



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LARISSA BENTO DE ARAÚJO MENDONÇA**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO EM HOSPITAIS DE**  
**FORTALEZA-CE**

**FORTALEZA**

**2013**

**LARISSA BENTO DE ARAÚJO MENDONÇA**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO EM HOSPITAIS DE  
FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Elisângela  
Teixeira Lima

FORTALEZA  
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- M495p Mendonça, Larissa Bento de Araújo.  
Processo de enfermagem: aplicação em hospitais de Fortaleza-CE/ Larissa Bento de Araújo Mendonça. - 2013.  
104 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.  
Área de Concentração: Promoção da Saúde.  
Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Elisângela Teixeira Lima.
1. Processos de Enfermagem 2. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde 3. Serviço Hospitalar de Enfermagem I.Título.
- 

CDD 610.73

**LARISSA BENTO DE ARAÚJO MENDONÇA**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO EM HOSPITAIS DE  
FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde.

Aprovado em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lúcia de Fátima da Silva  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Mirna Albuquerque Frota  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus,

agradeço pela vida, pela força recebida que foi transformada em coragem, equilíbrio, persistência e paz nos períodos difíceis.

Aos meus pais Bento e Fátima,

pelo amor, carinho, exemplo de vida pautado na honestidade, bondade e no trabalho; por não medirem esforços para que eu me tornasse a pessoa e a profissional que hoje sou. Tenho muito orgulho de ser filha de vocês.

Ao meu filho Luís Filipe,

você é minha energia, minha razão de acreditar que podemos vencer desafios e conquistar nossos sonhos.

Amo muito você.

## **AGRADECIMENTOS**

A Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima, pois dizer que você foi importante nesta caminhada seria pouco. Foi amiga e orientadora competente que não mediu esforços para tornar a execução deste trabalho uma experiência de crescimento e aprendizado. Você me fez acreditar que podemos ter qualidade e competência para realizarmos aquilo que desejamos.

Aos Professores Doutores Lúcia de Fátima da Silva, Mirna Albuquerque Frota e Marcos Venícios de Oliveira Lopes, pelas valiosas contribuições e sugestões que possibilitaram enriquecer este estudo.

Aos professores e amigos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC), pelas caminhadas que compartilhamos, pelos momentos de angústias e alegrias que passamos e por estarmos juntos vencendo mais um desafio.

Às alunas do curso de enfermagem Laryssa, Risoleta, Katharine e Rayana, pois vocês foram fundamentais para que eu pudesse realizar este estudo. A colaboração de vocês fez a diferença.

Às enfermeiras que aceitaram participar do estudo, pela disponibilidade e atenção que possibilitaram para o desenvolvimento deste trabalho.

Muito obrigada a todos de coração!

## RESUMO

O processo de enfermagem representa um modelo tecnológico que possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever e explicar as necessidades humanas para determinar o plano de cuidados. Assim, teve-se como objetivo geral: analisar a utilização do processo de enfermagem no contexto hospitalar na cidade de Fortaleza-CE, Brasil. Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado em 47 instituições hospitalares de Fortaleza-CE, que atenderam aos critérios de inclusão. Participaram da pesquisa 47 diretores de enfermagem de instituições hospitalares e 89 coordenadores de enfermagem de 114 unidades de internação dos hospitais que possuíam o processo de enfermagem implantado. A coleta de dados ocorreu de abril a agosto de 2012, a partir de entrevista semiestruturada realizada com os diretores de enfermagem e um questionário entregue aos coordenadores das unidades. Os dados foram analisados de forma descritiva, fundamentados na literatura pertinente. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme protocolo 190/11. Como resultados, constatou-se que a maioria (53%) das instituições tinha o processo de enfermagem implantado, sendo que em 60% das instituições o mesmo havia sido implantado há menos de cinco anos. Quanto aos significados atribuídos ao processo de enfermagem para os diretores dos hospitais e os coordenadores das unidades, teve-se: instrumento de sistematização do cuidado, promove assistência de qualidade e sistematiza o trabalho. As taxonomias padrão mais utilizadas foram: NANDA (82,4%), NIC (17,5%) e NOC (3,5%). As seguintes etapas do processo de enfermagem foram realizadas nas instituições que possuíam o método: levantamento de dados (92%), diagnósticos de enfermagem (64%), planejamento (12%), implementação do plano de cuidados (92%) e avaliação de enfermagem (96%). Como fatores positivos para implantação do processo de enfermagem teve-se: interesse por parte dos enfermeiros, disponibilidade do gestor de enfermagem, presença de incentivos pelos gestores de enfermagem e apoio da instituição. Os fatores que limitaram a implantação do processo de enfermagem foram: déficit de funcionários da enfermagem (40,9%), desinteresse de enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (40,9%) e pouca disponibilidade de tempo da equipe (31,8%). Dentre as instituições que não possuíam o processo, 68,2% tentou implantar o método e isso ocorreu pelo menos uma vez. Os hospitais de Fortaleza estão evoluindo quanto à implantação e implementação do processo de enfermagem, tendo em vista que a maioria das instituições possui o método implantado, mesmo que de forma fragmentada. Assim, é necessária sensibilização de gestores de unidades quanto à necessidade de prestar assistência de enfermagem fundamentada em método científico, como o processo de enfermagem.

**Palavras-chave:** Processos de Enfermagem. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Serviço Hospitalar de Enfermagem.

## ABSTRACT

The nursing process represents a technological model that allows the nurse identify, understand, describe and explain the human needs to determine the care plan. It has been as general objective: to analyze the use of the nursing process in hospitals in Fortaleza-CE. Descriptive, cross-sectional, quantitative study conducted in 47 hospitals in Fortaleza-CE, which met the inclusion criteria. Attended the 47 directors of nursing research hospitals and nursing coordinators of 89 116 units that have the nursing process deployed. Data collection occurred from April to August 2012 from a semi-structured interview held with the directors of nursing and a questionnaire given to the coordinators of the units. The data were analyzed descriptively based on relevant literature. The project was approved by the ethics and Research Committee, under 190/11 Protocol. As a result, it was found that the majority (53%) of the institutions has the nursing process deployed, which is deployed in 60% less than five years. As for meanings assigned to the nursing process to the directors of the hospitals and the coordinators of the units has been: instrument of systematization of care, promotes quality service and systematizes the work. The most commonly used standard taxonomies were: NANDA (82.4%), NIC (17.5%) and NOC (3.5%). The following steps of the nursing process are carried out in institutions that have the method: data collection (92%), nursing diagnoses (64%), planning (12%), implementation of the plan of care (92%) and nursing assessment (96%). As positive factors for the implementation of the nursing process are: interest on the part of nurses, nursing Manager availability, presence of incentives by nursing managers and support of the institution. The factors that restrict the deployment of nursing process were: nursing staff shortage (40.9%), lack of interest to nurses, technicians and/or nursing assistants (40.9%) and lack of staff time (31.8%). Most institutions (68.2%) that does not have the nursing process tried to deploy the method and this has happened at least once (60%). It is concluded that hospitals in Fortaleza are evolving as the deployment and implementation of the nursing process, considering that most of the institutions has the method deployed, even in fragmentary form. So, there needs to be an awareness of the managers of the units on the need to provide nursing care based on a scientific method, as the nursing process.

**Keywords:** Nursing Process Health Care Quality, Access, and Evaluation. Nursing Service Hospital.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Distribuição dos significados do processo de enfermagem para os diretores de enfermagem das instituições que possuíam o método implantado .....	40
Quadro 2-	Distribuição das etapas do processo de enfermagem utilizadas nas instituições que possuíam o método.....	42
Quadro 3-	Distribuição dos fatores intervenientes para a implantação do processo de enfermagem nas instituições que possuíam o método implantado.....	43
Quadro 4-	Distribuição dos fatores intervenientes para a implementação do processo de enfermagem nas instituições que possuíam o método implantado.....	45
Quadro 5-	Distribuição das justificativas da não realização do processo de enfermagem nas unidades das instituições que já possuíam o método implantado.....	48
Quadro 6-	Distribuição dos significados do processo de enfermagem para os coordenadores de enfermagem das unidades que possuíam o método implantado.....	50
Quadro 7-	Associação do número de leitos com o número de enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem das unidades que possuíam o processo de enfermagem implantado.....	52
Quadro 8-	Distribuição dos modelos conceituais e as taxonomias utilizadas para realização do processo de enfermagem.....	53
Quadro 9-	Distribuição das etapas do processo de enfermagem realizadas nas unidades que possuíam o método implantado.....	54
Quadro 10-	Distribuição dos fatores intervenientes para a implantação do processo de enfermagem nas unidades que possuíam o método implantado.....	56
Quadro 11-	Distribuição dos fatores intervenientes para a implementação do processo de enfermagem nas unidades que possuíam o método implantado .....	57
Quadro 12-	Distribuição dos benefícios do processo de enfermagem nas unidades que possuíam o método implantado.....	59
Quadro 13-	Distribuição das necessidades de alterações do processo de enfermagem nas unidades que possuíam o método implantado.....	60

Quadro 14-	Distribuição da atuação dos profissionais e dos pacientes das unidades que possuíam o método implantado segundo os coordenadores de enfermagem.....	61
Quadro 15-	Distribuição dos significados do processo de enfermagem para os diretores de enfermagem das instituições que não possuem o método implantado.....	64
Quadro 16-	Distribuição das tentativas e limitações para a implantação do processo de enfermagem nas instituições que não possuíam o método implantado.....	66
Quadro 17-	Distribuição dos métodos de prestação da assistência de enfermagem nas instituições que não possuíam o método implantado.....	67
Quadro 18-	Distribuição dos incentivos para a implantação do processo de enfermagem nas instituições que não possuíam o método implantado.....	68

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos diretores de enfermagem das instituições que possuíam o processo de enfermagem implantado, quanto às características de identificação e trabalho .....	39
Tabela 2-	Distribuição das instituições que possuíam o processo de enfermagem implantado quanto às características da instituição.....	41
Tabela 3-	Distribuição das instituições que possuíam o processo de enfermagem implantado, quanto à manutenção do método.....	46
Tabela 4 -	Distribuição dos coordenadores de enfermagem das unidades que possuíam o processo de enfermagem implantado, quanto à características de identificação e trabalho .....	49
Tabela 5-	Distribuição unidades que possuíam o processo de enfermagem implantado quanto às características das unidades.....	51
Tabela 6-	Distribuição dos diretores de enfermagem das instituições que não possuíam o processo de enfermagem implantado, quanto às características de identificação e trabalho.....	63
Tabela 7-	Distribuição das instituições que não possuíam o processo de enfermagem implantado quanto às características da instituição.....	65

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	18
<b>3</b>	<b>REVISAO DE LITERATURA</b> .....	19
<b>3.1</b>	Contextualização sobre o processo de enfermagem .....	19
<b>3.2</b>	Classificação das práticas de enfermagem (NANDA, NIC, NOC E CIPE) .....	21
<b>3.3</b>	Processo de enfermagem para prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde .....	28
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	30
<b>4.1</b>	Tipo de estudo.....	30
<b>4.2</b>	Local de estudo.....	30
<b>4.3</b>	População e amostra.....	33
<b>4.4</b>	Coleta de dados.....	34
<b>4.5</b>	Análise de dados.....	37
<b>4.6</b>	Aspectos Éticos e Legais.....	37
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	38
<b>5.1</b>	Instituições com o processo de enfermagem implantado.....	39
<b>5.2</b>	Unidades que possuíam o processo de enfermagem implantado.....	49
<b>5.3</b>	Instituições que não possuíam o processo de enfermagem implantado.....	63
<b>6</b>	<b>DISCUSSÕES</b> .....	69
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	85
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	88
	<b>APÊNDICES</b> .....	95
	<b>ANEXO</b> .....	105

## 1 INTRODUÇÃO

A enfermagem, ao longo dos séculos, vem construindo sua história, ao embasar suas ações em metodologias científicas. As preocupações em orientar as ações de enfermagem a partir de métodos científicos tiveram início na literatura norte-americana, que desenvolveu modelos teóricos para guiar as práticas de enfermagem (FIGUEIREDO *et al.*, 2006; HERMINDA; ARAÚJO, 2006).

O cuidado de enfermagem é em si mesmo tecnológico, pois congrega o saber (ciência) ao fazer (arte e ideal) e deve ser provido da maior atenção, em prol da dignidade do ser humano. As possibilidades de intervenção no processo saúde-doença devem buscar o desenvolvimento da vida e o cuidado com dignidade. Para que este cuidado seja realizado adequadamente em instituições hospitalares, é necessário que o profissional de enfermagem utilize o processo de enfermagem como ferramenta para sistematizar a prática de enfermagem (LIMA; SILVA; BELTRÃO, 2009).

Ao partir dessa compreensão, é possível definir o processo de enfermagem como instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades da pessoa, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo saúde e doença, demandando o cuidado profissional de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009; ALFARO-LEFEVRE, 2010).

O processo de enfermagem representa um modelo tecnológico que possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever e explicar as necessidades humanas dos indivíduos, famílias e coletividades para determinar que aspectos dessas necessidades exijam intervenções profissionais de enfermagem (ALVES; LOPES; JORGE, 2008; CARVALHO; KUSUMOTA, 2009; ALFARO-LEFEVRE, 2010; LEAEBAL; FONTES; SILVA, 2010).

É uma atividade deliberada, lógica e racional, mediante a qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente, a partir de cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (ALVES; LOPES; JORGE, 2008; CARVALHO; KUSUMOTA, 2009; ALFARO-LEFEVRE, 2010; LEAEBAL; FONTES; SILVA, 2010).

Na etapa da investigação, é realizado levantamento dos dados do paciente, utilizando a observação, a entrevista e o exame físico, bem como outros métodos que possibilitem conhecer a história de saúde/doença do paciente. Posteriormente, a enfermeira realiza o julgamento clínico dos dados levantados, estabelecendo os diagnósticos de

enfermagem. Para tanto, a enfermeira levanta os problemas de enfermagem presentes no paciente, os quais são as características definidoras, em seguida identifica a etiologia dos problemas de enfermagem e determina de maneira concisa e exata os diagnósticos de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2010; SMELTZER; BARE, 2011).

Após identificação os diagnósticos de enfermagem, inicia-se a etapa do planejamento do cuidado. Essa fase engloba os seguintes itens: designar a prioridade para os diagnósticos de enfermagem, especificar as metas, estabelecer os resultados esperados, identificar as prescrições de enfermagem adequadas para o alcance dessas metas e envolver o paciente, a família e a equipe de saúde em todos os aspectos do planejamento (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

A fase da implementação envolve a execução do plano de cuidados de enfermagem proposto. Nesta fase, a enfermeira coordena as atividades do paciente, da família e da equipe de saúde (SMELTZER; BARE, 2011; ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Por conseguinte, a avaliação é a etapa final do processo de enfermagem, a qual permite que a enfermeira determine a resposta do paciente às prescrições de enfermagem. Na etapa da avaliação, a enfermeira coleta dados, compara os resultados reais do paciente com os resultados esperados, inclui o paciente, a família e a equipe de saúde na evolução. Em seguida, são reiniciadas as etapas do processo de enfermagem (SMELTZER; BARE, 2011; ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Sabe-se que um roteiro sistematizado de levantamento de dados sobre a situação de saúde do ser humano torna possível a identificação de problemas. Diante disso, é de grande importância que o paciente internado em uma instituição hospitalar seja suprido com este método dinâmico e sistemático, possibilitando abordagem ampla de seu problema de saúde, buscando assistência de qualidade que maximize a sua autonomia, além de facilitar a interação enfermeiro-paciente e estabelecer melhor sistema de registro de informações sobre o paciente (LIMA; SILVA; BELTRÃO, 2009; POKORSKI *et al.*, 2009; LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009).

Os sistemas de classificação fornecem uma linguagem padronizada, utilizada no processo de enfermagem e no produto do raciocínio e do julgamento clínico sobre as respostas humanas aos problemas de saúde e processos vitais. Facilitam a detecção, intervenção e avaliação dos cuidados, de acordo com o problema apresentado pelo indivíduo, organizando e orientando as ações de enfermagem para as necessidades individuais (VARGAS; FRANÇA, 2007).

A taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) é uma terminologia de enfermagem padronizada, apoiada pelo conhecimento das definições e dos significados dos conceitos específicos. Esta taxonomia propicia ao enfermeiro uma base consistente para tomada de decisões com consequentes soluções dos problemas de enfermagem (GIUSTI *et al.*, 2006).

A *Nursing Interventions Classification* (NIC) é uma linguagem padronizada e abrangente que descreve os tratamentos realizados por enfermeiros. Como finalidades da utilização da NIC estão: documentação clínica, comunicação de cuidados entre as diversas unidades, informatização dos dados, medida de produtividade, avaliação da assistência prestada, reembolso pelo serviço prestado, dentre outras (GIUSTI *et al.*, 2006).

Tendo em vista a crescente necessidade dos enfermeiros descreverem e medirem os resultados de sua prática, terminologias foram criadas com a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), a qual foi desenvolvida com o propósito de conceitualizar, rotular, definir e classificar os resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (GARBIN *et al.*, 2009).

Com o advento do processo de enfermagem no Brasil, passou-se a discutir sua aplicação em instituições hospitalares no país. Ainda que lentamente, o processo de enfermagem vem sendo cada vez mais discutido em salas de aula de universidades e em instituições hospitalares brasileiras. Para tanto, é importante que o processo de enfermagem seja fundamentado em um modelo teórico, o qual é determinado por cada instituição, de forma que é escolhido o modelo que melhor se adéque à proposta e à dinâmica da instituição (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Durante a elaboração do estudo, na busca por trabalhos científicos em livros e base de dados (LILACS, IBECs, MEDLINE, COCHRANE e SciELO) que abordassem a implementação do processo de enfermagem em instituições hospitalares, observou-se que o número de estudos é bastante escasso. Além disso, não foi encontrado estudo que avaliasse o processo de enfermagem em todas as instituições hospitalares pertencentes a uma mesma cidade.

Contudo, nas pesquisas encontradas, constatou-se em um trabalho desenvolvido pelo Conselho de Enfermagem de São Paulo, realizado nas instituições de saúde do Estado, que 65% das instituições não sabiam como implantar o processo de enfermagem, 38% estavam em fase de implantação, 15% apresentaram relutância e/ou impedimento dos profissionais de saúde e 10% houve impedimento por parte da instituição (COREN-SP, 2002).

Na revisão literária realizada por Herminda (2004), a autora identificou nos estudos levantados as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros para implementação do processo de enfermagem, quais sejam: complexidade do processo; levantamento de problemas apenas como elaboração mental; lacuna entre o histórico e a prescrição de enfermagem, disponibilidade de tempo dos enfermeiros e recursos financeiros insuficientes para aprimoramento de enfermeiros.

Posteriormente, Herminda e Araújo (2006) desenvolveram outra revisão literária sobre os subsídios para implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), na qual se evidenciou que os enfermeiros participantes das pesquisas indicaram dificuldades no desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as fases, bem como a necessidade de mudanças para acelerar o processo de trabalho e otimizar a qualidade de ações do cuidado e da educação.

Ressalta-se que as vantagens da utilização do processo de enfermagem são: favorecer a continuidade do trabalho nos diversos plantões e áreas dos hospitais, estimular os enfermeiros para que aperfeiçoem seus conhecimentos, oferecer subsídios à pesquisa, supervisão e administração de enfermagem, contribuir para orientação de funcionários novos e alunos de cursos de enfermagem e auxiliar outros profissionais de saúde (BASTOS, 2004; TAKAHASHI *et al.*, 2008; LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2008).

Além dessas vantagens, tem-se a promoção da saúde, que visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis, escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Salienta-se que a resolução do COFEN 358/2009 considera que a operacionalização e documentação do processo de enfermagem evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

Diante disso, evidencia-se que a SAE, além de organizar o cuidado de enfermagem, contribui para promoção da saúde no ambiente em que é aplicada, visto que é conceituada como método de prestação de cuidados para obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com objetivo de reduzir as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e recuperação do paciente (SILVA *et al.*, 2011).



Faz-se necessário salientar que a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

Em relação ao método, tem-se o processo de enfermagem como instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. Assim, a operacionalização e a documentação do processo de enfermagem evidenciam a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

Ainda que seja elemento direcionado da assistência de enfermagem, o processo de enfermagem encontra-se em processo de consolidação em instituições de saúde (SALOMÃO; AZEVEDO, 2009; LEADEBAL; FONTES; SILVA, 2010).

Diante dessas considerações, teve-se como objeto de estudo a análise do processo de enfermagem por meio da investigação da realização ou não deste método, bem como do seguimento de todas as etapas em instituições hospitalares de Fortaleza-CE.

Para a autora desta pesquisa, durante sua trajetória profissional, a preocupação e o interesse pelo processo de enfermagem sempre foram constantes. No desempenho das atividades como enfermeira assistencial em hospital da rede pública e particular, o processo de enfermagem sempre norteou suas atividades profissionais. Por ser considerada uma importante ferramenta para o trabalho e também para visibilidade do enfermeiro nas instituições, a autora sempre procurou observar e compreender sua aplicação na prática.

Diante disso, a necessidade de aplicação do processo de enfermagem ao paciente hospitalizado passou a trazer reflexões e interesse ainda maior em aprofundar os estudos sobre esse tema. Nestas ocasiões, iniciou-se o desejo de analisar a situação do processo de enfermagem no contexto hospitalar de Fortaleza, considerando os aspectos referentes à implantação e à implementação do processo de enfermagem, visto que implantar denota introduzir, estabelecer, inserir algo, enquanto implementar significa colocar em prática, dar execução (FERREIRA, 2008).

Diante da necessidade da utilização do processo de enfermagem para sistematizar a assistência em instituições hospitalares, tiveram-se os seguintes questionamentos: que instituições hospitalares de Fortaleza-Ceará possuem o processo de enfermagem implementado na assistência ao paciente hospitalizado? Quais etapas do processo de enfermagem são desenvolvidas por enfermeiros na assistência ao paciente hospitalizado? Que

fatores interferem na implantação e implementação do processo de enfermagem aos pacientes hospitalizados?

A relevância deste estudo se justifica pela necessidade do levantamento da realidade da aplicação do processo de enfermagem em instituições hospitalares de Fortaleza-CE, para que gestores de enfermagem local possam providenciar ações para que essas instituições atendam aos preceitos exigidos pela Resolução do COFEN 358/2009, além de contribuir para o enriquecimento de estudos sobre a temática.

## **2 OBJETIVOS**

### **- Geral**

- Analisar a utilização do processo de enfermagem no contexto hospitalar, na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil.

### **- Específicos**

- Identificar os hospitais que possuem o processo de enfermagem implantado na assistência ao paciente hospitalizado;

- Verificar as etapas do processo de enfermagem desenvolvidas por enfermeiros na assistência ao paciente hospitalizado em hospitais que utilizam o processo de enfermagem;

- Levantar os fatores que interferem na implementação do processo de enfermagem aos pacientes hospitalizados nos hospitais que possuem esse método, bem como nos hospitais que não possuem o método.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Contextualização sobre o processo de enfermagem

Na Enfermagem, as raízes plantadas por Florence Nightingale têm permitido, até os dias atuais, que se avance no conhecimento sobre o processo de cuidar, considerado a essência do saber e do fazer de seus agentes (GARCIA; NÓBREGA 2009).

A expressão processo de enfermagem ainda não era utilizada na segunda metade do século XIX, muito embora na época, Florence já enfatizasse a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as alterações detectadas em pacientes. Sua introdução formal na linguagem profissional ocorreu nos anos de 1950 do século XX, sob influência do método de solução de problemas, cujas raízes eram o método científico de observação, mensuração e análise de dados (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

No Brasil, o emprego do processo de enfermagem foi incentivado por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, em São Paulo, que trouxe como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006).

O desenvolvimento da SAE esteve contextualizado nos caminhos percorridos para profissionalização da categoria no Brasil, que foi fundada sob interesse do governo, do mercado de trabalho e do ensino de enfermagem durante as décadas de 1960 e 1970. Foi nesse período de expansão hospitalar, da ênfase nas práticas curativas, da procura pela valorização profissional, que se inseriu o planejamento da assistência, buscando o embasamento científico no processo de trabalho do enfermeiro (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Na literatura, existem outras denominações para o processo de enfermagem, entre elas a Metodologia da Assistência de Enfermagem e a SAE (DUARTE; ELLEN SOHN, 2007).

Em sentido denotativo ou referencial, sistematizar significa tornar algo sistemático, ou seja, ordenado, metódico; coerente com determinada linha de pensamento e/ou de ação. A expressão Sistematização da Assistência de Enfermagem pode ser entendida como a organização das condições necessárias à realização do processo de enfermagem, no que diz respeito ao método, pessoal e aos instrumentos (GARCIA; NÓBREGA, 2009; SILVA, 2011).

O termo processo, também em sentido denotativo ou referencial, indica sequência de estados de fenômeno em momentos específicos do tempo. Essa sequência de estados pressupõe a ocorrência de uma ação ou de um conjunto de ações, por meio de um

determinado modo de fazer, regulado por um determinado modo de pensar (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Enquanto a SAE organiza as condições necessárias à sua realização, o processo de enfermagem, executado de modo sistemático e deliberado, define as necessidades, orienta o cuidado e documenta os resultados obtidos com a ação/intervenção executada, não somente evidenciando a participação da Enfermagem na atenção à saúde da população, como também contribuindo para visibilidade e reconhecimento profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009; COFEN, 2009).

O processo de enfermagem é aplicável em uma ampla variedade de ambientes e variedade de situações clínicas, em que as observações sobre as necessidades humanas da clientela acompanham o processo de tomada de decisão acerca do cuidado requerido (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

No processo de enfermagem, a assistência é planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo então redigida de forma que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

A Resolução do COFEN 272/2002, a primeira que dispõe sobre a SAE, afirma que a mesma é uma atividade privativa do enfermeiro, na qual se utilizam método e estratégia de trabalho científico para identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem é reconhecido como instrumento essencial à enfermagem que promove autonomia, independência e especificidade (SALOMÃO; AZEVEDO, 2009; LEADEBAL; FONTES; SILVA, 2010).

A Resolução do COFEN - 358/2009 afirma que o processo de enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Esse processo é constituído por um conjunto de etapas que consiste em coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (ALFARO LEFEVRE, 2010; SALOMÃO; AZEVEDO, 2009; LIMA; KURCGANT, 2006; COFEN, 2009).

Além disso, o técnico e o auxiliar de enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do processo de enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do enfermeiro (COFEN, 2009).

A execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: o resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (COFEN, 2009).

O significado atribuído ao processo de enfermagem e o modo como é aplicado à prática profissional são dinâmicos, modificando-se ao longo do tempo e de acordo com os diferentes cenários da prática assistencial (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Ressalta-se que existem três gerações no processo de enfermagem. A primeira geração inclui o raciocínio clínico, o qual ocorre pela identificação de problemas que deverão ser solucionados à luz dos referenciais teóricos que possibilitaram a sua identificação e que apoiarão as ações de enfermagem para solucioná-los. A segunda geração está atrelada ao uso de Classificações de Diagnósticos, nos quais o raciocínio clínico faz-se pela formulação de hipóteses diagnósticas, que serão afirmadas ou refutadas se as metas/objetivos declarados foram ou não alcançados. A utilização de Classificações de Intervenções pode ou não ser adotada nesta geração (BARROS, 2009).

Na terceira geração, as três classificações são utilizadas: Diagnósticos, Resultados e Intervenções. O raciocínio clínico baseia-se na avaliação de um resultado inicial, advindo do estabelecimento de indicadores de resultados para o suposto diagnóstico identificado e o seu progresso ou ausência de progresso é julgado após as intervenções realizadas (BARROS, 2009).

### **3.2 Classificações das práticas de enfermagem**

O uso de taxonomia ajuda a promover a pesquisa, desenvolver teorias, organizar e explicar a área de domínio da enfermagem e melhorar a comunicação entre os enfermeiros (GIUSTI *et al.*, 2006).

A Enfermagem tem apresentado necessidades de padronização de linguagem que possa ser entendida e praticada por enfermeiros em determinadas situações e locais. A partir dessas necessidades começaram a ser criados instrumentos de trabalho que proporcionam interação dinâmica durante a execução do processo de enfermagem: os sistemas de classificação de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis*

*Association International– NANDA-I*), Classificação das Intervenções de enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*), Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification – NOC*) e a Classificação Internacional das Práticas de enfermagem (CIPE) (VARGAS; FRANÇA, 2007; BARRA, 2012).

Os diagnósticos de enfermagem são focos clínicos da profissão, cuja atividade diagnóstica aproxima profissionais e usuários, possibilitando-lhes conhecer melhor as respostas físicas e emocionais apresentadas durante o desenvolvimento do processo de trabalho do enfermeiro (PEREIRA; STUCHI; ARREGUY, 2010; OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012).

Torna-se importante que os enfermeiros utilizem o instrumento de diagnóstico de enfermagem para identificar as alterações dos clientes, possibilitando a realização da próxima etapa do processo de enfermagem, a prescrição da assistência de enfermagem, que deve estar baseada na identificação dos problemas prioritários dos indivíduos (NEVES, SHIMIZU, 2010).

As etapas para identificação dos diagnósticos de enfermagem são a coleta de dados, análise e revisão dos dados para identificar informações relevantes; síntese dos dados em diagnósticos; comparação dos diagnósticos; e, por fim, combinação dos diagnósticos com os fatores causais e os sinais e sintomas (NEVES; SHIMIZU, 2010).

A NANDA-I vem contribuindo para o crescimento e aperfeiçoamento dos diagnósticos de enfermagem. O modelo de um diagnóstico de enfermagem, segundo a NANDA, é formado por sete eixos, sendo eles: conceito diagnóstico, sujeito do diagnóstico, julgamento, localização, idade, tempo e situação do diagnóstico (NANDA, 2010).

A NANDA-I classifica o diagnóstico de enfermagem como real, promoção da saúde, risco e bem-estar. O diagnóstico de enfermagem real acontece quando os fatores relacionados (etiologia) são evidenciados pelas características definidoras (sinais e/ou sintomas), o de promoção da saúde avalia o comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, o diagnóstico de enfermagem de risco descreve as respostas humanas a condições de saúde/processos de vida que podem se desenvolver em um indivíduo, família ou comunidade vulnerável, e o de bem-estar descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em um indivíduo, família ou comunidade que tenha uma disposição para intensificação (GIUSTI, 2006; NANDA, 2010).

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I são classificados conforme a taxonomia II, publicada em 2001, composta por 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos. Domínio é definido como uma esfera de atividade, estudo ou interesse; classe é definida como

uma subdivisão de um grupo maior; e diagnóstico como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais (NANDA, 2010; BRAGA; CRUZ, 2003).

Os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA (2010), incluem:

Título, que estabelece um nome para o diagnóstico, descreve, de forma concisa, o que representa um padrão de indícios relacionados, inclui a reação da pessoa avaliada durante a fase do histórico do processo de enfermagem e determina os resultados esperados para prevenção, minimização ou alívio do problema de saúde do cliente.

Definição, a qual estabelece descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.

Características definidoras são características dos indivíduos, das famílias e das comunidades passíveis de observação e verificação. Funcionam como indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar.

Fatores de Risco são fatores ambientais, elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família ou uma comunidade a um evento insalubre.

Fatores Relacionados são fatores que parecem mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como “antecedentes de”, “associados a”, “relacionados a”, “contribuintes para” ou “estimuladores”. Apenas diagnósticos reais possuem fatores relacionados, como a etiologia do problema, e podem ser de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, ambiental e espiritual.

Os diagnósticos de enfermagem são a base para seleção das intervenções e dos resultados de enfermagem. O sistema de Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) iniciou-se em 1987 e continua em desenvolvimento. Este instrumento emergiu em parte do trabalho realizado pela NANDA-I. Atualmente, a NIC apresenta mais de 500 intervenções de enfermagem, perfazendo um total de atividades superior a doze mil. A NIC nomeia e descreve intervenções executadas na prática clínica em resposta a um diagnóstico de enfermagem (PEREIRA; STUCHI; ARREGUY, 2010; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Segundo a NIC, intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente (BARROS, 2009; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).



A NIC foi construída por pesquisadores da Universidade de Iowa, tendo sido lançada em 1992. A primeira edição apresentou 336 intervenções e a quarta 514, com mais de 12.000 ações/atividades. Atualmente, possui sete domínios e 30 classes (BARROS, 2009; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Desde a terceira edição, as intervenções essenciais das áreas de especialidade têm sido apresentadas em um total de 43 especialidades. O tempo para execução destas intervenções e os níveis de formação dos profissionais para realização da ação, de forma segura, também estão descritos (BARROS, 2009; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

No Brasil, a NIC tem sido utilizada, primordialmente, para nortear as ações e solucionar problemas de enfermagem identificados na realização do processo de enfermagem na prática cotidiana e no seu ensino. A NIC tem se mostrado de extrema importância para definir os cuidados necessários para os diversos tipos de pacientes/clientes, podendo ser utilizada desde o cuidado domiciliar até o cuidado hospitalar de alta complexidade (BARROS, 2009; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Ao utilizar a NIC, percebe-se que se trata de um trabalho complexo e consistente que descreve o domínio da enfermagem, enfocando as intervenções de enfermagem (GIUSTI *et al.*, 2006).

A NOC vem sendo desenvolvida desde 1991 pelo mesmo grupo que desenvolveu a NIC, sendo que este grupo é formado por pesquisadores experientes da Universidade de Iowa que realizaram extensa revisão da literatura para identificar os indicadores do paciente e os resultados influenciados por ações de enfermagem, agrupadas e refinadas por enfermeiros especialistas em diferentes especialidades (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; GARBIN *et al.*, 2009).

A NOC contém resultados para indivíduos, cuidadores familiares, família e comunidade que podem ser usados em diferentes locais e especialidades clínicas. Esse sistema de classificação tem sido desenvolvido em fases que visam aperfeiçoamento e incluem o trabalho piloto e teste da metodologia, construção dos resultados, da taxonomia e testes clínicos, avaliação das escalas de medida e refinamento e uso clínico da taxonomia (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008; GARBIN *et al.*, 2009).

Com a utilização da NOC, podem-se descrever o estado do paciente, comportamentos, reações e sentimentos em resposta à assistência prestada. Assim, o uso da NOC permite o monitoramento da melhora, piora ou estagnação no estado de saúde do paciente durante um período de atendimento (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

A primeira edição da NOC foi publicada em 1997, esta continha 190 resultados. A segunda edição, de 2000, abrangia 260 resultados e a terceira edição foi publicada em 2004, com 330 resultados. A quarta edição, de 2008, não foi traduzido para o português e apresenta 385 resultados, agrupados em 31 classes e sete domínios (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008; GARBIN *et al.*, 2009)

A NOC foi desenvolvida a partir do seguimento de cinco fases, desde o início das pesquisas sobre o assunto. Na fase 1, focou-se no trabalho-piloto para testar metodologias para o desenvolvimento de resultados de 1992 a 1993. Na fase dois, dedicou-se à construção do primeiro conjunto de resultados (1993-1996) e publicação da primeira edição da NOC (MOORHEAD, 2009).

Na fase três (1996-1997), focou-se na construção de uma taxonomia de classificação e o início dos testes clínicos dos resultados. Isso ampliou a classificação de uma lista alfabética e agruparam-se conceitos relacionados em uma estrutura de três camadas, na qual foi publicado na segunda edição da NOC. A fase quatro (1998-2002) foi dedicada à avaliação das escalas de medição da NOC em uma variedade de configurações. A fase cinco centrou-se no refinamento e uso clínico dos resultados (MOORHEAD, 2009; GARBIN *et al.*, 2009).

Vários métodos de investigação têm sido utilizados no desenvolvimento da NOC. Uma abordagem indutiva foi usada para desenvolver os resultados com base em pesquisa e prática atual. Revisão de pesquisas e análise de conceitos foram utilizadas na construção dos resultados. Levantamentos de questionário de enfermeiros especialistas foram utilizados para avaliar a validade de conteúdo (MOORHEAD, 2009).

A Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE) foi elaborada pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros (*International Council of Nursing - ICN*), para implementação do processo de enfermagem, uma vez que esta se constitui, a partir de outras terminologias existentes, em uma uniformização das terminologias científicas utilizadas pela enfermagem, reunindo os diagnósticos, a intervenções e os resultados da prática de enfermagem (BARRA; SASSO, 2012; ROSSO; SILVA; SCALABRIN, 2009).

Na sua essência, os componentes da CIPE são os elementos da prática de enfermagem, ou seja, o que fazem os enfermeiros em face de determinadas necessidades humanas para produzir determinados resultados (BARRA; SASSO, 2012).

Trata-se de linguagem unificada que expressa tais elementos do cuidado de enfermagem e que permite comparações entre contextos clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempo; identificação da enfermagem em equipes multidisciplinares;

diferenciação da prática por níveis de preparação e experiência em enfermagem; e avançar nas correlações entre as atividades de enfermagem e os resultados em saúde (BARRA; SASSO, 2012; GARCIA; NÓBREGA; COLER, 2008).

Os estudos incluídos revelaram que a CIPE fornece estrutura de dados, informações e conhecimento que atende às necessidades da prática dos enfermeiros, pois integra diagnósticos, intervenções e resultados em cada avaliação clínica do cliente. Este sistema de classificação apresenta os elementos que constituem a prática de enfermagem, pois integra, organiza e garante a continuidade das informações e dos cuidados da equipe de enfermagem, permitindo avaliar sua eficácia e efetividade, assim como modificá-los de acordo com os resultados obtidos na recuperação dos pacientes (BARRA; SASSO, 2012; BITTENCOURT; BESERRA; NÓBREGA, 2008).

A proposta inicial da construção da CIPE ocorreu em 1989, a partir do ICN. Este conselho, comprometido em promover o avanço e a visibilidade da enfermagem no mundo, é composto por 126 membros, que representam 105 Associações Nacionais de Enfermagem e 21 Centros Colaboradores de Enfermagem da Organização Mundial de Saúde (OMS) (ICN, 2007, HANAH; BALL; EDWARDS, 2009).

Desde então, estudos, reuniões e congressos têm sido realizados em várias partes do mundo, com o intuito de aperfeiçoar este sistema de classificação. Em 1996, foi publicada a CIPE versão Alfa, procedida das publicações CIPE versão Beta, em 1999; CIPE versão Beta 2, em 2001; em 2005, a CIPE versão 1.0; em 2008 a versão 1.1 e em 2009 a versão 2.0 (ICN, 2007, CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010; BARRA; SASSO, 2012).

A CIPE versão Alfa, considerada marco unificador, afirmou que este sistema de classificação forneceria um novo vocabulário e uma estrutura, na qual os vocabulários existentes poderiam ser mapeados e comparados com outros sistemas de classificação conhecidos. Nesta versão, os conceitos mundialmente utilizados por enfermeiros estavam agrupados e organizados de forma hierarquizada (ICN, 2007; BARRA; SASSO, 2012).

A CIPE versão Beta, lançada em 1999, oportunizou aos enfermeiros a participação contínua no processo de desenvolvimento e expansão da mesma. Neste momento, a CIPE pretendia estabelecer uma linguagem comum para descrever e documentar as práticas da enfermagem, fornecendo aos enfermeiros um vocabulário que pudesse ser utilizado para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados (BARRA; SASSO, 2012; CUBAS *et al.*, 2011).

A versão Beta 2, publicada em 2002, foi definida, operacionalmente, como uma classificação de fenômenos, ações/intervenções e resultados de enfermagem, que descrevia

sua prática. Elaborada em uma terminologia combinada, por meio de uma estrutura multiaxial, esta versão era composta por oito eixos na estrutura de classificação dos fenômenos de enfermagem, e mais oito eixos na classificação das ações de enfermagem (BARRA; SASSO, 2012).

Em 2006, a CIPE versão 1.0 foi traduzida para língua portuguesa, por meio dos esforços da Ordem dos Enfermeiros de Portugal e, em 2007, esta versão foi traduzida para o idioma português brasileiro (ICN, 2007, CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010; CUBAS *et al.*, 2011).

Em 2008, o ICN novamente fundamentado nas avaliações e nas recomendações dos enfermeiros, apresentou a versão 1.1 da CIPE. Nesta versão, houve adequação da CIPE à Norma ISO 18.104, denominada *Health informatics - integration of a reference terminology model for nursing* (Integração de um modelo de terminologia de referência para a enfermagem) (BARRA; SASSO, 2012; MATTEI *et al.*, 2011; GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Na CIPE versão 1.1, foram incluídas as declarações de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no corpo da classificação. Tais declarações foram resultados dos esforços dos enfermeiros para elaboração de Catálogos de Enfermagem direcionados para determinadas áreas da prática profissional (BARRA; SASSO, 2012).

Ainda em 2008, a CIPE foi incluída pela OMS, na Família das Classificações Internacionais (OMS/FCI). Este foi o fato determinante para nova adequação da estrutura da CIPE à estrutura das outras classificações da família, culminando com o lançamento da versão 2.0, em julho de 2009, durante o congresso do ICN, realizado na África do Sul. Na versão 2.0, mais de 400 novos conceitos foram inseridos na sua estrutura, visando garantir a consistência e a precisão deste sistema de classificação (BARRA; SASSO, 2012; MATTEI *et al.*, 2011).

A utilização de taxonomias pode exprimir a variedade de intervenções compatíveis com a prática de enfermagem e nortear a avaliação das intervenções implementadas. Elas se constituem em estratégias capazes de padronizar a linguagem, ou seja, um acordo sobre regras para utilização de determinados termos dos componentes do processo de enfermagem. São também capazes de favorecer um conjunto uniformizado de dados, bem como qualificar cuidados e avaliar a eficiência da Enfermagem (PEREIRA; STUCHI; ARREGUY, 2010).

### **3.3 Processo de enfermagem para prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde**

A promoção da saúde surge visualizando novas possibilidades de saberes e fazeres para melhorar a qualidade de saúde e vida da população, a partir do questionamento diante do modelo biomédico, como reação à acentuada medicalização que tem como propósito a cura das doenças, atuando quando a mesma já está instalada, não se preocupando com as suas causas (ROCHA *et al.*, 2012).

Requer um conjunto de atividades, processos e recursos de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientado a propiciar a melhora de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que possibilitem à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida nos níveis individual e coletivo (OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012).

A promoção da saúde é mais ampla para o indivíduo e a população e está destinada a promover a qualidade de vida, a desenvolver as habilidades pessoais, a autonomia do indivíduo e a criação de ambientes favoráveis à saúde (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

As ações preventivas para a saúde são definidas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012; ROCHA *et al.*, 2012).

É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, com o intuito de promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que, em conjunto, possam compreender a saúde como resultante das condições de vida (ROCHA *et al.*, 2012).

No Brasil, a promoção da saúde começou a ganhar força na década de 1990, com presente influência do pensamento sanitário, modificando o atual modelo teórico de vigilância à saúde, determinando novas diretrizes como a das cidades saudáveis e o programa de saúde da família (OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012).

O contexto do cuidado de enfermagem está baseado em atividades educativas e assistenciais, nas quais o enfermeiro orienta, ensina e indica os caminhos do cuidado à saúde (FAGUNDES, 2011; ROCHA *et al.*, 2012).

Cabe ressaltar que o cuidado em enfermagem contém em sua essência um caráter humanístico. Ao incorporar o contexto da liberdade e da autonomia, individual e coletiva em diversas sociedades humanas, o cuidado de enfermagem promove condições para uma vida saudável em benefício do bem comum (CUNHA *et al.*, 2009; MARTINS; ALVIM, 2012).

O cuidado de enfermagem pode ser entendido como uma relação entre as pessoas que pretendem transformar-se por meio de suas relações de cuidar, com vistas à promoção, manutenção ou recuperação da saúde. Nesta perspectiva, a promoção da saúde incorpora mais efetivamente o cuidado de enfermagem, transcendendo o enfoque estritamente biológico. Sabe-se que o cuidado é inato, é inerente, é próprio de todo ser vivo (CUNHA *et al.*, 2009; PESSOA JÚNIOR; NÓBREGA; MIRANDA, 2012).

O cuidado sob a ótica da promoção da saúde pode ser visto como uma das possibilidades a ser focalizada pela enfermagem, desde que voltada para o conceito ampliado do processo saúde-doença. Assim, é na prática da Enfermagem que o cuidado se efetiva. A Enfermagem pode contribuir ou comprometer-se com a promoção da saúde, seja individual ou coletiva, por meio do cuidado com uma lente apropriada para olhar e cuidar (CUNHA *et al.*, 2009).

O processo de enfermagem é considerado um instrumento profissional do enfermeiro, que guia sua prática e favorece autonomia profissional, além de concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também documentar sua prática profissional, visando à avaliação da qualidade da assistência prestada (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

A aplicação do processo de enfermagem na prática do enfermeiro é de suma importância visto que o mesmo possui um enfoque individual, ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para a pessoa e não apenas para a doença, favorece que o enfermeiro identifique os diagnósticos ou os problemas de saúde potenciais e reais, bem como o tratamento, reduzindo a incidência e a duração da estada no hospital, promove a flexibilidade do pensamento independente, melhora a comunicação e previne erros, omissões e repetições desnecessárias (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa. Segundo Gil (2010), as pesquisas descritivas apresentam informações, dados, inventários de elementos constitutivos ou contíguos ao objeto, dizendo o que ele é, do que se compõe e em que lugar esta localizado no tempo e no espaço.

Nos estudos transversais, as medições são realizadas em um único momento, sem período de acompanhamento. Os delineamentos transversais são úteis quando se deseja descrever variáveis e seus padrões de distribuição, além de poder examinar associações (HULLEY, 2003).

Os estudos quantitativos se apoiam em dados estatísticos, sem excluir uma possível apreciação qualitativa do objeto investigado, designa também o caminho matemático de examinar um objeto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Assim, a escolha pelos tipos de estudo citados justifica-se pela intenção de se obter informações descritivas sobre a implantação e implementação do processo de enfermagem em instituições hospitalares de Fortaleza-CE, além de conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la, procurando descrever, classificar e interpretar os achados.

### **4.2 Local do estudo**

Para identificação dos hospitais de Fortaleza, realizou-se levantamento nos registros disponíveis do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará e consulta ao site do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), [www.cnes.datasus.gov.br/](http://www.cnes.datasus.gov.br/), nos quais foram identificados 67 hospitais públicos, particulares ou filantrópicos localizados na cidade de Fortaleza.

Hospital público é aquele que integra o patrimônio da união, estado, distrito federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado). Hospital privado ou particular é o hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público (BRASIL, 1977).

Hospital filantrópico é o que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus

órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção (BRASIL, 1977).

Os hospitais primários são hospitais de distrito, com equipamentos de menor grau de incorporação tecnológica, que prestam serviços gerais e de emergência para população que apresenta doenças mais prevalentes. Os hospitais secundários são hospitais regionais com equipamentos de grau intermediário de inovação tecnológica, que prestam serviços tanto para pacientes em ambulatórios, como pacientes internados. Devem estar aparelhados com pessoal e equipamentos para atender às situações que foram encaminhadas pelo nível primário (TOLEDO, 2006).

Os hospitais terciários são hospitais universitários e nacionais especializados que prestam serviços cirúrgicos especializados, além de todos os serviços prestados nos hospitais primários e secundários. São hospitais de grande porte e complexidade funcional e, portanto, de maior resolubilidade. O nível terciário deve estar aparelhado para atender a situações que o nível secundário não conseguiu resolver e eventos mais raros (TOLEDO, 2006).

Hospital de grande porte são hospitais com 150 a 500 leitos de internação, hospital de médio porte, são aqueles que possuem entre 50 e 149 leitos de internação e hospital de pequeno porte são aqueles que possuem menos de 49 leitos de internação (SANTOS, 2007).

Os hospitais que fizeram parte do estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: hospitais com atendimento 24 horas, ter diretor (a) de enfermagem disponível para responder à entrevista durante o período de coleta de dados, ter autorização do diretor da instituição para realização do estudo, com a assinatura da carta de anuência. Como critérios de exclusão: ser somente hospital dia ou clínica especializada e instituição encontrar-se fechada ou com seus serviços suspensos durante o período de coleta de dados.

Diante desses critérios, o estudo foi desenvolvido em 47 hospitais localizados na cidade de Fortaleza-CE, dos quais havia 20 hospitais públicos, 26 hospitais particulares e um filantrópico.

Quanto ao nível, dois hospitais eram de nível primário, 28 secundários e 17 de nível terciário. Quanto ao porte da instituição, tiveram-se cinco de pequeno porte, 27 médio e 15 de grande porte.



Os hospitais participantes da pesquisa foram organizados logo abaixo, de acordo com o seu porte (pequeno, médio e grande):

- **Hospitais de Grande Porte (15):** Casa de Saúde São Raimundo, Hospital Antônio Prudente, Hospital Cura D'Arç, Hospital Geral Dr. César Cals, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Geral Waldemar de Alcântara, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart, Hospital Myra y Lopes, Hospital Regional Unimed, Hospital Universitário Walter Cantídio, Instituição Espírita Nosso Lar, Instituto Dr. José Frota, Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Santa Casa de Misericórdia.

- **Hospitais de Médio Porte (27):** Casa de Saúde Nossa Senhora das Graças, Hospital Batista Memorial, Hospital da Criança, Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter, Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira, Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Dr. Evandro Ayres de Moura, Hospital Gênese, Hospital Geral de Fortaleza – Hospital Militar, Hospital Haroldo Juaçaba, Hospital José Martiniano de Alencar, Hospital Luis de França, Hospital e Maternidade Gastroclínica, Hospital Menino Jesus, Hospital Monte Klinikum, Hospital Otológica, Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Hospital São Carlos, Hospital São José, Hospital São Mateus, Pronto-cárdio, Hospital de Saúde Mental de Messejana, Pronto Socorro dos Acidentados, Sociedade de proteção à infância de Fortaleza (SOPAI) e Uniclínica.

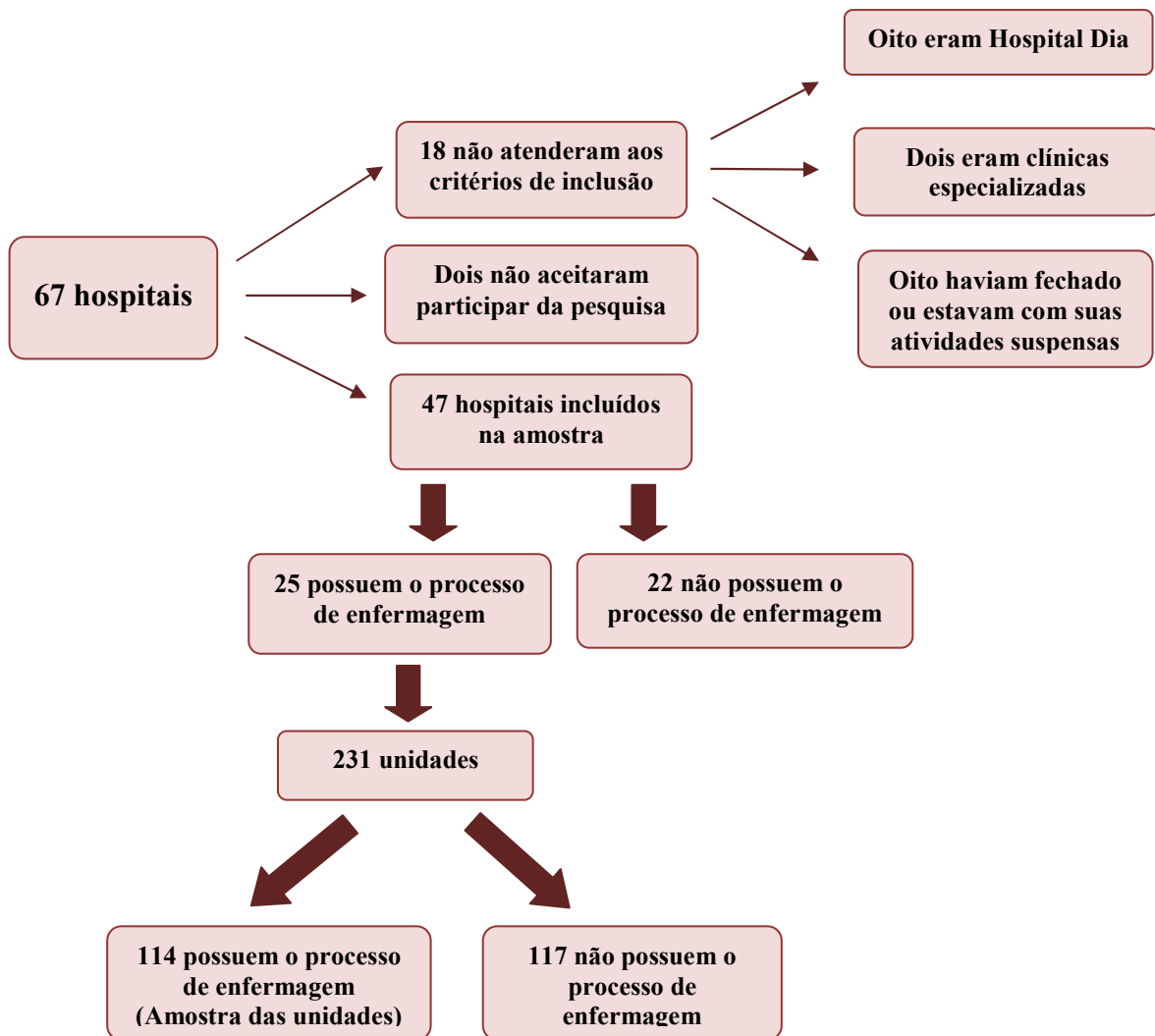
- **Hospitais de Pequeno Porte (5):** Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima, Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira, Maternidade Senhora Juvenal de Carvalho, Pronto Socorro Pronto Médico e SOS - Socorros Médicos.

Dentre os 67 hospitais encontrados na lista do COREN e no cadastro do CNES, foram excluídos 20 hospitais, pelos seguintes motivos: oito eram Hospital Dia (Instituto de Psiquiatria do Ceará, Instituto dos Cegos, Hospital Dunas - Prontoplástica, São Lucas unidade de cirurgia plástica, Plasticlínica, Pronto-clínica de Fortaleza, Centro Cearense de Oftalmologia (CCO), Instituto Dr Vandick Ponte); dois eram clínicas especializadas (Centro regional Integrado de Oncologia – CRIO, Instituto do coração da criança e do adolescente -ICCA); oito haviam fechado ou estavam com suas atividades suspensas no período da coleta de dados (Hospital Angeline, Hospital e Maternidade Argentina Castelo Branco, Hospital Aguanambi Gomes da Frota, Hospital Neurocentro, Maternidade São Pedro, Hospital dos Arrumadores, Hospital Jesus Sacramento, Casa de Saúde São Gerardo) e dois não aceitaram participar da pesquisa (Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora e Hospital Sarah Kubitscheck).

Os 47 hospitais participantes do estudo dispunham juntos de 231 unidades, das quais 114 possuíam o processo de enfermagem implantado.

O fluxograma a seguir descreve os passos para definição da amostra dos hospitais e das unidades do estudo.

**Figura 1-** Fluxograma dos hospitais participantes do estudo.



### 4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelos 67 diretores de enfermagem dos referidos hospitais e 231 coordenadores de enfermagem das unidades de hospitais públicos, particulares e filantrópicos localizados em Fortaleza-CE.

Compuseram a amostra do estudo 47 diretores de enfermagem das instituições que atenderam aos critérios de inclusão: diretor (a) de enfermagem disponível para responder à entrevista durante o período de coleta de dados.

A amostra dos coordenadores das unidades compôs-se de 89 coordenadores que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser coordenador de unidades que possuíam leitos de internação com o processo de enfermagem implantado; e estar disponível para responder ao questionário no período da coleta de dados. Ressalta-se que oito coordenadores assumiam a coordenação de mais de uma unidade, variando de uma a seis unidades por coordenador.

Na ausência dos gestores de enfermagem, no momento da coleta de dados, a pesquisa foi realizada com os gestores substitutos, acontecendo nove casos.

#### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu de abril a agosto de 2012, por meio de entrevista semiestruturada com os(as) diretores(as) de enfermagem das instituições. E aplicou-se questionário aos coordenadores de enfermagem das unidades participantes da pesquisa.

Inicialmente, foi realizada ligação telefônica para o(a) diretor(a) de cada instituição, com objetivo de agendar encontro com o mesmo na própria instituição para esclarecimento dos objetivos do projeto, coleta da assinatura da carta de anuência (Apêndice A), autorizando a participação da instituição no estudo.

Para realização da entrevista com os diretores de enfermagem, foram utilizados dois roteiros, Apêndice B - destinado às instituições que não possuíam o processo de enfermagem implantado e outro, Apêndice C, às instituições que possuíam.

Ambos os roteiros de entrevista (Apêndice B e C) continham questões abertas e fechadas que abordaram os seguintes assuntos: dados do(a) diretor(a) de enfermagem da instituição (tempo na instituição, tempo de direção, tempo de assistência, maior titulação e significado do processo de enfermagem), dados da instituição (origem, nível do hospital, porte, quantidade de leitos, data da inauguração, quantidade de unidades abertas, quantidade de unidades fechadas, número de enfermeiros e números de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem) e dados sobre o processo de enfermagem na mesma.

A diferença entre os roteiros está relacionada aos aspectos da implantação do método na instituição, pois no Apêndice B têm-se questões relacionadas às justificativas para a não implantação do processo de enfermagem, visto que os enfermeiros dessas instituições

ainda não utilizavam o processo na assistência de enfermagem; enquanto no Apêndice C, à implementação do processo de enfermagem, já que se pretendeu avaliar o processo implementado aos pacientes da instituição.

Para os diretores de enfermagem, optou-se pela entrevista por apresentar muitas vantagens, dentre as quais, alto índice de resposta e viabilidade para a maioria das pessoas. Além disso, as perguntas têm menos probabilidade de serem mal interpretadas pelos entrevistados; e os entrevistadores podem produzir informações extras mediante observação da situação de vida dos respondentes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A entrevista foi realizada em uma sala disponível de cada instituição inserida no estudo, indicada pelo(a) próprio(a) diretor(a) de enfermagem. Os dados obtidos mediante a entrevista foram registrados a caneta pela própria pesquisadora.

Para os coordenadores de enfermagem das unidades, optou-se pela aplicação de um questionário (Apêndice D), para o qual se estabeleceu prazo de uma semana a um mês para que os mesmos devolvessem o instrumento à pesquisadora. Optou-se pelo questionário por conta da facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas, em um espaço de tempo relativamente curto. Além disso, pela extensão do instrumento e pouco tempo disponível dos coordenadores para a entrevista, o questionário foi o instrumento mais adequado para aplicação nesta amostra.

Amaro (2004) afirma que um questionário é um instrumento de investigação que visa recolher informações, baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal, coloca-se uma série de questões que abrangem um tema de interesse para os investigadores, não havendo interação direta entre estes e os participantes da pesquisa. É extremamente útil quando um investigador pretende recolher informação sobre um determinado tema.

Para a entrega do questionário, primeiramente realizou-se ligação telefônica para os coordenadores de enfermagem, na qual se marcou dia e horário para a entrega dos questionários na própria unidade de trabalho. No momento da entrega dos questionários, agendou-se com os gestores a devolução do mesmo para as pesquisadoras.

Destaca-se que quando o coordenador era responsável por mais de uma unidade, ele preenchia a quantidade de questionários referente às unidades coordenadas, tendo em vista que o questionário era direcionado para a unidade.

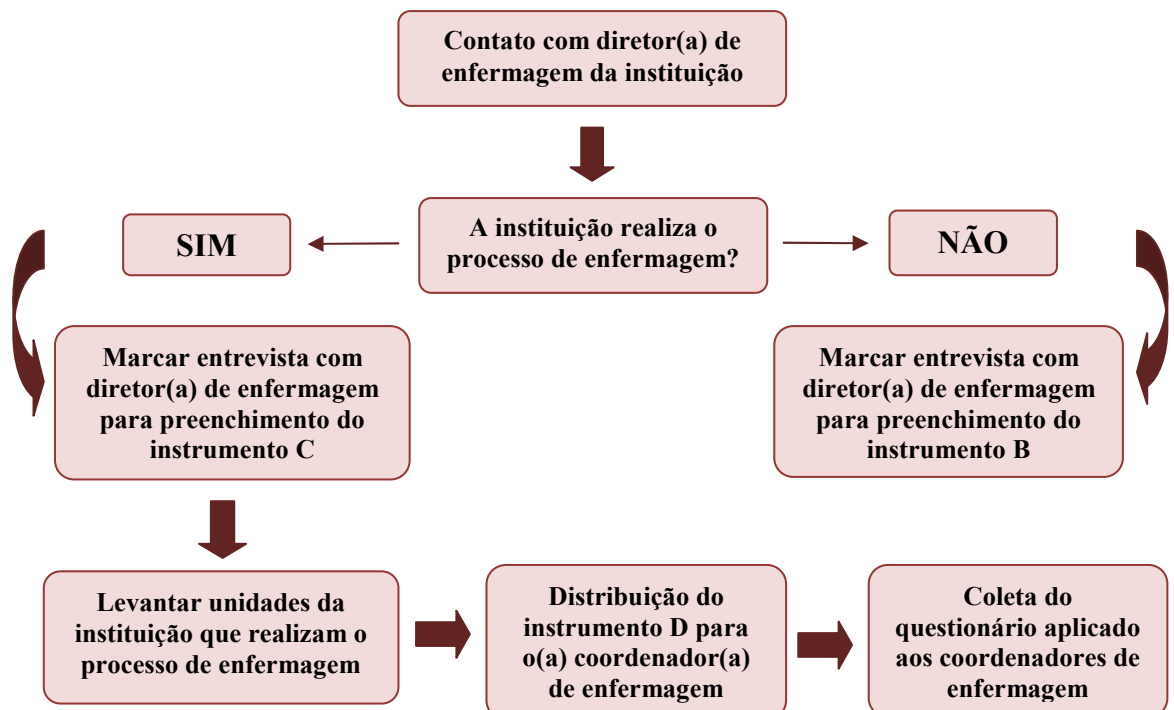
O questionário aplicado aos coordenadores de enfermagem das unidades (apêndice D) continha questões abertas e fechadas que abordaram os seguintes assuntos: dados do coordenador (a) de enfermagem (tempo na instituição, tempo de coordenação,

tempo de assistência, maior titulação e significado do processo de enfermagem), dados da unidade (nome da unidade, tipo de unidade, quantidade de leitos, data da inauguração, N.º de enfermeiros e N.º de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem) e dados sobre o processo de enfermagem na unidade (modelo conceitual, taxonomia padrão, etapas do processo de enfermagem, fatores contribuintes e limitantes para a implantação e implementação do processo de enfermagem, benefícios do processo de enfermagem, necessidade de alterações no método, atuação dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, das outras categorias de profissionais da saúde e dos pacientes da unidade sobre o processo de enfermagem).

Após aprovação do Comitê de Ética da UFC, os diretores de enfermagem das referidas instituições foram contatados para agendar a entrevista de coleta de dados na própria instituição. Nas instituições que possuíam o processo de enfermagem implantado, após a entrevista com o(a) diretor(a) de enfermagem, levantaram-se as unidades que possuíam o processo de enfermagem implementado e contactou-se com os coordenadores das mesmas para entrega do questionário para que os mesmos pudessem respondê-lo.

O fluxograma a seguir descreve os passos para a coleta de dados:

**Figura 2-** Fluxograma da coleta de dados do estudo.



#### **4.5 Análise de dados**

Os dados coletados na pesquisa foram armazenados em um banco de dados produzido pelo Excel do *Windows 2010*, processados e analisados de forma descritiva e de acordo com a literatura pertinente.

Os procedimentos estatísticos permitem que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica. A estatística descritiva é usada para descrever e sintetizar os dados. As médias e porcentagens são exemplos de estatística descritiva (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Os resultados estão apresentados em forma de tabelas, figuras e quadros que são os melhores meios para se visualizarem os dados encontrados. Segundo Gil (2010), nos estudos de natureza quantitativa, após o tratamento estatístico dos dados, tem-se, geralmente, figuras elaboradas manualmente ou com o auxílio de computadores.

Lakatos e Marconi (2010) caracterizam as tabelas e os gráficos como bons auxiliares na organização e apresentação dos dados, uma vez que facilita, ao leitor, a compreensão e a interpretação rápida da massa de dados, podendo apreender importantes detalhes e relações.

#### **4.6 Aspectos éticos e legais**

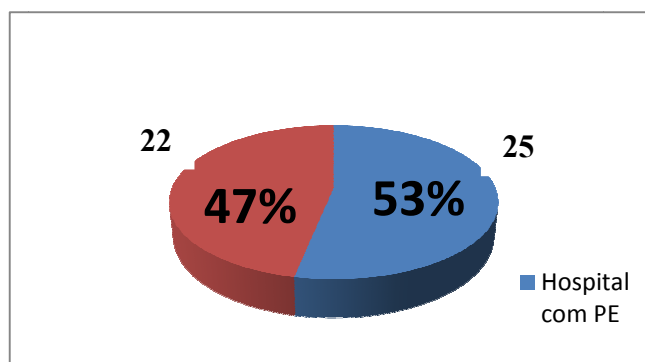
Para realização do estudo, foram seguidos os princípios éticos previstos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referentes à pesquisa envolvendo seres humanos e mediante aprovação do Comitê de Ética da instituição investigada (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Para tanto, foi solicitada autorização aos gestores das instituições hospitalares que participaram do estudo para desenvolvimento do mesmo, os quais assinaram a carta de anuência (Apêndice A). Após, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFC para ser apreciado e recebeu parecer favorável para seu desenvolvimento (protocolo 190/11).

Após aprovação do Comitê de Ética, os diretores e coordenadores de enfermagem das instituições participantes do estudo foram convidados a participarem da pesquisa e estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), concordando em participar da entrevista. Foi assegurado o direito de decidir participar ou não da pesquisa ou de desistir em qualquer momento, sem prejuízo. Também foi assegurado o anonimato e todos ficaram cientes de que os dados obtidos poderão ser divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades.

## 5 RESULTADOS

A partir da avaliação dos 47 hospitais, caracterizou-se a utilização do processo de enfermagem no contexto hospitalar de Fortaleza-CE, conforme exposto no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos Hospitais de Fortaleza-CE quanto à utilização do processo de enfermagem na instituição.



De acordo com a figura 1, 25 (53%) instituições pesquisadas possuíam o processo de enfermagem implantado, enquanto 22 (47%) não possuíam o método.

Destaca-se que o tempo de implantação do processo de enfermagem nas instituições variou de um mês a 32 anos, com média de 5,6 anos, sendo que 60% dos hospitais possuíam o processo de enfermagem implantado há um período inferior a cinco anos; 28% entre cinco há menos de dez anos e 12% há dez ou mais anos.

### 5.1 Instituições com o processo de enfermagem implantado

A seguir estão expostos os dados sobre as instituições de saúde, cujo processo de enfermagem estava implantado.

Tabela 1 – Distribuição dos diretores de enfermagem das instituições que possuíam o processo de enfermagem implantado, quanto às características de identificação e de trabalho

<b>Características dos diretores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	25	100
<b>Tempo de formação (em anos)</b>		
1   5	6	24
≥ 10	19	76
<b>Tempo na instituição (em anos)</b>		
< 1	1	4
1   5	7	28
5   10	3	12
≥ 10	14	56
<b>Tempo de direção (em anos)</b>		
< 1	5	20
1   5	11	44
5   10	6	24
≥ 10	3	12
<b>Maior Titulação</b>		
Especialização	23	92
Mestrado	2	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fonte: autoria própria.

No que diz respeito ao sexo dos participantes, todos os entrevistados (100%) eram do sexo feminino, com relação ao tempo de formação, a maioria dos diretores (76%) havia concluído o curso de graduação há pelo menos dez anos. Quanto ao tempo de permanência na instituição, 56% dos diretores exerciam suas atividades na instituição também há pelo menos dez anos, demonstrando que a maioria ingressou na instituição logo após a formatura.

O tempo de permanência na direção foi bastante variável, sendo que 64% estavam na direção há menos de cinco anos e 12% estavam há dez ou mais anos, evidenciando que quanto maior o tempo de permanência na instituição, maior a probabilidade do profissional assumir um cargo de gestão, visto que o mesmo já possui um extenso histórico de experiência na área em que atua.



A titulação predominante foi a especialização (92%), 8% dos entrevistados tinham mestrado. Este percentual baixo pode estar relacionado ao pequeno quantitativo de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), visto que atualmente há dois mestrados e dois doutorados específicos para área da enfermagem no Ceará, com áreas de concentração na promoção da saúde e cuidados clínicos em enfermagem, sendo que o primeiro mestrado iniciou-se em 1995, na Universidade Federal do Ceará.

Quadro 1 – Distribuição dos significados do processo de enfermagem para os diretores de enfermagem das instituições que possuíam o método implantado.

<b>Significado do processo de enfermagem</b>		<b>N=25</b>	<b>%</b>
Positivo	Instrumento de sistematização do cuidado	15	60
	Melhoria da qualidade da assistência	14	56
	Documenta a assistência prestada	8	32
	Elemento facilitador do trabalho	7	28
	Instrumento de sistematização do trabalho	7	28
	Favorece reconhecimento da Enfermagem	7	28
	Melhoria da satisfação do paciente	7	28
	Melhoria da interação do enfermeiro com o paciente	4	16
	Melhoria da interação entre a equipe de enfermagem	2	8
Negativo	Mais trabalho para enfermagem	1	4

Fonte: autoria própria.

Ao questionar os diretores das instituições acerca do significado do processo de enfermagem, constataram-se aspectos positivos direcionados aos pacientes e à equipe de enfermagem, os quais influenciam na qualidade da assistência prestada pelas instituições de saúde. Destaca-se que todos os diretores ao serem indagados relataram pelo menos um aspecto positivo.

O aspecto positivo “Instrumento de sistematização do cuidado” foi considerado quando o processo influencia favoravelmente no cuidado prestado pelo enfermeiro diretamente ao paciente. Enquanto, o “Instrumento de sistematização do trabalho” foi considerado quando o processo influencia no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro durante sua jornada de trabalho, contemplando atividades administrativas, gerenciais e burocráticas.

Quanto aos pacientes foram citados: cuidado sistematizado (60%), assistência de qualidade (56%), maior satisfação (28%) e interação (16%). Quanto à Enfermagem tem-se: assistência prestada documentada (32%), facilita o trabalho da equipe (28%), sistematiza o trabalho da equipe de enfermagem (28%), favorece o reconhecimento das ações do enfermeiro (28%) e promove interação da equipe (8%).

Além disso, um diretor relatou um aspecto negativo do processo de enfermagem, considerando que o mesmo atribui mais trabalho para o enfermeiro.

Tabela 2 – Distribuição das instituições que possuíam o processo de enfermagem implantado quanto às características da instituição.

<b>Características das instituições</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média/ Desvio Padrão</b>
<b>Origem da instituição</b>			
Pública	13	52	
Privada	11	44	
Filantrópica	1	4	
<b>Nível do Hospital</b>			
Secundário	15	60	
Terciário	10	40	
<b>Porte da instituição</b>			
Grande porte ( $\geq 150$ leitos)	12	48	
Médio porte (50-149 leitos)	12	48	174 $\pm$ 119
Pequeno porte ( $\leq 49$ leitos)	1	4	
<b>Tempo de existência da instituição (em anos)</b>			
< 20	4	16	
20   40	9	36	43,3 $\pm$ 29,5
40   80	10	40	
$\geq 80$	2	8	
<b>Enfermeiros na instituição</b>			
<20	3	12	
20   40	8	32	
40   80	7	28	97,9 $\pm$ 125,9
80   120	2	8	
$\geq 120$	5	20	
<b>Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem na instituição</b>			
<20	1	4	
20   40	1	4	
40   80	1	4	
80   120	3	12	295,7 $\pm$ 274,6
$\geq 120$	19	76	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	

Fonte: autoria própria.

Na tabela 2, têm-se os dados das instituições pesquisadas que possuíam o processo de enfermagem implantado, sendo que 52% das instituições eram de origem pública, 44% de origem privada e 4% de origem filantrópica.

Os hospitais avaliados são classificados nos níveis secundários (60%) e terciários (40%); nas categorias de grande porte (48%), médio porte (48%) e pequeno porte (4%). Quanto à quantidade de leitos nas instituições, variou de 40 a 500, com média de 174 e desvio padrão de  $\pm 119$  leitos.

O tempo de existência das instituições variou de dez a 151 anos, com média de  $43,3 \pm 29,5$  anos, predominando instituições criadas há mais de 20 anos (84%). Tais dados mostram que as instituições avaliadas já são consolidadas para atendimento aos pacientes que necessitam de atendimento hospitalar na capital cearense.

O número de enfermeiros nas instituições variou de cinco a 583 enfermeiros, com média de  $97,9 \pm 125,9$  enfermeiros. Observa-se na tabela que 56% das instituições possuíam em seu quadro de funcionários 40 ou mais enfermeiros. Este alto número de profissionais enfermeiros nas instituições se deve ao elevado número de instituições de grande porte, visto que quanto mais leitos existem na instituição, mais funcionários são necessários para atender à demanda de trabalho.

Já com relação ao nível médio da enfermagem, o número de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem nas instituições variou de 18 a 1092, com média de  $295,7 \pm 274,6$  funcionários. Assim, constatou-se que 88% dos hospitais tinham em seu quadro de profissionais pelo menos 80 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

No Quadro 2, estão descritas as etapas para realização do processo de enfermagem, ressaltando que as etapas foram pontuadas de acordo com as etapas citadas na Resolução do COFEN 358/2009, bem como referenciadas por Alfaro-Lefevre (2010) (COFEN, 2009; ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Quadro 2 – Distribuição das etapas do processo de enfermagem utilizadas nas instituições que possuíam o processo de enfermagem implantado.

<b>Etapas</b>	<b>N=25</b>	<b>%</b>
Levantamento de dados	23	92
Diagnóstico de enfermagem	16	64
Planejamento (resultados esperados)	3	12
Planejamento (prescrição das intervenções)	23	92
Implementação do plano de cuidados	23	92
Avaliação de enfermagem	24	96
Outras (anotações de enfermagem)	14	56

Fonte: autoria própria.

Quando indagados sobre as etapas do processo de enfermagem, 12% dos diretores afirmaram realizar todas as etapas na instituição. A primeira etapa, o levantamento de dados, foi citada por 92% dos diretores. A identificação dos diagnósticos de enfermagem foi a menos

citada (64%). A terceira etapa, o planejamento, era realizada em sua totalidade (resultados esperados e prescrição de enfermagem) em 12% das instituições, contudo, 92% realizavam a prescrição das intervenções de enfermagem. A quarta etapa, implementação do plano de cuidados, era realizada por 92% das instituições, visto que todos os hospitais que realizavam as prescrições das intervenções (planejamento), também realizavam a implementação dos cuidados. A última etapa, a avaliação de enfermagem, estava implantada em 96% dos hospitais pesquisados.

Em 56% dos hospitais se realizava outro tipo de etapa do processo de enfermagem, presente no modelo conceitual de Wanda Horta, a qual refere-se às anotações de enfermagem, sendo esta descrita como a última etapa do modelo citado (HORTA, 1974).

Quadro 3 – Distribuição dos fatores intervenientes para **implantação** do processo de enfermagem nas instituições que possuíam o método implantado

<b>Fatores contribuintes</b>	<b>N=25</b>	<b>%</b>
Interesse dos enfermeiros	14	56
Disponibilidade do gestor de enfermagem	13	52
Apoio da instituição	8	32
Interesse dos técnicos e auxiliares de enfermagem	7	28
Conhecimento satisfatório sobre o processo de enfermagem	3	12
Necessidade de organização da assistência de enfermagem	3	12
Demanda suficiente de funcionários da enfermagem	2	8
Obrigatoriedade do COFEN	2	8
Necessidade de documentação da assistência de enfermagem	1	4
Necessidade de acreditação hospitalar	1	4
Nenhum	1	4
<b>Fatores limitantes</b>		
Desinteresse dos enfermeiros	11	44
Excesso de atribuições para os enfermeiros	10	40
Desinteresse de técnicos e auxiliares de enfermagem	9	36
Déficit de conhecimento sobre o PE	9	36
Déficit de funcionários da enfermagem	8	32
Valores, crenças e costumes dos profissionais de enfermagem	7	28
Disponibilidade de tempo do gestor de enfermagem	3	12
Falta de apoio da instituição	2	8
Nenhum	2	8
Disponibilidade de tempo da equipe de enfermagem	1	4
Superlotação das unidades	1	4
Carência de capacitações para a equipe de enfermagem sobre o processo de enfermagem	1	4
Ausência de reconhecimento sobre a importância do processo de enfermagem	1	4

Fonte: autoria própria.

No Quadro 3 estão descritos os principais fatores intervenientes para implantação, ou seja, para inserir o processo de enfermagem na instituição. Dentre os fatores contribuintes,

foram citados dez itens e como limitantes, 12 itens. Dentre os fatores contribuintes mais prevalentes, evidenciaram-se os seguintes: interesse por parte dos enfermeiros (56%), sendo este o mais citado e um dos mais importantes para o sucesso da implantação do processo de enfermagem; disponibilidade do gestor de enfermagem (52%); apoio da instituição (32%) e interesse dos técnicos e auxiliares de enfermagem (28%).

Destaca-se que 8% citaram a obrigatoriedade do COFEN como ponto positivo, demonstrando que apenas a minoria das instituições se preocupava em seguir os preceitos exigidos pela resolução do COFEN 358/2009, na qual há determinação da implantação do processo de enfermagem em todas as instituições em que ocorrem os cuidados de enfermagem (COFEN, 2009).

Com relação aos fatores limitantes houve prevalência dos seguintes itens: desinteresse por parte dos enfermeiros (44%), ressaltando que os diretores que não citaram o interesse dos enfermeiros como fator positivo, citaram o desinteresse como fator negativo; excesso de atribuições para os enfermeiros (40%), visto que alguns diretores referiram que os enfermeiros assumiam muitas funções que não era de sua competência, ficando com menos tempo para realizar o que realmente lhe competia; desinteresse dos técnicos e auxiliares de enfermagem (36%); déficit de conhecimento sobre o processo de enfermagem (36%); e déficit de funcionários da enfermagem (32%), o que sobrecarregava toda a equipe, deixando muitas vezes a desejar no desempenho de suas atividades.

Além disso, um diretor afirmou não existir fator contribuinte para a implantação do processo de enfermagem. Em contrapartida, dois diretores afirmaram não existir fator limitante para implantação do processo de enfermagem, podendo ser considerado um ponto positivo para implantação.

Quadro 4 - Distribuição dos fatores intervenientes para **implementação** do processo de enfermagem nas instituições que possuíam o método implantado

<b>Fatores contribuintes</b>	<b>N=25</b>	<b>%</b>
Boa adesão da equipe de enfermagem	14	56
Reconhecimento da importância do processo de enfermagem	10	40
Apoio da instituição	9	36
Conhecimento satisfatório sobre o processo de enfermagem	5	20
Demanda suficiente de funcionários de enfermagem	3	12
Interesse dos enfermeiros	1	4
Disponibilidade do gestor de enfermagem	1	4
Nenhum	1	4
<b>Fatores limitantes</b>		
Excesso de atribuições para os enfermeiros	10	40
Déficit de conhecimento sobre o processo de enfermagem	9	36
Superlotação das unidades	8	32
Falta de tempo da equipe de enfermagem	6	24
Déficit de funcionários da enfermagem	5	20
Adesão insatisfatória da equipe de enfermagem	3	12
Nenhum	3	12
Carência de apoio da instituição	1	4
Valores, crenças e costumes dos profissionais de enfermagem	1	4
Desvalorização do processo de enfermagem por outras categorias profissionais	1	4

Fonte: autoria própria.

O Quadro 4 descreve os principais fatores intervenientes para implementação do processo de enfermagem nas instituições hospitalares de Fortaleza, ou seja, os fatores que atualmente interferem na realização adequada do método. Foram citados sete fatores contribuintes e nove fatores limitantes.

Segundo os diretores de enfermagem, os principais fatores contribuintes citados foram a boa adesão da equipe de enfermagem (56%); reconhecimento da importância do processo pela equipe de enfermagem e por outras categorias profissionais (40%); apoio da instituição (36%), sendo este de grande impacto para o sucesso da implementação do processo de enfermagem; e adequado conhecimento sobre o processo (20%).

Apenas 4% dos diretores afirmaram interesse por parte dos enfermeiros, interferindo na realização adequada do processo de enfermagem. Assim, é necessário que gestores sensibilizem a equipe sobre a importância do envolvimento dos enfermeiros no seguimento deste método de cuidados.

Foram citados vários fatores que limitavam implementação do processo de enfermagem, predominando excesso de atribuições para os enfermeiros (40%), fazendo com que este disponibilize menos tempo para realização do processo de enfermagem

consequentemente, implementação de assistência inadequada; déficit de conhecimento sobre o assunto (36%), também interferente na elaboração de um plano de cuidados adequado, pois o mesmo é um método complexo que exige conhecimento técnico científico; superlotação das unidades (32%) e pouca disponibilidade de tempo da equipe de enfermagem (24%).

Estes fatores interferem amplamente, pois o enfermeiro deve cumprir toda a sobrecarga de atividades, refletindo na indisponibilidade de tempo para realizar o processo de enfermagem.

Apesar de a minoria (4%) citar a desvalorização do processo de enfermagem pelas outras categorias profissionais, alguns diretores citaram que parte das outras categorias ainda não tinha conhecimento sobre a importância do processo para o paciente, muitas vezes desprezando os impressos de enfermagem que se encontravam nos prontuários dos mesmos, sem ao menos interrogar o motivo de sua existência.

Na Tabela 4, têm-se os dados referentes à presença de vistoria ou auditoria para monitorização do processo de enfermagem na instituição, bem como a existência de capacitações (cursos, treinamentos, oficinas educativas etc.) para os profissionais de enfermagem sobre o assunto.

Tabela 3 - Distribuição das instituições que possuíam o processo de enfermagem implantado, quanto à manutenção do método

<b>Manutenção do processo de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Presença de auditoria/vistoria</b>		
Sim	15	60
Não	10	40
<b>Capacitação da equipe de enfermagem</b>		
Sim	12	48
Não	13	52
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fonte: autoria própria.

Com relação à presença de auditoria ou vistoria do processo de enfermagem, identificou-se que a maioria das instituições (60%) contava com uma comissão de avaliação do processo de enfermagem. Ressalta-se a necessidade da existência de comissão de avaliação em todas as instituições que tem o processo de enfermagem implantado, com o intuito de identificar as unidades que o realizam e as que não o realizam adequadamente. Nestas últimas, é necessário avaliar as dificuldades que interferem na realização do método com o objetivo de supri-las.

Dentre as 15 instituições que realizavam auditoria/vistoria, constatou-se que a frequência desta ação era realizada diariamente (40%), mensalmente (40%), semanalmente (6,7%), semestralmente (6,7%) ou quando havia necessidade (6,6%).

Quanto ao responsável pela auditoria/vistoria, a direção delegava esta ação para os seguintes profissionais da instituição: coordenador da unidade (46,6%), auditor de enfermagem (26,6%), diretor de enfermagem (20%), enfermeiros da educação permanente (13,3%) e enfermeiro assistencial da unidade (6,6%).

No que diz respeito à presença de capacitações sobre o processo de enfermagem para os profissionais da área, 52% dos diretores das instituições afirmaram realizar permanentemente ou já tê-los realizado para a equipe de enfermagem, demonstrando a preocupação por parte destes em sempre realizar capacitações dos funcionários para exercer tais atividades com competência, considerando conhecimento, habilidade e atitude.

Dentre as 12 instituições que realizavam capacitação dos profissionais, os diretores responderam que a sua realização ocorria em seis instituições anualmente, duas semestralmente, uma mensalmente, uma bimestralmente, uma quando havia necessidade e uma teve treinamento somente na época da implantação.

Destaca-se que dentre as 25 instituições que possuíam o processo de enfermagem, somente duas ofereceram treinamento para a equipe de enfermagem no período da implantação, segundo os diretores de enfermagem entrevistados. Ainda, 13 instituições nunca ofereceram nenhum tipo de capacitação para a equipe de enfermagem sobre o processo de enfermagem.

Dentre as instituições que ofereceram capacitação acerca da temática para a equipe de enfermagem, todas contemplaram o enfermeiro e 58,3% responderam englobar também os técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Assim, constatou-se que 41,7% das instituições que oferecem treinamento, nunca treinaram os técnicos e/ou auxiliares acerca do processo de enfermagem. Tal fato pode ser fator dificultador de operacionalização do método na assistência ao paciente hospitalizado.

Faziam parte do grupo de promotores das capacitações sobre o processo de enfermagem os enfermeiros da educação permanente da instituição (58,3%), os docentes de universidades (41,6%), os enfermeiros assistenciais (41,6%) e/ou os próprios gestores da enfermagem (16,6%).



Quadro 5 - Distribuição das justificativas para não realização do processo de enfermagem nas unidades das instituições que já possuíam o método implantado.

<b>Aplicação do processo de enfermagem nas unidades</b>	<b>N=25</b>	<b>%</b>
<b>Unidades que realizavam o processo de enfermagem</b>		
Algumas	21	84
Todas	4	16
<b>Justificativas para não realização do processo de enfermagem nas unidades</b>		
Falta de tempo da equipe de enfermagem	5	23,8
Baixa adesão da equipe de enfermagem	4	19
Disponibilidade de tempo dos gestores de enfermagem	3	14,2
Superlotação nas unidades	3	14,2
Excesso de atribuições para os enfermeiros	3	14,2
Grande rotatividade de pacientes	3	14,2
Déficit de funcionários da enfermagem	3	14,2
Desinteresse dos enfermeiros	3	14,2
Desinteresse dos técnicos e auxiliares de enfermagem	2	9,5
Grande rotatividade de funcionários	2	9,5
Déficit de conhecimento da equipe de enfermagem	2	9,5

Fonte: autoria própria.

Ao levantar as unidades que possuíam o processo de enfermagem implantado, 84% dos diretores afirmaram que o processo de enfermagem somente estava implantado em algumas unidades, evidenciando que existiam determinados obstáculos para implantação do processo em todas as unidades das instituições. Das 231 unidades avaliadas nos 25 hospitais, 117 (50,6%) não realizavam o processo de enfermagem e 114 (49,4%) realizavam. Assim, participaram da pesquisa 89 coordenadores que coordenavam 114 unidades de internação, tendo em vista que havia coordenador responsável por mais de uma unidade hospitalar.

Quantos aos obstáculos encontrados para a não implantação do processo de enfermagem em tais unidades, os diretores relataram inúmeras justificativas, predominando pouca disponibilidade de tempo da equipe de enfermagem (23,8%), sendo este fator determinante para implantação do processo de enfermagem; baixa adesão da equipe de enfermagem (19%); falta de tempo dos gestores de enfermagem; superlotação nas unidades; excesso de atribuições para os enfermeiros; grande rotatividade de pacientes; déficit de funcionários e desinteresse dos enfermeiros, cada um foi citado por 14,2% dos diretores das instituições.

## 5.2 Unidades com o processo de enfermagem implantado

Os 25 hospitais avaliados com processo de enfermagem implantado possuíam 231 unidades no total, variando de duas a 19 unidades por hospital, com média de 8,1 unidades por hospital. Destas, 114 unidades de internação possuíam o processo de enfermagem implantado, as quais foram avaliadas, a partir dos coordenadores das unidades.

Tabela 4 – Distribuição dos coordenadores de enfermagem das unidades com o processo de enfermagem implantado, quanto às características de identificação e de trabalho

<b>Características dos coordenadores das unidades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média/ Desvio padrão</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	89	100	
<b>Tempo de formação (em anos)</b>			
1   5	18	20,2	12,5 ± 9,2
5   10	20	22,4	
≥ 10	51	57,4	
<b>Tempo na instituição (em anos)</b>			
< 1	1	1,1	9,5 ± 8
1   5	30	33,7	
5   10	19	21,3	
≥ 10	39	43,9	
<b>Tempo de coordenação (em anos)</b>			
< 1	28	31,4	3,5 ± 4,3
1   5	40	44,9	
5   10	12	13,4	
≥ 10	9	10,3	
<b>Maior Titulação</b>			
Graduação	10	11,3	
Especialização	68	76,4	
Mestrado	9	10,1	
Doutorado	2	2,2	
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	

Fonte: autoria própria.

Na Tabela 4 estão descritos os dados sobre os coordenadores de enfermagem das unidades que possuíam o processo de enfermagem implantado, na qual se pôde evidenciar que 100% dos coordenadores eram do sexo feminino, a maioria (51%) com dez ou mais anos de formados, com média de 12,5 ± 9,2 anos; 39% estão na instituição há pelo menos dez anos, com média de 9,5 ± 8 anos.

No tocante ao tempo de coordenação, variou de um mês a 24 anos, com média de  $3,5 \pm 4,3$  anos, cuja maioria (61%) estava neste cargo há pelo menos um ano. Dentre os 28 (31,4%) coordenadores que estava no cargo há menos de um ano, nove eram substitutos, pois os efetivos estavam afastados no período da coleta de dados. Assim, constata-se que os coordenadores das unidades possuíam grande período de experiência em coordenar a assistência de enfermagem nas unidades hospitalares.

A maior titulação presente entre os coordenadores de enfermagem foi a especialização (76,4%) e 11,3% tinham somente a graduação, dos quais cinco referiram que estavam cursando uma especialização e cinco ainda não despertaram o interesse de realizar um curso de aperfeiçoamento.

Quadro 6 – Distribuição dos significados do processo de enfermagem para os coordenadores de enfermagem das unidades com o método implantado

<b>Significado do processo de enfermagem</b>	<b>N=89</b>	<b>%</b>
Instrumento de sistematização do cuidado	80	89,8
Melhoria da qualidade da assistência	75	84,2
Instrumento de sistematização do trabalho	40	45,8
Documenta a assistência prestada	27	30,3
Melhoria a interação do enfermeiro com a equipe de enfermagem	18	20,2
Melhoria da interação do enfermeiro com o paciente	16	17,9
Melhoria da satisfação do paciente	14	15,7
Favorecimento do reconhecimento da enfermagem	8	8,9
Elemento facilitador do trabalho	5	5,6

Fonte: autoria própria.

Ao questionar os coordenadores das unidades participantes do estudo acerca do significado do processo de enfermagem, constataram-se aspectos positivos direcionados aos pacientes ou à equipe de enfermagem, os quais repercutem na qualidade do atendimento prestado no hospital.

Quanto aos pacientes foram citados: instrumento de sistematização do cuidado (89,8%), melhoria da assistência (84,2%), melhoria da interação com o paciente (17,9%) e satisfação (15,7%). Quanto à enfermagem, foram citados: instrumento de sistematização do trabalho (45,8%), melhoria da interação com a equipe (20,2%), documenta a assistência prestada (30,3%), favorecimento do reconhecimento para a enfermagem (8,9%) e facilita o trabalho da enfermagem (5,6%). Destaca-se que os significados do processo de enfermagem relatados pelos coordenadores repercutem positivamente na qualidade da instituição.

Tabela 5 – Distribuição das unidades com o processo de enfermagem implantado quanto às características das unidades

<b>Características das unidades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média/ Desvio Padrão</b>
<b>Tipo de unidade</b>			
Aberta	67	58,7	
Fechada	47	41,3	
<b>Tempo de existência da unidade (em anos)</b>			
<10	15	13,1	
10   20	19	16,6	
20   40	6	5,2	
≥40	10	8,7	19,3± 17,5
Desconhecido	64	56,4	
<b>Quantidade de leitos na unidade</b>			
<10	27	23,6	
10   20	36	31,5	
20   40	43	37,7	20,4± 14,7
≥ 40	8	7,2	
<b>Enfermeiros</b>			
<10	64	56,1	
10   20	41	35,9	
20   40	6	5,2	10,8± 8,7
≥ 40	3	2,8	
<b>Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem</b>			
< 20	43	37,7	
20   40	59	51,7	
40   80	10	8,7	24,6± 15,0
≥ 80	2	1,9	
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	

Fonte: autoria própria.

A Tabela 5 corresponde aos dados das unidades com o processo de enfermagem implantado, na qual o tipo de unidade que mais prevaleceu foi a aberta (58,7%). Dentre as unidades abertas, tem-se: clínica médica (48), clínica cirúrgica (6), clínica pediátrica (4), clínica obstétrica (5) e emergência (4). E as unidades fechadas avaliadas foram: UTI adulto (23), UTI pediátrica (8), UTI neonatal (9), Unidade de Cuidados Especiais (3) e sala de recuperação (4).

No concernente ao tempo de existência da unidade, somente foi possível identificar este dado em 50 unidades, as quais existiam há pelo menos dez anos (30,5%); com média de 19,3 e desvio padrão de  $\pm 17,5$  anos. Este dado é relevante, visto que se trata de

unidades antigas que deveriam ser bem estruturadas, com assistência de enfermagem sistematizada e fundamentada em um método científico, como o processo de enfermagem.

A quantidade de leitos variou de dois a 95 leitos, com média de  $20,4 \pm 14,7$  leitos; predominando as unidades com 20 leitos ou mais (44,9%). O intervalo menos prevalente foi unidades com menos de dez leitos (23,6%).

O número de enfermeiros nas unidades variou de um a 54 enfermeiros, com média de  $10,8 \pm 8,7$  enfermeiros; sendo que a maioria das unidades (56,1%) tinha em seu quadro de funcionários menos de dez enfermeiros.

O número de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem variou de seis a 88, com média de  $24,6 \pm 15$  funcionários, cuja maioria das unidades (51,7%) tinha entre 20 e 39 funcionários lotados na unidade.

Quadro 7– Relação do número de leitos com o número de enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem das unidades com o processo de enfermagem implantado

Nº Leitos	Unidades abertas						Unidades Fechadas							
	Enfermeiros			Técnicos/auxiliares			Enfermeiros				Técnicos/auxiliares			
	<10	10  20	20  40	<20	20  40	40  80	<10	10  20	20  40	≥40	<20	20  40	40  80	≥80
<10	1	1	0	2	0	0	16	8	1	0	13	11	1	0
10  20	13	6	1	8	11	1	3	11	2	0	2	13	1	0
20  40	25	12	0	18	18	1	0	2	1	3	0	1	3	2
≥40	5	2	1	0	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	44	21	2	28	35	4	19	21	4	3	15	25	5	2

Fonte: autoria própria.

Com relação à distribuição do número de leitos nas 67 unidades abertas e 47 unidades fechadas, associado com a demanda de enfermeiros e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, verificou-se o seguinte: em 25 unidades abertas, o número de leitos variou de 20 a 39 com menos de dez enfermeiros e em 36 unidades com 20 a 39 leitos, o número de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem era inferior a 20 ou de 20 a 39 para a mesma quantidade de leitos.

Em 16 unidades fechadas, atuavam menos de dez enfermeiros para menos de dez leitos. E, em 13 unidades fechadas, havia menos de dez leitos para menos de 20 técnicos/auxiliares de enfermagem e entre dez a menos de 20 leitos para 20 a menos de 40 funcionários.

Quadro 8 – Distribuição dos modelos conceituais e as taxonomias utilizadas para realização do processo de enfermagem

<b>Referencial teórico</b>	<b>N=114</b>	<b>%</b>
<b>Modelo conceitual</b>		
Wanda Horta	60	52,6
Dorothea Orem	2	1,7
Não usa teoria	47	41,2
Não consta	5	4,3
<b>Taxonomia Padrão</b>		
NANDA	94	82,4
NIC	20	17,5
NOC	4	3,5
Fugullin	2	1,7
CIPE	1	0,8
Não usa taxonomia	8	7
Não consta	3	2,6

Fonte: autoria própria.

Em relação ao modelo conceitual utilizado como referencial teórico para realização do processo de enfermagem, a teoria de Wanda Horta das necessidades humanas básicas foi a mais citada, com 52,6%. Outra teoria utilizada como referencial teórico para o processo de enfermagem foi a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, sendo constatada em duas unidades, e estas pertenciam a instituições diferentes, uma pública e uma privada.

Um elevado percentual de unidades (41,2%) não utilizava nenhuma teoria, segundo os coordenadores. Este dado merece destaque, pois o processo de enfermagem é um método complexo e científico que necessita de embasamento teórico para que seja fundamentado cientificamente.

No que diz respeito às taxonomias padrões utilizadas no processo de enfermagem, algumas unidades utilizavam mais de uma taxonomia, visto que é possível a associação destas, sendo a mais citada a taxonomia NANDA (82,4%), seguido da NIC (17,5%) e NOC (3,5%). Apenas quatro coordenadores citaram que as enfermeiras das unidades utilizavam as três taxonomias (NANDA, NIC e NOC) na implementação do processo de enfermagem. Outra taxonomia relatada por dois coordenadores foi Fugullin.

Quadro 9 – Distribuição das etapas do processo de enfermagem realizadas nas unidades com o método implantado

<b>Realização do processo de enfermagem</b>	<b>N=114</b>	<b>%</b>
<b>Quantidade de etapas realizadas</b>		
Uma	1	0,8
Duas	4	3,5
Três	10	8,7
Quatro	34	29,8
Cinco	65	56,1
Outras	32	28
<b>Etapas realizadas</b>		
Levantamento de dados	96	84,2
Diagnóstico de enfermagem	77	67,5
Planejamento (resultados esperados)	16	14
Planejamento (prescrição das intervenções)	111	97,3
Implementação do plano de cuidados	111	97,3
Avaliação de enfermagem	104	91,2
Outras	32	28
<b>Dificuldades para realizar alguma etapa</b>		
Não	61	53,5
Sim	53	46,5
<b>Etapa de dificuldade</b>		
Levantamento de dados	23	20,1
Diagnóstico de enfermagem	15	13,1
Planejamento (Resultados esperados)	1	0,8
Planejamento (Prescrição das intervenções de enfermagem)	18	15,7
Implementação do plano de cuidados	12	10,5
Avaliação de enfermagem	19	16,6
<b>Motivo</b>		
Déficit de conhecimento sobre o assunto	13	11,4
Disponibilidade de tempo dos enfermeiros	8	7
Instrumento inadequado para a unidade	5	4,3
Desinteresse da equipe de enfermagem	3	2,6
Ausência de uma teoria de enfermagem	2	1,7
Superlotação da unidade	1	0,8
Grande rotatividade de pacientes	1	0,8
Déficit de funcionários da enfermagem	1	0,8

Fonte: autoria própria.

No Quadro 9, têm-se as etapas realizadas para o processo de enfermagem nas unidades. Destaca-se que as etapas descritas estão de acordo com a resolução do COFEN 358/09 (COFEN, 2009). Constatou-se que em 65 unidades realizavam-se todas as etapas descritas na resolução.

A primeira etapa, o levantamento de dados, foi citada por 84,2% dos pesquisados; a identificação dos diagnósticos esteve presente em 67,5% das unidades; na etapa do planejamento, os resultados esperados foram identificados em apenas 14% das unidades e as prescrições de enfermagem foram identificadas em 97,3% das unidades; a implementação do plano de cuidados também foi identificada em 97,3%.

A avaliação de enfermagem era realizada em 91,2% das unidades, sendo esta etapa imprescindível para avaliar os resultados alcançados com o plano de cuidados, além de detectar novas necessidades do paciente. Outras etapas foram citadas pelos coordenadores, como as anotações de enfermagem, a classificação de risco e o plano de alta.

Quando interrogadas sobre a presença de dificuldades para realização das etapas do processo de enfermagem, a maioria (53,5%) afirmou não haver dificuldades, sendo este um aspecto positivo, pois indica que as dificuldades para realizar o processo de enfermagem estão sendo supridas adequadamente. Porém, 46,5% das unidades apresentavam dificuldades em realizar alguma etapa, conforme exposto a seguir: levantamento de dados (43,3%), identificação dos diagnósticos de enfermagem (28,3%), planejamento (33,9%), implementação do plano de cuidados (22,8%) e avaliação de enfermagem (35,8%).

As principais justificativas apontadas para estas dificuldades foram: déficit de conhecimento sobre o processo de enfermagem (24,5%), pouca disponibilidade de tempo dos enfermeiros (15%) e inexistência de instrumento adequado para a unidade (9,4%).

Faz-se necessário salientar que em 94 unidades utilizava a taxonomia NANDA-I para identificação dos diagnósticos de enfermagem na unidade segundo os coordenadores, porém ao perguntar sobre as etapas realizadas na unidade, somente em 77 unidades identificaram-se os diagnósticos de enfermagem, ou seja, em 17 unidades os coordenadores afirmaram utilizar a taxonomia NANDA-I, mas não relataram identificar os diagnósticos de enfermagem na unidade. Além disso, um diretor de enfermagem informou identificar os resultados esperados na única unidade da instituição que realizava o processo de enfermagem, porém a coordenadora da unidade afirmou não realizar esta etapa na mesma.



Quadro 10 - Distribuição dos fatores intervenientes para **implantação** do processo de enfermagem nas unidades que possuíam o método implantado

<b>Fatores intervenientes</b>	<b>N=114</b>	<b>%</b>
<b>Fatores contribuintes</b>		
Apoio da instituição	40	35,0
Incentivos por parte dos gestores de enfermagem	37	32,4
Interesse dos enfermeiros	29	25,4
Interesse dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem	29	25,4
Necessidade de organização da assistência	20	17,5
Conhecimento satisfatório sobre o processo de enfermagem	10	8,7
Demanda suficiente de funcionários da enfermagem	9	7,8
Necessidade de documentação da assistência	6	5,2
Adesão da equipe de enfermagem	5	4,3
Obrigatoriedade do COFEN	2	1,7
Informatização do processo de enfermagem	2	1,7
Presença de capacitações sobre o processo de enfermagem	2	1,7
Nenhum	4	3,5
<b>Fatores limitantes</b>		
Excesso de atribuições para o enfermeiro	43	37,7
Déficit de conhecimento sobre o processo de enfermagem	42	36,8
Desinteresse de enfermeiros	37	32,4
Desinteresse de técnicos e auxiliares de enfermagem	37	32,4
Valores, crenças e costumes de profissionais	14	12,2
Déficit de funcionários da enfermagem	12	10,5
Disponibilidade de tempo da equipe de enfermagem	12	10,5
Carência de apoio da instituição	6	5,2
Adesão insatisfatória dos enfermeiros	4	3,5
Disponibilidade de tempo do gestor de enfermagem	3	2,6
Adesão insatisfatória dos auxiliares e técnicos de enfermagem	3	2,6
Superlotação da unidade	3	2,6
Escassez de capacitações sobre o processo de enfermagem	2	1,7
Definição sobre teoria a ser utilizada	1	0,8
Grande rotatividade de funcionários da enfermagem	1	0,8
Ausência de fiscalização do COREN	1	0,8
Nenhum	13	11,4

Fonte: autoria própria.

Ao serem questionados sobre os fatores intervenientes para implantação do processo de enfermagem nas unidades, ou seja, os fatores que interferiram na inserção do método na unidade, os coordenadores citaram fatores positivos e negativos.

Como principais fatores contribuintes, citaram: apoio da instituição (35%), sendo este de extrema importância para facilitar a implantação do processo na unidade; presença de incentivos pelos gestores de enfermagem (32,4%); interesse por parte de enfermeiros e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (25,4%); fator de grande impacto para o sucesso da implantação do processo de enfermagem e necessidade de organizar a assistência (17,5%).

Estes fatores foram os mais citados visto que a organização do cuidado reflete na qualidade da assistência ao paciente e reconhecimento da enfermagem.

Quatro coordenadores relataram não haver fator contribuinte para a implantação do processo de enfermagem, denotando que estes tiveram que enfrentar inúmeros obstáculos para implantação do método.

Como fatores limitantes, foram citados 16 itens, dos quais os mais prevalentes foram: excesso de atribuições para o enfermeiro (37,7%), pois é comum o enfermeiro deparar-se com inúmeras atribuições; déficit de conhecimento sobre o assunto (36,8%), o qual interfere de maneira substancial na implantação do método, pois o mesmo exige habilidades teóricas e práticas; desinteresse de enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem (32,4%); e valores, crenças e costumes dos profissionais (12,2%), principalmente por parte dos profissionais mais antigos, pois estes já se acostumaram com a rotina de trabalho, podendo apresentar resistências para novas rotinas e adaptações.

Um coordenador citou como ponto negativo a ausência de cobranças por parte do COREN (0,8%), entidade responsável pela fiscalização das atividades de enfermagem nas instituições de saúde.

Percebeu-se que há fatores considerados como contribuintes ou limitantes, variando de acordo com a realidade da unidade, tais como apoio da instituição, carência de suporte da instituição, dentre outras.

Quadro 11 - Distribuição dos fatores intervenientes para **implementação** do processo de enfermagem nas unidades que possuíam o método implantado

<b>Fatores intervenientes</b>	<b>N=114</b>	<b>%</b>
<b>Fatores contribuintes</b>		
Adesão favorável da equipe de enfermagem	42	36,8
Apoio da instituição	34	29,8
Reconhecimento da importância do processo de enfermagem	29	25,4
Conhecimento satisfatório sobre o processo de enfermagem	23	20,1
Demanda suficiente de funcionários da enfermagem	12	10,5
Informatização do processo de enfermagem	7	6,1
Interesse dos enfermeiros	6	5,2
Interesse dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem	4	3,5
Necessidade de documentação da assistência	3	2,6
Necessidade de organização da assistência	3	2,6
Presença de capacitações sobre o processo de enfermagem	3	2,6
Instrumento adequado para a unidade	2	1,7
Disponibilidade do gestor de enfermagem	2	1,7
Obrigatoriedade por parte do COFEN	1	0,8
Nenhum	8	7,0

<b>Fatores limitantes</b>		
Excesso de atribuições para o enfermeiro	31	27,1
Disponibilidade de tempo da equipe de enfermagem	25	21,9
Superlotação da unidade	23	20,1
Valores, crenças e costumes de profissionais	15	13,1
Adesão insatisfatória de enfermeiros	15	13,1
Déficit de conhecimento sobre o PE	15	13,1
Desinteresse de enfermeiros	7	6,1
Déficit de funcionários da enfermagem	6	5,2
Adesão insatisfatória de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem	5	4,3
Ausência de apoio da instituição	2	1,7
Grande rotatividade de pacientes	2	1,7
Desvalorização do PE	2	1,7
Desinteresse de técnicos/ou e auxiliares de enfermagem	1	0,8
Grande rotatividade de funcionários da enfermagem	1	0,8
Escassez de capacitações sobre o PE	1	0,8
Complexidade dos pacientes	1	0,8
Nenhum	11	9,6

Fonte: autoria própria.

Quanto aos fatores intervenientes para realização adequada do processo de enfermagem por enfermeiros das unidades, identificaram-se 14 itens positivos e 16 limitantes. Os principais fatores contribuintes citados foram: adesão favorável do processo de enfermagem pela equipe (36,8%); apoio da instituição (29,8%); reconhecimento da importância do processo de enfermagem pela própria categoria (25,4%); conhecimento satisfatório sobre o assunto (20,1%), fator este determinante para uma adequada realização do processo de enfermagem, garantindo a assistência que o paciente necessita; e demanda suficiente de funcionários da enfermagem na unidade (10,5%), garantindo a distribuição das atividades sem sobrecarga de trabalho para a equipe.

Somente seis coordenadores afirmaram o interesse dos enfermeiros em executar o processo de enfermagem, sendo necessário identificar nestas unidades as justificativas para o desinteresse e sensibilizar os enfermeiros quanto à importância do processo de enfermagem para o cuidado ao paciente. Em 7% das unidades, não existia fator contribuinte para implementação do método, sendo este considerado fator negativo para continuidade ao processo de enfermagem.

Os fatores que interferem na adequada realização do processo de enfermagem foram bastante variáveis, cujos mais citados foram: excesso de atribuições para o enfermeiro da unidade (27,1%), este disponibiliza menos tempo para sistematizar a assistência; pouca disponibilidade de tempo da equipe de enfermagem (21,9%), devido às inúmeras atividades designadas; superlotação da unidade (20,1%), que consome mais tempo da equipe com determinadas tarefas e atenção aos pacientes; valores, crenças e costumes dos profissionais

(13,1%); adesão insatisfatória dos enfermeiros (13,1%); e déficit de conhecimento sobre o assunto (13,1%), o que dificulta tomada de decisões correta durante a elaboração do plano de cuidados para o paciente.

A complexidade dos pacientes foi citada por um dos coordenadores como fator negativo, pois a gravidade do paciente exige maior atenção de toda a equipe de enfermagem, porém, em virtude da gravidade, o processo de enfermagem torna-se ainda mais necessário para sistematizar o cuidado do mesmo.

Quadro 12 - Distribuição dos benefícios do processo de enfermagem nas unidades que possuíam o método implantado

<b>Benefícios para a prática de enfermagem</b>	<b>N=114</b>	<b>%</b>
<b>Ocorrência de benefícios para prática de enfermagem</b>		
Sim	94	82,4
Não	20	17,6
<b>Benefícios para a prática de enfermagem</b>		
Melhora a qualidade da assistência	62	56,1
Sistematiza a assistência	56	49,1
Documenta a assistência prestada	32	28
Promove reconhecimento da enfermagem	13	11,4
Promove interação entre a equipe de enfermagem	2	1,7
Promove interação entre equipe e paciente	1	0,8
Otimiza o tempo	1	0,8
Promove conhecimento sobre o processo de enfermagem	1	0,8

Fonte: autoria própria.

A maioria dos coordenadores (82,4%) afirmou que o processo de enfermagem trouxe benefícios para a prática de enfermagem, os quais estavam relacionados ao paciente e/ou à enfermagem. Os benefícios relatados para o pacientes foram: melhoria da assistência (56,1%), sistematização da assistência (49,1%), interação entre equipe de enfermagem e paciente (0,8%). Para a enfermagem: documentação da assistência (28%), reconhecimento da enfermagem (11,4%), interação entre a equipe de enfermagem (1,7%), otimização do tempo (0,8%) e melhor conhecimento sobre o assunto (0,8%). Ressalta-se que tais benefícios repercutem positivamente na qualidade da instituição hospitalar.

Quadro 13 - Distribuição das necessidades de alterações do processo de enfermagem nas unidades que possuíam o método implantado

<b>Alterações no processo de enfermagem da unidade</b>	<b>N=114</b>	<b>%</b>
<b>Necessidade de alterar o processo de enfermagem na unidade</b>		
Sim	98	86
Não	16	14
<b>Alterações para melhoria do processo de enfermagem</b>		
Realização de capacitações da equipe de enfermagem	34	29,8
Aumento do quadro de profissionais de enfermagem	18	15,7
Realização do PE de forma não mecanicista	17	14,9
Incentivo por parte da instituição	17	14,9
Acompanhamento dos gestores de enfermagem	13	11,4
Aumento do compromisso da equipe de enfermagem	5	4,3
Intensificação da adesão da equipe de enfermagem	4	3,5
Alteração da teoria de enfermagem	1	0,8
Redução da rotatividade dos funcionários da enfermagem	1	0,8
Ambiente adequado para realizar exame físico e entrevista	1	0,8
<b>Necessidade de alterar instrumentos do processo de enfermagem</b>		
Sim	57	50,0
Não	57	50,0
<b>Adequações necessárias do instrumento do PE na unidade</b>		
Alterar o instrumento de alguma etapa do processo de enfermagem	23	20,1
Incluir alguma etapa no instrumento do processo de enfermagem implementado na unidade	14	12,2
Compactar os instrumentos do processo de enfermagem	13	11,4

Fonte: autoria própria.

No Quadro 13, encontram-se destacadas as necessidades de alterações na unidade e no processo de enfermagem, favorecendo sua adequada realização.

As alterações mais citadas pelos coordenadores foram: necessidade de realizar capacitações sobre o assunto (29,8%), aumento do quadro de profissionais de enfermagem da unidade (15,7%) para que estes não se sobrecarreguem durante sua jornada de trabalho, o compromisso dos enfermeiros em não realizar o processo de enfermagem de forma mecanicista (14,9%), incentivos por parte da instituição (14,9%) e mais acompanhamento dos gestores de enfermagem (11,4%), para que a equipe assuma o compromisso de executar o processo de enfermagem para o paciente.

Ao indagar sobre a necessidade de alteração em algum dos instrumentos do processo de enfermagem, visando sua melhoria, 50% citaram não haver necessidade de alterações, pois o mesmo estava adequado para a unidade, os pacientes e outros 50% afirmaram a necessidade de modificações nos instrumentos do método.

Quanto às alterações necessárias, constatou-se o seguinte: necessidade de alterar o instrumento de alguma etapa do método (20,1%) como o instrumento de levantamento de dados (2,6%), diagnóstico de enfermagem (7%), resultados esperados (0,8%), intervenções de enfermagem (7,8%), avaliação de enfermagem (0,8%) e direcionamento de todos os itens para o perfil dos pacientes da unidade (7,8%); inclusão de alguma etapa (12,2%), como o levantamento de dados (0,8%), diagnóstico de enfermagem (3,5%) e resultados esperados (1,7%).

Quadro 14 - Distribuição da atuação de profissionais e pacientes das unidades que possuíam o método implantado, segundo os coordenadores de enfermagem

<b>Atuação de profissionais e pacientes no processo de enfermagem</b>		<b>N=114</b>	<b>%</b>
<b>Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem</b>			
Positivo	Reconhecimento da importância do processo de enfermagem	29	25,4
	Aceitação do método na unidade	23	20,1
	Realização correta	19	16,6
	Reconhecimento da melhora na qualidade da assistência	4	3,5
Negativo	Aumento do trabalho da equipe	30	26,3
	Não reconhecimento da importância do processo de enfermagem	11	9,6
	Déficit de conhecimento sobre o assunto	4	3,5
	Realização de forma mecanicista	2	1,7
	Realização incorreta	2	1,7
	Recusa do método na unidade	1	0,8
<b>Outras categorias profissionais</b>			
Positivo	Respeito do método	53	46,4
	Reconhecimento da importância do método	8	7,0
	Apoio da utilização do método	4	3,5
Negativo	Desvalorização do método	12	10,5
	Não reconhecimento da importância do método	11	9,6
<b>Pacientes da unidade</b>			
Positivo	Reconhecimento da importância do PE	8	7,0
	Respeito pelo método	7	6,1
	Aceitação da realização do método	7	6,1
Negativo	Déficit de conhecimento sobre o assunto	49	42,9
	Não reconhecimento da importância do método	8	7,0

Fonte: autoria própria.

Segundo os coordenadores das unidades, as atuações dos profissionais das unidades frente ao processo de enfermagem eram diversificadas entre positivas e negativas. Dentre as percepções positivas dos coordenadores acerca das atuações dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem no processo de enfermagem, foram citadas: reconhecimento da importância do processo de enfermagem (25,4%) e aceitação do método (20,1%); e negativas: aumento do trabalho para a equipe (26,3%) e não reconhecimento da importância do processo de enfermagem (9,6%).

As atuações das outras categorias profissionais, segundo os coordenadores, foram bastante variadas, sendo que os aspectos positivos identificados foram o respeito pelo método de cuidados (46,4%) e reconhecimento da importância do processo de enfermagem para o paciente (7%); e os aspectos negativos: desvalorização do método (10,5%) e não reconhecimento da importância do processo de enfermagem para o paciente (9,6%).

Quanto às atuações dos pacientes da unidade, os coordenadores constataram que os mesmos reconheciam importância do processo para assistência eficaz (7%) e respeito pelo método (6,1%). Como aspectos negativos, obtiveram-se: déficit de conhecimento sobre o método (42,9%) e não reconhecimento da sua importância para assistência de qualidade (7%).

Alguns coordenadores relataram que esta pergunta não se adequava a alguns pacientes da unidade, as quais se tratavam de unidades pediátricas, cujos pacientes não possuíam discernimento suficiente para entender o método. E outras unidades, como a UTI, por conta da gravidade, os pacientes não estavam conscientes para serem esclarecidos sobre o método.

Houve aspectos positivos e negativos comuns entre os atores envolvidos no processo, como: aceitação/respeito do método na unidade, reconhecimento da importância do processo de enfermagem, bem como não reconhecimento da importância do processo de enfermagem.

### 5.3 Instituições sem o processo de enfermagem implantado

Tabela 6 - Distribuição dos diretores de enfermagem das instituições que **não** possuíam o processo de enfermagem implantado, quanto às características de identificação e trabalho

<b>Características dos diretores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média/ Desvio Padrão</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	20	90,9	
Masculino	2	9,1	
<b>Tempo de formação (em anos)</b>			
1   5	5	22,7	15,6± 9,6
5   10	4	18,1	
≥ 10	13	59,2	
<b>Tempo na instituição (em anos)</b>			
< 1	1	4,5	11± 7,9
1   5	6	27,2	
5   10	4	18,1	
≥ 10	11	50,2	
<b>Tempo de Direção (em anos)</b>			
< 1	4	18,1	5,3± 5,8
1   5	11	50,2	
5   10	2	9,0	
≥ 10	5	22,7	
<b>Maior Titulação</b>			
Graduação	2	9,0	
Especialização	17	77,2	
Mestrado	3	13,8	
Total	22	100	

Fonte: autoria própria.

Com relação ao sexo dos participantes da pesquisa, 90,9% eram do sexo feminino. No que diz respeito ao tempo de formação dos diretores de enfermagem das instituições que não possuíam o processo de enfermagem, constatou-se que 59,2% tinham pelo menos 10 anos de formado e 40,8% tinham menos de dez anos de formado, com média de 15,6 ± 9,6 anos.

A maioria (50,2%) dos diretores ingressou na instituição há pelo menos dez anos, evidenciando o início das atividades laborais na instituição com pouco tempo de formado. A média de anos de ingresso na instituição foi de 11 ± 7,9 anos.

O cargo de direção apresentou média de 5,3 ± 5,8 anos e estava sendo ocupado pela maioria (68,3%) há menos de cinco anos e 22,7% ocupavam o cargo há dez ou mais



anos, sendo que estes últimos assumiram a responsabilidade de gerir a categoria pelo vasto tempo de experiência na instituição.

Segundo a titulação apresentada pelos diretores de enfermagem, 77,2% possuíam como maior titulação a especialização. Dois diretores apresentavam somente a graduação, os quais estavam formados há mais de dez anos e ocupavam o cargo de direção pelo mesmo período.

Quadro 15 – Distribuição dos significados do processo de enfermagem para os diretores de enfermagem das instituições que não possuíam o método implantado

<b>Significado do processo de enfermagem</b>		<b>N=22</b>	<b>%</b>
Positivo	Melhoria da qualidade da assistência	19	86,3
	Instrumento de sistematização do cuidado	9	40,9
	Melhoria da interação com o paciente	5	22,7
	Instrumento de sistematização do trabalho	5	22,7
	Documenta a assistência prestada	2	9,0
	Favorece reconhecimento da enfermagem	2	9,0
	Melhoria da satisfação do paciente	1	4,5
	Melhoria da interação com a equipe	1	4,5
	Elemento facilitador do trabalho	1	4,5
Negativo	Desnecessário	1	4,5
	Mais trabalho para a enfermagem	1	4,5
	Não traz melhoria para assistência ao paciente	1	4,5

Fonte: autoria própria.

Ao interrogar os diretores sobre o significado do processo de enfermagem, foram citados aspectos positivos para o paciente e a enfermagem. Porém, foram mencionados também aspectos negativos.

Os aspectos positivos citados para o paciente foram: promoção de assistência de qualidade (86,3%), instrumento de sistematização do cuidado (40,9%), fomento de interação (22,7%) e satisfação do paciente (4,5%).

Os aspectos positivos para a enfermagem foram: instrumento que sistematiza o trabalho (22,7%), documenta a assistência prestada ao paciente (9%), favorece reconhecimento para a enfermagem (9%), promove interação com a equipe (4,5%) e facilita o trabalho da enfermagem (4,5%).

Os seguintes aspectos negativos foram citados: instrumento desnecessário (4,5%), promoção de mais trabalho para a enfermagem (4,5%) e não evidência de melhoria na assistência ao paciente (4,5%).

Tabela 7 – Distribuição das instituições que **não** possuíam o processo de enfermagem implantado quanto às características da instituição

<b>Características das instituições</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média/ Desvio Padrão</b>
<b>Origem da instituição</b>			
Pública	7	31,8	
Privada	15	68,2	
<b>Nível do Hospital</b>			
Primário	2	9,0	
Secundário	13	59,0	
Terciário	7	32,0	
<b>Porte da instituição:</b>			
Pequeno porte (< 50 leitos)	4	18,2	
Médio porte (50 - 149 leitos)	15	68,2	112,9± 83,2
Grande porte (≥ 150 leitos)	3	13,6	
<b>Tempo de existência da instituição (em anos)</b>			
< 20	4	18,2	
20   40	6	27,2	41,9± 25,1
40   80	11	50,0	
≥ 80	1	4,6	
<b>Enfermeiros na instituição</b>			
<20	11	50,0	
20   40	8	36,4	33± 58,8
40   80	2	9,0	
≥80	1	4,6	
<b>Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem na instituição</b>			
<20	2	9,0	
20   40	3	13,6	
40   80	8	36,4	104,5± 99,1
≥80	9	41	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	

Fonte: autoria própria.

A maioria das instituições que não possuíam o processo de enfermagem era de origem privada (68,2%), denotando o não cumprimento da Resolução 358/09 do COFEN por estas instituições, talvez pelo fato de a implementação do processo de enfermagem implicar em mais gastos. Contudo, devem-se considerar os custos-benefícios, já que a utilização de um método sistematizado poderá favorecer a recuperação do paciente em um menor espaço de tempo.

O nível predominante dos hospitais foi secundário (59%) e terciário (32%). O porte predominante foi o médio com 68,2%, com média de 112,9 ± 83,2 leitos. O tempo de

existência da instituição variou entre 12 e 126 anos, com média de  $41,9 \pm 25,1$  anos, na qual 81,8% tinham pelo menos 20 anos de existência, sendo estas instituições mais conhecidas pela população da capital e provavelmente mais procuradas para atendimento.

O número de enfermeiros nas instituições variou de três a 289, com média de  $33 \pm 58,8$  enfermeiros; sendo que 50% das instituições tinham em seu quadro de funcionários menos de 20 enfermeiros. Entretanto, 81,8% das instituições possuíam mais de 50 leitos, além disso, 91% eram hospitais terciários e secundários, constatando a existência de pacientes de alta complexidade que necessitavam de assistência de enfermagem mais rigorosa.

O número de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem nas instituições variou entre 16 e 460 funcionários, com média de  $104,5 \pm 99,1$ ; sendo que 77,4% tinham mais de 40 profissionais em seu quadro.

Quadro 16 - Distribuição das tentativas e limitações para implantação do processo de enfermagem nas instituições que **não** possuíam o método implantado

<b>Implantação do processo de enfermagem</b>	<b>N=22</b>	<b>%</b>
<b>Tentativa de implantar o processo de enfermagem</b>		
Sim	15	68,2
Não	7	31,8
<b>Limitações para a implantação do processo de enfermagem</b>		
Déficit de funcionários da enfermagem	9	40,9
Desinteresse de enfermeiros	9	40,9
Desinteresse dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem	9	40,9
Disponibilidade de tempo da equipe enfermagem	7	31,8
Escassez de apoio por parte da instituição	6	27,2
Disponibilidade de tempo do gestor de enfermagem	5	22,7
Superlotação das unidades	4	18,1
Déficit de conhecimento sobre o processo de enfermagem	3	13,6
Ausência de reconhecimento da importância do processo de enfermagem	2	13,3
Falta de reconhecimento pelas operadoras de saúde	2	9
Grande rotatividade dos enfermeiros	2	9
Dificuldades para informatizar o processo de enfermagem	1	6,6
Adesão insatisfatória da equipe de enfermagem	1	6,6
Grande rotatividade dos gestores de enfermagem	1	4,5
Grande rotatividade de pacientes	1	4,5
Realização do PE de forma mecanicista	1	4,5

Fonte: autoria própria.

Quanto às tentativas de implantar o processo de enfermagem nas instituições, evidenciou-se que a maioria das instituições (68,2%) tentou implantar o método, cuja

tentativa ocorreu uma vez (60%), duas (33,3%) ou três vezes (6,6%) e um diretor relatou não saber informar o número de tentativas.

Os fatores mais prevalentes que limitaram a implantação do processo de enfermagem nas instituições foram: déficit de funcionários da enfermagem (40,9%), principalmente nos hospitais privados, nos quais o enfermeiro assume maior quantidade de pacientes para prestar assistência de enfermagem; desinteresse de enfermeiros e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (40,9%), também foi bastante predominante, sendo este fator crucial para o sucesso ou fracasso da implantação de um método de cuidados; pouca disponibilidade de tempo da equipe enfermagem (31,8%); e ausência de apoio por parte da instituição (27,2%), na qual houve predominância das instituições privadas, constatando que estas não valorizavam o processo de enfermagem e não o reconheciam como ferramenta de qualidade da assistência.

Um diretor relatou a falta de reconhecimento do processo de enfermagem pelas operadoras de saúde, por conseguinte, não havia incentivos por parte da direção da instituição, pois, a implantação do processo de enfermagem aumentaria os gastos. Porém, haveria melhora na qualidade da assistência de enfermagem, sendo que as operadoras de saúde não reconheciam esse investimento e ainda não arcavam com tais despesas investidas pelos hospitais.

Quadro 17 - Distribuição dos métodos de prestação da assistência de enfermagem nas instituições que **não** possuíam o método implantado

<b>Método de assistência</b>	<b>N=22</b>	<b>%</b>
<b>Fundamentação para assistência</b>		
Empirismo	12	54,5
Protocolos e/ou Procedimento operacional padrão	6	27,2
Modelo biomédico (prescrição ou diagnóstico médico)	5	22,7
<b>Método para avaliação dos cuidados prestados</b>		
Utilização de instrumento próprio da unidade	9	40,9
Empiricamente	6	27,2
Evolução de enfermagem diária	4	18,1
Processo de auditoria	2	9
Avaliação dos cuidados pelos pacientes	2	9
Indicadores de qualidade	2	9

Fonte: autoria própria.

Os métodos citados pelos diretores para prestar os cuidados de enfermagem se baseiam no empirismo (54,5%), protocolos e/ou procedimentos operacionais padrão existente nas unidades (27,2%) e modelo biomédico (22,7%), ou seja, os cuidados eram prestados a partir da prescrição ou diagnóstico médico.

Os métodos citados para avaliação dos cuidados prestados foram: utilização de instrumento próprio da unidade (40,9%), avaliação dos cuidados empiricamente (27,2%), evolução de enfermagem diária (18,1%), a partir do processo de auditoria (9%), avaliação da satisfação ou insatisfação dos pacientes (9%) em relação aos cuidados ofertados e por meio de análise estatística (9%) a partir de indicadores epidemiológicos e de qualidade.

Quadro 18 - Distribuição dos incentivos para implantação do processo de enfermagem nas instituições que **não** possuíam o método implantado

<b>Incentivos</b>	<b>N=22</b>	<b>%</b>
<b>Presença</b>		
Não	13	59
Sim	9	41
<b>Tipos</b>		
Capacitações sobre o processo de enfermagem	4	18,1
Disponibilização de material necessário para realizar o processo de enfermagem	2	9
Acompanhamento pelos gestores da instituição	1	4,5
Incentivo às pesquisas, contemplando o processo de enfermagem	1	4,5

Fonte: autoria própria.

Com relação à presença de incentivos por parte da instituição para implantação do processo de enfermagem, a maioria dos diretores de enfermagem (59%) citou não haver incentivos, demonstrando o baixo interesse dos gestores das instituições em cumprir a Resolução 358/09 do COFEN.

No entanto, 41% dos hospitais possuíam incentivos por parte da direção, sendo estes a promoção de capacitações sobre o processo de enfermagem (18,1%), disponibilização de material necessário para implantar e implementar o método nas unidades (9%), acompanhamento dos gestores da instituição (4,5%) e incentivo às pesquisas sobre o assunto (4,5%).

Durante a coleta de dados, dentre os 22 diretores, quatro relataram que as instituições estavam iniciando o processo de implantação do método.

## **6 DISCUSSÃO**

No levantamento dos hospitais que possuíam o processo de enfermagem, constatou-se que dos 67 hospitais existentes em Fortaleza, 47 foram investigados, dos quais 53% tinham o processo de enfermagem implantado na sua prática assistencial, este estava implantado na maioria das instituições há menos de cinco anos (60%). No entanto, em 16% dos hospitais o método estava implantado em todas as unidades de internação.

Durante a busca por literaturas que abordassem a análise da implantação do processo de enfermagem em hospitais brasileiros e no exterior, encontrou-se somente um estudo realizado em 18 hospitais de São Paulo, o qual evidenciou que a SAE era praticada por apenas 44,5% das instituições estudadas (MONTE; ADAMI; BARROS, 2001).

Segundo a Resolução do COFEN-358/2009, a SAE e o processo de enfermagem são obrigatórios nas instituições em que ocorre o cuidado de enfermagem (COFEN, 2009). Portanto, pode-se evidenciar que o cumprimento da Resolução não está sendo realizada por 47% das instituições participantes da pesquisa.

### **6.1 Caracterização dos gestores de enfermagem**

Os profissionais que colaboraram com o estudo foram os diretores dos hospitais com o processo de enfermagem, coordenadores das unidades com o processo de enfermagem e os diretores dos hospitais sem o processo de enfermagem, os quais estavam formados há pelo menos dez anos (76%, 57,4% e 59,2%), exerciam suas atividades na instituição pelo mesmo período (56%, 43,9% e 50,2%) e estavam no cargo há menos de cinco anos (64%, 70,7% e 68,3%), respectivamente.

A maior titulação predominante entre os diretores dos hospitais que possuíam o processo de enfermagem, dos coordenadores das unidades e dos diretores dos hospitais que não possuíam o processo foi a especialização, cujos valores apresentados foram respectivamente: 92, 76,3 e 77,2%.

Em estudo realizado com 32 enfermeiras de uma maternidade em Fortaleza-CE, evidenciou-se que as participantes do estudo possuem tempo de formação entre três a 23 anos e a maioria atua na instituição há mais de nove anos (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

Corroborando com este estudo, pesquisa realizada com 16 enfermeiras constatou que o tempo de experiência na instituição em que as mesmas atuavam prevaleceu entre dez a 20 anos (78,5%) (LEDESMA-DELGADO, 2008).

Pesquisa realizada em uma unidade de pronto atendimento sobre as dificuldades de enfermeiras para realização da SAE constatou que o tempo de formação prevalente entre as pesquisadas foi de três a seis anos (34%) e somente 22% estão formadas há mais de dez anos (FÉLIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009).

Estudo realizado com 147 enfermeiros identificou que 16,3% eram formados há pelo menos dez anos e 71% tinham a especialização como maior titulação (BASTOS, 2004).

## **6.2 Caracterização das instituições hospitalares**

Segundo dados das instituições que possuíam o processo de enfermagem implantado, predominaram os seguintes: origem pública (52%), nível secundário (60%), grande e médio porte (48%) e instituições criadas há mais de 20 anos (84%).

Nos hospitais que não possuíam o processo de enfermagem, a maioria era de origem privada (68,2), nível secundário (59%), médio porte (68,2%) e tempo de existência há mais de 20 anos (81,8%).

Em estudo realizado em hospitais de São Paulo, com objetivo de identificar padrões e métodos para avaliar a assistência de enfermagem, evidenciou que das 18 instituições pesquisadas, 67% eram de origem pública, concordando com o levantamento de dados deste estudo nos hospitais que possuíam o processo de enfermagem (MONTE; ADAMI; BARROS, 2001).

Quanto ao nível, porte e tempo de existência dos hospitais, não se encontraram estudos que abordassem esta temática.

No que diz respeito ao quantitativo de profissionais de enfermagem nos hospitais que possuíam o método, 56% das instituições possuía em seu quadro de funcionários 40 ou mais enfermeiros e 88% tinham em seu quadro de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, 80 ou mais profissionais. Nas que não possuíam o método, 50% tinham menos de 20 enfermeiros e 77,4% tinham mais de 40 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem no quadro de funcionários.

Segundo a Resolução do COFEN 293/2004 que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas, considerando que compete ao enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais necessário para prestação da assistência de enfermagem, resolve: estabelecer os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos

diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde (COFEN, 2004).

A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem deve observar as seguintes proporções e o Sistema de Classificação de Pacientes: para assistência mínima e intermediária, 33 a 37% devem ser enfermeiros e os demais, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem; para assistência semi-intensiva, 42 a 46% devem ser enfermeiros e os demais, técnicos e auxiliares de enfermagem; para assistência intensiva, 52 a 56% devem ser enfermeiros e os demais, técnicos e auxiliares de enfermagem (COFEN, 2004).

Sperandio (2002) relata que é frequentemente o número deficitário de enfermeiros em relação à taxa de ocupação de leitos, verdade esta que colabora em potencializar o acúmulo de atribuições deste.

Destaca-se também que as instituições mais antigas vêm aprimorando os métodos de assistência com o passar do tempo, com isso exige-se a utilização de um método científico de cuidado, como o processo de enfermagem, visto que tais instituições são periodicamente avaliadas pelo Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH), Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Organização Nacional de Acreditação (ONA), *International Organization for Standardization* (ISO), *Joint Commission International* (JCI), dentre outras, buscando o reconhecimento de uma assistência de qualidade, tais como o selo de acreditação ou certificado de qualidade (SCHIESARI; KISIL, 2003; BITTAR, 1999; PINHEIRO, 2007).

### **6.3 Significados atribuídos ao processo de enfermagem**

Quanto aos significados atribuídos ao processo de enfermagem, para os diretores dos hospitais e os coordenadores das unidades, houve os seguintes: instrumento de sistematização do cuidado, melhoria da qualidade da assistência e instrumento de sistematização do trabalho.

Esses significados estão em conformidade com os achados expostos no estudo de Freitas, Queiroz e Souza (2007), o qual identificou que as enfermeiras destacaram a importância do processo de enfermagem como um caminho para implementar o cuidar individualizado.

Os enfermeiros devem identificar seu campo de domínio exclusivo e responsabilizar-se por ele e o planejamento do cuidado prestado ao paciente é um dos mecanismos para demonstrar esta responsabilidade (SPERANDIO, 2002).



#### 6.4 Aplicabilidade do processo de enfermagem: teorias e taxonomias

O modelo conceitual mais utilizado como referencial teórico para o processo de enfermagem nas unidades foi a teoria de Wanda Horta das necessidades humanas básicas (52,6%). Dois coordenadores citaram a teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

A teoria de Wanda Horta foi desenvolvida através da teoria da motivação humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas. A autora descreve também as necessidades humanas básicas do ser humano, essenciais a sua sobrevivência no mundo. Essas são estados de tensões conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais (VALL; LEMOS; JANEIRO, 2005).

As seis etapas propostas por Horta a serem seguidas para aplicação do processo de enfermagem são o histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

O uso da teoria de Horta foi justificado em uma pesquisa realizada em uma unidade de terapia intensiva em Santa Catarina para implantar a SAE, a qual constatou que a implantação da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta abriu horizontes para os participantes, pois a mesma além de organizar o serviço, despertou o desejo de estudar e a sensação de se sentirem parte da assistência (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Isso também foi abordado no estudo de Balduino *et al.* (2007), realizado em um Hospital Universitário de Curitiba com duas enfermeiras, evidenciando que as mesmas apresentavam-se bastante sincronizadas com o referencial teórico de Horta, pois fizeram reflexões, demonstrando desejo individual de colocar em prática no seu processo de cuidar o marco referencial construído. Porém, relataram a escassez de recursos humanos, dificultando a reorganização das suas competências.

O estudo de Anneliese, Wysock e Fresch (2008), cujo objetivo foi operacionalizar a assistência de enfermagem, em hospital em São Paulo, de acordo com a teoria do Autocuidado de Orem, constatou-se que a mesma foi adequada para assistência ao paciente por proporcionar subsídios para aplicação da SAE, fazendo-se mudanças para direcionar a ação do enfermeiro.

Ainda no mesmo estudo, pôde-se evidenciar que a aplicação da SAE à luz do referencial de autocuidado de Orem possibilitou o engajamento do cliente e de seus familiares no autocuidado, permitindo assim assistência individualizada e de qualidade (ANNELIESE; WY SOCK; FRESCH, 2008).

Dois entrevistados (3,7%) citaram a necessidade de uma teoria de enfermagem para guiar o processo de enfermagem. Em estudo realizado com 32 enfermeiras de uma maternidade de Fortaleza-CE revelou que as mesmas também relataram a necessidade da utilização de uma teoria de enfermagem como caminho que guiará e fundamentará as etapas do processo de enfermagem (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

Nas unidades, as taxonomias padrão utilizadas no processo de enfermagem mais citadas foram: taxonomia NANDA (82,4%), NIC (17,5%) e NOC (3,5%) e 3,5% dos coordenadores afirmaram utilizar as três taxonomias concomitantemente.

Pereira, Stuchi e Arreguy (2010) citaram em estudo que a utilização das taxonomias NANDA/NIC/NOC no processo de sistematização da assistência de enfermagem possibilita o estabelecimento de ligação entre as etapas do processo; favorece a aplicação do método científico à prática de enfermagem; mostra-se factível do ponto de vista do alinhamento entre as três taxonomias e possibilita a inclusão de técnicas comunicacionais e educacionais no processo de cuidar.

Dentre as instituições que não utilizam o processo de enfermagem, constatou-se como métodos utilizados para prestação dos cuidados de enfermagem o empirismo (54,4), os protocolos e/ou procedimentos operacionais padrão (40%) e o modelo biomédico (33,3%).

Os métodos para avaliação dos cuidados prestados são a utilização de instrumento próprio (60%), avaliação empírica (40%), evolução de enfermagem diária (18,1%), processo de auditoria (13,3%), análise da satisfação dos pacientes (13,3%) e análise estatística (13,3%).

Em estudo realizado em São Paulo, com 18 hospitais, constatou-se que dez não possuíam a SAE implantada na prática de enfermagem e, dentre os métodos utilizados para a prestação dos cuidados, estavam a divisão das tarefas entre as equipes e a utilização de cuidados integrais e progressivos aos pacientes (MONTE; ADAMI; BARROS, 2001).

No mesmo estudo, evidenciou-se que os métodos para avaliar os cuidados prestados utilizados em alguns hospitais que não possuíam a SAE eram: avaliação empírica, estabelecimento de padrões de cuidados, observação sistematizada e avaliação por meio de auditoria de enfermagem (MONTE; ADAMI; BARROS, 2001).

## **6.5 Benefícios do processo de enfermagem**

Quanto aos benefícios do processo de enfermagem, os coordenadores das unidades afirmaram (82,4%) que o processo de enfermagem trouxe os seguintes benefícios para a prática de enfermagem: melhoria da qualidade da assistência (56,1%), sistematização da assistência (49,1%), documentação da assistência prestada (28%) e promoção do reconhecimento para a enfermagem (11,4%).

Corroborando com este estudo, Azeredo, Silva e Lima (2010) constataram em pesquisa realizada com 16 enfermeiras, cujo objetivo foi identificar os benefícios e as dúvidas para implementação do processo de enfermagem, os seguintes benefícios: qualidade na assistência ao paciente, organização da assistência, definição e valorização do papel do enfermeiro.

Outro estudo mais recente identificou os benefícios que a SAE trouxe tanto para o paciente como para a enfermagem e a instituição. Assim, os benefícios para o paciente foram: qualidade na assistência, assistência individualizada, participação do paciente no processo de cuidar e respeito à individualidade deste (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Para a enfermagem, tem-se a autonomia do enfermeiro e a possibilidade de aplicar conhecimentos e conquistar o reconhecimento pela qualidade do cuidado prestado. E para a instituição: organização do cotidiano da equipe de enfermagem, quantificação da assistência, controle de custos, contribuição para auditoria de enfermagem, avaliação de resultados e modificação nas intervenções, favorecendo a obtenção dos resultados esperados (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

## **6.6 Adequações do processo de enfermagem nas instituições pesquisadas**

Quanto às necessidades de alterações para execução do processo de enfermagem, evidenciou-se principalmente: realização de capacitações sobre o assunto (29,8%), aumento no quadro de profissionais de enfermagem (15,7%), realização do processo de enfermagem de forma não mecanicista (14,9%) e incentivos por parte da instituição (14,9%).

Com relação à necessidade de melhorar os impressos do processo de enfermagem, cinquenta por cento afirmaram como necessidades: alteração no instrumento de alguma etapa do processo de enfermagem (20,1%), inclusão de alguma etapa no instrumento (12,2%) (histórico, diagnósticos de enfermagem e resultados esperados) e compactar os instrumentos do método (11,4%).

Herminda e Araújo (2006) reiteram que os impressos do processo de enfermagem são instrumentos de registro que podem variar em quantidade, conforme o número de fases do processo de enfermagem que se deseja implantar, e em conteúdo, segundo a teoria de enfermagem escolhida como referencial teórico.

Os impressos são essenciais para a implementação do processo de enfermagem. Isso é enfatizado por Duarte e Ellensohn (2007) ao afirmarem, em estudo qualitativo, que um dos enfermeiros participantes da pesquisa acredita que a existência de um protocolo e de um impresso exclusivo na unidade em que atua, para se registrar manualmente as etapas do processo de enfermagem, facilitaria a documentação do que é realizado.

Ainda no mesmo estudo, constatou-se inexistência de sistematização das etapas do processo de enfermagem. As atividades assistenciais dos enfermeiros desta unidade não ocorrem de forma organizada, pois não há nesta a utilização formal de um método científico de sistematização da assistência (DUARTE; ELLENSOHN, 2007).

Segundo os coordenadores das unidades, no que diz respeito à atuação dos técnicos e/ou dos auxiliares de enfermagem, das outras categorias profissionais e dos pacientes da unidade sobre o processo de enfermagem, constatou-se benefícios para a enfermagem e o paciente. Além de aspectos negativos, sendo que os benefícios constatados foram o reconhecimento da importância do processo de enfermagem, respeito pelo método e apoio a sua realização. Os aspectos negativos prevalentes foram: aumento do trabalho para a equipe, não reconhecimento da importância do mesmo e déficit de conhecimento sobre o método.

Em estudo realizado com 11 técnicos e auxiliares de enfermagem no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Brasil, os pesquisados relataram que além de promover a comunicação verbal e escrita por meio dos registros no prontuário do paciente, o processo de enfermagem possibilita que os integrantes da equipe de saúde tenham acesso às informações, favorecendo a continuidade dos cuidados prestados (LONGARAY; ALMEIDA; CESARO, 2008).

Alguns autores atribuem o desinteresse de técnicos e auxiliares de enfermagem em implementar o processo à falta de orientação quanto a sua importância ou ao fato de não estarem envolvidos na sua elaboração (HERMINDA; ARAÚJO, 2006).

Destaca-se estudo realizado, cujo objetivo era conhecer as reflexões dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do processo de enfermagem, no qual estes consideraram o método importante e positivo, ampliando a visão que os profissionais têm acerca das condições do paciente (LONGARAY; ALMEIDA; CESARO, 2008).

Aos técnicos de enfermagem cabe a participação no planejamento da assistência, bem como a execução das ações assistenciais. Quanto ao auxiliar de enfermagem, está estabelecida a sua participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente (LONGARAY; ALMEIDA; CESARO, 2008).

O processo de enfermagem, ainda, é uma prática desconhecida por outros profissionais da saúde e isto faz com que haja fragmentação das ações entre os mesmos e a redução do cuidado como procedimento (ALVES; LOPES; JORGE, 2008). Neste estudo, 9,6% dos coordenadores afirmaram baixo reconhecimento da importância do processo de enfermagem pelas outras categorias profissionais.

Salienta-se que a sensibilização de toda a equipe de enfermagem sobre a importância do processo de enfermagem deve fazer parte do plano de ação dos gestores de enfermagem como pré-requisito para sua efetiva implantação (HERMINDA; ARAÚJO, 2006).

## **6.7 Etapas do processo de enfermagem**

As etapas do processo de enfermagem que são realizadas nas instituições método são: levantamento de dados (92%), diagnósticos de enfermagem (64%), planejamento (resultados esperados) (12%), planejamento (prescrição das intervenções) (92%), implementação do plano de cuidados (92%) e avaliação de enfermagem (96%).

Nas unidades pesquisadas, as seguintes etapas foram citadas pelos coordenadores: levantamento de dados (84,2%), diagnóstico (67,5%), planejamento (resultados esperados) (14%), planejamento (prescrição das intervenções) (97,3%), implementação do plano (97,3%), avaliação de enfermagem (91,2%) e alguns entrevistados citaram as anotações de enfermagem.

A minoria dos coordenadores das unidades (53%) afirmou haver dificuldades em realizar as seguintes etapas: levantamento de dados (43,3%), diagnóstico de enfermagem (28,3%), planejamento (33,9%), implementação do plano de cuidados (22,6%) e avaliação de enfermagem (35,8%). As justificativas citadas para tais dificuldades foram o déficit de conhecimento sobre o processo de enfermagem (24,5%), pouca disponibilidade de tempo de enfermeiros (15%) e instrumento inadequado para a unidade (9,4%).

Estudo que teve como objetivo identificar os benefícios e as dúvidas para a implementação do processo de enfermagem em um hospital escola do Rio Grande do Sul

evidenciou que a maioria dos entrevistados (97%) detinha conhecimento sobre todas as etapas do processo de enfermagem, porém existiam dificuldades para a sua adequada execução (31%), principalmente pela falta de tempo dos mesmos (69%) (AZEREDO; SILVA; LIMA, 2010).

Dados parecidos acerca das limitações para realização da etapa do levantamento de dados foram encontrados em estudo realizado com 135 prontuários de pacientes adultos internados em unidades de cardiologia, doenças infecto-parasitárias e neurocirurgia de um hospital universitário em São Paulo, no qual evidenciou que as principais justificativas apontadas por 21 enfermeiras (72,4%) para não realização do instrumento de levantamento de dados do paciente foi a falta de tempo dos enfermeiros (20,7%), não envolvimento dos mesmos (13,8%), não reconhecimento do método (6,9%) e ausência de cobranças (6,9%) (REPETTO; SOUZA, 2005).

Concordando com este estudo e a pesquisa de Repetto e Souza (2005), estudo desenvolvido no Hospital de São Paulo, com 83 enfermeiros, cujo objetivo foi identificar as dificuldades dos enfermeiros em realizar o processo de enfermagem, constatou que 28,7% dos enfermeiros relataram dificuldades para preenchimento do instrumento de levantamento de dados, sendo estas a execução da entrevista e realização das técnicas empregadas para o exame físico, como inspeção, palpação, percussão e ausculta (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

No estudo de Pokorski *et al.* (2009), em pesquisa realizada em Porto Alegre, com objetivo de descrever como as etapas do processo de enfermagem estavam sendo realizadas em um hospital público, evidenciou-se que a etapa do levantamento de dados era a mais realizada e foi encontrada em mais de 90% dos prontuários em todas as unidades do referido hospital.

Apesar da constatação do tempo que se toma para realizar cada fase do processo de enfermagem, e principalmente o levantamento de dados, deve-se considerar a fundamental importância desta fase, por constituir o referencial de avaliação que permite o desdobramento de todas as fases seguintes (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

Com relação à etapa dos diagnósticos de enfermagem, Takahashi *et al.* (2008) constataram em pesquisa realizada com enfermeiras que o diagnóstico de enfermagem foi a fase em que as mesmas sentiram mais dificuldade em executar (58,5%), seguindo-se as fases da evolução de enfermagem (34,2%) e planejamento da assistência (32%).

Pesquisa desenvolvida em uma unidade de reabilitação com prontuários de pacientes evidenciou ausência do preenchimento completo dos diagnósticos de enfermagem pelos enfermeiros em todos os prontuários (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Em outro estudo sobre a realização do processo de enfermagem em um hospital de Porto Alegre, constatou-se que o diagnóstico de enfermagem foi a única etapa não registrada em qualquer um dos prontuários pesquisados (POKORSKI *et al.*, 2009).

Contradizendo com os estudos citados, os achados de Repetto e Souza (2005), em pesquisa realizada em três unidades de um hospital de São Paulo, constataram que a determinação dos diagnósticos de enfermagem foi encontrada em 100% dos prontuários da unidade de neurocirurgia (100%), em 84,4% na unidade de cardiologia e em 80% na unidade de doenças infecto-parasitárias.

Pesquisa realizada com enfermeiras sobre as dificuldades e facilidades para execução do processo de enfermagem em um hospital evidenciou que a maior causa de dificuldade alegada para realização da etapa do diagnóstico de enfermagem foi a insuficiência de conhecimentos teóricos básicos e específicos sobre a taxonomia diagnóstica, pois as mesmas relataram não saberem proceder nem interpretar esta etapa (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

O diagnóstico de enfermagem é uma das etapas mais complexas, causando muitas divergências na sua realização. Muitos enfermeiros deixam de proceder a essa etapa e com isso passam a fragmentar os cuidados e os problemas do paciente, deixando de vê-los como um todo, prescrevendo cuidados que não apresentam relação com os problemas encontrados, deixando de ser possível a conclusão do levantamento de dados (FOSCHIERA; VIERA, 2004).

Pesquisa realizada em 20 unidades de internação demonstrou que a determinação dos resultados esperados foi considerada o componente mais difícil na realização do planejamento da assistência. As dificuldades com esta fase relacionam-se com o déficit de conhecimento teórico e falta de exercício prático. Além disso, 23,2% das enfermeiras também constataram dificuldades na realização da prescrição de enfermagem (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

Em outro estudo mais recente, foram analisados 302 prontuários de pacientes de uma instituição, na qual evidenciou que a prescrição de enfermagem foi a menos realizada pelos enfermeiros (74,8%) e somente 25% dos prontuários tinham um plano de cuidados adaptados às necessidades do paciente (POKORSKI *et al.*, 2009).

Neves e Shimizu (2010) encontraram em pesquisa com objetivo de analisar as etapas de execução da SAE que quase todos os prontuários pesquisados continham a prescrição de enfermagem (99%), sendo esta etapa realizada semanalmente pelos enfermeiros, porém, não seguindo revisão e avaliação sistemática do cliente em relação aos cuidados

prescritos durante a semana, pois a maioria das prescrições apresentava-se sem alterações ou novas intervenções.

Essa deficiência na reavaliação do cliente e da prescrição de enfermagem contribui para mecanização dessa etapa do processo de enfermagem, como também para descaracterização do processo, enquanto ferramenta dinâmica e interativa (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Ainda no mesmo estudo, o autor identificou que o registro das prescrições de enfermagem era relacionado apenas com os cuidados biológicos, principalmente aqueles direcionados às ações e intervenções com o corpo físico, de forma padronizada, rotineira e não individualizada. Esses dados demonstram a fragmentação do cuidado ao cliente, uma vez que outras esferas do cuidado não são consideradas na implementação da prescrição de enfermagem (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Em pesquisa realizada por Takahashi *et al.* (2008), identificou-se que a evolução de enfermagem foi mencionada como um problema para os enfermeiros, pois os mesmos acreditam que para a realização desta é necessário profundo conhecimento técnico-científico, raciocínio e constante atualização quanto à fisiopatologia das doenças.

Os achados refletem o conhecimento insuficiente de enfermeiros frente ao significado e objetivo da evolução de enfermagem, já que esta exige necessidade de reflexão crítica para que se possa analisar as respostas e o desenvolvimento do cliente em relação à terapia proposta (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

Estudo realizado com 25 prontuários de pacientes adultos de uma unidade de reabilitação de um hospital do distrito Federal concluiu que 72% dos formulários de evolução padronizada foram preenchidos. Além disso, os enfermeiros valorizam e observam mais frequentemente no paciente: alterações da percepção, orientação, atenção, estado geral, nutrição, intercorrências, condutas, queixas do cliente, regulação térmica, oxigenação, circulação, exame físico do abdômen, atividade física, percepção sensorial, hidratação, restrição hídrica e genitália (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Estudo realizado em um hospital de Porto Alegre com 105 pacientes constatou que a evolução de enfermagem foi identificada em mais de 97% dos prontuários das unidades do hospital pesquisado (POKORSKI *et al.*, 2009).

Outra pesquisa realizada em hospital de Brasília evidenciou que os dados identificados como incompletos na evolução de enfermagem de prontuários de pacientes foram a assinatura e o registro profissional de enfermeiros (NEVES; SHIMIZU, 2010).



A partir das literaturas analisadas, identificou-se que o próprio enfermeiro caracteriza a sua atividade como informal, pois muitas vezes, não há registro daquilo que é realizado com o paciente (DUARTE; ELLENZOHN, 2007).

### **6.8 Fatores intervenientes para implantação e implementação do processo de enfermagem**

Os gestores de enfermagem dos hospitais e das unidades pesquisadas que possuíam o processo de enfermagem citaram fatores intervenientes para sua implantação, caracterizados como fatores contribuintes ou limitantes.

Nos hospitais com o processo de enfermagem, os seguintes fatores contribuintes prevaleceram: interesse por parte dos enfermeiros (56%), disponibilidade do gestor de enfermagem (52%), apoio da instituição (32%) e interesse dos técnicos e auxiliares de enfermagem (28%). E os limitantes: desinteresse por parte dos enfermeiros (44%), excesso de atribuições (40%), desinteresse de técnicos e auxiliares de enfermagem (36%) e déficit de conhecimento sobre o processo de enfermagem (36%).

Nas unidades com o método implantado, os seguintes fatores contribuintes predominaram: apoio da instituição (35%), presença de incentivos pelos gestores de enfermagem (32,4%), interesse por parte dos enfermeiros e dos técnicos e auxiliares de enfermagem (25,4%) e necessidade de organizar a assistência (17,5%). E limitantes foram: excesso de atribuições para o enfermeiro (37,7%), déficit de conhecimento sobre o assunto (36,8%), desinteresse de enfermeiros, dos técnicos e auxiliares de enfermagem (32,4%) e valores, crenças e costumes dos profissionais (12,2%).

Quanto aos fatores que limitavam a implantação do processo de enfermagem nas instituições que não adotavam o método, houve prevalência dos seguintes: déficit de funcionários da enfermagem (40,9%), desinteresse dos enfermeiros, dos técnicos e auxiliares de enfermagem (40,9%), disponibilidade de tempo da equipe (31,8%) e ausência de apoio da instituição (27,2%).

Quanto aos fatores intervenientes para implementação do processo de enfermagem nos hospitais e nas unidades, também foram constatados fatores contribuintes e limitantes.

Segundo os diretores dos hospitais e os coordenadores das unidades, os fatores contribuintes prevalentes foram: adesão favorável da equipe de enfermagem, reconhecimento da importância do processo de enfermagem pela equipe de enfermagem e outras categorias,

apoio da instituição e conhecimento satisfatório sobre o processo de enfermagem. E os limitantes: excesso de atribuições para os enfermeiros, superlotação das unidades e disponibilidade de tempo da equipe de enfermagem.

Pesquisa realizada com enfermeiras, cujo objetivo foi levantar as dificuldades encontradas pelas mesmas na realização da SAE em unidade de pronto atendimento, constatou que 44% das participantes referiram não ter conhecimento suficiente a respeito da SAE. Em contrapartida, 100% das enfermeiras consideraram primordial a realização da SAE na unidade de pronto atendimento, o que demonstra o interesse das mesmas pelo assunto (FELIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009).

Pesquisa realizada em Fortaleza-CE com 32 enfermeiras constatou que as estas detinham de interesse para implementar o processo de enfermagem na prática cotidiana, no entanto, alguns fatores na instituição poderiam interferir na sua aplicabilidade, como falta de tempo, excesso de trabalho, rotatividades dos pacientes, déficit de funcionários, ausência de cobrança por parte da instituição, dificuldades de identificar o diagnóstico de enfermagem por desconhecimento, não cumprimento das prescrições de enfermagem, carência de discussões acerca do assunto, bem como escassez de estímulo dos gerentes das unidades e do serviço de enfermagem geral (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

No mesmo estudo, alguns entrevistados afirmaram que estes estímulos poderiam ser dados por meio de palestras e orientações, além de cursos para discutir o assunto (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

Pimpão *et al.* (2010), em estudo realizado em hospital universitário no sul do Brasil, com objetivo de identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre os seus registros, constatou que o profissional de enfermagem para assumir suas funções específicas, precisa muito mais do que ter o domínio intelectual e tecnológico do seu saber, requer, também, o apoio da instituição.

Estudo realizado com nove enfermeiras de uma unidade de pronto atendimento identificou dificuldades que as mesmas tinham em executar a SAE, dentre elas: falta de tempo (50%), ambiente inadequado (16,67%), instrumento inadequado para a unidade (11,11%), déficit de conhecimento teórico sobre a temática (11,11%) e outras dificuldades também foram citadas, como a alta demanda de pacientes e resistência por parte dos enfermeiros (FELIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009).

Com relação à falta de tempo dos enfermeiros, Sperandio (2002) cita que os profissionais enfermeiros desempenham vários papéis no trabalho cotidiano, ora atuando na

prática assistencial, exercendo atividades educacionais frente a sua equipe e o paciente, ora no gerenciamento de unidades hospitalares.

O enfermeiro precisa impor-se, rejeitando atividades que não são de sua competência e lutando por melhores condições de trabalho que permitam realizar o processo de enfermagem adequadamente (PIMPÃO *et al.*, 2010).

Pesquisa qualitativa desenvolvida com 32 enfermeiras de uma maternidade de Fortaleza-CE constatou que algumas entrevistadas relataram que a equipe não demonstrava interesse em compreender e realizar o processo de enfermagem adequadamente. Isto é apontado como obstáculo para implementar o método na prática, visto que para sua implementação nos serviços necessita-se do envolvimento dos profissionais e do compromisso para ultrapassar as dificuldades, conforme a realidade (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

Segundo Caixeiro, Dargam e Thompson (2008), algumas vezes, a falta de tempo de enfermeiros para executar o trabalho de enfermagem é consequência da ausência de prioridade desta tarefa no seu fazer, ou seja, eles realizam certas atividades que, possivelmente, poderiam ser delegadas a outros profissionais, em detrimento daquela que é fundamental ao seu trabalho.

Com relação à estrutura física do ambiente de trabalho da enfermagem, 0,8% dos coordenadores entrevistados relataram a necessidade de um ambiente adequado para realizar exame físico e entrevista com o paciente. Embora a estrutura física seja pouco valorizada na implantação da SAE, sua análise é necessária quando se pretende implantá-la. Colocar bancadas e cadeiras nas unidades pode proporcionar aos enfermeiros um local adequado para planejar a assistência, além disso uma sala privativa para trocas de informações sobre o paciente entre a equipe de enfermagem significa um espaço para os profissionais se expressarem livremente, contribuindo assim para a definição das ações de enfermagem que serão colocadas em prática (HERMINDA; ARAÚJO, 2006).

Os diretores e coordenadores relataram o déficit de funcionários da enfermagem como fator limitante para realização do método. No aspecto organizacional, a carência de pessoal de enfermeiros é um fator que prejudica a implementação da SAE, uma vez que esta prática exige a presença ininterrupta dos enfermeiros nas unidades (HERMINDA; ARAÚJO, 2006).

Estudo realizado com enfermeiras obstétricas evidenciou que as participantes não demonstraram interesse em compreender o processo de enfermagem e por isso permite-se apontá-lo como obstáculo para implementar o método na prática, visto que é necessário o

envolvimento dos profissionais e o compromisso da equipe para se superar as barreiras encontradas (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

Pesquisa procedida em hospital em São José do Rio Preto-SP evidenciou quanto à prescrição de enfermagem, que 33% dos enfermeiros valorizavam e acreditavam na prescrição e quanto ao instrumento utilizado para a realização da SAE, 55,56% dos enfermeiros consideravam o mesmo adequado para a unidade (FELIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009).

No estudo realizado por Ledesma-Delgado (2008), em hospital no México, uma das enfermeiras participantes da pesquisa relatou sobrecarga de trabalho na unidade em que atuava, levando a mesma a realizar processo de enfermagem de forma mecanicista.

Em estudo realizado com enfermeiras de uma maternidade, constatou-se nos discursos que as participantes elaboraram conceitos próximos ao que se afirmava, verdadeiramente, sobre processo de enfermagem, quando destacavam as etapas como necessárias para sua implementação. Observou-se, ainda, que as participantes destacaram a importância do processo como um caminho para implementar o cuidado individualizado (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

Em outro estudo, os fatores mais citados como facilitadores para execução das etapas do processo de enfermagem foram: a base teórica e prática que tiveram durante a graduação; o fato de terem executado o processo de enfermagem desde a graduação e no dia a dia; de terem recebido treinamento específico para cada fase nas instituições que atuaram ou atuam; e de terem conhecimento específico sobre a própria SAE (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

É quase impossível a implantação efetiva da SAE ocorrer sem que a equipe de enfermagem esteja devidamente preparada, sob o ponto de vista do conhecimento científico e da habilidade prática. É necessário incluir no planejamento da implantação do processo de enfermagem a necessidade de capacitação da equipe de enfermagem (HERMINDA; ARAÚJO, 2006).

A aplicação efetiva do processo de enfermagem conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica (POKORSKI *et al.*, 2009).

A aplicação do processo de enfermagem é possível quando, além das condições proporcionadas pelas instituições de saúde, há esforço individual por parte de cada enfermeiro na procura por novas oportunidades educacionais, discussões entre a equipe de enfermagem sobre suas dificuldades e soluções para estas últimas (DUARTE; ELLEN SOHN, 2007).

A demanda insuficiente de enfermeiros assistenciais se reflete diretamente em perda da qualidade dos cuidados à clientela, uma vez que se tornam plantonistas, priorizando as atividades administrativas (MATSUDA *et al.*, 2006).

A implantação do cuidado sistematizado pressupõe mais do que vontade e dedicação dos enfermeiros assistenciais, mas apoio institucional que possibilite a reorganização do serviço, a alocação de recursos humanos e materiais e priorização da assistência (PIMPÃO *et al.*, 2010).

Algumas estratégias estão potencializando o uso do processo de enfermagem no Brasil, dentre estas se destacam: ampliação do uso da informática nos cenários da prática; melhores condições de trabalho da equipe de enfermagem; melhor remuneração; adoção de processo de educação permanente pelas instituições prestadoras de assistência; existência de legislação que retrata a obrigatoriedade do processo de enfermagem e da SAE e a existência do movimento de controle de qualidade da assistência com o desenvolvimento de indicadores de resultados do processo de enfermagem (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009).

A existência de incentivos pela instituição para implantação do processo de enfermagem foi relatada por 41% dos diretores e os seguintes incentivos são oferecidos: capacitações sobre o método (44,4%), disponibilização de material necessário para implantar e implementar o método (22,2%), acompanhamento pelos gestores da instituição (11,1%) e incentivo a pesquisas sobre o assunto (11,1%).

As instituições de saúde cumprem parte de sua missão social quando estimulam o bom desempenho profissional, oferecendo condições que favoreçam a motivação, a valorização e a realização dos profissionais envolvidos no processo de cuidar (PIMPÃO *et al.*, 2010).

Por isso, a importância da implantação e implementação do Processo de Enfermagem em todas as instituições que possuam enfermeiros atuando na assistência à saúde da população.

## 7 CONCLUSÕES

A implantação e implementação do processo de enfermagem revelada neste estudo denota que o mesmo é um processo bastante complexo, e que antes de mais nada, faz-se necessário conhecer a estrutura institucional em que será implantado, além de ser necessário conhecer os aspectos que possam contribuir ou limitar a implantação e implementação.

Pôde-se constatar na pesquisa que a maioria das instituições (53%) possuía o processo de enfermagem implantado no cotidiano da enfermagem, no entanto 12% das instituições estavam adequadas no que diz respeito à realização de todas as etapas do processo de enfermagem, e 16% dos hospitais adotava o processo de enfermagem implantado em todas as unidades de internação. Quanto aos significados do processo de enfermagem, segundo os gestores, foram constatados aspectos positivos e negativos para a enfermagem e o paciente.

Quanto aos fatores intervenientes para implantação do processo de enfermagem, evidenciaram-se fatores contribuintes: interesse dos enfermeiros, disponibilidade do gestor de enfermagem, apoio da instituição, e limitantes: desinteresse dos enfermeiros e excesso de atribuições para os enfermeiros.

Quanto aos fatores intervenientes para implementação do processo de enfermagem, constatou-se: adesão favorável da equipe de enfermagem, reconhecimento da importância do processo de enfermagem, apoio da instituição, excesso de atribuições para os enfermeiros, déficit de conhecimento sobre o assunto e superlotação da unidade.

O modelo conceitual prevalente nas unidades foi o de Wanda de Aguiar Horta (52,6%) e taxonomia NANDA (82,4%). Os benefícios trazidos pelo processo de enfermagem foram a melhoria na qualidade da assistência (54,3%) e sistematização da assistência (49,1%).

Com relação à atuação dos técnicos e auxiliares de enfermagem, outras categorias profissionais e os pacientes houve predominância dos seguintes achados: reconhecimento da importância do método, respeito pelo método e aceitação deste na unidade.

Os fatores limitantes prevalentes encontrados para não implantação do processo de enfermagem nos hospitais que não adotavam o método foram: déficit de funcionários da enfermagem, desinteresse de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (40,9%).

O método predominante em que se baseava a prestação da assistência nos hospitais que não possuíam o método foi o empirismo (54,4%) e o método para avaliar os cuidados prestados era por meio da utilização de um instrumento próprio da unidade (60%).

Uma estratégia para adequada implantação do processo de enfermagem seria a divulgação de dados sobre a melhoria da qualidade da assistência após execução deste, o que poderia convencer a diretoria das instituições a aderir o método, especialmente se a mesma estiver em busca da qualidade nos serviços prestados aos pacientes.

Tendo em vista que a promoção da saúde possibilita a visualização de novos saberes e fazeres para melhorar a qualidade da assistência, o processo de enfermagem está inserido neste contexto por promover ao paciente um enfoque individual no cuidado, além de assegurar que as intervenções sejam elaboradas para a pessoa e não apenas para a doença, favorecendo a identificação adequada dos diagnósticos ou os problemas de saúde potenciais e reais, bem como o tratamento, reduzindo a incidência e a duração da estadia no hospital.

A partir da identificação das instituições hospitalares que desenvolvem o processo de enfermagem da cidade de Fortaleza, foi possível analisar como esse processo está ocorrendo, de forma a adequar as experiências exitosas às instituições que não adotam tal processo, as quais também foram identificadas no estudo.

Uma das limitações do estudo foi a análise do processo de enfermagem somente por meio de entrevista e aplicação de questionário com os diretores e coordenadores das instituições, não tendo sido observado o desenvolvimento do processo de enfermagem nas unidades.

Os achados deste estudo respondem às questões iniciais desta pesquisa. Portanto, para a execução adequada do processo de enfermagem, tornam-se necessários a planta física adequada, quadro de funcionários suficiente, redução do excesso de atribuições da equipe de enfermagem, liderança da chefia na cobrança desta atividade, apoio administrativo, recursos materiais, conhecimento dos enfermeiros e outros requisitos essenciais para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade.

Em suma, a implementação do processo de enfermagem ocorre de forma, ainda, bastante fragmentada em algumas instituições que possuíam o método, o que indica a necessidade de reorganização dessa metodologia, por meio da análise dos instrumentos utilizados, e, sobretudo, do investimento na educação permanente da equipe de enfermagem, para qualificação da assistência ao cliente.

Ressalta-se a importância do processo de enfermagem como fator de atualização, uso e produção do conhecimento, favorecendo a reflexão, a investigação e identificação dos dados do paciente, o planejamento, a execução e avaliação da assistência prestada. Isto deve ser adotado como modo de vida profissional, uma vez que o método operacionaliza o

conhecimento e demonstra o alcance da atividade de enfermagem, além de promover a saúde e o bem-estar do paciente.



## REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 2010.
- ALVES, A. R.; LOPES, C.; JORGE, M. S. B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 42, n. 1, p. 649-655, 2007.
- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n.1, mar. 2009.
- ANNELIESE, D.; WYSOCK, M. S. FRESCH, C. B. C. Implementação da sistematização da assistência de Enfermagem: estudo de caso de acordo com a Teoria de Autocuidado de Orem. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 38-42, jan./mar. 2008.
- AZEREDO, L. G; SILVA, R. M.; LIMA, A. A. A. Nurses and implementation of the nursing care systematization: descriptive study. **Online Braz. J. Nurs. (Online)**, v. 9, n. 1, abr. 2010.
- BALDUINO, A. F. A.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. Um marco de referência para a prática das enfermeiras pacientes com doenças crônicas à luz da teoria de Wanda de Aguiar Horta. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 89-94, jan./mar. 2007.
- BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, abr./jun. 2012.
- BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp., 2009.
- BASTOS, J. A. S. **Graus de dificuldade para formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem. 2004**. Dissertação (Mestrado em saúde do adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 45, n. 4, p. 357-363, 1999.
- BITTENCOURT, G. K. G. D.; BESERRA, P. J. F.; NÓBREGA, M. M. L. Assistência de enfermagem a paciente com lúpus eritematoso sistêmico utilizando a CIPE. **Rev. Gaucha Enferm.**, Porto alegre, v. 29, n. 1, p. 26-32, mar. 2008.
- BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, mar./apr. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília, DF, 1977.

CAIXEIRO, S. M. O.; DARGAM, B.; THOMPSON, G. N. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, p. 218-223, 2008.

CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Nursing process: difficulties for its utilization in practice. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. esp., p. 554-557, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 358/2009. 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. Rio de Janeiro, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96. Decreto nº. 93.933 de janeiro de 1987. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Sistematização da assistência de enfermagem**: reflexões sobre o que somos, fazemos e teremos que assumir. São Paulo, 2002.

CUBAS, M. R.; CARVALHO, C. M. G.; MALUCELLI, A.; DENIPOTE, A. G. M. Mapeamento dos termos dos eixos tempo, localização, meio e cliente entre versões da CIPE® e CIPESC®. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, nov./dez. 2011.

CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 1, p. 186-194, 2010.

CUNHA, R. R.; PEREIRA, L. S.; GONÇALVES, A. S. R.; SANTOS, E. K. A.; RADÜNZ, V.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde no contexto paróquia: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, jan./mar. 2009.

DOCHTERMAN, J.; MCCLOSKEY, B.; GLÓRIA, M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUARTE, A. P. P.; ELLENZOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 521-526, out/dez. 2007.

FAGUNDES, L. G. S. Abordagens inovadoras em educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde: visão do profissional enfermeiro. **Rev. APS**, v. 14, n. 3, p. 336-342, jul./set. 2011.

FELIX, N. N.; RODRIGUES, C. D. S.; OLIVEIRA, V. D. C. Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 55-60, out/dez. 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2008.

FIGUEIREDO, R. M.; ZEM-MASCARENHAS, S. H.; NAPOLEÃO, A. A.; CAMARGO, A. B. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006.

FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 6, n. 2, p. 189-198, 2004.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A. V. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, mar./apr. 2007.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A. V. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 2, p. 207-212, mar./abr. 2007.

GALVÃO, C. M. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 10, n. 5, 2002.

GARBIN, L. M.; RODRIGUES, C. C.; ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p.508-515, set. 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp. 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 188-193, jan./mar. 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; COLER, M. S. Centro CIPE<sup>®</sup> do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 888-891, nov./dec. 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIUSTI, A. C. B. S.; PELLISON, F.; MENDES, W. S. R.; MELO, L. L. Criança com displasia ectodérmica: diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados em NANDA e NIC. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 39-43, jan./mar. 2006.

HANNAH, K. J.; BALL, M. J.; EDWARDS, M. J. A. **Introdução à informática em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 6, 2004.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, sep./out. 2006.

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

HULLLEY. **Delineando a pesquisa clinica**: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto alegre: Artmed, 2003

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE® versão 1.0**. São Paulo: Algor Editora, 2007.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. D.; MANTOVANI, M. F. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, dec. 2006.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. T. D.; MANTOVANI, M. F.; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; ANDERS, J. C. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, jan./fev. 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEADEBAL, O. D. C. P.; FONTES, W. D.; SILVA, C. C. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, ano 44, n.1, mar. 2010.

LEDESMA-DELGADO, M. E. **Significado atribuído ao processo de enfermagem por enfermeiras de um hospital no México**: entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

LEDESMA-DELGADO, M. E.; MENDES, M. M. R. The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 328-334, May/June 2009.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. Meanings of the nursing diagnosis implementation process for nurses at a university hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n.5, p. 666-673, set./out. 2006.

LIMA, N. D. C.; SILVA, V. M.; BELTRÃO, B. A. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em unidade neonatal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 97-106, jul./set. 2009.

LONGARAY, V. K.; ALMEIDA, M. A.; CEZARO, P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, jan./mar. 2008.

- MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, mar./apr. 2012.
- MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; EVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J. A. H. Anotações/Registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006.
- MATTEI, F. D.; TONIOLO, R. M.; MALUCELLI, A.; CUBAS, M. R. Uma visão da produção científica internacional sobre a classificação internacional para a prática de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, dez. 2011.
- MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011.
- MONTE, A. D. A. S.; ADAMI, N. P.; BARROS, A. L. B. L. Métodos avaliativos da assistência de enfermagem em instituições hospitalares. **Acta Paul. Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 89-97, jan./abr. 2001.
- MOORHEAD, S. A. The nursing outcomes classification. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp., p. 868-871, 2009.
- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- NEVES, R. S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, jul/ago. 2006.
- NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, mar./apr. 2010.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- OLIVEIRA, J. W. B.; AQUINO, J. M.; MONTEIRO, E. M. L. M. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, maio/jun. 2012.
- OLIVEIRA, S. K. P.; LIMA, F. E. T.; LEITÃO, I. M. T. A.; MENDONÇA, L. B. A.; MENESES, L. S. T.; OLIVEIRA, R. M. Nursing diagnosis present in adult patients in the postoperative of cardiac surgery. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 1, n. 2, p. 95-100, maio/ago. 2012.
- PEREIRA, J. C.; STUCHI, R. A. G.; ARREGUY-SEM, C. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias nanda/nic/noc para o diagnóstico de conhecimento deficiente. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 1, p.74-81, jan./mar. 2010.

PESSOA JÚNIOR, J. M.; NÓBREGA, V. K. M.; MIRANDA, F. A. N. O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, sep. 2012.

PIMPÃO, F. D.; LUNARDI FILHO, W. D.; VAGHETTI, H. H.; LUNARDI, V. L. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-410, jul./set. 2010.

POKORSKI, S.; MORAES, M. A.; CHIARELLI, R.; COSTANZI, A. P.; RABELO, E. R. Nursing process: from literature to practice: what are we actually doing? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 302-307, May/June 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, maio/jun. 2005.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-17, jan. 2012.

ROCHA, L. A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, maio/jun. 2006.

ROCHA, P. A.; SOARES, T. C.; FARAH, B. F.; FRIEDRIC, D. B. C. Promoção da saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa saúde da família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 215-220, abr./jun. 2012.

RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, jul./out. 2012.

ROSSO, M.; SILVA, S. H.; SCALABRIN, E. E. Sistema baseado em conhecimento para apoio à identificação dos focos do processo corporal da CIPE® **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, jul./set. 2009.

SALOMÃO, G. S. M.; AZEVEDO, R. C. S. Produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 5, sep./out. 2009.

SANTOS, S. R. **Administração aplicada a enfermagem**. 2. ed. João Pessoa: IDEA, 2007.

SCHIESARI, L. M. S.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **RAS**, v. 5, n. 18, p. 7-17, jan./mar. 2003.

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, Jan./Fev. 2011.

SILVA, E. G. C.; OLIVEIRA, V. C.; NEVES, G. B. C; GUIMARÃES, T. R. O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SPERANDIO, D. J. **SAE**: proposta de um software-prototipo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

TAKAHASHI, A. A.; BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M.; SOUZA, M. F. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-38, jan./mar. 2008.

TOLEDO, L. C. **Feitos para curar**: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil. Rio de Janeiro: ABDEH, 2006.

VALL, J.; LEMOS, K. I. L.; JANEIRO, A. S. I. Processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. **Cogitare Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 63-700, set./dez. 2005.

VARGAS, R. S.; FRANÇA, F. C. V. Processo de enfermagem aplicado a um portador de Cirrose Hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, maio/jun. 2007.

**APÊNDICE A**  
**PROCESSO DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO EM HOSPITAIS DE FORTALEZA**

**NOME DO HOSPITAL**

---

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins que concordamos que Larissa Bento de Araújo Mendonça, pesquisadora da Universidade Federal do Ceará, desenvolva o estudo “Processo de enfermagem: aplicação em hospitais de Fortaleza” neste hospital, cujos dados serão coletados por meio de entrevista com o(a) diretor(a) de enfermagem da instituição e coordenador(a) de enfermagem da unidade, desde que seja aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFC.

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Representante da instituição



## APÊNDICE B

### PROCESSO DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO EM HOSPITAIS DE FORTALEZA INSTRUMENTO DE ENTREVISTA PARA OS DIRETORES DE ENFERMAGEM (INSTITUIÇÕES SEM PROCESSO DE ENFERMAGEM)

A instituição tem o processo de enfermagem implantado? ( ) Não ( ) sim

**1. Dados sobre o(a) diretor(a) de enfermagem da instituição:**

1.1 Tempo na instituição: \_\_\_\_\_ Tempo de Direção: \_\_\_\_\_

1.2 Tempo de assistência: \_\_\_\_\_

1.3 Maior titulação: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

1.4 Para você, qual(is) o(s) significado(s) do processo de enfermagem na assistência hospitalar?

<input type="checkbox"/> Elemento facilitador do trabalho <input type="checkbox"/> Favorece reconhecimento para a enfermagem <input type="checkbox"/> Instrumento de sistematização do cuidado <input type="checkbox"/> Promove satisfação do paciente <input type="checkbox"/> Promove assistência de qualidade <input type="checkbox"/> Promove interação com o paciente <input type="checkbox"/> Promove interação com a equipe <input type="checkbox"/> Instrumento de sistematização do trabalho <input type="checkbox"/> Documenta a assistência prestada <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Desnecessário <input type="checkbox"/> Mais trabalho para a enfermagem <input type="checkbox"/> Não traz melhoria na assistência ao paciente <input type="checkbox"/> Outros: _____
---	---

**2. Dados da instituição**

2.1 Origem do hospital: ( ) Pública ( ) Privada ( ) Filantrópica

2.2 Nível do hospital: ( ) Primário ( ) Secundário ( ) Terciário

2.3 Porte da instituição: ( ) Grande porte ( ) Médio porte ( ) Pequeno porte

2.4 Quantidade de leitos na instituição: \_\_\_\_\_

2.5 Data da inauguração da instituição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.6 N.º de unidades abertas: \_\_\_\_\_

2.7 N.º de unidades fechadas: \_\_\_\_\_

2.8 N.º de enfermeiros na instituição: \_\_\_\_\_

2.9 N.º de técnicos e auxiliares de enfermagem na instituição: \_\_\_\_\_

**3. Dados sobre o processo de enfermagem:**

3.1 Quais as limitações encontradas para implantação do processo de enfermagem na instituição?

( ) Falta de tempo do gestor de enfermagem ( ) Falta de tempo da equipe de enfermagem

( ) Superlotação das unidades ( ) Falta de apoio da instituição

( ) Déficit de funcionários da enfermagem ( ) Déficit de conhecimento sobre o assunto

( ) Falta de interesse dos enfermeiros ( ) Falta de interesse dos técnicos/auxiliares

( ) Outros \_\_\_\_\_

3.2 Houve alguma tentativa de implantação do processo de enfermagem na instituição?

( ) Não ( ) Sim

Se sim, quantas tentativas ocorreram: \_\_\_\_\_

Quais limitações encontradas: \_\_\_\_\_

3.3 Em que métodos baseiam-se a prestação da assistência de enfermagem, uma vez que o processo de enfermagem não está implantado?

Empirismo     Protocolos e/ou procedimentos operacionais padrão

Modelo biomédico (prescrição ou diagnóstico médico)

Outros \_\_\_\_\_

3.4 Como os cuidados de enfermagem prestados são avaliados pela enfermeira?

Empiricamente     Utilização de instrumento próprio da unidade

Processo de auditoria     Evolução de enfermagem diária

Avaliação dos cuidados pelos pacientes     Análise estatística

Outros \_\_\_\_\_

3.5 Há incentivo por parte da instituição para implantação do processo de enfermagem?

Não     Sim

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

**Outras observações:**

---

---

## APÊNDICE C

### PROCESSO DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO EM HOSPITAIS DE FORTALEZA INSTRUMENTO DE ENTREVISTA PARA OS DIRETORES DE ENFERMAGEM (INSTITUIÇÕES COM PROCESSO DE ENFERMAGEM)

A instituição tem o processo de enfermagem implantado? ( ) Não ( ) Sim

#### 1 Dados sobre o(a) diretor(a) de enfermagem:

1.1 Tempo na instituição: \_\_\_\_\_ Tempo de Direção: \_\_\_\_\_

1.2 Tempo de assistência: \_\_\_\_\_

1.3 Maior titulação: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

1.4 Para você, qual o significado do processo de enfermagem na assistência hospitalar?

<input type="checkbox"/> Elemento facilitador do trabalho <input type="checkbox"/> Favorece reconhecimento para a enfermagem <input type="checkbox"/> Instrumento de sistematização do cuidado <input type="checkbox"/> Promove satisfação do paciente <input type="checkbox"/> Promove assistência de qualidade <input type="checkbox"/> Promove interação com o paciente <input type="checkbox"/> Promove interação com a equipe <input type="checkbox"/> Instrumento de sistematização do trabalho <input type="checkbox"/> Documenta a assistência prestada <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Desnecessário <input type="checkbox"/> Mais trabalho para a enfermagem <input type="checkbox"/> Não traz melhoria na assistência ao paciente <input type="checkbox"/> Outros: _____
---	---

#### 2 Dados da instituição

2.1 Origem do hospital: ( ) Pública ( ) Privada ( ) Filantrópica

2.2 Nível do hospital: ( ) Primário ( ) Secundário ( ) Terciário

2.3 Porte da instituição: ( ) Grande porte ( ) Médio porte ( ) Pequeno porte

2.4 Quantidade de leitos na instituição: \_\_\_\_\_

2.5 Data da inauguração da instituição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.6 N.º de unidades abertas: \_\_\_\_\_

2.7 N.º de unidades fechadas: \_\_\_\_\_

2.8 N.º de enfermeiros na instituição: \_\_\_\_\_

2.9 N.º de técnicos e auxiliares de enfermagem na instituição: \_\_\_\_\_

#### 3. Dados do processo de enfermagem

3.1 Em que ano foi implantado o processo de enfermagem na instituição? \_\_\_\_\_

3.2 Quais as etapas do processo de enfermagem que são desenvolvidas pelos enfermeiros na assistência ao paciente hospitalizado?

( ) Levantamento de dados

( ) Diagnósticos de enfermagem

( ) Resultados esperados

( ) Prescrição de enfermagem

( ) Implementação do plano de cuidados (checagem das intervenções)

( ) Avaliação de enfermagem

( ) Outros: \_\_\_\_\_

3.3 Quais os fatores contribuintes para implantação do processo de enfermagem na instituição?

- ( ) Nenhum ( ) Apoio da instituição  
 ( ) Interesse dos enfermeiros ( ) Disponibilidade do gestor de enfermagem  
 ( ) Conhecimento satisfatório sobre o assunto ( ) Demanda suficiente de funcionários  
 ( ) Interesse dos técnicos e auxiliares de enfermagem ( ) Outros: \_\_\_\_\_

3.4 Quais limitações a enfermagem teve que transpor para implantar o processo de enfermagem na instituição?

- ( ) Nenhuma ( ) Falta de apoio da instituição  
 ( ) Déficit de funcionários da enfermagem ( ) Falta de interesse dos enfermeiros  
 ( ) Falta de tempo do gestor de enfermagem ( ) Falta de conhecimento sobre o assunto  
 ( ) Valores, crenças e costumes dos profissionais ( ) Excesso de atribuições para o(a) enfermeiro(a)  
 ( ) Falta de interesse dos técnicos e auxiliares de enfermagem ( ) Outros: \_\_\_\_\_

3.5 Atualmente, quais os fatores contribuintes para implementação do processo de enfermagem na instituição?

- ( ) Nenhum ( ) Apoio da instituição  
 ( ) Interesse dos enfermeiros ( ) Disponibilidade do gestor de enfermagem  
 ( ) Conhecimento satisfatório sobre o assunto ( ) Demanda suficiente de funcionários  
 ( ) Interesse dos técnicos e auxiliares de enfermagem ( ) Outros: \_\_\_\_\_

3.6 Atualmente, quais os fatores limitantes para implementação do processo de enfermagem na instituição?

- ( ) Nenhuma ( ) Falta de apoio da instituição  
 ( ) Déficit de funcionários da enfermagem ( ) Falta de interesse dos enfermeiros  
 ( ) Falta de tempo do gestor de enfermagem ( ) Falta de conhecimento sobre o assunto  
 ( ) Valores, crenças e costumes dos profissionais ( ) Excesso de atribuições para o(a) enfermeiro(a)  
 ( ) Falta de interesse dos técnicos e auxiliares de enfermagem ( ) Outros: \_\_\_\_\_

3.5 Há auditoria/vistoria para o processo de enfermagem na instituição?

- ( ) Não ( ) Sim  
 Se sim, qual a frequência: \_\_\_\_\_ quem realiza: \_\_\_\_\_

3.6 Houve ou há capacitação para os profissionais de enfermagem quanto à realização do processo de enfermagem?

- ( ) Não ( ) Sim Frequência: \_\_\_\_\_  
 Especifique (público alvo e promotores): \_\_\_\_\_

3.7 Quais unidades realizam o processo de enfermagem?

- ( ) Todas ( ) Algumas  
 Especificar unidades que realizam: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Especificar unidades que não realizam: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.8 Em caso de haver unidade que não realiza o processo de enfermagem, quais as justificativas para a não implementação?

---

---

**Outras observações:**

---

---

## APÊNDICE D

### PROCESSO DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO EM HOSPITAIS DE FORTALEZA INSTRUMENTO DE ENTREVISTA PARA COORDENADOR(A) DE ENFERMAGEM

**1. Dados sobre o(a) coordenador(a) de enfermagem da unidade:**

- 1.1 Tempo na instituição: \_\_\_\_\_
- 1.2 Tempo de coordenação: \_\_\_\_\_
- 1.3 Tempo de assistência: \_\_\_\_\_
- 1.4 Maior titulação: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
- 1.5 Para você, qual o significado do processo de enfermagem na assistência hospitalar?

---



---



---

**2. Dados da unidade**

- 2.1 Nome da unidade: \_\_\_\_\_
- 2.2 Tipo da unidade: ( ) aberta ( ) fechada
- 2.3 Quantidade de leitos na unidade: \_\_\_\_\_
- 2.4 Data da inauguração da unidade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 2.5 N.º de enfermeiros na unidade: \_\_\_\_\_
- 2.6 N.º de técnicos e auxiliares de enfermagem na unidade: \_\_\_\_\_

**3. Dados sobre o processo de enfermagem:**

- 3.1 Qual(is) o(s) modelo(s) conceitual(is) utilizado(s) para realização do processo de enfermagem?

---



---



---

- 3.2 Qual(is) a(s) taxonomia(s) padrão(ões) utilizada(s) na realização do processo de enfermagem?

---



---



---

- 3.3 Quais as etapas do processo de enfermagem que são desenvolvidas pelos enfermeiros na assistência ao paciente hospitalizado?

---



---



---

- 3.4 Existe alguma dificuldade para realização de alguma etapa do processo de enfermagem?

( ) Não ( ) Sim

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

---



---



---

Justifique: \_\_\_\_\_

3.5 Quais os fatores contribuintes que a enfermagem teve para implantar o processo de enfermagem na unidade?

---

---

---

3.6 Quais limitações a enfermagem teve que transpor para implantar o processo de enfermagem na unidade?

---

---

---

3.7 Atualmente, quais os fatores contribuintes para implementação do processo de enfermagem na unidade?

---

---

---

3.8 Atualmente, quais os fatores limitantes para implementação do processo de enfermagem na unidade?

---

---

---

3.9 O processo de enfermagem trouxe benefícios para a prática de enfermagem na unidade?

( ) Não ( ) Sim

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

---

---

---

3.10 O que poderia ser alterado para a melhoria da realização do processo de enfermagem na unidade?

---

---

---

3.11 Há necessidade de alterar algum item dos instrumentos do processo de enfermagem visando a sua melhoria?

( ) Não ( ) Sim

( ) Se sim, quais? \_\_\_\_\_

---

---

---

3.12 Como os(as) auxiliares e técnicos de enfermagem atuam no processo de enfermagem?

---

---

---

3.13 Como as outras categorias de profissionais da saúde atuam no processo de enfermagem (médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais etc.)?

---

---

---

3.14 Como os pacientes da unidade atuam no processo de enfermagem?

---

---

---

Outras observações:

---

---

---



**APÊNDICE E**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O DIRETOR(A)**  
**E COORDENADOR(A) DE ENFERMAGEM**

Prezado participante,

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém, o senhor(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Este estudo pretende avaliar o processo de enfermagem em instituições hospitalares de Fortaleza, Ceará. Para tanto, peço autorização para que o(a) senhor(a) participe deste estudo, mediante uma entrevista que durará cerca de 30 minutos, a qual ocorrerá em uma sala disponível na sua própria instituição de trabalho. A entrevista terá perguntas relacionadas ao processo de enfermagem na instituição hospitalar, cujas informações obtidas serão registradas em um roteiro pré-elaborado. A sua participação possibilitará o levantamento de informações sobre a realização do processo de enfermagem em instituições hospitalares e favorecerá informações sobre o processo de enfermagem em instituições hospitalares de Fortaleza.

As informações serão utilizadas em trabalhos de enfermagem, divulgadas em congressos ou publicadas em revista científica, sem permitir que o(a) senhor(a) e a instituição sejam identificados(as). Acredita-se que a realização deste estudo terá como benefícios o conhecimento sobre a prática do processo de enfermagem em instituições hospitalares para melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

O(A) senhor(a) poderá ter acesso às informações e poderá esclarecer dúvidas sobre este trabalho em qualquer momento. O senhor(a) terá a liberdade de desistir de participar, sem que isso lhe cause problema. Este estudo poderá trazer informações divergentes entre a gerência de enfermagem, a direção da instituição e a prática assistencial. Contudo, o estudo poderá favorecer a uniformização entre a teoria e prática, melhorando a qualidade da assistência. O(a) senhor(a) NÃO receberá pagamento ou gratificação pela participação no estudo. Este termo será realizado em duas vias, permanecendo uma com o senhor(a) e outra com a pesquisadora.

Estaremos à disposição para dar informações sobre o nosso trabalho. Caso o senhor(a) precise entrar em contato com a gente, nosso endereço e telefone estão abaixo:

**Endereço da responsável pela pesquisa**

Larissa Bento de Araújo Mendonça

Endereço: Av. Rogaciano Leite, 200, Bl Azalle, 1502, Cocó.

Fone: 85 8720-4253 E-mail: laraenfermagem@hotmail.com

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.  
 Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone: 85-3366-8344

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após ter sido esclarecido(a) e ter entendido tudo que me foi explicado, concordo em participar deste trabalho.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

_____ Assinatura do participante	_____ Assinatura do responsável pela coleta de dados
	_____ Assinatura do Pesquisador

**ANEXO**  
**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

---



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

**Of. Nº 327/11**

Fortaleza, 07 de outubro de 2011

**Protocolo COMEPE nº 190/11**

**Pesquisador responsável: Larissa Bento de Araújo**

**Título do Projeto: "Processo de enfermagem: aplicação em hospitais de Fortaleza"**

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 29 de setembro de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

  
Dr. Fernando A. Frota Bezerra  
Coordenador do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE UFC