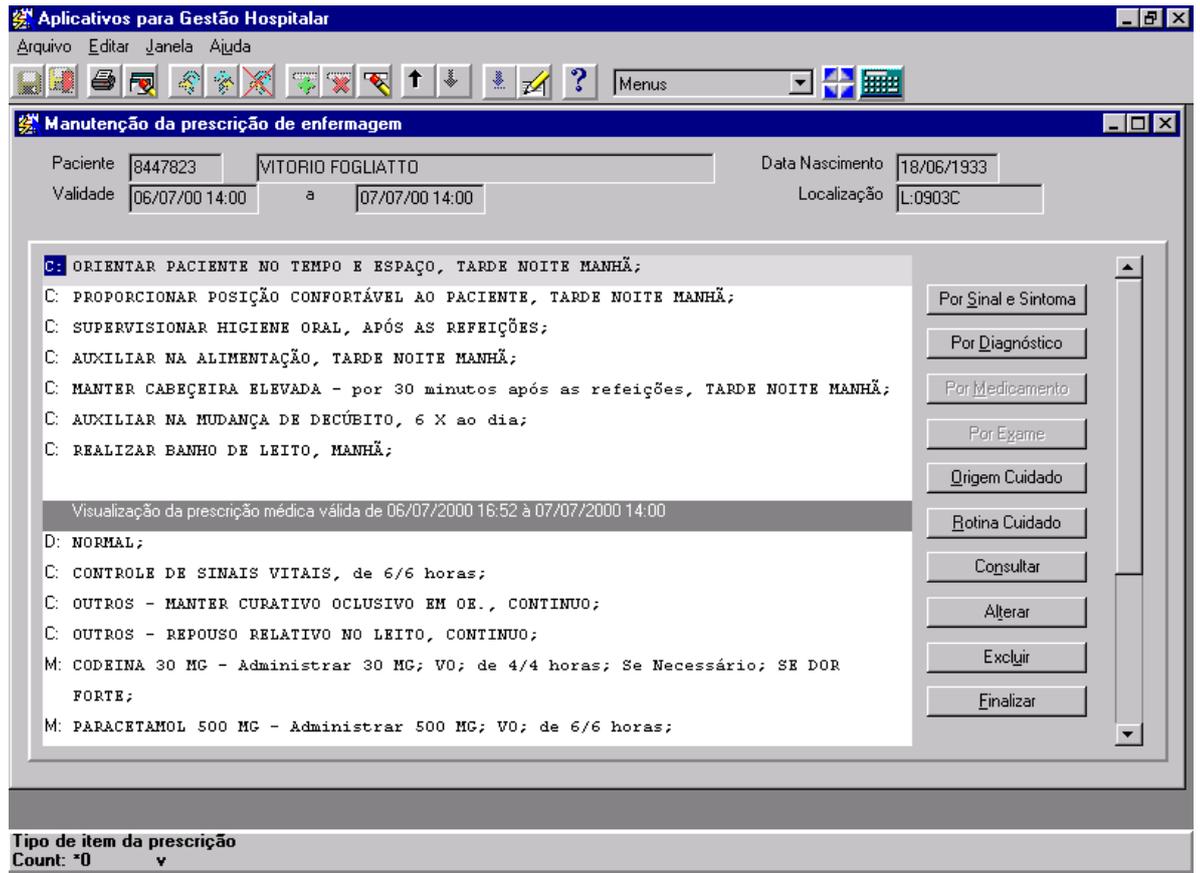


Figura 3- Tela Manutenção da prescrição de enfermagem do AGH.

Fonte: Almeida MA. Experiência do processo de enfermagem sistematizado em um Hospital Universitário brasileiro⁽³⁸⁾.

No segundo caminho, tem-se uma lista de DEs e suas possíveis etiologias, entre as quais a enfermeira seleciona as que se aplicam ao paciente. Em seguida, ela escolhe os cuidados a serem prescritos de acordo com os diagnósticos prioritários identificados, assim como a frequência com que estes devem ser praticados⁽¹³⁶⁾. Tal fato corrobora o que está descrito na literatura, que os registros eletrônicos podem contribuir para a implementação do PE, particularmente se a identificação de sinais e sintomas forem ligados com os diagnósticos e as intervenções de enfermagem⁽¹⁴²⁾.

Em suma, pode-se dizer que, para cada DE identificado, existem cuidados de enfermagem correspondentes, que são selecionados pela enfermeira de acordo com cada caso. Torna-se possível, ainda, a individualização do cuidado selecionado, pelo uso de um complemento que pode ser digitado pela enfermeira em um campo aberto para o texto livre⁽¹⁴¹⁾. Outra possibilidade encontrada na tela de prescrição no HCPA é a consulta da origem dos cuidados selecionados, ou seja, o DE que os gerou, bem como a rotina de

determinados cuidados, que é a descrição do chamado Procedimento Operacional Padrão-POP⁽¹⁴¹⁾.

A literatura traz alguns exemplos de sistemas informatizados na Área de Enfermagem. Num estudo realizado no interior do Estado de São Paulo em uma instituição hospitalar filantrópica onde foi desenvolvido um Software para a assistência de enfermagem. Este software contém alguns módulos, com a lista de problemas, um esquema que representa o corpo humano dividido em seis partes, que configura interface com o modelo de prescrição de enfermagem⁽¹⁴³⁾.

O uso do computador como ferramenta para implementação do PE foi objeto de estudo do hospital São Paulo/Unifesp. Nesse hospital foi criado um protótipo onde a enfermeira poderia identificar os DEs a partir do levantamento dos problemas do paciente. Após a escolha diagnóstica, ela deverá apresentar para cada um deles, um conjunto de intervenções fundamentado na NIC e colocar a frequência e o prazo das mesmas⁽¹⁴⁴⁾.

Nesta prescritiva, acredita-se que resultados positivos desta natureza desenvolvidos no HCPA e noutras Instituições hospitalares, poderão contribuir para outros serviços que pretendem fazer o uso do computador como uma ferramenta segura para a implantação das taxonomias NANDA-I, NIC e NOC, uma vez que são poucas as Instituições hospitalares que possuem o PE informatizado. Esta observação é mencionada em artigo que destaca os poucos, mas positivos avanços em hospitais que estão optando por um cuidado individualizado ao paciente, com o uso de sistema informatizado⁽¹⁴⁵⁾.

Entretanto, por considerar que muitos enfermeiros ainda não possuem conhecimento suficiente em relação ao uso da informática em seu trabalho diário, bem como com a familiarização de terminologias empregadas no PE por estes não terem tido o contacto direto com ela durante a sua formação, em algumas repartições de saúde conforme já mencionado na categoria anterior, o próprio hospital responsabiliza-se pela qualificação destes profissionais admitidos.

Entraram enfermeiros novos do próprio recurso humano já sai para nós quem são eles e já é agendado o treinamento em relação a eles quanto ao uso do sistema, próprio diagnóstico, isto é feito assim de rotina (P7).

[..]Parte teórica inicial e depois o treinamento prático, onde nós fazemos o treinamento com o enfermeiro no sistema, aqui do hospital, utilizamos o computador, ensinamos como nós utilizando o sistema buscamos os DEs ou diretamente pelos diagnósticos ou pelos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Essa capacitação dura em torno de 2 horas, sendo 1 hora para a parte teórica e 1 hora para parte informatizada (P8).

Esta qualificação é realizada com objetivo de elaboração diagnóstica e melhor compreensão sobre o assunto. Neste momento também é esclarecido às dúvidas em relação ao sistema e a composição dos dados.

É importante lembrar que no início da década de 1990, alguns cursos de Enfermagem não continham no seu currículo disciplinas que abordavam o tema tecnologias de informação ou sistemas de informação em enfermagem. Atualmente muitos cursos já têm nos seus currículos disciplinas que abordam esse tema, direcionando, também, para a prática clínica⁽¹⁴⁶⁾. A tecnologia evoluiu e tem contribuído para que o enfermeiro realize um trabalho competente, de complexidade crescente, que exige pensamento crítico e tomada de decisões seguras⁽¹⁴⁷⁾, como no desenvolvimento do PE.

Durante as entrevistas, as participantes demonstraram bastante motivação e satisfação pelo uso do PE informatizado no HCPA, conforme as falas a seguir:

Prescrições diagnósticas vinculadas já aos cuidados de enfermagem no computador foi um ganho para a Enfermagem científica, em termos de tempo que tens para tu ficares junto com o teu paciente (P3).

Tendo dados inseridos no computador, além de trabalhos de pesquisa tu podes te comunicar com outras Instituições de saúde e com isso trocar informações e crescer em termos de cuidado prestado para o indivíduo (P3).

[...] tu entras no computador tu já vês toda a história do paciente, numa tela tu tens toda a história dele; nós já não precisamos de prontuário, inclusive os técnicos vão ter que registrar os sinais vitais, a medicação tudo no computador, vai facilitar bastante (P5).

Hoje a informatização facilita horrores [...] não se tem o trabalho braçal de escrever manualmente, vai ali, seleciona, faz todos os cuidados (P7).

Para as participantes pode-se perceber que a introdução dos sistemas informatizados trouxe vantagens em relação à prescrição manual dos cuidados, por meio da utilização de uma linguagem comum, além do armazenamento de dados clínicos dos pacientes. P7 menciona a satisfação ao fazer uso desta ferramenta, pois ela contribuiu consideravelmente para a diminuição significativa no tempo despendido pelos enfermeiros em atividades relacionadas ao manuscrito e facilita para a pesquisa. Nesse sentido, cabe ressaltar que pela Resolução 1821 do Conselho Federal de Medicina foram aprovadas as normas técnicas referentes à digitação e ao uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada na saúde⁽¹⁴⁸⁾.

Uma pesquisa, realizada sobre o registro da documentação de dados da enfermagem, mostrou que houve menor gasto de tempo na documentação realizada no computador, quando comparado ao tempo despendido com a documentação realizada no papel, finalizando que com o computador houve maior tempo para o cuidado direto com o paciente⁽¹⁴⁹⁾.

Outro estudo realizado no local desta pesquisa, ficou evidente que a implementação do DE e a informatização da prescrição de enfermagem trouxe benefícios ao trabalho das enfermeiras, mas, no entanto, ainda havia incertezas quanto aos DEs ao sistema informatizado, mas este não interferiu de modo algum na forma como já vinham trabalhando com o sistema computacional⁽¹³⁴⁾. Além disso, a literatura mostra que o uso da tecnologia junto ao leito é eficiente e traz benefícios para o desenvolvimento da enfermagem, pois fornece acesso imediato ao prontuário, não interrompendo a prestação do serviço do profissional, e oferecendo um ganho de tempo na busca de informações referentes ao paciente⁽¹⁴⁵⁾. Porém, a tecnologia ao redor do leito requer maior atenção, pois o PE possui etapas complexas que levam muito tempo para sua operacionalização como, por exemplo, os dados do exame físico, os problemas levantados, os prováveis DEs e as respectivas intervenções necessárias para prescrição de enfermagem⁽¹⁵⁰⁾.

Pode-se inferir, ainda, pela fala da P5, que quanto mais informações estiverem registradas no prontuário eletrônico do paciente, mais segurança o Hospital terá no acompanhamento clínico do paciente, buscando atendê-lo de forma holística, uma vez que essas informações são compartilhadas por todos os profissionais da Saúde durante as 24 horas. Além disso, pode-se inferir que é meta da COPE qualificar futuramente os seus técnicos de enfermagem no uso do sistema computacional para prescrição dos cuidados assistências.

Observa-se, assim, que o uso de tecnologia de informação facilitou no processo de desempenho das atividades de trabalho do PE, oferecendo recursos que contribuíram para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, além de garantir a organização e gerenciamento da enfermagem com eficiência^(145,150). Por exemplo, a prescrição manual, muitas das vezes ilegível, passou a ser mais acessível com o uso da informatização, permitindo a retificação de documentos sem rasuras, conforme expressa a fala a seguir:

Gosto, mais da informatização, podes usar mais os recursos da informática, tu erravas, por exemplo, alguma coisa que escrevia, tu tinhas que corrigir de forma manual ficava mais complicado a gente tinha que colocar entre parênteses, colocar aquela palavra “digo” para dizer aquilo que tu querias escrever certo. Com a informatização não, a gente tem o recurso de poder apagar aquilo que não quer (P8).

Neste sentido, percebe-se que a implementação do PE informatizado gerou a redução de erros na escrita, proporcionando uma boa leitura para a tomada de decisões acuradas que, na maioria das vezes, colocava em risco a própria saúde do paciente no julgamento terapêutico que deveria ser efetuado. Pode-se deduzir, ainda, que os enfermeiros reconhecem que a documentação informatizada é mais completa, mais legível e de melhor qualidade, facilitando o trabalho de cuidar no dia a dia do enfermeiro.

Nesta subcategoria de análise os resultados alcançados permitem concluir que o prontuário eletrônico é um elemento essencial para a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem. Além disso, é fundamental para garantir a assistência, pesquisa, ensino, controle, segurança e gestão. Também foi possível reconhecer que inserir o computador nas Unidades de internação hospitalar não é tarefa fácil, mas um trabalho complexo que envolve o fator tempo, recursos financeiros, experiência com a sua utilização e pessoal capacitado para que possam aplicá-lo em todas suas fases.

Esta experiência exitosa possibilitou que em 2009 fosse iniciado o Projeto AGHU, que tem como objetivo propiciar a transferência de tecnologia necessária à implantação do sistema AGH, desenvolvido no HCPA, a outras Instituições Universitárias ligadas ao MEC⁽¹⁵¹⁾.

Sintetizando a primeira categoria, os aspectos destacados pelas entrevistadas como facilitadores do ensino do PE são: a importância deste fazer parte no currículo da instituição de ensino, o que permite a vivência do discente desde o início da sua formação, bem como a facilidade do uso de recursos tecnológicos que melhoraram a efetividade do trabalho do enfermeiro na assistência. Outro aspecto relevante foi a capacitação dos docentes e enfermeiros sobre o ensino do PE o que contribui para o exercício da docência com qualidade.

5.2 Dificuldades no Ensino do Processo de Enfermagem

Nesta subcategoria buscou-se descrever os fatores que têm dificultado o ensino e a prática hospitalar do PE. Deste modo, com base nos depoimentos dos participantes, surgiram três subcategorias: Falta de conhecimento, de motivação e descrença quanto ao uso do Processo de Enfermagem; Registro incompleto das etapas do Processo de enfermagem e Aspectos organizacionais no campo da prática.

5.2.1 Falta de Conhecimento, de Motivação e Descrença quanto ao uso do Processo de Enfermagem

As participantes da pesquisa, ao longo das entrevistas, apresentaram vários aspectos que têm colaborado para a não operacionalização do PE na teoria e no contexto da prática hospitalar. A descrença, atitudes, valores, quanto à própria metodologia que deve ser utilizada pelo docente, bem como a falta de conhecimentos, habilidades técnicas e o preparo insuficiente dos futuros enfermeiros para o exercício da docência são alguns dos fatores que dificultam o ensino do PE, conforme revelam as falas a seguir:

Crença dos professores, de acreditar nesta metodologia, porque existe um discurso de que ela fragmenta o cuidado (P4).

Para trabalharmos com o processo, o diagnóstico, a sistematização da assistência tudo mais, tens que ter conhecimento técnico, científico, e filosofia, ter competência para isso. Porque há muitos docentes, que se formam, os alunos se formam e vão trabalhar como professores substitutos até professores de uma escola, e eles não detêm desse conhecimento específico da prática, eles não conhecem o que é o trabalho(P4).

Falta de conhecimento que o professor tem e não vai buscar; embora se ofereçam cursos, o pessoal não se interessa (P4).

Diante destas considerações, pode-se pensar que para direcionar um ensino crítico e reflexivo do aluno torna-se necessária a transformação da prática docente, desenvolvendo sua consciência e conhecimento⁽¹⁵²⁾ de modo que transmita confiança aos futuros enfermeiros no uso desse instrumento de trabalho para o cuidado do paciente. Neste sentido, a prática reflexiva é considerada elemento chave para a formação profissional, não só para aprendizes, mas como um processo a ser desenvolvido de forma contínua⁽¹¹²⁾ permitindo que o PE seja conhecido pelos colegas, inibindo, assim, a fragmentação das ações do cuidado.

Esse fato, evidenciado na fala da participante, vai ao encontro de uma pesquisa realizada na Escola de Graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo, em 2000, que aponta como dificuldade a falta de crença do docente no uso do método⁽⁴⁶⁾. A pouca motivação do docente no ensino do PE pode influenciar negativamente na prática profissional do egresso ao planejar a assistência, podendo resultar num cuidado fragmentado ao paciente e consequentemente no trabalho da equipe de enfermagem, conforme observado no depoimento da participante P4.

Diante desses resultados pode-se inferir que alguns dos participantes deste estudo questionam a importância do ensino do PE. Esta inferência é respaldada na literatura, uma vez que alguns autores mencionam como sendo uma responsabilidade a mais entre as atividades docentes, um trabalho que apenas é visto na teoria e distanciado da prática, exigindo tempo por parte de quem ministra esse conteúdo. Waldow⁽⁵⁴⁾ defende que estes problemas poderão ser resolvidos à medida que o enfermeiro assuma seu papel e esteja confiante de que o PE é o seu instrumento de trabalho, além de ser legitimado pela lei do exercício profissional. Tal situação é fortalecida por outra autora ao citar a importância do papel da escola na formação do profissional, pois acredita na probabilidade de os docentes e enfermeiros unirem suas forças para debater e por em prática sugestões que possam transformar a realidade⁽⁴⁶⁾.

Outro aspecto manifestado por P4 refere-se à dificuldade do enfermeiro em aplicar o PE na prestação do cuidado, pois requer conhecimentos científicos e domínio dos procedimentos técnicos. Ao realizar o PE o enfermeiro mostra seu nível de conhecimento, sua habilidade em lidar com informações e a tecnologia e de fazer juízos clínicos complicados⁽²⁸⁾. No entanto, pode-se perceber que este fato advém da formação acadêmica, onde muitos saem da Faculdade com conhecimentos insuficientes em relação ao uso desta metodologia como instrumento de trabalho na prática do enfermeiro, como também há falta de interesse do futuro enfermeiro em desenvolver-se profissionalmente, por meio de atualizações, tais como buscando leituras científicas mais atuais ou trabalhos de colegas que revelam experiências com o uso do PE, leituras que indicam estratégias de intervenção e resultados esperados, como a NIC, NOC, e participação em debates ou cursos de especialização relacionados ao PE.

Este fato pode estar relacionado à influência do modelo biomédico adotado em algumas escolas ou hospitais onde os discentes utilizam o PE de forma não reflexiva, sem indicar as causas que levaram as respostas dos pacientes a determinado problema^(48,53). Há autores que acreditam que os docentes não estão suficientemente preparados para desenvolver nos futuros enfermeiros o pensamento crítico, uma vez que também não tiveram condições para tal, influenciando tanto na teoria como na prática clínica⁽¹⁵³⁻¹⁵⁵⁾.

Outra justificativa encontrada na literatura aponta que um dos problemas que tem contribuído para o uso inadequado desta metodologia está na forma como as escolas vêm adequando o ensino e uso do PE, onde é apresentado ao discente somente uma forma de realizar o PE, sem alternativas de escolha quanto a teoria que o embasa, limitando o seu conhecimento⁽⁵⁴⁾. Também a divulgação de terminologias, utilizadas em poucas disciplinas do Curso de Graduação da UFRGS poderia ser considerado um fator desmotivador do ensino do

PE. Uma vez que o referencial teórico utilizado está embasado prioritariamente no PE e suas etapas e nos sistemas de classificação de enfermagem: Horta (1974)- Teoria das Necessidades Humanas Básicas; - NANDA, NIC e NOC- Classificação dos Diagnósticos, das Intervenções e dos Resultados; - Carpenito- Diagnósticos de Enfermagem e problemas colaborativos⁽⁸³⁾, não focando outras terminologias para o conhecimento do discente, tais como a CIPE, a classificação dos cuidados de saúde-Home Health care classification-HHCC, a Classificação de Omaha- Community Health system entre outras.

Um fato importante a ser considerado é que a simples prática docente no ensino do PE, ou seja, a experiência, por si só, não garante o desenvolvimento profissional se não houver um processo de reflexão sobre a própria prática.

A prática reflexiva favorece analisar o que se foi feito, o que se pode fazer, como foi feito; e como poderia ser feito, além disso, permite comparar e criticar o que foi feito, no sentido de compreender, aprender e associar o que aconteceu^(28,112).

No que tange à formação dos futuros enfermeiros, pensa-se que o conhecimento sobre a metodologia do PE possibilita uma prática direcionada por ações refletidas e fundamentada cientificamente, e não apenas numa prática empírica sem fundamentação teórica.

Contudo, é possível identificar na fala de algumas entrevistadas a insegurança dos alunos, e também de enfermeiros, em aplicar as diferentes etapas do PE devido ao pouco domínio na elaboração da anamnese e exame clínico e dos DEs acurados:

Para interpretar um paciente tens que dominar as habilidades de entrevista, observação, inspeção, palpação e exame físico, então eles não dominam essas habilidades, por isso eu vejo que os alunos têm dificuldades em fazer o processo, isso é que eu percebo, não é que eles não queiram, às vezes eles têm um receio (P3).

Era difícil, porque exigia um nível de conhecimento do paciente dele que ele tinha como um todo, conhecimento dos problemas que ele tinha levantado naquele paciente e do que fazer, o cuidado que ele tinha que prestar (P3).

Nossos alunos são muito jovens, é aquele aluno que entrou aqui na Universidade com 17 anos, e para tu desenvolveres a fase investigativa tu tens exame físico, então tu encontras aquele primeiro impacto de chegar para alguém examinar, retirar roupa, então esta questão de corporeidade de como ele lida com o seu sentimento é uma dificuldade que a gente enfrenta (P1).

Estas dúvidas refletem o nível de conhecimento insuficiente de alunos e profissionais para interpretar sinais e sintomas identificados nos pacientes, sua relação com as disciplinas básicas já abordadas para o estabelecimento de uma conduta correta para planejar a assistência e, conseqüentemente, dificuldades em ensiná-lo. A superação desses problemas consiste no conhecimento teórico sobre disciplinas básicas como Anatomia, Fisiologia,

Patologia e a experiência da prática profissional, bem como suas habilidades nas técnicas propedêuticas^(104,156).

No entanto, outro fator que tem influenciado negativamente no cuidado ao ser humano é o diálogo, elemento imprescindível para que ocorra a interação enfermeiro paciente, uma vez que é por intermédio do diálogo que o ser que cuida ao ser chamado pelo ser que necessita de ajuda, reconhece esse pedido e responde por meio do cuidado⁽¹⁵⁷⁾. É por meio do diálogo que se inicia a coleta de dados a primeira fase do PE onde ambos passam a vivenciar sentimentos, emoções, percepções, valores em comum, porém no campo da prática percebe-se que existem dificuldades dos discentes que iniciam suas experiências em comunicar-se e interagir com o paciente. Outro aspecto de importante observação foi destacado pela participante P1 ao mencionar a relação enfermeiro/paciente que transcende a verbal permitindo o toque do corpo que é constante durante a realização dos procedimentos dos cuidados de enfermagem e a inspeção dos mesmos, fato este que pode revelar uma situação constrangedora para ambos.

Estes problemas são evidenciados principalmente nos discentes que, ao iniciarem suas experiências na área hospitalar, são bastante críticos em relação ao desrespeito ao paciente na invasão da privacidade e na forma como seus corpos são manipulados Kruse⁽¹⁵⁸⁾. No entanto, a mesma autora refere que esta percepção descrita pelos discentes, no decorrer do Curso, vai perdendo a crítica e eles começam a exercitar os papéis antes contestados.

Sendo assim, percebe-se que o toque vai muito mais além de todas as etapas do PE, revelando-se um elemento essencial no desenvolvimento do processo de cuidar na enfermagem. O ser cuidado e o cuidador, na interação, partilham suas experiências envolvendo-se emocionalmente, dividindo seus sentimentos e comportamentos, promovendo uma espontaneidade no processo de cuidado, com o objetivo do enfermeiro em conseguir dados que possam contribuir para as ações que contemplam os aspectos biopsicossocioespirituais.

Analisando o contexto histórico, sabe-se que a enfermagem brasileira, desde a sua origem, esteve centralizada no espaço hospitalar com foco no modelo biomédico, onde a maioria das enfermeiras era coadjuvante da prática médica hospitalar que privilegiava uma ação curativa e não o indivíduo⁽¹⁵⁹⁾. Desse modo, é compreensível que ainda existam dificuldades do enfermeiro em considerar o PE de forma positiva, mostrando opiniões e valores diversos no pensar e fazer a enfermagem, expresso nas falas a seguir:

A gente tinha muito medo na época que o PE nos tirasse do contato do paciente como a gente escrevia bastante, porque a gente tinha cada vez mais, não sei se hoje é como no meu tempo, nós fazíamos todos os cuidados no paciente, tu é que puncionavas veia, tu fazias tua avaliação, diária desse paciente, tu não passavas pelo paciente só perguntando: dormiu bem? Não dormiste bem? Não, tu trabalhavas com esse paciente, tu mantinhas um vínculo bom com o teu paciente (P2).

A gente sentia que ao registrar o processo se afastava do paciente, isso eu sinto até hoje (P5).

Conforme destacado pelas participantes da pesquisa existem alunos e enfermeiros que não valorizam o PE como um instrumento de trabalho adequado às necessidades dos pacientes, mais sim como algo que o afasta do paciente por reduzir o tempo para a prestação do cuidado direto. Considera-se esta visão equivocada, uma vez que o profissional, quando conhece o paciente e coleta dados sobre o seu estado de saúde, quando identifica suas necessidades e traça um plano de cuidados, ele está realizando o Processo de Enfermagem. A dificuldade refere-se ao tempo disponibilizado para a documentação do PE, mas que é imprescindível para um cuidado continuado.

Entre as concepções dos participantes da pesquisa também se identificou a dificuldade dos discentes e enfermeiros na elaboração dos diagnósticos de enfermagem acurados, conforme transcrição da seguinte fala:

Dificuldade de buscar DEs que compartilham características definidoras semelhantes, por exemplo, diagnósticos de oxigenação, eles compartilham muitas características definidoras semelhantes, então pode ser, mais difícil para alguns enfermeiros buscar DE, mais adequado para o paciente, naquele momento (P8).

Neste caso evidencia-se que não adianta o enfermeiro somente identificar o título do diagnóstico, é preciso descrever quais são as características definidoras evidenciadas e seus fatores relacionados, ou fatores de risco. Embora certos autores mencionem que nem sempre a acurácia na construção do DE atende aos critérios de qualidade das características definidoras e muito menos aos fatores relacionados⁽¹⁶⁰⁾.

Na identificação das características definidoras, as dificuldades estão vinculadas ao grau da exigência cognitiva para a habilidade de agrupar dados subjetivos e objetivos obtidos e relacionados como os problemas manifestados e potenciais de saúde do paciente⁽⁴⁸⁾. No contexto das taxonomias pode-se observar que estas ainda necessitam de muitos debates acadêmicos durante a construção desse conhecimento na relação docente/discente⁽⁴⁷⁾. O que se pode apreender é que estes não estão suficientemente preparados a realizar um processo de análise e síntese dos dados coletados e inferir sobre eles para diagnosticar de forma acurada.

A inferência é entendida como elemento do argumento porque argumentar pressupõe provas, pelas quais se chega a uma conclusão⁽¹⁶¹⁾. Nessa perspectiva, o enfermeiro faz inferência em muitos momentos de interação com o paciente, para a formulação dos DEs, por exemplo: se a enfermeira observa um paciente com falta de ar, mão na região do tórax, a expressão fácil, olhos sem brilho e com aparência abatida pode inferir dor no tórax. Desse modo, ela ao inferir determina o significado dos dados e o resultado da sua ação.

A literatura corrobora os aspectos mencionados anteriormente, ao referir que o raciocínio clínico por parte do discente é essencial e a construção desse raciocínio requer uma metodologia de ensino- aprendizagem adequado⁽⁴⁷⁾.

Nesse sentido, espera-se que o ensino do PE nos Cursos de Graduação em Enfermagem possa contribuir para melhores práticas e a definitiva implantação deste instrumento de trabalho nas Instituições de Saúde que ainda não o adotam.

5.2.2 Registro Incompleto das Etapas do Processo de Enfermagem

As anotações de enfermagem são consideradas fundamentais na forma de comunicação, sobretudo quando valorizadas e realizadas corretamente com um determinado padrão de qualidade, permitindo uma visão global do paciente⁽¹⁶²⁾. A deficiência dos registros de identificação de dados dos pacientes dificulta a visibilidade das ações dos cuidados da equipe de enfermagem, mostra que o PE não foi visto de maneira global e individualizada e impede que estas ações sejam compartilhadas por outros profissionais de saúde^(163,164).

Assim, os registros desempenham papel fundamental no desenvolvimento do PE, o que indica tê-lo como foco das ações de enfermagem e resultados obtidos com a assistência prestada. Além disso, esses registros fornecem informações úteis para pesquisa, servem como fonte de dados para auditoria a documentação de cuidados e indiretamente avaliam a qualidade da assistência prestada.

Portanto, nesta subcategoria verificam-se, a partir das percepções das participantes, dificuldades em aplicar a terminologia diagnóstica em enfermagem, bem como o conhecimento insuficiente para a sua interpretação. Também referem que as anotações de enfermagem não eram realizadas com frequência, eficiência e eficácia durante o período de internação do paciente.

A falha na elaboração diagnóstica tem sido identificada como ponto crítico na assistência, conforme expresso nas falas a seguir:

[...] a grande lacuna era a questão dos diagnósticos de enfermagem, a falta de diagnóstico (P1).

Preciso fazer uma organização mental, não domino plenamente os DEs para realizar o registro, preciso assim procurar os diagnósticos, estudar cada vez que eu tenho um diagnóstico um pouquinho diferente (P2).

Na percepção de P1 pode-se inferir que os DEs foram classificados como incompletos e ou não preenchidos, situação que se reflete na documentação da assistência. A ausência dos DEs pode estar relacionada ao insuficiente preparo do enfermeiro no uso desta terminologia proposta pela NANDA-I, pela sua complexidade o que exige aquisição e atualização desta etapa do PE, com objetivo de obter melhores conhecimentos conforme cita P2. Esses aspectos levam o enfermeiro a considerar a relevância do raciocínio clínico, os conhecimentos éticos, estéticos e culturais no contexto da avaliação do paciente e na busca das informações diagnósticas⁽¹⁶¹⁾ para prescrever as atividades adequadas.

Assim, na concepção de P2 supõe-se que a enfermeira no seu dia a dia não aplica processos mentais e criativos na prática de enfermagem, sendo que as inúmeras informações que ela obtém sobre o paciente são empregadas desprovidas de vinculação com os diagnósticos de enfermagem. Este fato, evidenciado na fala de ambas as participantes ao referirem dificuldades em estabelecer os DEs pode estar relacionado à sua formação acadêmica e à experiência que o enfermeiro tem na prática profissional, que decorre das capacitações oferecidas na Instituição e do seu interesse em buscar este conhecimento.

Casos desta natureza são encontrados na literatura, alguns autores defendem que o enfermeiro com mais de cinco anos de experiência clínica, por exemplo, com pacientes em pós-operatório com desobstrução ineficaz de vias aéreas aplica o conhecimento teórico desse conceito diferentemente de um enfermeiro com um ano de experiência⁽⁹⁴⁾. Outros autores referem que às vezes se torna difícil achar os DEs, os problemas identificados, pois em algumas situações estes não se encaixam nos diagnósticos da NANDA e os DEs levantados sem fatores relacionados descritos acabam por limitar a sua aplicação⁽⁵⁶⁾.

No entanto observa-se uma inquietação por parte de P2, na busca de recursos que o orientem a obter respostas aos problemas encontrados. Isto mostra uma disposição da participante do estudo em assumir e superar essas dificuldades.

Autores mencionam que usar um livro como auxílio facilita ao enfermeiro o alcance dos DEs e o planejamento da assistência⁽⁴⁸⁾. O interesse pela busca da bibliografia é uma iniciativa positiva para o melhoramento da qualidade da assistência e para o desenvolvimento mental do enfermeiro, característico do pensamento crítico.

Outros aspectos observados nos depoimentos das participantes foram em relação às prescrições de enfermagem, em que as enfermeiras prescreviam cuidados inapropriados para a situação enfrentada pelo paciente, conforme expressam as falas seguintes:

Porque eu via que a gente prescrevia para uma coisa e levantava outra e evoluía outra em 1989. (P4).

Nossas prescrições eram rotinas, troca de cateter, troca de tubo, disso e isso só que não tinha nada a ver com uma intervenção efetiva de enfermagem (P4).

A gente fazia os registros porque era a rotina, conforme a gente atendia o paciente e depois levava para o prontuário naquele sistema de botar o diagnóstico que era aquele diagnóstico (lista de problemas) que hoje não são mais validos [...] (P5).

Esses relatos das participantes remetem à primeira geração do PE; pode-se perceber que, naquele tempo, as anotações tinham um objetivo comum, o de orientar a avaliação da assistência. Entretanto, não havia ainda exigências para uma sistematização desses registros, com base em fundamentos teóricos e a operacionalização do PE^(162,165).

Além disso, supõe-se que não estavam habituados a pensar sobre os objetivos que pretendiam alcançar em cada ação que prescreviam, pois as anotações não atendiam às necessidades apresentadas pelos pacientes, acabando por realizar rotinas no trabalho diário. Este relato vai ao encontro de uma pesquisa realizada nesta Instituição por Crossetti⁽²⁶⁾, nessa época. O objetivo consistia na análise das prescrições de enfermagem. A mesma identificou a ausência da etapa diagnóstica que foi substituída por uma lista de problemas apresentados pelos pacientes, conforme também ressalta P5. Também, pode-se inferir que as prescrições realizadas eram por patologia e não com a essência do cuidado singular que o enfermeiro faz ao levantar os problemas reais e potenciais de cada indivíduo no seu aspecto biopsicossócioespiritual, conforme cita P4.

Em relação às prescrições centradas em rotinas nesse local de estudo, acredita-se que este fato poderia estar relacionado aos próprios manuais de rotina e procedimentos de enfermagem que eram utilizados pelos enfermeiros como guia nos planos de cuidado, o que colaborava para que estes não fizessem nenhum esforço intelectual no uso do método científico⁽²⁶⁾. Pressupõe-se, ainda, que os enfermeiros apresentavam certo receio com a nova

forma de utilizar o PE como instrumento de trabalho, que exigia tomada de decisão para atender às necessidades do paciente, e optavam por seguir as prescrições médicas.

Em estudo sobre a prática de enfermagem num Hospital Universitário, os resultados mostraram que as enfermeiras tendem a valorizar o tecnicismo durante a assistência, desconsiderando os aspectos individuais e emocionais do paciente⁽¹⁵⁴⁾.

Outra pesquisa sobre a análise da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário dos pacientes num município de São Paulo mostrou que em algumas Unidades de Clínica Médica eram realizadas atividades designadas para assistir o paciente com predominância do modelo biomédico, e que os registros de enfermagem eram incompletos⁽¹⁶⁶⁾.

É importante lembrar que a prescrição está contida no planejamento dos cuidados, sendo uma das etapas do PE que contempla as prioridades, estabelece os resultados esperados e determina as intervenções de enfermagem⁽²⁸⁾.

Para tanto, Horta⁽¹³⁾ já enfatizava que as prescrições devem ser feitas e registradas sistematicamente no ato ou logo após alterações diárias, tantas vezes quantas for identificado um novo problema de enfermagem ou cuidados realizados, ou qualquer providência tomada pelo enfermeiro, sendo que essas anotações devem ser de acordo com os cuidados prioritários, mesmo que não estejam escritos.

As informações registradas na evolução orientam o planejamento da assistência, indicam a suspensão ou modificação da prescrição/ procedimentos/ intercorrências e providências tomadas, as condições do estado de saúde do paciente, permitindo que os demais profissionais da equipe acompanhem o seu estado. Portanto, uma anotação incompleta ou mal elaborada pode ser entendida como falta de profissionalismo do enfermeiro, na assistência prestada ao paciente.

A prescrição é um processo de tomada de decisão, pois cada ser humano apresenta características específicas que requerem que o enfermeiro decida quais as intervenções adequadas para dar suas respostas aos problemas de saúde identificados, o que implica que ele deve possuir consciência crítica e analítica no momento da observação e interpretação dos dados. Observa-se, nos depoimentos das participantes, que o início deste registro na Instituição não encontrava aceitação da Área médica, como segue.

À maneira como a gente registrava batia de frente com os diagnósticos médicos, não tínhamos bom embasamento. E além do embasamento não tínhamos domínio para fazer esse registro. Então era médico rasgando e colocando no lixo (P5).

Era muito difícil, nós tínhamos uma dificuldade muito grande de aceitação da Área médica, eles não viam o processo com bons olhos [...] (P2).

Quando a gente prescrevia muito seguidamente os médicos tiravam as nossas prescrições e botavam fora, eu prescrevia três vezes na mesma tarde para os mesmos pacientes porque eles botavam no lixo e eu ia lá e fazia de novo (P2).

[...] registros de enfermagem formais dentro do prontuário, lista de problemas, a evolução e prescrição de enfermagem com muita crítica que os médicos faziam em relação a nossa prescrição [...] (P4).

As dificuldades percebidas referem-se à resistência de muitos médicos que questionavam a postura dos enfermeiros na aplicação do cuidado de enfermagem por meio do PE. Nessas situações, é possível inferir que até então o PE não era reconhecido formalmente pela equipe médica. É importante lembrar que essa época insere-se na 1ª geração do PE, em que até então a enfermagem acatava as ordens médicas. Embora esta situação esteja relacionada ao início das gerações do PE, desconhece-se outras realidades brasileiras, que possivelmente ainda se encontrem nesta etapa.

Cabe lembrar que a abordagem dos médicos aos problemas do paciente é diferente daquela realizada pelas enfermeiras. O PE permite que o enfermeiro considere, principalmente, como as pessoas são afetadas pelos problemas e com o funcionamento dos órgãos e sistemas, enquanto o diagnóstico médico tem como foco os problemas com o funcionamento de órgãos e sistemas⁽²⁸⁾. Acredita-se que, numa primeira fase, a falta de domínio da enfermeira em registrar as ações do cuidado influenciou na concepção dos médicos em relação ao uso desta metodologia do PE pela enfermeira, conforme cita P5.

A legislação do exercício profissional prevê que é obrigação da equipe de enfermagem registrar corretamente, como também organizar os documentos referentes ao paciente, de maneira a atender as exigências técnicas e legais estabelecidas pela profissão.

Vale ressaltar que estas dificuldades aqui mencionadas foram superadas com o andar do tempo, como já descrito na primeira categoria. Verificou-se que no local onde esta pesquisa foi realizada, todas as fases do PE são aplicadas. Mas, no entanto, pode-se perceber nos depoimentos das participantes nesta subcategoria que ainda existem lacunas na aplicação do DE e seus respectivos registros. As informações obtidas servem de reflexão em relação à forma como se direciona a prática diária, tendo como objetivo superar as dificuldades mencionadas na análise dos registros nos prontuários dos pacientes, por meio do PE.

5.2.3 Aspectos Organizacionais no Campo da Prática.

Nesta subcategoria serão abordados aspectos organizacionais que têm contribuído para o insucesso da aplicação da metodologia do PE em Instituições que servem de campo de prática para o ensino de enfermagem.

Um dos fatores que têm influenciado negativamente no ensino do PE consiste na não utilização desta metodologia em Instituições de Saúde que servem de campo de prática. Encontram-se na forma como esta vem sendo dirigida nas Instituições de Ensino, uma realidade teórica totalmente desarticulada da prática clínica, não no caso do HCPA, mas em outras Instituições de Saúde que não utilizam esse instrumento de trabalho, ocasionando desmotivação por parte de quem acredita nesse método de ensino, conforme expressam as falas a seguir:

Na nossa realidade aqui de desenvolver com os nossos alunos o PE na sala de aula se consegue aplicar dentro do Hospital de Clínicas, quando os nossos alunos vão para outros campos de prática em outras instituições hospitalares na cidade ou na rede básica de saúde eles encontraram a outra realidade do Brasil, ou seja, que o processo ainda não está totalmente sistematizado, algumas etapas são desenvolvidas e outras não, então eles entram até em certo conflito, eles cobram muito isso (P1).

Se tu tens uma Instituição que não trabalha com o PE aí tu vais lá com o teu grupo de estagio de alunos e quer trabalhar com o PE eu acho muito difícil. Eu vejo aqui que tem muitos professores que dão estágios em locais que não aplicam o PE (P3).

Ele recebe um preparo e ele vê aquilo na prática dele, talvez ele ache ruim ir para um lugar que não tem, porque tem esse outro lado, ele tem que estar preparado para chegar noutra Instituição que não vê nada (P2).

Estes dados levam a refletir até que ponto o ensino da metodologia do PE é válida para a prática do enfermeiro, uma vez que, formados, não conseguem implementá-la nas Instituições onde irão trabalhar, acabando por comprometer esse aspecto da formação inicial. Isto possivelmente acontece devido às incompatibilidades organizacionais administrativas ou, à falta de conscientização por parte da direção de enfermagem e da instituição onde trabalham^(45,126).

Acredita-se que a superação dessas dificuldades encontra-se na união da teoria e da prática, onde o aluno poderá ter a possibilidade de transferir o seu aprendizado visto em sala de aula para realidade prática e onde o PE é aplicado na íntegra, como no caso do HCPA. A vinculação entre os alunos da UFRGS e o HCPA é considerada um elemento essencial para o aprendizado em estágio por ser eficiente e por atender aos objetivos traçados pela

metodologia do ensino do PE. Cabe realçar que a prática é muito importante, sendo assim torna-se imprescindível ensinar não apenas os princípios teóricos, sem que esses sejam visíveis ou que se distanciam da realidade, o docente precisa fundamentar sua tarefa educacional na teoria aplicada à prática⁽¹⁵²⁾.

Porém, dentro deste contexto se desprende com outras situações diferentes, demonstrando maior preocupação dos enfermeiros em adquirir habilidades técnicas, no campo da prática. Assim deixam de levantar os problemas de enfermagem dos pacientes e de planejar o cuidado, ficando a assistência limitada a ações isoladas e tecnicistas conforme ilustram as seguintes citações:

Às vezes os alunos não entendem que é uma metodologia de trabalho do enfermeiro, eles pensam que é mais para cumprir uma tarefa, uma coisa a fazer (P3).

Eu acho assim os próprios enfermeiros e as ideias que eles têm em relação ao PE, que isso é uma coisa chata, que é uma coisa demorada, que não leva a nada (P7).

Claro que quem tinha mais dificuldades criava resistência a, alegando sobrecarga de trabalho (P2).

Na percepção das participantes observa-se, ainda, que prevalece a fragmentação entre o ensino e a prática proporcionando insegurança, descrédito nos estudantes em relação ao PE, considerando esta metodologia apenas como uma tarefa que deve ser cumprida quando lhes é cobrado. O se que pode inferir é que o ensino do PE não despertou interesse neles.

Há autores na literatura que dizem que este problema não aparece somente como uma obrigação para os alunos, mas os docentes e enfermeiros assistenciais também a consideram, acabando por não a praticarem⁽¹⁶⁷⁾. Esse fato tende à levar a acomodação da enfermagem a situações administrativas, importantes para gerenciamento, mas muitas vezes em função de aspectos burocráticos desvinculados da assistência direta⁽⁵⁴⁾. Para ilustrar, P2 alega que haveria sobrecarga de trabalho ao aplicar o PE.

Quanto à resistência ao uso do PE esta tem sido considerada tão natural quanto a própria mudança⁽¹¹⁰⁾. Portanto, normalmente ocorrem resistências, quando se trata de algo novo. É importante considerar que tais resistências ao uso do PE não são irracionais, sendo necessário reconhecê-las e aceitá-las antes de ignorá-las, a fim de poder superá-las com mais facilidades⁽¹¹²⁾. Esse problema, às vezes, dá-se pela falta de organização em algumas Instituições em relação ao uso da metodologia da assistência do PE na prática clínica

Observou-se ainda, na concepção das participantes outros fatores impeditivos na operação do cuidado do PE, como segue:

Número reduzido de enfermeiras (P5).

[...] de repente a gente vai para um hospital do interior onde só tem um ou dois enfermeiros, mesmo com 70, 50, 100 pacientes talvez tu não consigas (P7).

De quatro em quatro anos troca a chefia, e a chefia ela tem uma continuidade então cada nova que vem ela continua e avança, mas outras não vêm para implementar o PE (P5).

O déficit de pessoal é considerado um número inadequado para a assistência sistematizada. O quantitativo e o qualitativo de pessoal disponível são fundamentais para a elaboração de um modelo de assistência factível para sua aplicação, conforme já abordada na categoria implementação do PE no Hospital de Ensino. Por isso, alguns autores recomendam que, antes da implementação do PE, para que não haja dificuldades, torna-se necessário analisar o número de horas da enfermagem, conhecer o perfil das necessidades dos pacientes internados para direcionar as ações, tendo em vista que este cuidado é individualizado^(123,174). Embora, outros autores defendam que não é pelo número reduzido de enfermeiros que o processo não é realizado, mais sim, pela dificuldade de selecionar pacientes que poderiam iniciar o trabalho; além disso, tem-se notado o individualismo da enfermeira no seu plantão, demonstrando a falta de união e espírito de trabalho em equipe⁽⁴⁵⁾ para uma assistência sistematizada.

Diante dos depoimentos de P5 e P7, pode-se deduzir que as enfermeiras não estavam interessadas em modificar as rotinas, mais sim em continuar nos seus afazeres técnicos, conduzindo as ações de enfermagem, mantendo dependência de outro profissional.

Outro fator que apareceu nas falas das entrevistadas foi quanto à substituição da chefia por uma nova que não crê nesse método científico, acabando por prejudicar indiretamente a própria equipe de enfermagem que já vem seguindo essa sistemática de trabalho. Nesse sentido, o caminho possível, no nosso entendimento, seria ter um novo chefe motivado e que pratica o PE, que demonstra disponibilidade e segurança em seguir com essa ferramenta de suma importância para organização do seu trabalho e que mantém seu envolvimento com o grupo.

Além desses empecilhos apontados pelas participantes, encontram-se outros na literatura, descritos por vários autores, tais como: o despreparo do grupo, tempo e vontade das gerentes dos serviços e da instituição, certa inflexibilidade por parte de algumas Instituições de Saúde na adequação do uso do PE, características individuais de aprendizagem do PE, a

desvalorização do PE pelos próprios enfermeiros, relação de poder dentro das Instituições, falta de autonomia do enfermeiro e dentre outros^(2,44,55,126, 128,134,169).

Muitas das circunstâncias mencionadas por esses autores em relação às dificuldades não podem ser consideradas semelhantes a do HCPA, onde o PE está consolidado e faz parte das práticas institucionais. No entanto, determinados aspectos organizacionais apontados na literatura ocorrem em muitas Instituições de Saúde, dificultando a implementação do PE, e conseqüentemente evidenciando distanciamento teórico-prático quando o aluno de enfermagem utiliza este campo como prática curricular.

É possível fazer uma relação dos aspectos apontados pelas participantes do estudo, aqui categorizados como dificuldade na implementação do PE, e aqueles destacados como facilidade. Muitos destes aspectos são semelhantes, contudo encarados de forma positiva ou negativa decorrente de concepções que são singulares, visto inexistir consenso total.

5.3 Estratégias Utilizadas no Ensino do Processo de Enfermagem

Nesta categoria, serão abordadas duas estratégias que os participantes da pesquisa mencionaram que têm sido empregados na teoria e na prática hospitalar para a identificação dos DEs: os estudos de caso e o ambiente virtual de aprendizagem. Essas estratégias favorecem o desenvolvimento do pensamento crítico e raciocínio clínico dos futuros profissionais.

5.3.1 Estudos de Caso Clínico

Com intuito de aprimorar o ensino do PE, as docentes e enfermeiras, com base nos seus conhecimentos teóricos, experiências pedagógicas adquiridas ao longo do tempo da sua prática profissional, utilizam o estudo de caso como uma estratégia para facilitar o aprendizado, fazendo com que os alunos reflitam criticamente e construam o seu próprio conhecimento, conforme citam as falas a seguir:

Com base na experiência dos rounds pela Medicina, começamos a fazer os estudos clínicos de enfermagem em relação aos diagnósticos (P4).

A gente faz um exercício “tipo estudo de caso” onde se falava de um cliente x, onde se listavam diferentes atividades que estavam fazendo com os pacientes na prática, se era evolução, diagnóstico, planejamento, anamnese e exame físico ou histórico de enfermagem [...] (P3).

Em um grupo de três ou quatro alunos eles escolhiam um paciente a que tinham que prestar o cuidado na Unidade de internação e a partir desse paciente eles devem trazer para o seminário todos os dados que eles coletaram: anamnese exame físico, os diagnósticos, as intervenções e a evolução desses pacientes. Com isso se trabalhava casos clínicos da prática lá em sala de aula; essa é uma estratégia que eu vejo assim excelente, os alunos gostavam muito (P3).

Como se pode observar nos depoimentos, o estudo de “caso” é uma estratégia de ensino-aprendizagem que tem sido utilizada com maior frequência no campo da prática clínica, ou após o estágio de campo por meio de casos reais ou casos simulados o que possibilita uma maior discussão sobre o paciente num todo, uma vez que envolve o aprofundamento dos conhecimentos anteriores adquiridos para que seja resolvido o problema do paciente. Os diagnósticos médicos também são incluídos, onde é visto o tratamento farmacológico do paciente.

P3 ressalta, que os dados levantados sobre um determinado paciente, e as hipóteses do DE e intervenções são trazidos para sala de aula onde ocorrem os debates em grande grupo em seminário, com a participação dos docentes da disciplina. Cada grupo seleciona o diagnóstico mais preciso para o estudo de caso e apresenta as conclusões pertinentes. Pode-se observar que este é o momento importante de aprendizado reflexivo, onde existe uma troca mútua de saberes e experiências entre docentes e discentes para o desenvolvimento de habilidade diagnóstica e pensamento lógico, o que também instiga ao aluno na busca de material na biblioteca e leitura de artigos com estudos semelhantes.

Na concepção dos participantes, o estudo de caso utilizado como estratégia de ensino possibilita ao aluno a oportunidade de tomar decisões e solucionar problemas com autonomia. Esses resultados também foram achados por outros autores quando utilizaram o modelo de estudo de caso como estratégia de ensino na teoria e na prática assistencial⁽¹⁷⁰⁻¹⁷²⁾. Este método empregado aos estudantes permite que eles identifiquem os processos de pensamento que foram aplicados e as implicações dos diagnósticos para as ações de enfermagem, demonstrando satisfação por parte deles, conforme cita P3. O uso da técnica de estudo de “caso” facilita na síntese do conteúdo do conhecimento aplicado no paciente, no cenário do cuidado e os estudantes ao fazerem uso dessa estratégia demonstram conhecimento da

matéria, por meio da aplicação de solução de problemas e tomada de decisão na elaboração do plano de saúde que melhor atenda às necessidades do paciente e/ou da família fictícia⁽¹⁷¹⁾.

Outra estratégia mencionada pelos participantes da pesquisa foi a dramatização, também aplicada por meio do estudo de caso, conforme ilustra a fala a seguir:

Parte da criatividade de cada um, a gente fez um curso onde realizamos a dramatização, mostramos os diagnósticos de enfermagem prontos para aquele paciente, a partir de um caso clínico real (P8).

Acredita-se que com esta forma de apresentação o aluno se sente mais livre para demonstrar os seus conhecimentos, cria o desafio de transpor os conteúdos teóricos, possibilitando ao estudante e ao docente, a oportunidade de trabalhar em situações que envolvam o enfrentamento e a resolução de problemas por meio do domínio cognitivo.

Nessa fase, os discentes podem cometer erros na atribuição do diagnóstico, demonstrar uma flexibilidade mental inadequada ao mudar de uma hipótese diagnóstica para outra. Porém, essas dificuldades se tornam necessárias e desafiadoras para os alunos adotarem estratégias específicas para alcançar a precisão nas suas metas⁽⁹⁴⁾. Em relação à dramatização, vale ressaltar que, apesar de ser um método interessante e atraente, exige responsabilidade maior do docente no planejamento da cena⁽¹⁷³⁾.

É importante salientar que o uso do pensamento clínico no discente requer atenção por parte do docente, o que implica que ele precisa acompanhar a evolução cognitiva, psicomotora e afetiva do aluno, durante o processo de ensino-aprendizagem que servirá para acompanhar as mudanças decorrentes, nesse período de ensino. O pensamento crítico é entendido por alguns autores como um tipo de pensamento complexo em que o indivíduo apresenta condições para exercitar outras operações mentais tais como a análise, síntese, avaliação, interpretação, aplicação e tomada de decisão, assim como reconhecer e memorizar o resultado de processo de pensamento de outros indivíduos⁽¹⁷⁴⁾.

Pesquisa realizada com o objetivo de identificar estratégias utilizadas na enfermagem para desenvolver habilidades do pensamento crítico constatou que as estratégias mais empregadas são: questionamento, estudo de caso, ensino online e aprendizagem interativa, mapa conceitual e aprendizagem baseada em problemas⁽¹⁷⁵⁾. Outro estudo semelhante em que um dos objetivos do trabalho foi identificar as estratégias no ensino foram achados 21 artigos com estratégias para aplicar o pensamento crítico, onde se destacaram 40 estratégias. Entre as mais referidas citam-se: estudo de caso, instrução auxiliada por computador (CAI), clube da revista, redação e publicações reflexivas, gravações em vídeoteipes, mesa redonda, debate,

discussões orientadas e interação em pequenos grupos⁽¹⁷⁴⁾. Estes resultados mostram o interesse dos docentes na busca de meios que possam auxiliar no melhoramento do ensino do pensamento crítico.

Além das estratégias descritas na literatura para o ensino do processo diagnóstico, as entrevistadas também referiam alternativas que foram aplicadas para o desenvolvimento do exercício mental no ensino e na prática, conforme explícito nas falas seguintes:

Nós abolimos aulas expositivas em excesso, as nossas aulas expositivas só são seis numa disciplina de 15 horas semanais; num semestre inteiro são seis aulas. Eles recebem uma informação geral, vamos dizer assim da sistematização do Processo de enfermagem e ele vai para prática, seja no laboratório de Informática, laboratório de ensino, no hospital ele vai fazer os exercícios na prática (P1).

Eu ia orientar o meu ensino no máximo a 5 DEs de acordo com o nível que aquele aluno estivesse, a partir do conhecimento de uma paciente de uma realidade concreta ia debulhar aquele diagnóstico em cima dos problemas apresentados pelo paciente, sinais e sintomas, evidências e ver a inter-relação disso com outros problemas mas naquele contexto daquele paciente, em vez de eu dar o rol de 10 a 12 diagnósticos e o aluno não conseguir fazer a inter-relação (P4).

Convidávamos os alunos a participar de atividades de extensão que nós tínhamos aqui na escola, tivemos uma época em que a gente tinha o Gide que era o grupo de diagnóstico de enfermagem vinculado a ABEn, então a gente estudava os diagnósticos e promovíamos dentro do grupo atividades de extensão em que se fazia estudos sobre diagnósticos de pacientes (P3).

Observa-se na fala da participante P1 que foram diminuídas as aulas expositivas em excesso, pois de certa forma não favoreciam ao aluno como prova suficiente para a aplicação do PE, como também não permitiam a participação ativa do aluno no bom emprego do pensamento crítico. Assim, eles passaram a desenvolver mais aulas práticas tanto no hospital como em laboratórios, onde estes tinham maior oportunidade de aplicar suas experiências para resolver os problemas evidenciados no contexto real ou no paciente fictício.

O excesso de aulas expositivas focaliza o docente como o detentor do saber, criando estratégias repetitivas, dificultando o desenvolvimento do pensamento crítico por parte do discente o que faz com que ele assimile o que lhe é imposto⁽¹⁷⁶⁾, influenciando de forma negativa na construção dos seus próprios conhecimentos. Pressupõe-se que para se formar um aluno crítico é necessário o diálogo entre ambos, educador e educando para transformar a realidade e não só a transmissão da ciência.

Já P4 menciona que iria focalizar apenas nos DEs mais frequentes identificados no contexto real da prática do HCPA de acordo com o nível do conhecimento desse aluno. Este fato evidenciado na fala da participante vai ao encontro da Pedagogia da Problematização que

vem sendo utilizada como estratégia de ensino nos cursos de graduação em enfermagem, uma vez que a metodologia da Problematização valoriza o contexto da realidade vivida no qual o tema será trabalhado, seguido de reflexão na busca dos possíveis fatores que estão associados ao problema emergente⁽¹⁷⁷⁾ da prática clínica conforme cita P4. O mesmo autor ressalta que o aprofundamento teórico de acordo com a realidade, permite a análise e discussão dos dados colhidos e a proposição de hipótese de solução, visando intervir naquele contexto da realidade, para a superação dos problemas e dificuldades identificadas. Assim o aluno tem como aprender a pensar criticamente, reconhecer a sua realidade e seus problemas, preparando-se para mudanças que acontecem nos contextos profissionais⁽¹⁷⁷⁾.

Acredita-se que essa forma de ensino possibilita ao discente o desenvolvimento gradual do exercício mental, até a uma fase mais complexa, uma vez que o pensamento crítico exige experiência, competência, habilidades, atitudes e valores que vão sendo adquiridas no decorrer da formação do aluno. Na perspectiva de um aprendizado de qualidade os discentes também são incentivados a participar dos trabalhos de extensão, em que são apresentados vários estudos de caso, conforme cita P3, que envolve a participação de uma equipe multidisciplinar.

Atualmente estas discussões ocorrem dentro do HCPA, uma vez por mês, em turnos alterados, com a participação de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos diferentes serviços que compreendem o grupo de enfermagem. Os estudos de caso apresentados abordavam todas as etapas do PE com foco no DE e intervenções. Os resultados desta pesquisa mostraram um envolvimento maior dos profissionais, contribuindo para a atualização e revisão dos DEs com ênfase na assistência⁽¹³⁰⁾.

Acredita-se que esta estratégia utilizada pelos participantes do estudo é uma forma de demonstrar aos alunos que esta não é somente vista por eles no decorrer das aulas ou na prática clínica, mais, sim, um trabalho que vem sendo desenvolvido em nível da Instituição hospitalar, onde os enfermeiros também participam. Diante disso, evidencia-se um aspecto positivo de ambos na busca de um aprendizado contínuo com a colaboração de todos os enfermeiros. De modo semelhante, essas estratégias citadas pelas entrevistadas, também são aplicadas em ambiente virtual de ensino, que será abordada no item a seguir.

5.3.2 Ambiente Virtual de Aprendizagem

A partir do início dos anos 2000, que configura a terceira geração do PE, o desenvolvimento e o uso da tecnologia na Enfermagem têm permitido avanços importantes no ensino, na pesquisa e na assistência. Este método de trabalho em ambiente virtual tem se mostrado como uma estratégia adequada e eficaz para o aprendizado, facilitando o acesso ao saber dos alunos, que na maioria das vezes se tornam difíceis de serem construídas em sala de aula, conforme expressam as falas a seguir:

Simulação em laboratório com uso de recursos na Informática ele faz uma simulação de uma anamnese e exame físico, nós damos bastante liberdade para ele explorar diferentes formulários de anamnese, ele constrói um exame físico num cliente virtual, eles discutem esse paciente virtual com uma propriedade que é incrível (P1).

Eles organizam um mapa conceitual que nós usamos e chamamos de Cmap-Tools, então nesse mapa conceitual eles relacionam esse cliente com todas essas peculiaridades, inter-relacionam as diferentes partes do exame físico. Olha ele tem essa questão de anamnese é importante tu investigares isso lá no exame físico (P1).

Nos depoimentos evidencia-se que a antecipação dos procedimentos por meio da simulação da tecnologia em laboratórios é fundamental, pois favorece que o aluno e o profissional tenham um contacto prévio dos conhecimentos dos cuidados antes da sua realização direta com o paciente. Além disso, essa proposta possibilita que os discentes se tornem protagonistas da aprendizagem e desenvolvam sua autonomia, ao passo que eles mesmos desenvolvam suas habilidades cognitivas, o senso crítico, o pensamento hipotético e dedutivo. Percebe-se neles a preocupação de criação de situação-problema em cenários clínicos que se adaptem às necessidades do paciente, quando podem aprofundar e praticar os conteúdos de anamnese e exame físico com base em Mapas Conceituais (MCs) elaborados por eles mesmos, e construir os DEs em simulação virtual.

O uso do MC como ferramenta de ensino pode ser associado à aprendizagem com base em problemas, em que o discente pode identificar problemas de vida real do paciente por meio de levantamento de proposições e representar por meio da ligação entre conceitos centrais para diagnosticar e interferir nas ações do cuidado⁽¹⁷⁵⁾. Neste caso, os MCs auxiliam o aprendiz a enxergar com mais evidências os conceitos, proposições a aprender, ao mesmo tempo em que sugerem relações entre os novos conhecimentos e os que o discente já adquiriu⁽¹⁷⁸⁾.

Dessa maneira, os futuros profissionais necessitam usar estratégias de pensamento crítico para investigar e refletir em todos os aspectos da observação clínica ou problema, a fim de decidir o plano de ação para solução dos problemas de saúde dos pacientes. Esta capacidade de julgar dos discentes é evidenciada na segunda etapa do PE, quando o enfermeiro estabelece um julgamento dos dados obtidos na primeira etapa (coleta de dados), levando em consideração seu conhecimento para denominar a condição apresentada pelo cliente, ou seja, estabelecer o DE. O julgamento clínico necessário para este nível de resposta não requer só a decisão consciente e as características de uma tomada de decisão competente, mas também de uma conduta certa, uma resposta intuitiva de discriminação holística.

Conforme o depoimento esse é um dos momentos riquíssimos, em que os discentes debatem e trocam experiências sobre o assunto em questão, trazendo várias outras situações possíveis encontradas no ambiente hospitalar em que ocorre grande parte das práticas de ensino. Além disso, instiga-os na busca de outros temas complementares, possibilita que participantes se atualizem em relação aos conteúdos selecionados, facilita a comunicação, favorece a interação de conteúdos teóricos e práticos e diminui os obstáculos ao processo metacognitivo de aquisição de conhecimento, o que se depreende a fala a seguir:

No hospital eles fazem cuidado integral e eles começam a relacionar com os pacientes tanto no fazer os procedimentos como também fazer entrevista, avaliar, fazer exame físico e aplicar técnicas propedêuticas; aplicam questionário de anamnese e no final eles dão nome fictício para esse paciente e apresentam para o grupo de estágio, um estudo de caso, de novo em mapa conceitual. O que eles fizeram virtualmente eles, depois, tem a oportunidade de fazer na prática. (P1).

Nesta perspectiva, observa-se que o aprendizado virtual torna-se mais amplo e construtivo, à medida que cada aluno vai aprendendo a se auto-avaliar, avaliar os colegas e ajudá-los a se avaliarem e refletir criticamente sobre esses conhecimentos, a partir do seu contexto de trabalho. Verifica-se também um melhor acompanhamento da disciplina por parte do discente conforme cita a participante. Esse achado assemelha-se aos resultados de um estudo sobre a opinião de estudantes de enfermagem da UFRGS na aprendizagem de sinais vitais utilizando objetos educacionais digitais, onde foi descrito que eles aprendem bastante ao desenvolverem os seus estudos de casos, bem como ao assistirem as apresentações dos colegas, e a facilidade de comunicação e de acesso a pesquisas adicionais que o ambiente virtual proporciona⁽¹⁷⁹⁾.

Para que ocorra o desenvolvimento de atividades em ambientes virtual de aprendizagem na Enfermagem torna-se necessário o uso de referencial teórico que embasem a

prática educacional. Neste contexto, o referencial teórico que tem sido utilizado é o contrutivista-interacionista, orientado pela teoria da Epistemologia Genética de Jean Piaget, em que os conceitos de autonomia e cooperação sinalizam a articulação necessária para uma sugestão de educação à distancia em Enfermagem. Na perspectiva de Piaget, a construção do conhecimento apenas acontecerá se os estudantes colaborarem, na troca de informações entre os sujeitos envolvidos na aprendizagem^(180,181). Trata-se de um fato imprescindível para o exercício profissional, uma vez que a enfermagem trabalha em equipe em que se torna necessário a colaboração e participação de todos os membros na construção de conhecimentos para o bem-estar do paciente.

Pesquisa realizada no cerne desta Instituição por alunos de Enfermagem cujo tema teve como objetivo avaliar as estratégia de utilização de MCs com apoio do software CmpTools no curso modalidade à distância denominado introdução à Anamnese e ao Exame Físico de Enfermagem, os resultados mostraram-se positivos na construção dos MCs enquanto técnica de ensino-aprendizagem como também possibilitou aos discentes integrar conhecimentos novos aos anteriores ao estabelecer inter-relações entre as etapas do PE e pensarem criticamente⁽¹⁸²⁾.

Outro estudo realizado na Universidade Paranaense, com objetivo de avaliar a influência de recursos tecnológicos on-line no aprendizado de alunos do curso de Enfermagem, na disciplina de Semiologia e Semiotécnica, constatou que após a aplicação da tecnologia, os acadêmicos que tiveram acesso à ferramenta apresentaram melhores resultados em relação ao grupo que não utilizou o ambiente virtual de aprendizagem⁽¹⁸³⁾. De forma semelhante, foi evidenciado num estudo que o ensino teórico e prático de Semiologia e Semiotécnica no recém-nascido pré- termo encontrava-se prejudicado pela falta de tecnologia em que se faz uma ligação rápida e eficiente entre conhecimento teórico e prático. Assim foi desenvolvido o software educacional. Os resultados concluíram o uso adequado do software para ser utilizado no ensino de Enfermagem na disciplina de Semiotécnica e Semiologia, tanto no ensino presencial como para educação à distância⁽¹⁸⁴⁾.

Resultados positivos demonstrados nestes estudos acenam para possibilidade de que esta metodologia de ensino-aprendizagem seja implementada em mais Cursos de Graduação em Enfermagem, pois ela favorece o desenvolvimento do futuro enfermeiro incentivando sua participação ativa na construção dos seus conhecimentos essenciais para o cuidado na enfermagem. Cabe lembrar que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem da Área da Saúde, de 2001, enfatizam o uso adequado de tecnologias, tanto

de informação como de comunicação que possam colaborar para assistência de enfermagem⁽⁵¹⁾.

Além disso, há autores que defendem que o discente, ao usar recursos tecnológicos com objetivo de promover o seu aprendizado, diminui os níveis de estresse evidenciados na sala de aula, onde mantém um nervosismo de se enganar perante os professores ou de ser interrogado sobre determinado conteúdo ou imaginar que sua dúvida seja ridicularizada perante os colegas^(183,185). Porém, esta técnica de ensino não faz com que os docentes deixem de emitir os seus questionamentos, pois se trata de um momento de discussões em que o professor pode lançar perguntas que estimulem os discentes a compartilhar suas experiências ou mesmo expor suas dúvidas.

A literatura descreve, ainda, que esta metodologia permite romper com o trabalho individualizado, servindo como estímulo recíproco entre os participantes promovendo troca de aprendizagem, rompendo com a hierarquia professor-aluno, uma vez que o discente pode fazer seus questionamentos on line, pois o docente torna-se um facilitador no processo^(186,180). Entretanto, os MCs não dispensam as explicações do professor, sendo necessário que o docente oriente o discente por meio do mapa, pois, os docentes são os mediadores desse processo de ensino-aprendizagem, à medida que eles dão apoio e incentivo na construção do saber, conforme ilustra a fala seguinte:

Gosto muito de Informática, consegui desenvolver materiais de estimulação nessa Área. O professor que tem conhecimento pedagógico é um professor atualizado ele consegue desenvolver atividade bem interessante na Área do PE Ou SAE (P1).

Como se pode observar na fala da participante, esta estratégia de ensino-aprendizagem exige também maior conhecimento e experiência por parte do docente, criatividade, flexibilidade e conhecer diferentes estratégias para direcionar uma aula que estimule o discente a planejar e implementar a assistência. Tal afirmativa é coerente com a literatura, de acordo com a qual as estratégias de pensamento crítico estão evoluindo e refletem a criatividade do corpo docente⁽¹⁷²⁾.

Além disso, a aplicação da Informática facilita a organização das atividades e a interação entre os alunos e professores, permitindo a utilização de diferentes softwares e ferramentas como internet, vídeos, TelEduc[®], Power Point, MSN[®], Orkut[®], etc que contribuem para o avanço tecnológico no ensino do PE em ambiente virtual.

Exemplo disso foi encontrado num estudo em que foi utilizada a técnica de instrução auxiliada por computador (CAI), via online. A CAI é um processo de aprendizagem que

requer também o pensamento crítico, pois os alunos trabalham por meio de perguntas, prioridade das informações, planejamento da assistência e avaliação dos resultados, usando a instrução assistida pelo computador. Este método interativo oferece o Feedback sobre a precisão das respostas dos estudantes. Resultados mostraram que os discentes que utilizam a CAI apresentaram aproveitamento positivo em relação aqueles que não utilizam esse método⁽¹⁷²⁾.

Como se pode observar nesta subcategoria, apenas uma entrevistada mencionou o uso da tecnologia em ambiente virtual de aprendizagem, o que leva a crer que ainda se trata duma inovação na Instituição.

Diante desta constatação torna-se importante que essa estratégia seja aprimorada pela Instituição, uma vez que o seu uso ainda é recente, e que se pode inferir que nem todos os docentes dominam essa ferramenta.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa exploratória e descritiva buscou conhecer o desenvolvimento do ensino do Processo de Enfermagem na perspectiva de docentes da UFRGS e de enfermeiros do HCPA. A partir da análise das informações das oito entrevistadas foi possível conhecer as facilidades, as dificuldades e as estratégias utilizadas no ensino do PE, que constituíram as categorias temáticas deste estudo.

A escolha do tema em questão está relacionada com a vivência que se teve na pesquisa e prestação de cuidados aos pacientes durante o Curso de Graduação em Enfermagem, em Porto Alegre-RS. Esta pesquisa tornou-se um grande desafio, em função da recente implementação do PE nos currículos do Curso de Graduação em Enfermagem de Moçambique. Este desafio, além de instigar, possibilitou conhecer, a partir da concepção das entrevistadas, como se deu, na década de 1970, a inserção da metodologia do PE no ensino da UFRGS, bem como sua aplicação na prática Clínica do HCPA até os dias atuais. Acredita-se que as experiências positivas de ensino-aprendizagem do PE, expressas pelas docentes e enfermeiras possam ser úteis para a realidade moçambicana no ensino e na prática hospitalar, como também em outras Instituições brasileiras que ainda não adotam essa metodologia no ensino.

Na categoria Facilidades no ensino do Processo de Enfermagem foi possível identificar quatro subcategorias: Aplicação do PE em atividades curriculares obrigatórias e não obrigatória, Capacitação dos Docentes, Implementação do ensino do PE no Hospital e PE informatizado.

Em relação à aplicação do PE em atividades curriculares obrigatórias e não obrigatórias, as falas mostraram que as docentes e enfermeiras já consideravam o PE desde a primeira geração como uma metodologia indispensável no currículo da Instituição, que tem como objetivo proporcionar ao aluno a utilização deste método científico para sua formação, com finalidade de direcionar e nortear o cuidado individualizado e sistemático nas práticas assistenciais voltadas ao indivíduo, família ou comunidade. Desde a década de 1970 o currículo da EEUFRGS já incluía o ensino do PE, utilizando o referencial teórico de Wanda Horta. Ao longo dos anos, e acompanhando as gerações do PE, o ensino passou a adotar sistemas de classificações da prática de enfermagem. Estas mudanças ocorreram também no Hospital Universitário, quando a etapa dos problemas de enfermagem passou a usar os diagnósticos da atual NANDA-I, configurando a segunda geração do PE.

Outro aspecto relevante nesta categoria refere-se à possibilidade de os alunos da EEUFRGS realizarem estágios não obrigatórios (atividades extracurriculares) no HCPA, que, ao utilizarem o PE, na prática, complementam a sua formação acadêmica. Além desses aspectos, foram mencionadas, nos depoimentos as capacitações realizadas, em 1970, pelas docentes e enfermeiras das Instituições do estudo, com professora Wanda Horta, instrumentalizando-os para a introdução do PE no ensino e na prática hospitalar, aspecto relevante, tanto no preparo do docente como necessidade para o exercício do seu ofício.

No que se refere à implementação do ensino do PE no Hospital, os depoimentos destacaram a relevância do sucesso da Integração Docente Assistencial (IDA). Essa articulação favoreceu a integração teoria e prática, no ensino do PE, na construção de conhecimentos e na concretização da sua aplicação na realidade, sem dicotomia mas, sim, como um processo entre ensino e serviço que facilita na formação do futuro enfermeiro, nas práticas de saúde e no próprio cuidado de enfermagem prestada aos indivíduos, família ou comunidade. Cabe ressaltar que, desde o início do processo de implementação, houve a capacitação técnico - científica dos enfermeiros e docentes, valorizando seus conhecimentos, criando espaço para que pudessem participar ativamente na consolidação do PE para que este fosse bem sucedido.

Muitas inovações bem sucedidas, ao longo dos anos, na implementação do PE no HCPA hoje é fruto do trabalho dos próprios docentes da UFRGS que ocupam cargo de chefia dentro da instituição hospitalar. Também os enfermeiros assistenciais, principalmente aqueles que integram a Comissão do Processo de Enfermagem, foram assumindo este desafio. Em grupo, docentes e enfermeiros, vêm consolidando e aprimorando o processo de mudanças na assistência, no ensino e na pesquisa. Além disso, a própria lei do exercício profissional deu respaldo para a sua operacionalização em todas suas etapas.

Em relação à implementação de uma linguagem comum para os DEs e a informatização ocorridos a partir do ano 2000, o que configura a terceira geração do PE pode-se perceber, nos depoimentos das participantes, as vantagens trazidas em relação à prescrição manual dos cuidados, de enfermagem além do armazenamento de dados clínicos dos pacientes. O PE informatizado, também contribuiu consideravelmente para a diminuição significativa no tempo despendido pelos enfermeiros em atividades relacionadas ao registro manual, facilitando a assistência, ensino, pesquisa, controle, segurança e gestão, permitindo que o enfermeiro passasse mais tempo à beira do leito do seu paciente.

Na segunda categoria, Dificuldades no ensino do PE, a análise das falas possibilitou elaborar três subcategorias: Falta de conhecimento, de motivação e descrença quanto ao uso do PE; Registro inadequado das etapas do PE; e Aspectos organizacionais.

Na Falta de conhecimento, de motivação e descrença quanto ao uso do PE destaca-se a falta de fundamentação teórica, o que tem dificultado seu entendimento na aplicação dessa metodologia da assistência de enfermagem. Percebe-se, também, a descrença de ambos em relação a esta metodologia no trabalho, que em sua opinião não auxilia na avaliação e controle do cuidado. Além disso, foi possível constatar, na concepção dos entrevistados que muitos terminam a faculdade com conhecimentos insuficientes em relação ao uso do PE como instrumento de trabalho na prática do enfermeiro, como também a falta de interesse do futuro enfermeiro em desenvolver-se profissionalmente.

Em relação ao registro inadequado das etapas do PE, foi considerada relevante pelas entrevistadas, a resistência dos médicos que não aceitaram numa primeira fase as prescrições de enfermagem. Também foi identificada como dificuldade a grande lacuna na segunda etapa do PE, quando o diagnóstico de enfermagem se encontrava ausente. Porém, estes problemas identificados foram superados ao longo do tempo, uma vez que o PE passou a ser aplicado a todos os pacientes internados no Hospital Universitário.

Quanto aos aspectos organizacionais, as entrevistadas perceberam o ensino do PE dissociado da prática clínica em outras instituições que são utilizadas como campo de prática de ensino. Quando o aluno aplica o PE no hospital Universitário e não tem continuidade em outra instituição, isto acaba por prejudicar o seu ensino. Outro fator alegado foi a resistência de enfermeiros que atribuem a responsabilidade à chefia de enfermagem, o que remete a refletir sobre a realidade na prática. Para a implementação de qualquer mudança não basta ter consciência de sua importância, é preciso romper com paradigmas estruturais, culturais, e propor uma política que inclua e respeite a todos que se encontram envolvidos.

Na última categoria, Estratégias de ensino do PE, emergiram as subcategorias Estudo de caso e Ambiente virtual de aprendizagem.

Com relação ao estudo de caso e à utilização deste em ambiente virtual de aprendizagem, as falas mostram que ambas as estratégias têm favorecido o crescimento do aluno, pois este passa a tomar decisões e selecionar os problemas com autonomia. Ficou evidente, ainda, que este seja o momento importante de aprendizado reflexivo, onde existe uma troca mútua de saberes e experiências entre docentes e discentes para o desenvolvimento de habilidade diagnóstica e pensamento lógico. Além disso, o estudante tem a oportunidade de simular o cuidado em laboratório, antes da sua realização direta com o paciente.

Entretanto, evidencia-se que o uso de tecnologia no ensino ainda é recente e que possivelmente nem todos docentes desta Instituição a dominam.

A partir da realidade vivenciada pelos participantes deste estudo, e por meio dos seus depoimentos, foi possível conhecer as facilidades, dificuldades e estratégias no ensino do PE. Neste sentido, espera-se que os resultados desta pesquisa possam ser relevantes para o ensino e a prática em Moçambique, bem como para outras Instituições brasileiras que ainda se encontram distantes do uso desta metodologia de cuidado, que é o Processo de Enfermagem.

Algumas limitações foram encontradas no decorrer do estudo, como a dificuldade de acesso a dados específicos em relação ao ensino do PE em Moçambique, bem como aos planos de ensino da Escola de Enfermagem da UFRGS da década de 1970. Acredita-se que estas situações tenham sido decorrentes de comunicação inadequada. Contudo, estas lacunas não comprometeram o resultado da pesquisa.

Destaca-se como aspecto positivo na realização deste estudo a disponibilidade imediata das docentes e enfermeiras. Em momento algum demonstraram resistência, o que evidencia que as mesmas valorizam o processo que estão vivendo.

Sugiro que novos estudos sejam realizados, como por exemplo, o ensino do PE sob a perspectiva do discente, assim como estudos sobre o ensino do PE em Moçambique, uma vez que à medida que se pesquisa, tem-se a oportunidade de refletir sobre as práticas pedagógicas, com intuito de aprimorar o ensino na teoria e na prática assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Corona MBF, Carvalho EC. Significado de la enseñanza del proceso de enfermería para el docente. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(6):926-36.
2. Dell'Acqua MCQ, Miyadahira AM. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do Estado de São Paulo. Rev Lat Am Enfermagem. 2002;10(2):185-91.
3. Brasil. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília 26 de Nov. 1986 /86 [Internet]. 1986 [citado 2009 nov. 14]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.
4. Cogo AL, Pedro E, Almeida M. O ensino do processo de enfermagem no Brasil: produções na literatura de 1996 a 2006. Online Bras of nursing [Internet]. 2006. [cited 2009 aug 15]; 5 (3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/542>.
5. Brasil. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 2009 [citado 2009 dez. 14]. Disponível em: www.portalcofen.gov.br/2007/downloads/RESOLUCAO3582009.doc
6. Instituto Superior de Ciências de Saúde de Moçambique. [Informações Gerais] [Internet]. [citado 2009 maio 05]. Disponível em: www.misau.gov.mz/.../instituto_superior_de_ciencias_de_saude
7. Instituto Superior de Ciências de Saúde de Moçambique. [Informações Gerais] [Internet]. [citado 2011 fev. 07]. Disponível em: www.icisa.ac.mz/index.htm.
8. Rezende PO, Gaizinski RR. Tempo despendido na assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):152-9.
9. Utyama IKA, Uratani M. O ensino do processo de enfermagem: opinião dos enfermeiros. Rev Bras Enferm. 1990;43(1,2,3/4):19-25.
10. Carraro TM, Kletemberg DF, Gonsalves LM. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. Rev Bras Enferm. 2003;56 (5):499-501.
11. Carvalho EC, Melo AS. O Significado do processo de enfermagem para quem o ministra. Cogitare Enferm. 2008;13(3):352-60.
12. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Processo de enfermagem: da literatura á prática. O que de fato nós estamos fazendo? Rev Lat Am Enferm. 2009; 17(3):302-07.

13. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
14. Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo T, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p.41-62.
15. Marques LVP, Carvalho DV. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: Percepção das enfermeiras. Rev Min. Enferm 2005;9(3):199-205.
16. Garcia TB, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria á prática assistencial e de pesquisa. Escola Anna Nery. Rev de Enferm. 2009;13(1):188-193.
17. Pesut DJ, Harman J. Clinical Reasoning. Chapter 2: Nursing Process: Traditions and Transformations. Albany: Delmar Publishers; 1999.
18. Tannure MC, Gonsalves AMP. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
19. Iyer P, Taptich B, Bernocchi- Losey B. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
20. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and application. 3th. St. Louis: Mosby; 1994.
21. Alfonso LEI, Gamarra ICA, Cuevas VMC. Visibilidad de la escuela de enfermería em los campos de práctica: universidad Industrial de Santander. Rev aquichan, 2005;1(5):8-19.
22. Kletemberg DF, Siqueira MD, Mantovani MF. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da revista brasileira de enfermagem no período 1960- 1986. Escola Anna Nery Ver. Enferm. 2006;10(3):478-86.
23. Perez VLAB, Nóbrega MML, Farias JN, Coler M S. Diagnóstico de enfermagem: um desafio de enfermagem para os anos 90. Rev Bras Enferm. 1990;43(1, 2,3/4):14-18.
24. Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
25. Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzink RR, Soares AVN, Lima AFC, Guitierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, Sancinet TR. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008.p 25-37.
26. Crossetti MG. Análise da prescrição de enfermagem em seu aspecto estrutural: Implicações assistências e educativas [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1988.
27. Leopardi MT. Teorias em enfermagem: Instrumento para a prática. Florianopolis: Papa-livros; 1999.

28. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
29. Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE). Sistematização da assistência de enfermagem no HCPA. Porto Alegre; 2006.
30. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnóstico de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
31. Taylor C, Lillis C, LeMone P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência de enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
32. Bittencourt GKG, Crossetti MGO. The teaching-learning process of the nursing diagnosis – a literary analysis. Online Braz J Nurs. [Internet]. 2006 [cited 2009 dez 11]; 8(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2224/476>.
33. Almeida MA. Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2004;57(3):279-83.
34. Nóbrega MML, Gutiérrez MGR. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: Garcia TR, Nóbrega MML, organizadoras. Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa (PB): Associação Brasileira de Enfermagem; Idéia; 2000. p.19-27.
35. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
36. McCloskey JD, Bulechek GM. Classificações de intervenções de enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
37. Bulechek GM., Butcher HK., & Dochterman JC. Nursing Interventions Classification (NIC) (5 ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2008.
38. Almeida MA. Experiência do processo de enfermagem sistematizado em um hospital universitário brasileiro. In: Memória da 8ª Semana Científica y Cultural de Enfermería; 2010 jun; Bucaramanga. Bucaramanga: Universidade Industrial de Santander, Escuela de Enfermería, 2010.p.182-190.
39. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
40. Almeida MA, Seganfredo DH, Canto DF, Menna Barreto LN. Aplicabilidade da classificação dos resultados de enfermagem em pacientes com déficit no autocuidado: banho/higiene. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(1):33-40.
41. Crossetti MGO, Dias V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem: experiência Brasileira. Rev Bras Enferm. 2002;55(6):720-724.

42. Meirelles ASV. O quê e porque do ensino da metodologia da assistencial em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1987;21(n. esp):21-8.
43. Leadebal ODCP, Fontes WD, Silva CC. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):190-8.
44. Almeida MA, Pedro ENR, Longaray VK. La enseñanza de la sistematización de la asistencia enfermería em la graduación. *Rev Pan Am Enfermagem*. 2005;3(1):23-31
45. Freitas MC, Quroiz TA, Souza JAV. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2):207-12.
46. Della`cqua MCQ, Miyadahira AM .Processo de enfermagem:fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(4):383-9.
47. Fuly PSC. Ensinado a metodologia da assistência na graduação de enfermagem: um relato de experiência. In: SINADEN. Anais do VIII SINADEN; 2006 maio 23-26; João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem; 2006.
48. Takahaski AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):32-8.
49. Costanzi AP, Moraes MA, Pokorski S, Rabelo ER. Factors that inhibit the use of nursing language. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008;19(4):150-7.
50. Nakatami AYK, Carvalho EC, Bachion MM. O Ensino de Diagnóstico de Enfermagem através da pedagogia da problematização. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2000 [cited 2010 jan. 15]; 2(1). Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/07.htm.
51. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. 2001[citado 2009 dez. 15]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES03>.
52. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999 p.7-18.
53. Silva TGS, Madeira VSF, Trentini M. O processo de ensino-aprendizagem para implementação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enferm*. 2007;12(3):279-86.
54. Waldow VR. Processo de enfermagem: teoria e prática. *Rev Gaúcha Enferm*. 1988;9(1):14-22.
55. Crossetti MGO. Processo diagnóstico na enfermagem: condições para a tomada de decisão do enfermeiro. Curso 2ª aula. *Enferm Atual*. 2008;44:45-50.

56. Vale IN, Lopes MHBM. A utilização de classificações na prática e no ensino de enfermagem: a experiência da UNICAMP. Rev Bras Enferm. 2002;55(6):670-673.
57. Savatore D´O. Metodologia do trabalho intelectual. 2ª ed. São Paulo:Atlas; 2000.
58. Minayo MCS. O desafio de conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
59. Triviños ANS. Introdução á pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2008.
60. Vanzin AS, Olschowsky A, Cogo ALP, Armellini CJ, Riffel MJ. Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul de portas abertas. Rev Gaúcha Enferm. 2007;28(3):424-9.
61. Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Comissão de Graduação. Resolução nº 01, de 03 de setembro de 2009. Dispõe sobre as alterações curriculares do Curso de Bacharelado em Enfermagem visando atender as resoluções do CNE/CES nº 4, de 6 de abril de 2009. Porto Alegre; 2009.
62. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Internet]. [citado 2009 nov. 23]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/>
63. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.
64. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 1988.
65. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção á Saúde. In: N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.24-31.
66. Rosa MVFPC, Arnold MAGC. A entrevista qualitativa: mecanismo para validação dos resultados. Belo horizonte: Autentica; 2006.
67. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
69. Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2ª ed. Porto Alegre: DACASA; 2000.
70. Brasil. Ministério da Justiça dos Direitos Autorias. Lei 9610 de 19 de fevereiro de 1998 [Internet]. 1998 [citado 2010 jan. 24]. Disponível em: <http://www.desenvolvimento.gov.br>.

71. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações 1999-2000. Porto Alegre: Artmed; 2000.
72. Vanzin AS, Nery MLS. Consulta de enfermagem: método de intervenção no cuidado humano. 3ª ed. Porto Alegre: RM; 2007.
73. Backes VMS. Estilo de pensamento e práxis na enfermagem: a contribuição do estágio pré-profissional [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
74. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Resolução nº 0001/95 da Comissão de carreira de Enfermagem da Universidade Federal Do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS; 1995.
75. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 1.721 de 15 de dezembro de 1994 do Ministério da Educação e do Desporto. Brasília: MEC; 1995.
76. Xavier ML, Bptista SS. Associação brasileira de enfermagem no contexto da reforma educacional de 1996. Rev Bras Enferm. 2010;63(2):257-63.
77. Santos NV, Arcuri EAM, Campedelli MC, Friedlander MR, Fernandes RAQ, Cianciarullo TI, Gonsalves MMC, Paula NS. Processo de enfermagem orientado para os problemas do paciente: iniciação de ensino em fundamentos de enfermagem. Rev Bras Enferm. 1978;31:101-113.
78. Santos LCR, Silva SH, Iaganá MTC, Araújo TL. O ensino da metodologia de enfermagem: Responsabilidade da disciplina de fundamentos de enfermagem. Rev Esc-Enferm USP, 1987;21(1):77-88.
79. Nogueira MS, Valsecchi ESS. Fundamentos de Enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. Rev Lat Am Enfermagem. 2002;10(6):819-24.
80. Baptista SS, Barreira IA, Macie RM. O ensino dos fundamentos de enfermagem na Escola Anna Nery em meados do século XX. Rev Enferm. UERJ 2009; 17(3):344-349.
81. Horta WA. Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem. Rev Bras de Enferm. 1967;(1):7-13.
82. Patine FS, Barbosa DB, Pinto MH. Ensino de exame físico em uma escola de enfermagem. Arq Ciências Saúde. 2004;11(2).
83. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Grade curricular. Porto Alegre: UFRGS, 2010 [citado 2010 nov. 10]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/graduação/xInformacoesAcademicas/curriculo.php?Codcurso=315&Codhabilitacao=66&CodCurriculo=194&sem=2010022>.
84. George JB. Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

85. Universidade federal do Rio Grande do Sul. Curso de Enfermagem. Plano de ensino, ano de 1968; Cadeira de fundamentos 1ª serie. Porto Alegre: UFRGS; 1968.
86. Universidade federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico. Plano de ensino, ano de 1975: Enf.305- disciplina de introdução á enfermagem. 4º semestre. Porto Alegre: UFRGS; 1975.
87. Paim RCN. Problemas de enfermagem e a terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro: União dos Cursos cariocas; 1978.
88. Adami NP, Franco LHRO, Brêtas ACP, Ransan LMO, Pereira A. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. Acta Paul Enferm. 1989;2(1):9-13.
89. Duarte MTC, Ayres JÁ, Simonetti JP. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do Processo de enfermagem. Rev Bras de Enferm. 2008;61(esp):767-73.
90. Souza CA, Silva LCP, Lima MS, Barbosa DB, Pinto MHO. Ensino da Sistematização de enfermagem na visão do docente. Rev Nursing. 2008;10(118):141-146.
91. Silva CMC, Sabóia VM, Teixeira ER. O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. Texto Contexto Enferm. 2009;18(3):458-65.
92. Rabelo ER, Aliti GB. Exame clínico. In: Souza EM. Casos clínicos para enfermagem. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá; 2010. 21-49.
93. Almeida MA. Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem: concepções de docentes e discentes [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio grande do Sul; 2002.
94. Lunney M. Pensamento Crítico e diagnósticos de enfermagem. Estudos de caso. Porto Alegre: Artmed; 2004
95. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Comissão de Graduação. Projeto pedagógico. Porto Alegre; 2001.
96. Lopes MHBM, Vale IN, Barbosa M. Opinião dos alunos quanto ao ensino dos diagnósticos de infrngem segundo a taxonomia da NANDA. Rev Esc Enferm USP. 1997; 31(1):80-8.
97. Lopes CHAF, Souza LJEX. Percepção de alunos acerca do diagnóstico de enfermagem no campo da prática. Rev Baiana de Enferm. 1998;11(2):5-14.
98. Cruz DALM. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. Rev Esc Enferm USP. 1992;26(3):427-34.
99. Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzink RR, Soares AVN, Lima AFC, Guitierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, Sancinet TR. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p 25-37.

100. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(2):258-265.
101. Pires RP. Formação de competências na interface estágio extracurricular e início da atuação profissional como enfermeiro. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
102. Brasil. Lei nº11.788, 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes. Brasília 25 de Set.2008/08 [Internet]. 2008 [2010 set. 01]. Disponível em: <http://www.planato.gov.br>.
103. Brasil. Resolução COFEN nº299/2005, de 16 de Março de 2005. Dispõe sobre indicativos para a realização de estágio curricular supervisionado de estudantes de enfermagem de graduação e do nível técnico da educação profissional [Internet]. 2005 [citado 2010 set. 02]. Disponível em: www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r299.htm.
104. Souza CA, Silva LCP, Lima MS, Barbosa DB, Pinto MHO. Ensino da Sistematização de enfermagem na visão do docente. *Rev Nursing.* 2008;10(118):141-146.
105. Viana LO, Valente GSC. Da formação por competências a prática docente reflexiva. *Rev Ibero Americana de Educación.* 2009;48(4):p.1-7.
106. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Comunic, Saúde, Educ.* 2005;9(16):161-77.
107. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006;14(6).
108. Almeida MA, Soares MA, Unicovsky MR, Araújo VG. Revisão técnica de livros sobre diagnóstico de enfermagem: percepções de enfermeiros do sul do Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2002;55(6):701-704.
109. Vieira CS, Foschiera F. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistências. *Rev.Eletr. Enf.*[Internet]. 2004 [citado 2010 out 12]; 6(2):189-198. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista6_2/pdf/org6diag.pdf.
110. Lima AFC, Kurgant P. Implementação do diagnóstico de enfermagem no sistema de assistência de enfermagem do HU-USPP. In: Gaidzink RR, Soares AVN, Lima AFC, Guitierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, Sancinet TR. *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p 62-73.
111. Perrenoud P. *Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza: saberes e competências em uma profissão complexa.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmd; 2001.
112. Perrenoud P. *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica.* Porto Alegre: Artmed; 2002.

113. Ciampone MHT, Nimitz MA. O significado de competências para o docente de administração em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40(3):336-42.
114. Rios TA. Compreender e ensinar por uma docência de qualidade. São Paulo: Cortez; 2001.
115. Melleiro MM, Fugulin FMT, Rogenski NMB, Gonsalves VLM, Tronchin DMR. a evolução do sistema de assistência de enfermagem no Hospital universitário da Universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In: *Sistematização de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Icone; 2001.
116. Neves RSN. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):556-9.
117. Duarte NMN, Vazin As, Almeida MA, Laurent MC, Falk MLR, Taffe RE. Integração docente assistencial entre uma instituição de ensino e um hospital de ensino de Porto Alegre: experiência de um grupo de trabalho. *Rev Gaúcha Enferm*. 1990;11 (2):52-58.
118. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9394. Dispõe sobre a nova Lei nº 9394/96. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 20 dez. 1996.
119. Ojeda BS, Santos BR, Edit OR. A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada. *Acta Paul Enferm*. 2004;17(4):432-438.
120. Olschowsky A, Silva GB. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(2):128-37.
121. Lopes MH. Experiência de implementação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxionomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. *Rev Lat Am Enferm*. 2000;8(3):115-118.
122. Benko MA, Castilho V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: capedelli MC, organizadora. *Processo de enfermagem na prática*. 2ª ed. São Paulo (SP): Ática; 1992. p. 89-111.
123. Gaidzinski R, Lima AFC, Soares AVN, Fugulin FM, Sancinetti TR, Castilho V. Gestão de pessoal de enfermagem e o sistema de enfermagem. In: *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. São Paulo: Artmed; 2008. p.47-61.
124. Rossi LA, Trevisan MA. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: Análise e reformulação fundamentada na pedagogia da problematização. *Rev Lat Am Enferm*. 1995; 3(2):115-118.
125. Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CH, Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem no instituto “Dante Pazzanese” de cardiologia: relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP*. 1987;21(nº especial):77-87.

126. Matte VM, Thofhern MB, Muniz RM. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicação do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2001;22(1):101-121.
127. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15 (4):617-28.
128. Herminda PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência da enfermagem subsídios para implementação. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(5):675-9.
129. Lima AFC, Kurcgant P. Significado do processo de implementação do Diagnóstico de enfermagem para enfermeiras de um Hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006;14(5):666-673
130. Almeida MA, Franzen E, Vieira RW, Araujo VG, Laurent MCR. Estudos clínicos sobre processo de enfermagem em um hospital universitário-relato de experiência. *Rev HCPA.* 2007;27(2):65-8.
131. Lukiesi MAV, Amorin MJAB, Nuñez RS. Aplicação do processo de enfermagem no Hospital Ana Nery. *Rev Bras Enferm.* 1978;31:141-156.
132. Evora YDM, Sperandio DJ. Proposta de implementação do processo de enfermagem em terapia semi-intensiva. *Ciênc. Cuid Saúde* 2004;3(1):99-104.
133. Chaccur MIB. Análise da implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidade internação de um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm.* 1984;37(3/4):218-227.
134. Elizalde AC, Almeida MA. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implementação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(40):548-754.
135. Carpenito, LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
136. Lucena AF. Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.
137. Lima AFC, Fuzii SMO, Pinho NA, Melo AC, Hashimoto THF. Processo de enfermagem na prática de hemodiálise: a experiência das enfermeiras de um hospital universitário. *Revista II Séria.* 2010;(2):39-45.
138. Cruz DALM, Kitazulo RC, Pimenta CAM, Lima AFC, Gaidzinski RR. Atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem durante a implementação de classificação diagnóstica. *Rev Maringá.* 2006;5(3):281-288.
139. Netto VBP, Almeida MA. Avaliação das enfermeiras de um hospital universitário frente aos diagnósticos de enfermagem. In: Anais [do] 4. Salão de Graduação e do 5. Salão de Educação a Distância [recurso eletrônico]. Porto Alegre: UFRGS; 2009. 1 f.

140. Crossetti MGO, Dias VM, D'Avila ML, Novo HM, Rodegheri M, Wetzel C. Introduzindo o processo diagnóstico como registro no cuidado na enfermagem em um hospital universitário. Porto Alegre. Projeto de pesquisa. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.
141. Crossetti MGO, Rodegheri M, Àvila ML, Dias VLM. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2002;55(6):705-708.
142. Paganin A, Moraes MA, Pokorski S, Rabelo ER. Factors that inhibit the use of nursing language. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 2008; 19 (4):150-157.
143. Sperandio DJ, Évora YDM. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(6):937- 43.
144. Barros ALBL, Fakh FT, Michel JLM. O uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem-A experiência do hospital São Paulo/Unifesp. *Rev Bras Enferm.* 2002;55(6):714-719.
145. Évora YDM, Dalri MCB. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2002;55(6):709:713.
146. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(1):80-7.
147. Barra DCC, Dal Sasso GTM, Monticelli. Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. *Rev Eletr. Enf.* [Internet]. 2009 [cited 2010 dec. 16]; 11(3):579-89. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>.
148. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007. *Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2007. Seção I. p. 252.*
149. Langowski E, The times they are a changing: effects of online nursing documentation systems. *Qual Manag Health Care.* 2005; 14(2):121-5.
150. Palomo JSH. Avaliação da contribuição do sistema informatizado em enfermagem para o enfermeiro e sua aplicabilidade no ponto de cuidado do paciente. [Tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.
151. Ministério da Educação (BR). O projeto AGHU (Aplicativos para Gestão Hospitalar dos Hospitais Universitários). 2009.
152. Amorim FCM. O ensino do processo de enfermagem sob a óptica docente [dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2009.
153. Brasil VV, Alencar CCP, Mucci I. Refletindo sobre a formação e desempenho do docente de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 1996;1(2):81-85.

154. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58 (3): 26-15.
155. Duarte APP, Ellensonh L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *Rev UERJ* 2007; 15(4):521-6.
156. Barros ALBL, Glashan RQ, Michel JLM. Bases propedêuticas para a prática de enfermagem- Uma necessidade atual. *Acta Paul Enferm.* 1996; 9(1):28-36.
157. Schaurich D, Crossetti MGO. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: um ensaio com base em martin buber. Escola Anna Nery. *Rev Enferm.* 2008;12(3):544-48.
158. Kruse MHL. Os poderes dos corpos frios- das coisas que se ensinam às enfermeiras [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
159. Aguilár VM, Robles ALM. Processo de enfermagem: modelos de interação terapêutica e uso das linguagens NANDA, CIE (NIC) e CRE (NOC). São Paulo: DCL; 2009.
160. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachions MM, Rossi LA. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enferm [Internet]*. 2008 [citado 2010 dez 31]; 16 (4):p.700-706. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/08.pdf>.
161. Crossetti MGO. Raciocínio clínico e julgamento clínico no processo diagnóstico na enfermagem. Curso 3ª aula. *Enferm Atual.* 2008;45:39-43
162. Corrijo AR, Oguisso T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). *Rev Bras Enferm.* 2006;59 (n.spe): 454-8.
163. Corbellini VL. Sistematização da assistência de enfermagem. *Enferm. Atual.* 2007;42:9-16.
164. Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações/ registros de enfermagem em um hospital-escola. *Cienc. Cuid. Saúde* 2007;6(2):337-346.
165. Delgado MEL, Mendes MMR. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistências. *Rev Lat-Am Enferm [Internet]*. 2009 [citado 2010 dez 31]; 17 (3): p.328-334. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/08.pdf>
166. D´Innocenzo M, Adami NP. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(4):383- 391.
167. Amante LN, Anders JC, Meirelles BHS, Padilha MI, Kletemberg DF. A interface e o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. *Rev. Eletr. Enf. [internet]*. 2010 [citado 2010 jan 10]; 12 (1): 207. Disponível em: <http://www.fen.br/revistas/index.Php/fen/article/view/9538/6608>.

168. Paganin A, Menegat P, Klafke T, Lazzarotto A, Fachinelli TS, Chaves IC, Souza. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):307-13.
169. Fiqueredo RM, Mascarnhas SHZ, Napoleão AA, Camargo AB. Caracterização da produção de conhecimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(2):299- 303.
170. Wade GH. Using the case method to develop critical thinking skills for the care of high-risk families. *J. Fam Nurs.* 1999;5(1):92-109.
171. Desanto-Madeya S. Using case studies based on a nursing conceptual model to teach medical-surgical nursing. *Nurs Sci Q.* 2007;20(4):324-9.
172. Staib S. Teaching and measuring critical thinking. *J Nurs Educ.* 2003;42(11):498-508.
173. Prado C, Bitencourt SC, Pieroni SEM, Souza JF. Identificando as estratégias por docentes de um curso de graduação em enfermagem. *Rev Nursing.* 2008; 11(120):224-229.
174. Lima MAC, Cassiani SHB. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. *Rev Lat Am Enferm.* 2000; 8(1):23-30.
175. Crossetti MGO, Bittencourt GKG, Schaurich D, Tanccini T, Antunes M. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;(4):732-41.
176. Stacciarini JMR, Esperidião E. Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem. . *Rev Lat Am Enferm.*1999; 7(5):59-66.
177. Gogoy CB. O curso de enfermagem da universidade estadual de londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. *Rev Lat Am Enferm.* 2002; 10(4):596-603.
178. Ferreira IP. A aprendizagem significativa de estudantes de enfermagem da universidade do estado do Pará: Aplicação de mapas conceituais em cenário de centro cirúrgico [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro Escola de Enfermagem Anna Nery; 2003.
179. Cogo ALP, Silveira DT, Pedro ENR, Tanaka RY, Catalan VM. Aprendizagem de sinais vitais utilizando objetos educacionais digitais: opinião de estudantes de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(3):435-44.
180. Cogo ALP. Cooperação versus colaboração: conceitos para o ensino de enfermagem em ambiente virtual. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(5):680-3.
181. Cogo ALP. Construção coletiva do conhecimento em ambiente virtual: aprendizagem da anamnese e do exame físico em enfermagem [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

182. Cogo ALP, Pedro ER, Silva APs, Specht AM, Avaliação de mapas conceituais elaborados por estudantes de enfermagem com o apoio de software. *Texto Contexto Enferm*, 2009; 18(3):482-8.
183. Jaques AE, Rodrigues AM, Takemura OS. Avaliação da influência de recursos tecnológicos no processo de ensino-aprendizagem na disciplina de semiologia e semiotécnica de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde* 2008;12(3):221-229.
184. Fonseca LMM, Leite AM, Mello DF, Darli MCB, Scochi CGS. Semiotécnica e semiologia do recém-nascido pré-termo: avaliação de um software educacional. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):543-8.
185. Silva APSS, Pedro ER. Autonomia no processo de construção do conhecimento de alunos de enfermagem: o chat educacional como ferramenta de ensino. *Rev Lat-Am Enferm*. 2010;18(2):73-79.
186. Cogo ALP, Silveira DT, Lario AM, Severo CP. A utilização de ambiente virtual de aprendizagem no ensino de suportes básico e avançado de vida. *Rev Gaúcha Enferm*. 2003; 24(3):373-9.

APÊNDICE A – Roteiro para entrevistas com docentes e enfermeiros**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Projeto de pesquisa: O ensino do processo de enfermagem em uma universidade pública e hospital universitário do sul do Brasil na perspectiva de seus docentes e enfermeiros.

Pesquisadora: Enf^a Raquel Maria Violeta Cossa - Mestranda

Orientadora: Professora Dra Miriam de Abreu Almeida

Objetivo: Conhecer o desenvolvimento do ensino do Processo de Enfermagem na perspectiva de docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) e de enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Data: _____/_____/2010

Local: _____

Participante: _____

Duração: Início: _____ Término: _____

Idade: ____ sexo: ____

Formação/ área de trabalho: _____

Experiência (tempo) no ensino do PE: _____

Atualização do PE nos últimos três anos: _____

Questão Norteadora:

- Como os docentes e enfermeiros percebem o desenvolvimento do ensino teórico prático do processo de enfermagem?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Projeto de pesquisa: O ensino do Processo de Enfermagem na perspectiva de docentes e enfermeiros.

Pesquisadora: Enf^a Raquel Maria Violeta Cossa – Mestranda. Fone: (51) 81365974; E-mail: maria_cossa@yahoo.com.br.

Orientadora: Profa. Dra Miriam de Abreu Almeida – Enfermeira docente da UFRGS.

A presente pesquisa está vinculada à UFRGS, e destina-se à obtenção do título de Mestre. O objetivo da mesma é Conhecer o desenvolvimento do ensino do Processo de Enfermagem na perspectiva de docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) e de enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Para a participação na pesquisa, será necessário o preenchimento de um questionário contendo dados do participante, como também será realizada entrevista semi-estruturada, sendo esta um encontro entre a participante e a pesquisadora que será gravada em mp4, e o tempo de duração da entrevista será estimado em 1 hora.

Os pesquisadores comprometem-se a utilizar os dados obtidos exclusivamente para fins científicos, mantendo a identidade dos participantes em anonimato. As entrevistas gravadas e transcritas serão guardadas por cinco anos, e após serão destruídas.

O projeto foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do hospital com o nº 100077.

Eu, _____, aceito participar desse estudo proposto pela enfermeira pesquisadora. Declaro que fui informado de forma clara e detalhada os objetivos desta pesquisa, fui igualmente informado da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida que tenha; as informações obtidas serão utilizadas para fins científicos vinculado ao presente projeto de pesquisa; liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo se for de minha vontade e garantia de que não serei identificado no momento da divulgação dos resultados e que as informações.

Assinatura da pesquisadora: Raquel Maria Violeta Cossa

Assinatura da orientadora: Miriam de Abreu Almeida

Nome e assinatura do entrevistado: _____

Data e local: ___/___/___; _____

OBS: O Termo de Consentimento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com o (a) pesquisada (o) e outra com a pesquisadora.

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

22-10-2017

MC 100077

ANEXO A - Carta de aprovação de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: PG Mestrado 08/2010
Versão Mês: 03/2010

Pesquisadores: Raquel Maria Violeta Cossa e Miriam de Abreu Almeida

Título: O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE
DOCENTES E ENFERMEIROS.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 12 de março de 2010.



Profª Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO B - Documento de aprovação do projeto de pesquisa no comitê de ética em pesquisa



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100077

Versão do Projeto: 07/04/2010

Versão do TCLE: 07/04/2010

Pesquisadores:

RAQUEL MARIA VIOLETA COSSA

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

Título: ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE DOCENTES E ENFERMEIROS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 22 de abril de 2010.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA