UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

ENTRE O ÊXITO E A FRUSTRAÇÃO COM A
OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE: RECURSOS
HUMANOS COMO COMPONENTE
DETERMINANTE PARA A VISIBILIDADE DO
ENFERMEIRO NO PROCESSO DE TRABALHO

KAREN CRISTINA URTADO CASAFUS

BOTUCATU - SP

2010

KAREN CRISTINA URTADO CASAFUS

**ENTRE O ÊXITO E A FRUSTRAÇÃO COM A
OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE: RECURSOS
HUMANOS COMO COMPONENTE DETERMINANTE
PARA A VISIBILIDADE DO ENFERMEIRO NO
PROCESSO DE TRABALHO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de concentração – Prática de Enfermagem.

**Profa. Dra. Silvia Cristina M. Bocchi
(Orientadora)**

**Profa. Dra. Magda Cristina Q. Dell’Acqua
(Co-orientadora)**

Botucatu - SP

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Casafus, Karen Cristina Urtado.

Entre o êxito e a frustração com a operacionalização da SAE;
Recursos humanos como componente determinante para a visibilidade
do enfermeiro no processo de trabalho / Karen Cristina Urtado Casafus.
– Botucatu, 2010.

Dissertação (mestrado) – Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu,
Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientadora: Silvia Cristina M. Bocchi

Co-orientadora: Magda Cristina Q. Dell’Acqua

Assunto CAPES: 40406008

1. Serviços de enfermagem 2. Enfermagem como profissão

Palavras-chave: Autonomia profissional; Enfermeiro: Equipe de
enfermagem; Planejamento de assistência ao paciente; Recursos
humanos

KAREN CRISTINA URTADO CASAFUS

**ENTRE O ÊXITO E A FRUSTRAÇÃO COM A
OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE: RECURSOS
HUMANOS COMO COMPONENTE DETERMINANTE
PARA A VISIBILIDADE DO ENFERMEIRO NO
PROCESSO DE TRABALHO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM** e aprovada em 25 de fevereiro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado Profissional – na Área de concentração – Prática de Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista.

Professora Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvia Cristina M. Bocchi
Presidente/Orientadora

Profa. Titular Raquel Rapone
Gaidzinski
Membro

Prof. Dr. Emílio Carlos Curcelli
Membro

Epígrafe

*Conhecer e pensar, não é chegar a uma verdade
absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza.
As coisas só podem ser realmente conhecidas quando
inseridas no seu contexto.*

Edgar Morín

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Amiga e Professora Sílvia,

Admiro sua garra e sua perseverança

diante dos vários momentos

que tivemos de superação.

Obrigada por mostrar-me que sou muito

mais capaz do que imagino e ensinar-me

a ver a vida além do amanhã.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos especiais, ao meu Deus, que me ilumina, protege e por ter colocado a minha família e estas pessoas no meu caminho

*Ao meu esposo, **Hector Anibal Silva Casafus**, pelo amor, pelo respeito e pela dádiva de podermos contar um com o outro e assim crescermos juntos como ser humano.
Eu te amo muito!*

*Aos meus pais, **Oduvaldo Urtado Cano e Luiza Maria Urtado Cano**, compartilho esta conquista, que foi possível por me proporcionarem amor e os caminhos para construção da minha vida e de minha história.*

*Às minhas irmãs, **Patricia Cristina e Mariana Cristina**, pelo carinho e torcida em todos os momentos de minha vida*

*Ao **Filemon e à Débora Casafus**, meu carinho e gratidão pelo apoio e incentivos nesta etapa de minha vida*

*À minha amiga e Enfermeira, **Meire Cristina Novelli e Castro**, pelo seu constante apoio e disposição para ouvir os meus anseios, angústias e dúvidas e, sempre, de maneira amiga e carinhosa, ajudar em minhas dificuldades. À você minha sincera e eterna amizade.*

Aos meus familiares e amigos, que dividem o meu dia-a-dia, a quem posso confiar minhas alegrias, dificuldades e angústias, doando alguns minutos de suas vidas para me ouvirem e oferecerem palavras de confiança, apoio e incentivo. Seus nomes ficam gravados nesta página no anonimato, pois são muitos e assim ficaria temerosa em me esquecer de agradecer a algum deles.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi, por todas as lições de vida, de amizade, pelas oportunidades, inclusive ao meu crescimento, e principalmente pela incontestável competência na formação de profissionais, pela segurança transmitida nos mais difíceis momentos compartilhados e pela admirável visão de mundo.

Aos Professores do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista – UNESP, que fizeram parte da minha formação profissional e como pessoa.

A Profa. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua, pela sua amizade e disponibilidade em me ajudar a fazer a revisão de todo este material e poder contribuir na finalização do trabalho.

À Divisão de Enfermagem, pela oportunidade de realizar este trabalho e poder contribuir com a nossa profissão.

À Equipe de Enfermagem, pelo consentimento e colaboração em participar desta pesquisa, acreditando que com ela, seríamos capazes de avançarmos profissionalmente.

Casafus KCU. Entre o êxito e a frustração com a operacionalização da SAE: recursos humanos como componente determinante para a visibilidade do enfermeiro no processo de trabalho [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2010.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com os objetivos de: compreender o processo interacional planejamento-implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na perspectiva de dois grupos amostrais: Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem de um hospital universitário de grande porte, do interior paulista e desenvolver uma síntese dos modelos teóricos representativos dessas experiências. A saturação teórica se configurou, mediante a análise de 24 entrevistas, sendo de: 12 enfermeiros e 12 Técnicos/Auxiliares, lotados em unidades de internação clínicas e cirúrgicas. A entrevista não diretiva foi a técnica de coleta de dados, tendo como questão norteadora: — Como tem sido a sua experiência com a SAE? As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas, segundo os passos da Teoria Fundamentada em Dados, denominada internacionalmente por *Grounded Theory*. Desta análise emergiu dois modelos teóricos, referentes às experiências que deram origem a um terceiro, resultado da síntese. O primeiro refere-se à experiência interacional do enfermeiro, a qual reúne dois fenômenos: idealizando operacionalizar a SAE na sua plenitude, vislumbrando o reconhecimento social da profissão e frustrando-se com a falta de apoio da instituição no processo de trabalho da equipe de enfermagem. Da interrelação dos seus componentes (temas, categorias, subcategorias e elementos), configurou-se a categoria central — entre a idealização e a frustração no processo de trabalho do enfermeiro: recursos humanos como componente interveniente para operacionalização da SAE e visibilidade da profissão. O segundo modelo retrata a experiência de Técnicos/Auxiliares, composta de dois fenômenos: legitimando a SAE e não legitimando a SAE, dos quais emergiu a categoria central — Técnicos/Auxiliares fortalecendo-se no processo de cuidar ao se deparar com uma SAE ilusória: déficit

de recursos humanos fomentando a impotência e a invisibilidade do enfermeiro. Da síntese desses dois modelos emergiu um terceiro que representa a interface Enfermeiro - Técnicos/Auxiliares com a SAE, intitulada — entre o êxito e a frustração com a operacionalização da SAE: recursos humanos como componente determinante para a visibilidade do enfermeiro no processo de trabalho.

A análise do modelo teórico da interface das experiências do Enfermeiro e Técnicos/Auxiliares, à luz do Interacionismo Simbólico, desvelou componentes essenciais, que são: déficit de recursos humanos e direcionamento adotado pela Instituição, visando a manter os enfermeiros motivados para continuarem realizando a SAE, mesmo que essa seja feita de uma forma ilusória. Esta situação é interpretada pelos enfermeiros como uma estratégia utilizada pela Instituição para tentar amenizar a sua responsabilidade ao culpabilizá-los pelo fracasso da SAE. Esse sentimento de culpabilização, tem se configurado como componente interveniente, para a manutenção de um processo cíclico potencializador de conflitos dentro da equipe, bem como de sofrimento, principalmente, para o enfermeiro, por vivenciar a invisibilidade de sua práxis no processo de trabalho. Decorrente da decisão de Técnicos/Auxiliares retrocederem ao modelo de assistência de enfermagem funcional, apoiados somente na prescrição médica, ao não validarem a SAE ilusória como uma forma de enfrentamento pelo enfermeiro, em face da sobrecarga de trabalho induzida pelo déficit de recursos humanos na Instituição. Ademais, o modelo teórico descoberto oferece pistas, de como é possível romper com esse movimento cíclico no campo das frustrações para arremeter a equipe de enfermagem ao campo do êxito e das satisfações, visando à melhoria da qualidade assistencial da Instituição.

Descritores: planejamento de assistência ao paciente; recursos humanos; equipe de enfermagem; autonomia profissional; enfermeiro.

Casafus KCU. Between success and frustration with SAE operationalization: human resources as a determinant component for nurses' visibility in the work process [thesis]. Botucatu. Botucatu School of Medicine. São Paulo State University "Júlio de Mesquita Filho", 2010.

ABSTRACT

This is a qualitative study developed according to the comprehensive approach. It was approved by the Research Ethics Committee with the purpose to understand the planning-implementation interactional process of Nursing Care Systematization (SAE) at a university hospital in the perspective of two sample groups, namely nurses and nursing technicians/auxiliaries, in order to develop a synthesis of the theoretical models that are representative of the experiences lived. Theoretical saturation occurred through the analysis of 24 interviews with 12 nurses and 12 technicians/auxiliaries stationed in the clinical and surgical inpatient units of a large university hospital in inner São Paulo state. Non-directive interviews were used for data collection with the following guiding question: - What has your experience with SAE been like? The interviews were taped, fully transcribed and analyzed according to the steps the Grounded Theory. From such analysis, two theoretical models emerged with reference to the experiences. They originated a third model which was the result of the synthesis. The first refers to nurses' interactional experience, which gathers two phenomena: idealizing SAE operationalization in its fullness, expecting the social recognition of the profession and becoming frustrated with the lack of support from the institution in the nursing team's work process. From the inter-relation of its components (themes, categories, sub-categories and elements), the core category was formed - between idealization and frustration in nurses' work process: human resources as an intervenient component for SAE operationalization and the profession's visibility. The second model depicted technicians/auxiliaries' experience, which consisted of two phenomena: legitimating SAE and not legitimating SAE, from which the core category emerged - technicians/auxiliaries strengthening themselves in the care provision process when facing an illusory SAE: deficit of human resources promoting nurses' impotence and invisibility. From the synthesis of these models, a third model

emerged, and it represented the nurse - technician/auxiliary interface with SAE, which was entitled: between success and frustration with SAE operationalization: human resources as a determinant component for nurses' visibility in the work process. The analysis of the theoretical model for the interface of experiences between nurses and technicians/auxiliaries, in light of Symbolic Interactionism, unveiled essential components, namely: deficit of human resources and directing adopted by the institution, aiming at keeping nurses motivated to continue performing SAE even if it is done in an illusory fashion. Such situation is interpreted by nurses as a strategy used by the institution in an attempt to reduce its responsibility by blaming them for SAE failure. Such blaming feeling has been configured as an intervenient component for maintaining a cyclic process that potentiates conflicts within the team as well as suffering, particularly to nurses, as they experience the invisibility of their praxis in the work process. This results from the technicians/auxiliaries' decision to step back to the functional nursing care model, based only on medical prescription, by not validating the illusory SAE as a form of coping used by nurses in face of the work overload induced by the deficit of human resources in the institution. Additionally, the theoretical model discovered provides clues for how this cyclic movement in the field of frustrations can be interrupted in order to push the nursing team into the field of success and satisfaction, aiming at improving care provision quality in the institution.

Key words: patient care planning; human resources; nursing team; professional autonomy; nurse.

Casafus KCU. Entre el éxito y la frustración con la operacionalización de la SAE: recursos humanos como componente determinante para la visibilidad del enfermero en el proceso de trabajo [disertación]. Botucatu. Facultad de Medicina de Botucatu. Universidad del Estado de São Paulo “Júlio de Mesquita Filho”, 2010.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa con enfoque comprensivo, aprobada por el Comité de Ética en Investigación, con los objetivos de: comprender el proceso interactivo planificación-implantación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) de un hospital universitario, en la perspectiva de dos grupos de muestra: enfermeros y técnicos/auxiliares de enfermería y desarrollar una síntesis de los modelos teóricos representativos de las experiencias vividas. La saturación teórica se configuró mediante el análisis de 24 entrevistas, en las cuales participaron 12 enfermeros y 12 técnicos/auxiliares, que trabajan en unidades de internación clínicas y quirúrgicas de un hospital universitario de gran porte del interior del Estado de São Paulo. La entrevista no directiva fue la técnica de recopilación de datos y tuvo como cuestión guía: — ¿Cómo ha sido su experiencia con la SAE? Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en la íntegra y analizadas, según los pasos de la Teoría Fundamentada en Datos, denominada internacionalmente por *Grounded Theory*. De este análisis emergieron dos modelos teóricos, referentes a las experiencias que dieron origen a un tercero, resultado de la síntesis. El primero se refiere a la experiencia interactiva del enfermero, la cual reúne dos fenómenos: la idealización de la operacionalización de la SAE en su plenitud, el reconocimiento social de la profesión y la frustración con la falta de apoyo de la institución en el proceso de trabajo del equipo de enfermería. De la interrelación de sus componentes (temas, categorías, subcategorías y elementos), se configuró la categoría central — entre la idealización y la frustración en el proceso de trabajo del enfermero: recursos humanos como componente interviniente para operacionalización de la SAE y visibilidad de la profesión. El segundo modelo retrata la experiencia de técnicos/auxiliares, compuesta de dos fenómenos: la legitimación de la SAE o la no legitimación de la SAE, de los cuales emergió la categoría central —

técnicos/auxiliares fortaleciéndose en el proceso de cuidar al depararse con una SAE ilusoria: déficit de recursos humanos que fomentan la impotencia y la invisibilidad del enfermero. De la síntesis de esos dos modelos emergió un tercero que representa la interfaz enfermero - técnicos/auxiliares con la SAE intitulada — entre el éxito y la frustración con la operacionalización de la SAE: recursos humanos como componente determinante para la visibilidad del enfermero en el proceso de trabajo. El análisis del modelo teórico de la interfaz de las experiencias del enfermero y técnicos/auxiliares, a la luz del Interaccionismo Simbólico, desveló componentes esenciales, que son: déficit de recursos humanos y dirección adoptada por la Institución, con la intención de mantener los enfermeros motivados para que continúen realizando la SAE, aunque sea hecha de forma ilusoria. Los enfermeros interpretan esta situación como una estrategia usada por la Institución para intentar amenizar su responsabilidad al culparlos por el fracaso de la SAE. Ese sentimiento de culpa se ha mostrado como componente interviniente, para la manutención de un proceso cíclico causador de conflictos dentro del equipo, bien como de sufrimiento, principalmente para el enfermero, porque no siente que su praxis es considerada en su trabajo. Como consecuencia de la decisión de técnicos/auxiliares de retroceder al modelo de asistencia de enfermería funcional, ellos se apoyan solamente en la prescripción médica y no validan la SAE ilusoria como una forma de enfrentamiento por el enfermero, dada la sobrecarga de trabajo provocada por el déficit de recursos humanos en la Institución. Además, el modelo teórico descubierto ofrece pistas de cómo es posible romper con ese movimiento cíclico en el campo de las frustraciones para que el equipo de enfermería se sienta exitoso y satisfecho y que con eso propicien la mejoría de la calidad asistencial de la Institución.

Descriptores: planificación de asistencia al paciente; recursos humanos; equipo de enfermería; autonomía profesional; enfermero.

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. Fenômeno E1. Idealizando operacionalizar a SAE na sua plenitude, vislumbrando o reconhecimento social do enfermeiro: temas.....	27
Diagrama 2. Tema E1.3. Desejando realizar a SAE na sua plenitude: categorias.....	28
Diagrama 3. Tema E1.4. Percebendo processos que facilitam a realização e implementação da SAE: categorias.....	31
Diagrama 4. Fenômeno E2. Frustrando-se com a falta de apoio da instituição no processo de trabalho: temas.....	35
Diagrama 5. Tema E2.1. Instituição não investindo em RH: categorias.....	35
Diagrama 6. Tema E2.2. Equipe de enfermagem sofrendo com as barreiras na implantação e implementação da SAE: categorias.....	37
Diagrama 7 Observando a equipe de enfermagem desvalorizando a SAE: subcategorias.....	42
Diagrama 8. Tema E2.3. Enfermeiro decepcionando-se com o processo de trabalho imposto à equipe de enfermagem pela Instituição: categorias.....	44
Diagrama 9. Categoria E2.3.1. Instituição não zelando pelo exercício profissional do enfermeiro: subcategorias.....	45
Diagrama 10. Categoria E2.3.2. Instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga: subcategorias.....	49
Diagrama 11. Categoria central E. Entre a idealização e a frustração no processo de trabalho do enfermeiro: recursos humanos como componente interveniente para a operacionalização da SAE e a visibilidade da profissão	56
Diagrama 12. Fenômeno TA1. Legitimando a SAE: temas.....	57
Diagrama 13. Tema TA1.2. Contribuindo com o reconhecimento e a valorização da Enfermagem: categorias.....	59
Diagrama 14. Categoria TA1.2.1. Implementando a prescrição de enfermagem, decorrente de avaliação clínica, como instrumento do cuidado integral: subcategorias.....	59
Diagrama 15. Fenômeno TA2. Não legitimando a SAE: temas.....	62
Diagrama 16. Tema TA2.1. Não conhecendo o tema SAE em profundidade: categorias.....	62
Diagrama 17. Categoria TA2.1.1. Considerando o processo de capacitação insuficiente: subcategorias.....	63
Diagrama 18. Categoria TA2.1.2. Não tendo clareza sobre a SAE: subcategorias.....	65
Diagrama 19. Tema TA2.2. Deparando-se com a impotência dos enfermeiros em planejar e coordenar a assistência de enfermagem por meio da SAE: categorias.....	66

Diagrama 20. Categoria TA2.2.1. Percebendo os enfermeiros sobrecarregados com a interface de atividades assistenciais e gerenciais, mediante déficit de RH: subcategorias.....	67
Diagrama 21. Categoria TA2.2.2. Vendo que o enfermeiro faz o que é possível quanto a SAE: subcategorias.....	70
Diagrama 22. Tema TA2.3. Assumindo o papel do enfermeiro no planejamento e coordenação da assistência de enfermagem: categorias.....	74
Diagrama 23. Categoria TA2.3.2. Retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH: subcategorias.....	76
Diagrama 24. Categoria TA2.3.3. Seguindo a prescrição médica ao invés da prescrição de enfermagem: subcategorias.....	80
Diagrama 25. Técnicos e Auxiliares de Enfermagem fortalecendo-se no processo de cuidar ao depararem-se com a SAE ilusória: déficit de recursos humanos fomentando a impotência e a invisibilidade do enfermeiro	84
Diagrama 26. Modelo teórico – Entre o êxito e a frustração com a operacionalização da SAE: recursos humanos como componente determinante para a visibilidade do enfermeiro no processo de trabalho	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Tema E1.1. Considerando a SAE uma ferramenta essencial para o reconhecimento social da profissão: códigos.....	110
Quadro 2. Tema E1.2. Reconhecendo a SAE como um instrumento de gerenciamento da assistência de enfermagem: códigos.....	110
Quadro 3. Categoria E1.3.1. Pretendendo realizar prescrição de enfermagem fundamentada pela coleta de dados e avaliação: códigos.....	111
Quadro 4. Categoria E1.3.2. Desejando melhorar a assistência mediante continuidade da SAE.....	111
Quadro 5. Categoria E1.3.3. Vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência à implantação do diagnóstico de enfermagem como o maior desafio.....	112
Quadro 6. Categoria E1.3.4. Desejando realizar todas as etapas da SAE: códigos.....	112
Quadro 7. Categoria E1.3.5. Almejando a realização da SAE de todos os pacientes: códigos.....	112
Quadro 8. Categoria E1.4.1. Sentindo-se motivado a realizar SAE quando é fixado em determinado bloco: códigos.....	113
Quadro 9. Categoria E1.4.2. Acreditando na divisão de pacientes por plantão para realização da SAE: códigos.....	113
Quadro 10. Categoria E1.4.3. Percebendo um movimento para modificação de SAE Vigente: códigos.....	114
Quadro 11. Categoria E1.4.4. Enfermeiro recém formado tem facilidade e interesse de realizar a SAE: códigos.....	114
Quadro 12. Categoria E1.4.5. Desejando educação continuada sobre SAE: códigos.....	114
Quadro 13. Categoria E2.1.1. Defrontando-se com o déficit de RH: códigos.....	116
Quadro 14. Categoria E2.1.2. Deparando-se com o despreparo dos TE e AE.....	117
Quadro 15. Categoria E2.2.1. Sofrendo psiquicamente mediante ao sentimento de descumprimento do papel de realizar a SAE na sua plenitude.....	118
Quadro 16. Categoria E2.2.2. Encontrando barreiras que impedem a realização da SAE no noturno: códigos.....	119
Quadro 17. Categoria E2.2.3. Não conseguindo dar continuidade à SAE: códigos.....	120
Quadro 18. Categoria E2.2.4. Realizando prescrição de enfermagem e evolução de alguns pacientes: códigos.....	121
Quadro 19. Categoria E2.2.5. Notando um processo de comunicação prejudicado entre os enfermeiros: códigos.....	123
Quadro 20. Categoria 2.2.6. Tendo que depender de enfermeiros estagiários para poder desenvolver a SAE: códigos.....	123
Quadro 21. Categoria 2.2.7. Defrontando com impressos que demandam revisões: códigos.....	124

Quadro 22. Categoria 2.2.8. Observando a equipe de enfermagem desvalorização da SAE: subcategorias, elementos e códigos	125
Quadro 23. Categoria E 2.3.1. Instituição não zelando pelo exercício profissional do enfermeiro: subcategorias e códigos.....	129
Quadro 24. Categoria E 2.3.2. Instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga: subcategorias e códigos.....	131
Quadro 25. Enfermeiro fazendo o que é possível para amenizar o sentimento de culpa.....	136
Quadro 26. Tema TA1.1. Considerando a SAE um instrumento importante para o exercício da profissão: categorias.....	136
Quadro 27. Categoria TA 1.2.1. Implementando a prescrição de enfermagem, decorrente de avaliação clínica, como instrumento do cuidado integral: subcategorias e códigos.....	138
Quadro 28. Categoria TA 1.2.3. Contribuindo com a melhoria da qualidade da assistência com a implantação da SAE: códigos.....	139
Quadro 29. Categoria TA1.2.3. Enaltecendo os registros de enfermagem: códigos.....	139
Quadro 30. Categoria TA2.1.1 Considerando o processo de capacitação insuficiente: subcategorias e códigos.....	140
Quadro 31. Categoria TA 2.1.2 Não tendo clareza sobre a SAE: subcategorias e códigos.....	141
Quadro 32. Categoria TA 2.2.1 Percebendo os enfermeiros sobrecarregados com a interface de atividades assistenciais e gerenciais, mediante déficit de RH: subcategorias e códigos	142
Quadro-33. Categoria TA 2.3.1 Vendo a SAE como um instrumento que não funciona: códigos.....	143
Quadro 34. Categoria TA 2.3.2 Sentindo-se autoconfiante na qualidade de sua assistência ao compará-la com a prescrita: códigos...	144
Quadro 35. Categoria TA 2.3.3 Retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH: subcategorias e códigos.....	145
Quadro 36. Categoria 2.3.4 Seguindo a prescrição médica ao invés da prescrição de enfermagem: códigos.....	151

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	viii
RESUMEN.....	x
LISTA DE DIAGRAMAS.....	xii
LISTA DE QUADROS.....	xiv
CAPÍTULO 1. INTRODUZINDO O ESTUDO.....	1
1.1. Apresentando a minha trajetória profissional.....	2
1.2. Abordando o tema: processo de trabalho de enfermagem.....	3
1.3. Abordando o tema Sistematização da Assistência de Enfermagem....	6
1.4. Propondo os objetivos da pesquisa.....	14
CAPÍTULO 2. APRESENTANDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	15
2.1. Optando pela metodologia qualitativa.....	16
2.2. Descrevendo os fundamentos teóricos dos referenciais.....	16
2.2.1. Interacionismo simbólico: referencial teórico.....	16
2.2.2. <i>Grounded theory</i> : referencial metodológico.....	19
2.3. Os atores participantes e o local da pesquisa.....	19
2.4. Estratégias para coleta e análise de dados.....	21
CAPÍTULO 3. RESULTADOS: A INTERFACE DAS EXPERIÊNCIAS DO ENFERMEIRO E DE TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM COM A SAE.....	24
3.1. A experiência interacional do enfermeiro com o planejamento- execução da SAE.....	26
3.1.1. Identificando os fenômenos.....	26
3.1.2. Descobrimos a categoria Central.....	54
3.2. A experiência interacional de Técnicos/Auxiliares de enfermagem com a SAE.....	57
3.2.1. Descobrimos os fenômenos.....	57
3.2.2. Descobrimos a categoria central.....	82
CAPÍTULO 4. DISCUTINDO O MODELO TEÓRICO DESCOBERTO.....	85
CAPÍTULO 5. TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	97
ANEXOS.....	106

CAPÍTULO 1

INTRODUZINDO O ESTUDO

1.1. Apresentando a minha trajetória profissional

No ano de 2004, conclui a Faculdade em Enfermagem, pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” da Faculdade de Medicina de Botucatu. Neste mesmo ano, comecei atuando como enfermeira contratada – em regime CLT – designada para prestar cuidados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana/Adulto do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e após um mês como enfermeira concursada pela FAMESP (CLT - por tempo indeterminado), permanecendo vinculada neste serviço até 2007.

Entre os anos 2007 e 2008 obtive aprovação em concurso público para trabalhar no mesmo Hospital como Enfermeira da Supervisão do Hospital das Clínicas de Botucatu– regime CLT – onde atuei em várias unidades clínicas e cirúrgicas deste Hospital Universitário.

Em 2008, ingresso como aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na linha de pesquisa - “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”. Desta forma, continuo buscando subsídios para uma prática profissional embasada em ciência. Acredito assim, que a possibilidade de refletir e estudar o processo de trabalho no qual estou inserida, permite a melhora da assistência de enfermagem e contribui para construção dos conhecimentos para a Profissão.

Em março de 2009, obtive a aprovação em concurso público para Enfermeiro – regime autárquico - e volto a trabalhar nas UTI Adulto/Coronariana/Pediátrica.

O Hospital das Clínicas de Botucatu há tempos passa por um processo dinâmico de discussões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, visando à melhoria da assistência, e até o momento foram implantadas as seguintes fases deste instrumento: histórico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e evolução da assistência de enfermagem.

Este estudo emerge da minha inquietação como Enfermeira da Supervisão, que ao observar que os enfermeiros não dão continuidade à Sistematização da Assistência de Enfermagem e quando desempenham esta atividade, há uma parcela de técnicos/auxiliares que parece não compreender a intencionalidade do planejamento proposto. Diante deste dilema, disponho-me a escutar a equipe de

enfermagem, e desvendar: — Como se constitui a interface da equipe de enfermagem, acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem, na perspectiva daquele que planeja (enfermeiro) e do executor (técnicos e auxiliares de enfermagem), em um Hospital Universitário do Interior Paulista?

Antes de dar voz aos atores desta pesquisa, procurei entender o objeto de estudo desta pesquisa à luz do conhecimento produzido.

1.2. Abordando o tema: processo de trabalho

O trabalho é definido como a transformação da matéria num determinado produto pelo ser humano, que intervém consciente e intencionalmente, por meio da utilização de instrumentos. Este processo constitui o pilar fundamental para a socialização e aquisição de autonomia da espécie⁽¹⁾.

Os elementos fundamentais do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, o objeto – matéria a que se aplica o trabalho, e os meios de trabalho – instrumentais que incidirão sobre o objeto. O resultado desse processo é um produto idealizado pelo homem e executado por meio do conhecimento tecnológico⁽²⁾.

O trabalho, como fonte da vida humana e suas relações sociais, compreende duas formas tecnológicas de atuação: o trabalho morto e o trabalho vivo. Essas formas são distintas, porém complementares, na geração do trabalho. O trabalho morto é o conjunto de ferramentas e dispositivos analíticos e técnicos que não podem ser modificados pelo trabalho vivo, mas que já constituiu trabalho vivo em outro processo prévio. Por outro lado, o trabalho vivo é a forma criadora de fazer, que possibilita repensar e revitalizar as formas tecnológicas no trabalho. Dependendo de como é utilizado o instrumental no processo de trabalho, o trabalho morto é capaz de capturar o trabalho vivo e torná-lo inerte, sem ação e sem resolubilidade⁽³⁾.

Os principais objetivos do trabalho humano são melhorar as condições de existência e garantir a manutenção da própria espécie. As necessidades sociais constituem as forças propulsoras que move o sujeito à ação que, com a força de trabalho e os instrumentos apropriados, executa esse processo, desencadeando a transformação e a evolução da sociedade⁽⁴⁾.

O trabalho em saúde não produz bem que podem ser armazenados e comercializados e sim serviços consumidos no ato de sua produção⁽⁵⁾. Dessa maneira, a transformação do objeto de trabalho na saúde e enfermagem pode acontecer na promoção, prevenção ou recuperação da saúde. A inclusão da qualidade de vida e a emancipação dos usuários e trabalhadores ampliam o conceito de saúde restrito à ausência de doença⁽⁶⁾.

O processo de trabalho em saúde caracteriza-se pela complexidade, heterogeneidade e fragmentação. A complexidade é decorrente da diversidade de profissões e profissionais, usuários, relações sociais e interpessoais e as formas de organização do trabalho. A heterogeneidade é dada pela diversidade de muitos processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e que, muitas vezes, possuem uma organização própria e funcional sem articular-se de forma adequada com os demais processos de trabalho. A fragmentação abrange as várias dimensões, como a fragmentação conceitual - separação entre o pensar e o fazer - a fragmentação técnica, caracterizada pela presença de profissionais especializados e a fragmentação social, que estabelece relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais⁽⁷⁾.

O trabalho ganha dimensão ativa na realidade a partir da ação dos sujeitos, e estrutura-se como processo dinâmico, modificando-se e influenciando os sujeitos que interagem na atividade laboral. Portanto, para analisar a *produção do cuidado*, é necessário considerar o sujeito e sua ação cotidiana. Por outro lado, é importante lembrar que o sujeito é histórica e socialmente produzido. Na medida em que trabalha, produz o mundo em que está inserido e a si mesmo como indivíduo, tornando-se resultado da vivência do cotidiano e das experiências pregressas no microcosmo de trabalho⁽⁸⁾.

Abordando o trabalho coletivo, as ações de enfermagem são executadas em conjunto com outros profissionais da saúde como médicos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. Esse trabalho realizado em equipe consiste em uma modalidade peculiar de organização do trabalho que, mesmo quando realizado individualmente por um profissional, é considerado coletivo, pois ocorreu um intenso processo de divisão, abrangendo as diferentes áreas de

atuação do trabalho especializado. O produto final dessas múltiplas intervenções executadas por diferentes agentes é a assistência e o cuidado ⁽⁹⁾.

Os trabalhadores atuais podem pertencer a duas classes diferentes: os que realizam um trabalho repetitivo observando uma sequência de atos ou procedimentos com pouca possibilidade de criação e os analistas simbólicos, que mantêm uma visão global do que produzem e mantêm viva a possibilidade de criação. A rotina é necessária em todas as atividades, porém a preservação de espaço aberto para a criação possibilita melhorar a produção ⁽¹⁰⁾.

O trabalho em enfermagem é considerado como prática social inserida no mundo do trabalho e na atenção à saúde e é marcado por determinações históricas, sociais, econômicas e políticas ⁽¹¹⁻¹³⁾.

O processo de trabalho em enfermagem pode desenvolver-se na assistência, administração, pesquisa e ensino. Cada área de atuação é considerada como um processo à parte com seus próprios elementos (objeto, meios/instrumentos e atividade), e podem coexistir ou não em um determinado momento e instituição. Nesses diferentes processos, os trabalhadores de enfermagem inserem-se de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social do trabalho ⁽¹⁴⁾.

A gerência emerge com o surgimento do capitalismo e o trabalho coletivo, respondendo à necessidade de uma instância, cuja função é a integração das atividades e unificação do processo de trabalho. Nesse sentido, todo trabalho social ou coletivo, executado em grande escala, exige com maior ou menor intensidade uma direção que harmonize as atividades individuais e preencha as funções gerais ligadas à produção. Um violinista isolado comanda a si mesmo; uma orquestra exige um maestro. Assim, a gerência configura-se numa ferramenta do processo de cuidar ^(15,16).

A gerência é um instrumento para qualificar o processo assistencial, orientando um conjunto de atividades e buscando criar e manter as condições adequadas para que a assistência ocorra conforme o projeto da Instituição. A gerência em enfermagem pode ser assistencial, permitindo uma boa assistência ao paciente e um bom funcionamento da instituição; as gerências com atividade burocrática e participativa visam qualificar a assistência por meio da articulação dos processos de trabalho assistencial e gerencial. O gerenciamento de material

pelo enfermeiro é devido à expectativa que a instituição atribui esta função para o controle de custo⁽¹⁷⁾.

Perante o que foi apresentado sobre o processo de trabalho em saúde e em enfermagem, com a intenção de explicar o objeto de trabalho em Enfermagem, passamos no próximo subcapítulo a discorrer sobre a SAE (Sistematização da Assistência da Enfermagem), enquanto instrumento metodológico no processo de enfermagem do Enfermeiro.

1.3. Abordando o tema: sistematização da assistência em enfermagem,

A busca de uma identidade profissional para a enfermagem teve início com o trabalho de Florence Nightingale, após a Guerra da Criméia, em 1856. Ela enfocou medidas de conforto e manutenção de higiene, buscando diferenciar a Enfermagem da Medicina, e estabeleceu as premissas sobre as quais a profissão deveria basear-se^(18,19).

A partir do século 20, a preocupação com a aplicação de princípios científicos que norteassem a prática da Enfermagem, iniciou o planejamento da assistência de Enfermagem, buscando uma postura mais científica e menos intuitiva. Buscou-se também, com essas mudanças a independência e autonomia da profissão⁽¹⁹⁾.

Inicialmente, a organização do cuidado era descrita por meio de estudos de casos. Posteriormente, surgiram os planos de cuidados a serem prestados aos pacientes. Esses planos foram abandonados por um período e foram retomados em 1960, mas visando a individualização da assistência prestada e a unificação do cuidado. Entretanto, já se identificava alguma dificuldade na operacionalização dos planos de cuidado que, não eram devidamente executados e não consideravam o cliente como um ser holístico⁽¹⁸⁾.

A primeira descrição do processo de enfermagem foi realizada por Lydia Hall, em 1955. Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961) e Ernestine Wiedenbach (1963) desenvolveram, cada uma, modelos diferentes do processo⁽²⁰⁾.

Em 1967, Yaura e Walsh escreveram o primeiro texto que descrevia quatro fases: histórico, planejamento, execução e avaliação. Na década de 70, Bloch

(1974), Roy (1975), Mundinger e Jauron (1975) Aspinall (1976) acrescentaram o diagnóstico como a quinta fase do processo⁽²¹⁾.

No Brasil, Horta contribuiu e utilizava a expressão “Processo de Enfermagem” que definiu como “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência do ser humano” e caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases⁽²²⁾.

Na segunda metade da década de 60, no Brasil, surge o modelo conceitual que utiliza a teoria das necessidades humanas básicas, elaborada pela Dra. Wanda de Aguiar Horta, que propõe uma assistência de enfermagem sistematizada. Ela apresentou seis fases que compunham o processo de enfermagem: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem.⁽²²⁾

O ensino do Processo de Enfermagem, nas escolas de graduação e também em cursos de pós-graduação no Brasil, teve importante desenvolvimento na década de 70. Ficou registrada a influência da Horta nesse período em vários acontecimentos, destacando-se a participação da professora Horta, em 1972, na Escola Ana Neri, que instituiu o primeiro curso de Mestrado em Enfermagem no Brasil⁽²³⁾.

Para utilização de forma eficiente do processo, há a necessidade de conceitos e teorias de enfermagem, das ciências biológicas, físicas, comportamentais e humanas, para que se tenha um substrato racional na tomada de decisões e julgamentos e nas relações interpessoais e ações de enfermagem⁽²⁴⁾.

O interesse pelo desenvolvimento das teorias de enfermagem surgiu por duas razões. Primeiramente, as enfermeiras perceberam que o desenvolvimento das teorias era um meio de estabelecer a enfermagem como profissão e definir um corpo de conhecimentos. Em segundo lugar, os teóricos estavam motivados pelo valor intrínseco das teorias para a Enfermagem e pela importância do crescimento e enriquecimento dessa teoria⁽²⁵⁾.

A SAE concretiza-se por meio do processo de enfermagem (PE), que é um método desenvolvido, com base no método científico, tendo como finalidade

imprimir a racionalidade no processo de cuidar. Assim sendo, na SAE, o processo de enfermagem representa o caminho a ser percorrido para alcançar um resultado.

O Processo de Enfermagem é um método para organização e prestação do cuidado de enfermagem ⁽²³⁾. Outras denominações como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE), são termos empregados para definir as formas de organizar a assistência. No entanto, há diferença conceitual, embora sejam utilizados como sinônimos, segundo Iyer⁽²¹⁾ quando apresenta o conceito de PE, traz o requisito essencial de tê-lo baseado em teoria de enfermagem e ser desenvolvido em cinco etapas: o histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação e evolução. Para SAE, isto não necessariamente terá que ser garantido, podendo inclusive ser implantada como SAE sumarizada, em três etapas: Histórico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

Corroboramos a idéia, de que o profissional de enfermagem que desenvolve assistência de enfermagem instrumentalizada pela SAE, à luz de um referencial teórico de enfermagem, será capaz de aprimorar habilidades cognitivas e psicomotoras para associar teoria e prática, relacionando conhecimentos multidisciplinares e estabelecendo relações de trabalho mais profundas e produtivas⁽²⁵⁾.

Desta forma, para atender a uma determinada filosofia de trabalho, a SAE precisa ser bem fundamentada e a coleta de dados deve ser sistemática e específica para cada paciente, pois essa coleta é o alicerce para avaliação clínica e o consequente cuidado de enfermagem⁽²⁵⁾.

Portanto, considerando a relevância da SAE para nossa prática, observamos a necessidade de capacitar melhor nossos profissionais, trabalhando com instrumentos específicos e aplicáveis a cada realidade, com o objetivo de oferecer um cuidado integral e qualificado aos pacientes⁽²⁶⁾.

Os conhecimentos que fundamentam as ações de enfermagem constituem um conjunto teórico denominado *ciência da enfermagem*, e são expressas operacionalmente pelo processo de enfermagem, que busca por meio da

sistematização de ações, um nível de qualidade, compatível com as necessidades do cliente, da família e da comunidade com os recursos disponíveis⁽²⁷⁾.

O Processo de Enfermagem como método sistemático de prestação de cuidados humanizados, enfoca a obtenção de resultados desejados de modo sistematizado. É humanizado porque, à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar os interesses, os ideais e os desejos do cliente⁽²⁸⁾.

A metodologia da assistência de enfermagem é uma atividade unificadora da profissão. Demonstra a função da enfermagem, mediante o uso da ciência e da arte, unindo a teoria à tecnologia e resgatando para enfermagem seu primeiro compromisso, que é cuidar das pessoas de forma personalizada, humana e técnica.⁽²⁹⁾

A SAE representa a construção dinâmica de um novo espaço cultural voltado para um sistema de valores que pressupõe a superação constante da descrença e do conformismo, da fragmentação e da burocratização, para estimular a liberação da criatividade e da subjetividade, tendo em vista uma nova percepção da realidade, ou seja, uma mudança no papel do enfermeiro⁽³⁰⁾.

O processo de enfermagem é a essência da prática, o instrumento que ajuda o enfermeiro a tomar decisões e planejar, com a finalidade de criar condições para que o cliente se integre à comunidade. Esse processo é sistemático e dirigido pela lógica científica, usado para avaliar o estado de saúde do cliente, diagnosticar suas necessidades, elaborar e executar o plano de cuidados e avaliar sua efetividade.

A operacionalização do processo de enfermagem, segundo Horta⁽²²⁾ ocorre por meio de seis fases: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, a evolução de enfermagem e o prognóstico⁽²²⁾.

Este método tem três grandes dimensões estruturais: o propósito, a organização e as propriedades. O propósito principal do processo é oferecer uma estrutura que atenda às necessidades individualizadas do cliente, da família e comunidade, e deve existir uma interação entre o foco principal e o enfermeiro.

Portanto, pelos pressupostos que foram apresentados e que abaixo se discutem, verifica-se a amplitude para se colocar em prática o processo de

enfermagem. Para tê-lo implantado faz-se necessário, respeitar esses pressupostos. Então, na maior parte dos serviços de saúde do Brasil, o que se vê implantado é a SAE, colocada em prática sem embasamento de teorias de enfermagem, dentre outros pontos que ficam ausentes.

A busca da obtenção de resultado pelo processo de enfermagem (PE) caracteriza sua *intencionalidade*⁽²¹⁾.

É *sistemático* por envolver uma abordagem organizada para alcançar o seu propósito. Na prática corrente, o PE é desenvolvido por meio de etapas interdependentes, tendo como base, a coleta de informações, o processamento dos dados e a retro-alimentação do sistema por meio da avaliação dos resultados obtidos e/ou das avaliações realizadas periodicamente, possibilitando novas hipóteses diagnósticas e, desse modo, dando continuidade ao processo de cuidar.⁽²¹⁾

É *dinâmico*, pois sua utilização envolve mudanças contínuas a partir das respostas ou alterações do paciente/cliente às intervenções de enfermagem⁽²¹⁾.

O método pode ser utilizado em qualquer ambiente em que o cuidado está sendo efetuado e suas fases podem ser utilizadas de modo concomitante, ou seja, ao mesmo tempo em que o cuidado está sendo oferecido, pode ser realizado o planejamento para novos cuidados e coleta de dados adicionais. Esta propriedade caracteriza a *flexibilidade* do processo de enfermagem que, também, permite reformular ou levantar um diagnóstico⁽²¹⁾.

A última propriedade mencionada é a *fundamentação em modelos teóricos*. Esta propriedade decorre da premissa de que a teoria e o método são aspectos estreitamente relacionados, pois a teoria direciona a seleção dos métodos. Sem base teórica, a utilidade do método será restrita. Assim, a importância da utilização do PE decorre do fato de estar fundamentado no método científico, que propicia o desenvolvimento do raciocínio crítico, favorecendo o desenvolvimento científico da profissão, melhorando e aperfeiçoando o desempenho das enfermeiras, fazendo com que as mesmas respondam pelas ações, conferindo-lhes autonomia e possibilitando maior satisfação profissional. Destaca-se a importância do cuidado humanizado, que deve sustentar esta ação quando se utilizam referenciais próprios da profissão⁽²¹⁾.

A Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre o exercício do profissional da enfermagem, introduzindo como atividade privativa do enfermeiro a elaboração, execução e avaliação dos planos de cuidados assistenciais⁽³¹⁾.

O processo de enfermagem é visto por alguns, como uma forma reducionista e, excessivamente, normativa de desempenhar o papel e as funções profissionais. O modo como é abordado na formação acadêmica, com excesso de detalhamento e supervalorização do método, em detrimento da essência, naturalidade e espontaneidade do processo de cuidar, talvez tenha influenciado para sua desvalorização ou negação na prática assistencial.⁽³³⁾

Aparentemente, tanto os enfermeiros como os acadêmicos reconhecem o valor do processo de enfermagem, mas encontram incerteza na aplicabilidade prática. Cabe às escolas de enfermagem a promoção de ampla discussão sobre o assunto, reforçando a importância da fundamentação teórica e a valorização profissional, proporcionada pelo conhecimento científico⁽³⁴⁾.

A resolução COFEN n.272/2002 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE - nas Instituições de saúde brasileiras. Esta resolução considera a SAE como atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem, que possam contribuir para promoção, a prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Segundo a referida resolução, a Sistematização da Assistência de Enfermagem constitui, efetivamente, melhoria da assistência da enfermagem⁽³⁵⁾.

Esta resolução, em seu terceiro artigo, define que a SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem⁽³⁵⁾.

As transformações são necessária no processo de trabalho, visando ampliar o objeto de ação por meio da inserção da família como sujeito e objeto do trabalho, rumo a um novo modelo assistencial, que visa à humanização da assistência ao cliente e a sua família⁽³⁶⁾. O enfermeiro ao pensar no processo,

deve fazer uma abordagem centrada não apenas nas necessidades fisiológicas, mas nos aspectos biossocial, espiritual e cultural.⁽³⁷⁾

A inclusão da equipe de enfermagem na construção coletiva do processo de enfermagem é fundamental, uma vez que, para compreender a importância e efetivação plena de suas etapas, é necessário que toda equipe esteja envolvida na implantação dessa metodologia⁽³⁸⁾. No entanto, os enfermeiros encontram obstáculos que dificultam a implantação da SAE como: a falta de tempo para sua realização, a alta rotatividade de pacientes e atendimentos, o aumento de custos para a instituição devido ao número de impressos e os recursos humanos de enfermagem insuficientes. Esses obstáculos, juntamente com a descrença quanto à própria metodologia, são alguns motivos de insucesso da implantação⁽²⁶⁾.

Ao ser consultado sobre o significado cultural do processo de enfermagem, os profissionais da enfermagem apontaram vários fatores que interferem na sua implementação como a atividade dissociada da prática e dessa forma do próprio cuidado. A prescrição de enfermagem é registrada regularmente, porém isso não acontece com as outras etapas; as prescrições diárias de enfermagem não estão vinculadas a uma avaliação anterior do paciente e essa é uma das razões que levam os Auxiliares de Enfermagem a desconsiderarem-na. A realização de prescrição de enfermagem como atividade burocrática e as outras etapas do PE não mantêm relação de interdependência e os auxiliares de enfermagem não sentem a necessidade da prescrição de enfermagem porque já sabem o que devem fazer⁽³⁹⁾.

A implantação dessa metodologia exige muito mais que a construção de instrumentos. O trabalho em equipe e o número suficiente de enfermeiros são essenciais para essa prática^(38,40).

O trabalho da enfermagem é amplo e abrange a esfera assistencial e gerencial. Diariamente, o enfermeiro lida com recursos humanos insuficientes, familiares com dificuldades, previsão, provisão e controle dos recursos ambientais e materiais, equipamentos e elaboração de escalas mensais de trabalho para a equipe e distribuição de atividades técnico-assistenciais. Todo esse processo é gerenciado pelo enfermeiro⁽⁴¹⁾.

O trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos, e o enfermeiro é freqüentemente o membro da equipe a ser acionado nos imprevistos, o que é

percebido por alguns profissionais como um problema. Desse modo, ficam em segundo plano o planejamento, coordenação e avaliação do *cuidar* em enfermagem, funções decisivas para o gerenciamento do cuidado efetivo de boa qualidade destinada ao cliente. ⁽⁴¹⁾.

O contexto hospitalar em que os enfermeiros desenvolvem o processo de enfermagem caracteriza-se pela ideologia de dominação da Medicina e pelas estruturas de poder da instituição que reforçam o poder Médico e mais recentemente dos Administradores. O Médico tem como seus aliados os ingredientes do poder como a ideologia e a tecnologia. A Enfermagem ocupa uma posição de subordinação na instituição que, na maioria das vezes, adota uma forma de organização burocrática, valorizando a especialização e o controle, e favorecendo a manutenção do foco de atenção da enfermagem na execução das tarefas, e não do atendimento das pessoas ⁽⁴²⁾.

O distanciamento entre o administrar e o cuidar, vivenciado no cotidiano de trabalho do enfermeiro, vem gerando grandes inquietações pessoais e profissionais, impondo-o um repensar da prática administrativa voltada à assistência, procurando resgatar o papel do enfermeiro como gerente do cuidado ⁽¹⁷⁾. Acreditamos que a mudança na forma de o enfermeiro executar o trabalho, no sentido de articular o assistencial e o gerencial, poderá permitir-lhe maior visibilidade social e profissional. Existe a necessidade que se tenha a clareza e a intencionalidade do sentido do processo de trabalho de Enfermeiro, e que este reconheça e considere qual é o seu objeto. Assim, as ações poderão ser direcionadas às pessoas que possuem demandas pelo cuidado.

O Hospital das Clínicas de Botucatu passa por um processo dinâmico de discussões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem com o objetivo de atender os requisitos legais da profissão e de melhorar a assistência. Até o momento foram implantadas as seguintes fases: histórico de enfermagem , prescrição da assistência de enfermagem e evolução da assistência de enfermagem.

Observa-se, que a maioria das enfermeiras não consegue dar continuidade ao processo de enfermagem e nas atuais condições de trabalho, tem sido um desafio cumprir este requisito legal. Diante dessa realidade, retomo a

pergunta da pesquisa: — Como se constitui a interface das experiências daquele que planeja (enfermeiro) e de quem executa (técnicos e auxiliares de enfermagem) a Sistematização da Assistência de Enfermagem, em um Hospital Universitário do Interior Paulista?

1.4. Propondo os objetivos da pesquisa

Com o desenvolvimento desta pesquisa pretendemos:

- compreender o processo interacional planejamento-execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem de um hospital universitário do interior Paulista, na perspectiva de dois grupos amostrais: Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem;
- desenvolver uma síntese dos modelos teóricos representativos dessas experiências.

Poucos estudos mostram a experiência do cotidiano da Sistematização da Assistência de Enfermagem focada na interface do enfermeiro, aquele que planeja e dos demais da equipe como executores (técnicos e auxiliares de enfermagem).

Isso implica em entender como eles definem as situações, considerando suas suposições, valores e crenças. Esta compreensão nos permitirá conhecer as suas percepções, assim como suas dificuldades perante as situações, que poderão nortear a implantação da SAE e conseqüentemente o reconhecimento dos profissionais de enfermagem.

CAPÍTULO 2

APRESENTANDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1. Optando pela metodologia qualitativa

Escolhemos a metodologia qualitativa, mediante a pretensão de descrever os fenômenos que compõem a interface da equipe de enfermagem, acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem, na perspectiva daquele que planeja (enfermeiro) e daquele que a executa (técnicos e auxiliares de enfermagem), em um Hospital Universitário do Interior Paulista.

Dentre os principais referenciais teóricos e metodológicos utilizados nos estudos qualitativos, optamos pelo Interacionismo Simbólico e pela *Grounded Theory*, em português, conhecida como Teoria Fundamentada nos Dados.

2.2. Descrevendo os fundamentos teóricos dos referenciais

2.2.1. Interacionismo Simbólico: referencial teórico

Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da Psicologia:

- o interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo;
- o ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciando não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento, o que fazemos agora está ligado a essa interação;
- interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo que definimos a situação que estamos vivenciando, embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação;
- o interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve a escolha consciente, a direção de nossas

ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção^(66:103).

Os conceitos do interacionismo simbólico são: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social⁽⁶⁶⁾.

- **Símbolo**

É o conceito central, pois, sem os símbolos não podemos interagir uns com os outros. Eles pertencem a uma classe de objetos sociais, usados para representar alguma coisa⁽⁶⁶⁾.

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados pela interação dos seus usuários; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras, permitindo que se combinem os sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros^(66:41).

- **Self**

No Interacionismo Simbólico o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social definido e redefinido na interação. Surge na infância, inicialmente, por meio da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente na medida em que a criança vivencia novas experiências, interagindo com outros. “Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida”^(66:82).

- **Mente**

Mente é a ação, ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente;

a ação é resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos^(66:92).

É a interação simbólica do organismo humano com seu *self*⁽⁶⁶⁾.

- **Assumir o papel do outro**

Esse conceito está intimamente relacionado aos anteriores, porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. “É por meio da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas”^(66:103).

- **Ação humana**

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação.

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e esta por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá^(66:125).

- **Interação social**

Conforme apresentamos, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação, bem como são parte dela.

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro^(66:149).

Assim, o reconhecimento da existência de atividades como essas, permite a compreensão da natureza da interação.

2.2.2. *Grounded Theory*: referencial metodológico

Segundo os idealizadores da *Grounded Theory*, essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente⁽⁷⁶⁾.

Para eles, a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceitualização para descrever e explicar⁽⁶⁷⁾.

Eles apresentam um método de análise comparativa constante, onde o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que, as categorias começam a emergir dos dados⁽⁶⁷⁾.

Esse é um processo descrito como amostragem teórica e o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Nesse sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, uma vez que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados⁽⁶⁷⁾.

2.3. Os atores participantes e o local da pesquisa

A saturação teórica foi obtida a partir da análise da 24ª entrevista com membros da equipe de enfermagem, sendo: doze Enfermeiros e doze Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, lotados em unidades clínicas e cirúrgicas, de um Hospital Universitários Público de grande porte, do interior paulista.

Todos os Enfermeiros referiram ter o contato com o tema SAE e o tempo de serviço destes profissionais variou de um a 20 anos (Tabela 1).

Dos Auxiliares e técnicos de Enfermagem, 8(66%) são Técnicos de Enfermagem e 4(33%) são Auxiliares de Enfermagem. Nenhum dos Auxiliares de Enfermagem 4(33%) recebeu capacitação sobre o assunto e entre os Técnicos de

Enfermagem, 2(33%) não aprenderam sobre SAE, ou seja, dos (12)100%, apenas 50% dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem tiveram contato com os ensinamentos da SAE. O tempo de serviço dos mesmos varia de sete a 25 anos (Tabela 2).

No decorrer do trabalho, os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem são identificados como Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, porque todos são contratados como Auxiliar de Enfermagem, porém a maioria deles fez o Curso de Técnico de Enfermagem, oferecido pela Instituição por meio do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE). .

Tabela1. Caracterização dos Enfermeiros da pesquisa, segundo: idade, tempo de formado, turno de trabalho e contato com o assunto. Hospital Universitário do interior paulista, 2010.

Nº	Idade	Tempo na instituição	Tempo de formado	Contato com a SAE	Período que trabalha
1	40	10 anos	12	Sim	7/16
2	28	4 anos	4	Sim	7/16
3	29	4 anos	5	Sim	7/16
4	38	14 anos	15	Sim	7/16
5	30	4 anos	5	Sim	7/16
6	30	4 anos	4	Sim	13/19
7	35	4 anos	5	Sim	Noturno
8	35	13 anos	14	Sim	Noturno
9	43	20 anos	21	Sim	Noturno
10	33	1 ano	4	Sim	13/19
11	27	2 ano	2	Sim	13/19
12	25	5 anos	2	Sim	13/19

Tabela 2. Caracterização dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem da pesquisa, segundo: idade, tempo de formado, turno de trabalho e contato com o assunto. Hospital Universitário do interior paulista, 2010.

Nº	Idade	Tempo na instituição	Fez curso de Auxiliar	Fez curso de técnico	Teve SAE	Período que trabalha
1	42	15	Não	2anos	Sim	Dia
2	35	15	15 anos	6 anos	Sim	Dia
3	29	7	Não	7 anos	Sim	Dia
4	35	12	12 anos	2 anos	Não	Dia
5	32	11	12 anos	2 anos	Não	Dia
6	32	15	15 anos	6 anos	Sim	Dia
7	35	12	13 anos	1 anos	Sim	Dia
8	55	25	25 anos	Não	Não	Dia
9	45	20	23 anos	Não	Não	Dia
10	50	16	15	6 anos	Sim	Dia
11	45	25	25 ano	Não	Não	Dia
12	43	23	23 anos	Não	Não	Dia

O cenário hospitalar, onde os atores desta pesquisa vivenciam as suas experiências pertence a um dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo que, engloba 68 municípios. Conta com o Pronto Socorro que atende aos casos de urgência e emergência da região, e a maternidade recebe os casos de parturientes com gestação de risco. O Hospital funciona com 415 leitos, sendo o Serviço Técnico de Enfermagem dividido em áreas distintas: Diretoria Materno-infantil, que abrange enfermarias de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Obstétrico, Banco de Leite Humano, UTI de Neonatologia, Alojamento conjunto e Enfermaria de Pediatria; Diretoria Clínico-Cirúrgico, abrangendo as enfermarias de Neurologia clínica e cirúrgica, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, Clínica Médica I, II e III, Dermatologia, Moléstias infecciosas e parasitárias, Cirurgia cardíaca e torácica, Cirurgia vascular, Ortopedia e cirurgia plástica, Urologia e transplante renal e, Gastrocirurgia e Unidade de pacientes conveniados; Diretoria de Unidades Especiais: UTI de Adultos, UTI Pediátrica, Unidade Coronariana, Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado, Cirurgia Ambulatorial, Hemodiálise, Ambulatório Geral e Terapia Antálgica. Os setores de Quimioterapia, Hemocentro, Serviço de Diagnóstico por Imagem e Pronto Socorro, pertencem às Diretorias Médicas do Hospital das Clínicas.

2.4. Estratégias para coleta e análise de dados

Antes de realizar a coleta de dados, o estudo foi encaminhado, na forma de projeto de pesquisa, conforme Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁶⁸⁾, tendo o parecer favorável com o N° OF 476/08 do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 1).

Consta no estudo, também, a justificativa de alteração no título do projeto de pesquisa (Anexo 2).

A coleta de dados ocorreu no período de novembro, dezembro de 2008 e janeiro de 2009, na sequência da aprovação em seis de novembro de 2008.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos atores, quando se agendou data e local que favorecesse a abordagem para os depoimentos. Ademais, foram informados sobre os objetivos do estudo, a

dinâmica da entrevista, sendo áudio-gravado, a garantia do anonimato e a destruição das fitas após o procedimento de transcrição das narrativas. Considerando-se o interesse dos sujeitos em participar do estudo, foi solicitada a leitura e assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

Diante disto, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas não diretivas, tendo como questão de partida: — Como tem sido a sua experiência com a SAE?

Essa questão foi formulada aos atores pelo próprio pesquisador, em ambiente que pudesse assegurar a privacidade das informações.

O registro das observações foi realizado por meio de anotações, durante os eventos, utilizando-se de um diário. O registro constou de notas breves, como palavras e frases, de modo que possibilitassem a reconstrução da situação observada. Tivemos o cuidado de efetuar os registros, imediatamente após o término da observação para evitar esquecimentos ou confundir as situações⁽⁶⁹⁾.

A análise dos dados foi realizada de acordo com o método da *Grounded Theory*, tendo como orientação às estratégias básicas para a formação de categorias, apresentadas por Chenitz, Swanson⁽⁷⁰⁾.

Categorias, segundo as autoras, são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da *Grounded Theory*. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo, como consequência da análise.

As fases da análise dos dados são: descobrindo categorias, ligando categorias, desenvolvimento de memorandos e identificação do processo⁽⁷⁰⁾.

- **Descobririndo categorias.** O passo inicial, uma vez redigido o texto da observação e/ou entrevista, consiste em quebrar os dados em pequenos pedaços, onde cada um deles representa um incidente específico ou fato. Para isso, os dados foram analisados linha por linha, e parágrafo por parágrafo, buscando incidentes e fatos. Cada incidente foi codificado como um conceito ou abstração do dado⁽⁷⁰⁾.
- **Ligando categorias.** Uma vez identificadas às categorias, efetuamos nova comparação, desta vez entre categorias, o que determinou uma melhor

estruturação do conceito. Deste modo, ocorreu um processo de redução das categorias, onde pela comparação, identificamos a idéia que melhor explicava o fenômeno daquele grupo de categorias⁽⁷⁰⁾.

- **Desenvolvimento de memorandos.** O processo de construção da teoria implicou no registro do processo analítico desde o seu início, de modo a que se possa perceber o desenvolvimento do conceito, quase que passo a passo. Neste sentido, após a codificação inicial das primeiras observações, todas as idéias que foram surgindo em função da leitura e das próprias observações passaram a ser registradas⁽⁷⁰⁾.
- **Identificação do processo.** Uma vez identificadas às categorias e seus componentes, passamos a ordená-las de maneira a identificar uma que fosse central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas se relacionavam. Para chegar a ela, foram elaborados esquemas (diagramas) e aplicados aos dados (novo retorno aos dados, de modo a verificar qual deles parecia melhor expressar, primeiramente, a experiência isolada de cada grupo, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar, e, posteriormente, a interface dessas, em termos conceituais) que, configurou na interface de um modelo que representasse a experiência interacional Enfermeiros-Técnicos/Auxiliares de Enfermagem com a SAE⁽⁷⁰⁾.

Ressaltamos que, a análise do modelo teórico foi realizada à luz do Interacionismo Simbólico e posteriormente da literatura.

CAPÍTULO 3

*RESULTADOS: A INTERFACE DAS EXPERIÊNCIAS
DO ENFERMEIRO E DE TÉCNICOS/AUXILIARES DE
ENFERMAGEM COM A SAE*

Neste capítulo apresentaremos as experiências de dois grupos amostrais: enfermeiros, seguida dos técnicos/auxiliares, finalizando com a síntese dos modelos dessas vivências.

Os fenômenos serão apresentados, em forma de diagramas e quadros, descrevendo os conceitos que emergiram da experiência do enfermeiro, segundo os componentes que compõem o processo: temas, categorias, subcategorias e elementos.

Ressaltamos que, os quadros estão contidos no Anexo 4 e para facilitar a localização de cada um deles, recomendamos a consulta da lista dos mesmos, no início deste relatório.

Quanto aos códigos alfanuméricos, leia-se conforme exemplo abaixo:

3.1. A experiência interacional do enfermeiro com o planejamento-execução da SAE.

3.1.1. Os fenômenos identificados.

Seguindo os passos do referencial metodológico, pudemos identificar dois fenômenos: **IDEALIZANDO OPERACIONALIZAR A SAE NA SUA PLENITUDE VISLUMBRANDO O RECONHECIMENTO SOCIAL DA PROFISSÃO e FRUSTRANDO-SE COM A FALTA DE APOIO DA INSTITUIÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

FENÔMENO E1. IDEALIZANDO OPERACIONALIZAR A SAE NA SUA PLENITUDE VISLUMBRANDO O RECONHECIMENTO SOCIAL DA PROFISSÃO.

Retrata o desejo do enfermeiro em realizar a SAE, conforme preconizada, adotando-a como um instrumento do gerenciamento da assistência de enfermagem, para alcançar a visibilidade de sua práxis no processo de trabalho e o reconhecimento social, mediante a contribuição com a qualidade assistencial, oferecida pela Instituição à sociedade. Para isso, aponta para aspectos disponíveis na Instituição e que poderiam ajudar na operacionalização da SAE. Este fenômeno reúne quatro temas: considerando a SAE uma ferramenta essencial para o reconhecimento social da profissão; reconhecendo a SAE como um instrumento de gerenciamento da assistência de enfermagem; desejando realizar a SAE na sua plenitude; percebendo processos que facilitam a realização e implementação da SAE (Diagrama 1).

Diagrama 1. Fenômeno E1. Idealizando operacionalizar a SAE na sua plenitude, vislumbrando o reconhecimento social do enfermeiro: temas.

Tema E1.1. Considerando a SAE uma ferramenta essencial para o reconhecimento social da profissão: temas.

Trata-se da concepção da SAE como um instrumento do enfermeiro para conquistar a legitimidade da assistência, mediante a equipe de saúde e a sociedade, garantindo ao mesmo o exercício do direito de decidir sobre o cuidado do ser humano, com independência intelectual técnica-científica (Quadro 1).

[...] A Sistematização da Assistência de Enfermagem é essencial para formação, para o reconhecimento profissional, para qualidade do serviço do enfermeiro, para ele se mostrar membro de uma equipe, com conhecimento técnico e científico para fazer aquilo que ele estudou para fazer (E.10).

Tema E1.2. Reconhecendo a SAE como um instrumento de gerenciamento da assistência de enfermagem.

É o reconhecimento da SAE como um instrumento para o planejamento da assistência de enfermagem, que auxilia na estruturação e organização do serviço, ao ordenar as ações na forma escrita a ser implementadas pela equipe (Diagrama 2 e Quadro 2).

[...] Está mais que comprovado que é um instrumento de trabalho da enfermagem. É, uma autonomia que nós temos e que direciona os cuidados [...]. Então, eu acho fundamental que tivesse prescrição de enfermagem pra todos os pacientes [...] (E. 4).

Tema E1.3. Desejando realizar a SAE na sua plenitude.

É o desejo expresso de poder operacionalizar todas as fases propostas pela SAE conforme idealizada, para todos pacientes e sem interrupções. Este tema reúne cinco categorias: pretendendo realizar prescrição de enfermagem fundamentada no histórico; desejando melhorar a assistência mediante a continuidade da SAE, após contratação de recursos humanos; vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência à implantação do diagnóstico de enfermagem como o maior desafio; desejando realizar todas as etapas da SAE; almejando a realização da SAE de todos os pacientes (Diagrama 2).

Diagrama 2. Tema E1.3. Desejando realizar a SAE na sua plenitude: categorias.

Categoria E1.3.1. Pretendendo realizar a prescrição de enfermagem fundamentada no histórico.

É o desejo de começar a SAE adequadamente, ou seja, pela entrevista e exame físico, configurados na fase inicial de um processo metodológico dinâmico, que preconiza a interdependência das etapas, para que as intervenções prescritas possam atender as demandas reais e potenciais do paciente, visto como ser integral. Nessa condição deixar-se-ia de realizar prescrições de enfermagem, sem o direcionamento de uma avaliação prévia do paciente (Quadro 3).

[...] Eu colocaria como desafio a realização do histórico de todos os pacientes, que é super importante. A gente fica sabendo coisas dos pacientes que, e assim, não falam para a equipe médica (E. 3).

[...] Eu acho a SAE importantíssima para a organização, para a qualidade do cuidado do paciente. Se a gente conseguisse fazer mesmo, fazer histórico, fazer tudo, o serviço seria outro, a qualidade do cuidado seria outra e até o tratamento seria melhor, porque se eu conheço ele como um todo, é bem mais fácil identificar as necessidades do paciente (E. 11).

Categoria E1.3.2. Desejando melhorar a assistência mediante a continuidade da SAE, após a contratação de recursos humanos.

É a idealização de uma assistência de enfermagem individualizada, qualificada e valorizada socialmente, mediante uma SAE ininterrupta e sistematizada, mediante investimento da instituição em contratar recursos humanos na área da enfermagem (Quadro 4).

[...] Se tivesse enfermeiros e mais funcionários seria bom, a sistematização permite uma continuidade, acompanhar a evolução do paciente e de todos os cuidados [...]. Por exemplo, evoluir um curativo, como está sendo feito, a mudança de decúbito, mas não tem continuidade, não fazem, tem poucos funcionários. Eles já ficam revoltados e não vão ficar fazendo os cuidados das prescrições de enfermagem (E. 9).

Categoria E1.3.3. Vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência à implantação do diagnóstico de enfermagem como o maior desafio.

É a percepção de que a incorporação do diagnóstico de enfermagem como etapa da SAE possa melhorar a qualidade assistencial, apresenta-se ao enfermeiro como uma tarefa difícil de ser executada, ou seja, está além das possibilidades atuais do mesmo operacionalizar no cenário (Quadro 5).

[...] o maior desafio eu acho é implantar o diagnóstico e no meu ponto de vista sem diagnóstico não tem prescrição de enfermagem [...]. Capacitar o enfermeiro para pensar com senso crítico, isso é um desafio para a qualidade, porque quantidade não é fácil fazer, mas qualidade é difícil (E. 10).

Categoria E1.3.4. Desejando realizar todas as etapas da SAE.

Acreditando na importância de realizar de todas as fases da SAE, pois as mesmas possibilitam conhecer integralmente o paciente (Quadro 6).

[...] Acho que teria que fazer todas as fases da SAE, com diagnóstico de enfermagem e para melhorar teria que ter, pelo menos, mais um enfermeiro para a gente poder fazer bem feito. A gente faz numa correria [...] (E. 2).

Categoria E1.3.5. Almejando a realização da SAE de todos os pacientes.

É o desejo do enfermeiro em sentir a satisfação de realizar a SAE de todos os pacientes, sob sua responsabilidade, garantindo ao mesmo o direito de uma assistência de enfermagem qualificada (Quadro 7).

[...] Seria fundamental se nos conseguíssemos fazer a SAE para todos os pacientes e se eu pudesse ver todos os pacientes, em todos os quartos e conseguisse chegar até o último leito. Seria muito gratificante, muito importante para o paciente, só que não dá, sinto-me angustiado por não conseguir [...] (E. 4).

Tema E1.4. Percebendo processos que facilitam a realização e implementação da SAE.

Significa algumas sugestões que poderiam ajudar a tornar viável a SAE na Instituição, reunidas em cinco categorias: sentindo-se motivado a realizar SAE quando permanece fixo em determinada unidade; acreditando na divisão de pacientes por plantão para a realização da SAE; percebendo um movimento para a modificação da SAE vigente; enfermeiro recém formado tendo facilidade e interesse de realizar a SAE; desejando educação continuada sobre a SAE; tentando racionalizar o processo de trabalho da Instituição para amenizar o sentimento de culpa perante a impotência (Diagrama 3).

Diagrama 3. Tema E1.4. Percebendo processos que facilitam a realização e implementação da SAE: categorias.

Categoria E1.4.1. Sentindo-se motivado a realizar a SAE quando permanece fixo em determinada unidade.

É uma ação motivadora empreendida pela Instituição que, ao fixar o enfermeiro por dois meses em determinada enfermaria, torna-o envolvido com o

trabalho, deixando-o mais motivado e comprometidos com a SAE. Esta ação permite a formação dos vínculos do enfermeiro-paciente e do enfermeiro-equipe de saúde, facilitando a supervisão da equipe e o acompanhamento do paciente. Portanto, os resultados finais são: a melhora da qualidade da assistência de enfermagem e a implantação de uma rotina (Quadro 8).

[...] Como agora eu fico fixa no setor, eu conheço os pacientes. Então fica mais fácil, porque quando você chega numa enfermaria, que nem hoje eu estou de plantão do outro lado e quando não é o meu setor fica difícil, porque eu não conheço todo mundo. Como que eu vou fazer? Penso que para fazer uma prescrição de enfermagem, você tem que conhecer o paciente, ver, conversar, ver o curativo, a pele [...] (E. 8).

Categoria E1.4.2. Acreditando na divisão de pacientes por plantão para a realização da SAE.

É o sentimento de que se a SAE fosse dividida por plantão, ou seja, se cada enfermeiro realizasse um pouco, reduziria a sobrecarga dos enfermeiros e facilitaria sua realização (Quadro 9).

[...] Eu acho que deveria ser meio escalonado, por exemplo, o enfermeiro da manhã faz SAE de cinco pacientes, o da tarde faz de mais cinco e o da noite também faria de mais cinco pacientes, tudo pré definido, acho que ajudaria bastante (E. 7).

[...] Deveria ser bem partilhada a realização da SAE, uma porcentagem de pacientes para cada enfermeira, porque aí não sobrecarregaria ninguém e como os enfermeiros destes setores não conseguem fazer e sobra tudo para a supervisão, porque eles não conseguem fazer as prescrições para o dia seguinte, se dividisse às vezes seria melhor [...] (E. 6).

Categoria E1.4.3. Percebendo um movimento para a modificação da SAE vigente.

É a percepção de que a diretoria atual valoriza a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Este sentimento é despertado nos enfermeiros ao

serem realizadas atividades como: palestras e discussões sobre o tema; e a revisão dos impressos (Quadro 10).

[...] Eu acho que uma parte está em andamento, por exemplo, eles falaram que estão revisando a SAE. O impresso [...] tem muitas coisas [...] que não se usam, muitos dados repetitivos, ocupando lugar que você poderia usar, por exemplo, para acrescentar uma nova intervenção [...], mas isso a Divisão já está analisando [...] E. 6).

[...] Eu faço parte do Grupo da Sistematização.[...]. Este Grupo foi instituído em 2006. Hoje eu vejo que, as enfermeiras aceitam mais, vêem a importância disso, no começo foi muito difícil, mas agora a própria Diretoria de Enfermagem está muito mais em cima disso do que antes. Então, ela acaba apoiando a gente sim (E. 3).

Categoria E1.4.4. Enfermeiro recém formado tendo facilidade e interesse de realizar a SAE.

É a observação que, os enfermeiros com pouco tempo de formado têm mais interesse e facilidade de realizar a SAE, quando comparado com os mais antigos (Quadro 11).

[...] Eu acho que falta um pouco de interesse também de estudar sobre isso, a gente vê que os mais interessados são os mais novos de casa. Os mais velhos não são estão interessados. Eu acho que quem aprendeu isso na faculdade tem outra visão comparando com quem teve que aprender depois [...] é um pouco mais complicado [...] (E. 3).

[...] Algumas enfermeiras acham a SAE importante, mas não é a maioria que acha. As enfermeiras com formação mais recente entendem a necessidade do processo de enfermagem e as com formação há mais tempo, acho que por não ter sido abordado, tem mais dificuldade para ver a importância (E. 10).

Categoria E1.4.5. Desejando educação continuada sobre a SAE.

É a idealização de que a Instituição poderia ajudar a equipe de enfermagem oferecendo educação continuada sobre a SAE, para assim compreender desde sua teoria até sua prática e capacitar tanto o planejador como o executor deste instrumento (Quadro 12).

[...] Eu acho que têm auxiliares e técnicos de enfermagem que não sabem o que é SAE. Penso que se for feita uma pesquisa, muitos não saberão nem o que é SAE. Acho que faltou a Instituição treiná-los para implementá-la. É um papel nosso fazer SAE. Pergunto: — Será que foi explicado para os técnicos e auxiliares de enfermagem? Eu acho que não, muitos não sabem nem o que é (E. 8).

[...] Eu acho que deveria capacitar o enfermeiro que não sabe fazer o processo de enfermagem, mostrar a importância para eles [...] (E. 10).

Fenômeno E2. Frustrando-se com a falta de apoio da instituição no processo de trabalho.

É a decepção de não atingir o desejo de realizar a SAE conforme preconizada pela Lei do Exercício Profissional, ao deparar-se com a falta de apoio da Instituição. O déficit de recursos humanos, associado ao sentimento de culpa do enfermeiro por não realizar a SAE, constituem-se nos principais componentes que contribuem para a invisibilidade de sua práxis e conseqüentemente, do reconhecimento social da profissão e da preservação da saúde ocupacional. Este fenômeno reúne três temas: instituição não investindo em RH; equipe de enfermagem sofrendo com as barreiras na implantação e implementação da SAE; enfermeiro decepcionando-se com o processo de trabalho imposto à equipe de enfermagem pela Instituição (Diagrama 4).

Diagrama 4. Fenômeno E2. Frustrando-se com a falta de apoio da instituição no processo de trabalho: temas.

Tema E2.1. Instituição não investindo em RH.

Significa a interação dos componentes, apontados pelos enfermeiros como dificultadores na operacionalização da SAE, o déficit de recursos humanos e sua capacitação. Este tema reúne duas categorias: defrontando-se com o déficit de RH; deparando-se com o despreparo técnico científico de técnicos e auxiliares (Diagrama 5).

Diagrama 5. Tema E2.1. Instituição não investindo em RH: categorias.

Categoria 2.1.1. Defrontando-se com o déficit de RH na área de Enfermagem.

É o reconhecimento do déficit de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, como componente principal para o comprometimento da implantação e implementação da SAE (Quadro 13).

[...] Para melhorar a realização da SAE, colocaria como desafio a contratação de mais técnicos e auxiliares, de mais enfermeiros e também melhoraria a disposição dos materiais no período noturno [...] (E.9).

[...] acho que a dificuldade maior de todas as enfermeiras é a falta de gente para trabalhar [...] (E. 5).

Categoria E2.1.2. Deparando-se com o despreparo dos Técnicos/Auxiliares.

Percebendo a necessidade da realização de treinamento ao deparar-se com o despreparo dos funcionários, principalmente dos novos, como: anotações insuficientes ou ausentes, com dificuldade de assistir a pacientes graves, atendimento de PCR ineficaz, não entendimento ou desconhecimento do que é SAE, assim como dificuldades para realizar técnicas básicas (Quadro 14).

[...] tenho visto e que os enfermeiros obrigam o funcionário a ir aos cursos e eles não vão por vontade própria. Então, o funcionário não tem muito interesse, às vezes, eles vão mais porque precisam ir, para folgar no serviço umas horas e não é muito por interesse. Não sei se falta o estímulo do profissional enfermeiro em cima do funcionário ou se a Instituição precisa se dedicar mais. Eu não sei diferenciar isso, porque eu tenho pouco tempo, mas que falta preparo, falta (E. 6).

[...] dificuldades de técnicas básicas, funcionária nova na enfermaria cuidando de paciente intensivo, não tem enfermeiro junto para acompanhar. Então, fica difícil! Alguns são muito bem preparados, mas os outros, principalmente os novos, precisam do enfermeiro. O enfermeiro tem o dever de treinar [...] (E. 10).

Tema E2.2. Equipe de enfermagem sofrendo com as barreiras na implantação e implementação da SAE.

É a vivência da dor moral decorrente da impotência de operacionalizar a SAE, mediante aos sinalizadores que retratam componentes que contribuem com o processo de desvalorização da mesma, sendo estes: déficit de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, desvalorização da SAE por Técnicos/Auxiliares e impressos inadequados para o registro. Este tema reúne oito categorias:

sofrendo psicicamente mediante ao sentimento de descumprimento do papel ético e moral de realizar a SAE na sua plenitude; encontrando barreiras que impedem a realização da SAE no noturno; não conseguindo dar continuidade à SAE; realizando prescrição de enfermagem e evolução de alguns pacientes; notando um processo de comunicação prejudicado entre os enfermeiros; tendo que depender de enfermeiros estagiários para poder desenvolver a SAE; defrontando-se com impressos que demandam revisões; defrontando com impressos que demandam revisões; técnicos e auxiliares desvalorizando a SAE (Diagrama 6).

Diagrama 6. Tema E2.2. Equipe de enfermagem sofrendo com as barreiras na implantação e implementação da SAE: categorias.

Categoria E2.2.1. Sofrendo psiquicamente mediante ao sentimento de descumprimento do papel ético e moral de realizar a SAE na sua plenitude.

Significa a emergência de sentimentos desconfortáveis, como a angústia e a frustração, em face da percepção de estar cometendo infração ética e moral, mediante a impotência de realizar a SAE e, portanto estar corroborando com a fragilização do processo de reconhecimento social da profissão (Quadro 15).

[...] Quando você chega e vê que não vai dar para fazer de todo mundo, você [...] tem um sentimento de incapacidade, mas é de uma fragilidade, porque é uma coisa tão importante para a gente, para nossa profissão e você não consegue fazer, não tem continuidade no serviço, é triste [...] (E. 8).

[...] A minha experiência com a SAE tem sido um pouco deprimente, às vezes eu não consigo fazer de todos os pacientes e quando eu não consigo fazer de todos, eu percebo que não tem função fazer de um e dos outros não. Outra coisa, final de semana, férias, interrompe-se. Prescrição é uma coisa que não pode ser interrompida. Então quer dizer que, de segunda a sexta o paciente pode ter prescrição e de sábado e domingo não precisa ter? Ao mesmo tempo como eu posso fazer prescrição na sexta-feira para o domingo sem ver o paciente? Também não existe isso. Então, eu acho que não é 100% (E.1).

Categoria E2.2.2. Encontrando barreiras que impedem a realização da SAE no noturno.

Sentindo-se inconveniente ao realizar à SAE no período noturno, porque os pacientes dormem cedo ou internam com dor ou são provenientes do centro cirúrgico. Estas barreiras prejudicam ou até mesmo impedem a realização da SAE (Quadro 16).

[...] no caso da noite, dependendo do horário que você está passando na enfermaria, tem paciente dormindo ou está internando e, às vezes, não dá para conversar com ele e fazer a sistematização, porque o paciente chega com dor [...] do Centro Cirúrgico. Então não dá para você ter a mesma facilidade (E. 7).

[...] As dificuldades de realizar a SAE no noturno é quando você chega ao setor e o paciente está dormindo e são muitas enfermarias que a supervisão cobre. É impossível conhecer todos os pacientes e não pegar a prescrição médica, como eu vejo muitas colegas fazendo a prescrição de enfermagem levando-se em conta somente a prescrição médica [...] (E. 8).

Categoria E2.2.3. Não conseguindo dar continuidade à SAE.

É um sentimento que a SAE é desvalorizada pela equipe de enfermagem quando é realizada de forma descontínua por vários motivos: é interrompida aos finais de semana, férias e plantões noturnos; são priorizados alguns pacientes; problemas com acompanhantes; plantões com muitas intercorrências; por falta de anotação; por falta de tempo ou até mesmo porque não é realizada por alguns enfermeiros (Quadro 17).

[...] Não tem continuidade em todos os plantões, porque a supervisão, às vezes, consegue fazer a sistematização e se tem intercorrências numa outra enfermaria não consegue e o plantão noturno menos ainda (E. 5).

Categoria E2.2.4. Realizando prescrição de enfermagem e evolução de alguns pacientes.

Enfermeiros sentem a necessidade de priorizar os pacientes e escolher algumas fases da SAE para conseguir realizá-la. É optado por fazer prescrição e evolução de enfermagem dos pacientes graves, pacientes com curativos extensos, pacientes que tiveram intercorrências, em pós-operatório imediato, que estão realizando quimioterapia ou estão em isolamento. Os enfermeiros justificam que este fato acontece por falta tempo, por sobrecarga de trabalho, dependendo do plantão ocorrem muitas intercorrências e supervisionam um grande número de leitos. Alguns enfermeiros começaram a fazer o histórico de enfermagem, gradação de complexidade dos cuidados, risco de complicações e plano de alta; e o diagnóstico de enfermagem ainda não é feito. Portanto, o enfermeiro realiza sua prática em desacordo com seus conhecimentos técnicos e científicos e desta maneira não encontra sentido na realização da SAE (Quadro 18).

[...] Eu consigo realizar a evolução e a prescrição de enfermagem de uns 10 pacientes, priorizando os [...] mais graves, os em pós-operatório de cirurgias grandes, aqueles que estão recebendo quimioterapia. Priorizando dá para realizar umas 10 a 15 (E. 10).

[...] Faço a prescrição de enfermagem de todos os pacientes de uma enfermaria. Já a evolução, dou prioridade para os pós operatórios e para os pacientes mais graves. E agora, nós estamos fazendo a admissão com o histórico bem resumido na verdade e a avaliação de risco das internações, agora que a gente está fazendo (E. 5).

Categoria E2.2.5. Notando um processo de comunicação prejudicado entre os enfermeiros.

É o reconhecimento da falta de diálogo e integração entre os enfermeiros, sendo muitas vezes feita a comunicação entre os mesmos por bilhetes e telefone (Quadro 19).

[...] Raramente os enfermeiros se encontram, infelizmente isso não acontece. Tenho mais contato com as enfermeiras da tarde, da noite não tenho contato, é por telefone ou às vezes algum bilhete [...]. Então é muito complicado isso, tem a enfermeira da tarde que a gente passa plantão e, às vezes, quando está um pouquinho tumultuado, permanecem aqui (E. 4).

[...] Falta anotação, falta diálogo, falta protocolos. Acho que não tem muitos protocolos das coisas aqui. Cada um faz como bem entende no seu horário [...] (E. 8).

Categoria 2.2.6. Tendo que depender de enfermeiros estagiários para poder desenvolver a SAE.

Trata-se de uma evidência que configura déficit de enfermeiros ao vê-los dependentes da ajuda dos enfermeiros estagiários para a realização da SAE (Quadro 20).

[...] sobra tudo para o enfermeiro da supervisão, porque os enfermeiros chefes não conseguem fazer as prescrições para o dia seguinte, [...]. Se

dividissem, às vezes, seria melhor e se tivesse, sei lá, alguém para ajudar, como tem as enfermeiras do PRAT (Programa de Aprendizagem e Treinamento). Em um setor a enfermeira está colocando a enfermeira do PRAT para prescrever os cuidados de rotina e a enfermeira chefe acrescenta os cuidados específicos [...] (E. 6).

[...] quando eu estou com o enfermeiro pelo PRAT, o tempo que elas estão aqui em estágio, ajuda bastante, então a gente tenta fazer a SAE em 100% dos pacientes, na verdade ela faz e eu supervisiono, ou a gente divide um pouquinho, orienta. Até aí tudo bem, mas quando vai embora, toda essa tarefa volta pra mim (E. 4).

Categoria E2.2.7. Defrontando-se com impressos que demandam revisões.

Percebendo a necessidade de revisão dos impressos, devido à falta de espaço para prescrever um novo cuidado, fazer o balanço hídrico, escrever dados do paciente em ventilação mecânica e que os impressos deveriam ser específicos para cada área (Quadro 21).

[...] falta muita coisa no impresso do exame físico, mas a maioria das coisas que faltam, a gente acaba escrevendo na evolução e, também, não tem os diagnósticos (E. 2).

[...] estão revisando os impressos da SAE, porque tem muita coisa que não se usa, muita coisa repetitiva, ocupando o lugar que poderia ser utilizado para outra, por exemplo, você quer um cuidado e não tem onde colocar, porque só tem duas linhas a mais na parte debaixo [...] (E. 6).

Categoria E2.2.8. Observando a equipe de enfermagem desvalorizando a SAE.

É a percepção do Enfermeiro da existência de um processo de desvalorização da SAE, pela equipe, em face da manipulação de símbolos que traduzem o desprezo da mesma. Fato este, que desencadeiam conflitos. Esta categoria reúne três subcategorias: observando a desvalorização da SAE pelas enfermeiras; percebendo técnicos e auxiliares de enfermagem desconsiderando a

implementação da SAE; Técnicos/Auxiliares de Enfermagem mantendo-se resistentes ao não cumprimento dos seus papéis junto a SAE (Diagrama 7).

Diagrama 7. Categoria E2.2.8. Observando a equipe de enfermagem desvalorizando a SAE: subcategorias.

Subcategoria 2.2.8.1. Observando a desvalorização da SAE pelos enfermeiros.

É a percepção de que os enfermeiros não valorizam a SAE, quando não a realizam, bem como, por considerá-la desnecessária ou nem sequer cobram dos Técnicos/Auxiliares a checagem das prescrições de enfermagem ou mesmo acreditarem que não precisa ser feita as anotações quando são checados os cuidados prescritos. Esta atitude provoca nos enfermeiros um sentimento de impotência (paralisação, desmotivação, sofrimento), pois não conseguem mudar a situação (Quadro 22).

[...] acho que tem enfermeiras que pensam que a SAE não é importante, nem ligam, porque se eu não consigo fazer algum dia, fico preocupada e tem gente que nem liga. Eu não sei se o pessoal não entende e faz só por obrigação [...] (E. 2).

Subcategoria E2.2.8.2. Técnicos/Auxiliares desconsiderando a implementação da SAE.

Trata-se de uma reação de descumprimento de técnicos e auxiliares a ordem prescritiva do enfermeiro no direcionamento na práxis da assistência de enfermagem, por meio da SAE. Avaliação não positiva realizada pelo enfermeiro, acerca do processo empreendido pela Instituição para capacitação dos técnicos e auxiliares na implementação da SAE. Ação desses atores em oposição ao reconhecimento da SAE como instrumento direcionador de sua prática. Esta categoria reúne duas subcategorias: enfermeiro orientando os técnicos e auxiliares acerca da SAE; Técnicos e auxiliares contestando as orientações do enfermeiro sobre a SAE (Quadro 22).

[...] eu nunca parei pra conversar com os técnicos e auxiliares de enfermagem sobre SAE diretamente. Teve uma vez, que o funcionário falou que a SAE era para facilitar e falei que não era para exagerar! Mas eles não dão muita importância, porque você tem que ficar em cima, eles não checam, fazem os cuidados deles, fiz, trabalhei, vou embora, não tem uma obrigação de progredir, porque não tem cobrança, eu acho (E 6).

[...] eu acho que os técnicos e os auxiliares não tão preparados, não tão preparados sobre a importância, porque às vezes passa até despercebido, nem vêem a prescrição de enfermagem, não checam e nem lêem (E 8).

Subcategoria E2.2.8.3. Técnicos/Auxiliares mantendo-se resistentes ao não cumprimento dos seus papéis junto a SAE.

Ação de técnicos e auxiliares em oposição ao reconhecimento da SAE como instrumento direcionador de sua prática. Esta subcategoria reúne os elementos: enfermeiros orientando os técnicos e auxiliares de enfermagem, acerca da implementação da SAE; técnicos e auxiliares contestando as orientações dos enfermeiros sobre a SAE; enfermeiros obrigando técnicos e auxiliares de enfermagem a participarem da educação continuada; curso sobre a SAE não tendo impacto no cumprimento do papel de técnicos e auxiliares (Quadro 22).

[...] Nem sempre os auxiliares e técnicos de enfermagem checam as prescrições de enfermagem, é falado em reunião que todos têm que checar [...] (E. 1).

[...] A gente orienta, aí passa uma semana, duas semanas, esta tudo ótimo, aí de repente eles vão esquecendo, você sempre tem que estar cobrando para checar, só que já tem anos que a gente está batendo na mesma tecla [...] (E. 6).

Tema E2.3. Enfermeiro decepcionando-se com o processo de trabalho imposto à equipe de enfermagem pela Instituição, ao fazer o que é possível.

Configura o sentimento de frustração do enfermeiro, perante a falta de apoio da Instituição no alcance da operacionalização da SAE, sinalizada pela sobrecarga de trabalho, decorrente do déficit de recursos humanos que, inviabiliza o enfermeiro honrar um dos seus compromissos ético e moral com o exercício da profissão. Este tema reúne três categorias: instituição não zelando pelo exercício profissional do enfermeiro; instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga; enfermeiro fazendo o que é possível para amenizar o sentimento de culpa (Diagrama 8).

Diagrama 8. Tema E2.3. Enfermeiro decepcionando-se com o processo de trabalho imposto à equipe de enfermagem pela Instituição, ao fazer o que é possível: categorias.

Categoria E2.3.1. Instituição não zelando pelo exercício profissional do enfermeiro.

Trata-se do momento que o enfermeiro reconhece a realização de uma SAE ilusória, induzida pela própria instituição que vem culpabilizando-o quando não consegue realizá-la, acometendo as prerrogativas conferidas ao enfermeiro pela Lei do Exercício Profissional. Esta categoria reúne quatro subcategorias: decepcionando-se com o processo de trabalho da Instituição; percebendo a Instituição não cooperativa à realização da SAE; sentindo-se culpabilizado pela Instituição, por não conseguir realizar a SAE; percebendo incoerências entre o quadro clínico do paciente e a prescrição de enfermagem (Diagrama 9).

Diagrama 9. Categoria E2.3.1. Instituição não zelando pelo exercício profissional do enfermeiro: subcategorias.

Subcategoria E2.3.1.1. Decepcionando-se com o processo de trabalho da Instituição.

Decepcionando-se com a Instituição ao vivenciar um processo de trabalho no qual os funcionários não respeitam os enfermeiros; os residentes se acham os Deuses; a Instituição generaliza que os enfermeiros não fazem SAE, sabendo que são alguns enfermeiros chefes que não a realizam; a SAE não funciona; as regras de transferência de enfermeiros mudam de uma hora para outra. E todos esses fatos, acabam desencadeando sentimento de estresse e conseqüentemente desestimulam o trabalho do enfermeiro que deixa de realizar a

SAE. Ainda percebendo que o COREN cobra que a SAE seja realizada, mas desconhece na práxis a realidade do processo de trabalho da equipe de enfermagem da Instituição (Quadro 23).

[...] Está faltando mais conscientização dos gestores desta Instituição, do COREN. O COREN só manda, faz isso, faz aquilo, não sabe como é a rotina de cada hospital, não conhece a realidade [...] (E. 9).

[...] A dificuldade que eu tenho aqui é essa: — Você não consegue respeito do funcionário, não consegue implantar uma nova rotina, porque você fica em outro setor, não está ali toda hora para poder ver e evoluir, e você é trocada de setor a toda hora. Na verdade, [...] você está aqui para fazer papel. Para tampar buracos [...] (E. 6).

Subcategoria E2.3.1.2. Percebendo a Instituição não cooperativa à realização da SAE.

É o sentimento de que é cobrada pela Instituição a realizar a SAE na sua plenitude, independente do que tenha acontecido no plantão, ou seja, a percepção que o mais importante é preencher papel. Entretanto, os enfermeiros justificam que supervisionam várias enfermarias e não tem tempo para realizá-la. Portanto, assumem que realizam a SAE em quantidade e até mesmo dos pacientes que nem conhecem, produzindo um sentimento de que faz por obrigação e não porque tem vontade. Em contraponto os funcionários não são cobrados a executar e checar a SAE pela Instituição. Enfermeiros tinham a esperança que após o curso sobre a SAE haveria uma aproximação Instituição-realidade e esta não aconteceu (Quadro 23).

[...] Eu acho que esse curso foi muito bom, por um lado, daí no último dia fechou com muita cobrança. Depois daquele dia, a gente está se esforçando para fazer, mas ninguém passou para ver como está indo, se estamos conseguindo fazer, se demora muito. Tem a comissão, mas eles conversam entre si. Falta passar e conversar com a equipe de enfermagem, para ver o que está acontecendo e quais são os problemas e ver o que dá para fazer (E 2).

[...] Eu tenho notado bastante cobrança em cima do enfermeiro para fazer a SAE e ponto final. A Diretoria não está interessada em saber se você estava com problema ali para resolver, se deu atenção para a parte emocional ou outro problema que teve o paciente (E. 6).

Subcategoria E2.3.1.3. Sentindo-se culpabilizado pela Instituição, por não conseguir realizar a SAE.

É um sentimento despertado, mediante a estratégia empregada pela Instituição, fundamentada na exaltação das qualidades do enfermeiro (bom, interessado, aquele que trabalha), para mantê-lo motivado a continuar realizando a SAE e mobilizar aquele que não a faz. Entretanto, este mecanismo de estímulo é contestado pelo Enfermeiro, uma vez que, nem sempre o fato de realizar ou não a SAE está relacionado à competência profissional, mas uma maneira de gerar culpa no profissional e isentar o papel da Instituição no processo de responsabilização (Quadro 23).

[...] A instituição cobra os enfermeiros e os enfermeiros têm que mostrar que faz SAE e depois se você está fazendo, a Instituição te elogia [...] (E. 3).

[...]. Então se produz você está desenvolvendo bem seu trabalho e em minha opinião não quer dizer que você, necessariamente é um ótimo profissional por isso, se você faz o papel é uma coisa e você ser um ótimo profissional é outra, eu sinto isso aqui [...] (E. 6).

Subcategoria E2.3.1.4. Percebendo incoerências entre o quadro clínico do paciente e a prescrição de enfermagem.

Trata-se de uma evidência de que as prescrições podem estar sendo realizadas sem uma avaliação clínica prévia dos pacientes, tendo como consequência planejamentos de cuidados incoerentes com o estado clínico dos pacientes (Quadro 23).

[...] Eu acho que tem gente que faz SAE por obrigação. Eu vejo algumas coisas aqui. A pessoa é obrigada a fazer, daí você pega a prescrição e é até chato. Às vezes você tem que mudar, porque não tem nada haver

com o paciente que está na cama. A pessoa acha que tem que fazer e acaba fazendo correndo [...] (E. 2).

[...] Não dá para fazer SAE de todos os pacientes. Aí faço 20 prescrições por plantão e exame físico, dependendo do horário, também não dá para fazer. Os pacientes mesmo falam: — Por favor, apague a luz! E quando tem dois pacientes ou mais num quarto, os mesmos não querem que fique examinando, porque atrapalha o sono, o paciente geralmente quando interna à noite é emergência ou vem direto do Centro Cirúrgico ou o paciente está sentindo dor [...] (E. 9).

Categoria E2.3.2. Instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga.

É um dos componentes da desmotivação da equipe de enfermagem, por sentir a carga de trabalho sobre humana, ao fomentar longas jornadas de trabalho, mediante pagamento de horas extras aos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, tendo o enfermeiro que reformular, diariamente, a escala de serviço. Esta categoria reúne seis subcategorias: enfermeiro reformulando o quadro de funcionários e não conseguindo realizar a SAE; Instituição fomentando jornadas diárias de 12 horas dos técnicos e auxiliares; equipe de enfermagem desmotivada pela sobrecarga de trabalho; enfermeiros chefes sofrendo psiquicamente ao não conseguir realizar inúmeras funções; Enfermeiros sobrecarregados com a falta de serviços de apoio no plantão noturno; Instituição responsabilizando o enfermeiro supervisor por várias atribuições, incluindo a continuidade da SAE (Diagrama 10).

Diagrama 10. Categoria E2.3.2. Instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga: subcategorias.

Subcategoria E2.3.2.1. Enfermeiro deixando de realizar a SAE, para refazer escalas.

É a percepção de que passa grande parte do seu tempo do trabalho procurando funcionário ou fazendo o remanejamento dos mesmos para outras enfermarias, visto que somente funcionário da Unesp pode fazer hora extra. Diante desta realidade, os enfermeiros não conseguem realizar a SAE, quando o número de funcionário é insuficiente (Quadro 24).

[...] Não consigo realizar SAE, aqui não tem funcionário suficiente, trabalho bastante com horas extras, em média 300 horas extras por mês, perde-se muito tempo ligando para o funcionário (E. 5).

[...] tem enfermaria que os enfermeiros não fazem SAE, porque não dá tempo, [...], tem muito paciente, não dá tempo nem para ver todos os pacientes [...], falta funcionário. Quando falta funcionário, aí você já viu, demora duas horas para remanejar ou ligar para casa. Caso tenha uma parada então ... (E. 9).

Subcategoria E2.3.2.2. Instituição fomentando jornadas diárias de 12 horas dos técnicos e auxiliares.

É a percepção de que os funcionários estão estressados com o esquema de trabalho imposto pela Instituição. Por um lado, a Instituição determina escalas de seis horas de trabalho diárias, com 40 horas semanais e por outro se vivencia funcionários reclamando por ter feito horas extras nos dias que eram para descanso (Quadro 24).

[...] A Divisão de Enfermagem insiste que os funcionários têm que trabalhar seis horas por dia, mas não é isso que acontece, porque faltam funcionários, e os mesmos acabam trabalhando com três dobros de doze para fazer hora extra, porque não tem funcionário e isso acaba deixando a pessoa cansada, sem vontade de trabalhar, não cuidam direito do paciente, sem compromisso nenhum (E.1).

Eles não gostam do horário, [...] a carga horária é bem acima, muitos têm bastantes horas, tão fazendo bastante hora extra, não só na sua unidade, como em vários outros setores também. É complicado, precisa de mais conscientização, precisa de mais funcionários, de mais enfermeiros (E. 9).

Subcategoria E2.3.2.3. Equipe de enfermagem desmotivada pela sobrecarga de trabalho.

Significa que a sobrecarga de trabalho, em face do déficit de recursos humanos tem se configurado como ator desestimulante da equipe de enfermagem. Muitas vezes, os funcionários precisam priorizar cuidados mais importantes, sinais vitais dos pacientes mais graves e administração de medicações, perante a carga de trabalho sobre humana. Técnicos, Auxiliares e Enfermeiros desmotivados e cansados tendem a produzirem uma assistência de enfermagem não sistematizada (Quadro 24).

[...] Os técnicos e auxiliares de enfermagem ficam revoltados, porque não têm aparelho, poucos funcionários, tem que ver o controle de hora em hora, não paga mais hora extra. Muitas vezes, nem checam as prescrições de enfermagem, fazem as coisas mais importantes: controle de pacientes graves e fazem a medicação. Se não der para trocar o paciente não troca, medicação e controle dos pacientes graves são mais importantes. Sabendo disso, já vem estressado de casa [...] (E. 9).

Subcategoria E.2.3.2.4. Enfermeiros chefes sofrendo psiquicamente ao não conseguir realizar inúmeras funções

Emerge do sentimento de impotência, decorrente da sobrecarga gerada do esforço sobre humano ao tentar fazer a SAE, enquanto realiza atividades administrativas e assistenciais, dentro e fora da enfermaria de sua responsabilidade (Quadro 24).

[...] É desgastante, porque você tem um monte de coisa para fazer e não faz, não consegue fazer tudo. Como eu já falei, parece que eu não estou cuidando daqueles pacientes que eu não consigo ver e não dou conta, é meio frustrante. Não dá conta! (E. 11).

Subcategoria E2.3.2.5. Enfermeiros sobrecarregando-se com a falta de serviços de apoio no plantão noturno.

É um dos componentes que consome tempo de trabalho da equipe de enfermagem, bem como promove desgaste da mesma, principalmente no plantão noturno, horário em que não funcionam rouparia e suprimento, agravado pela dificuldade de acesso aos materiais.

[...] À noite, a gente fica andando atrás de material. Às vezes, ficam fechados nos armários e tem que buscar em outras enfermarias, coisas básicas, às vezes não tem seringa numa enfermaria, não tem seringa de insulina, não tem roupa, porque a rouparia agora é aberta até as dezenove horas e emprestar também de outras enfermarias fica complicado, porque cada uma pede para sua enfermaria. Então, é preciso ficar correndo atrás de roupa, atrás de material, às vezes medicação que dá problema. Agora, mudou a medicação também, é tudo informatizado. Aí eles prescrevem e a Farmácia não quer entregar. Tem tudo isso! Problema com horário de visita, à noite sempre tem

problema com acompanhante, porque querem ficar além do horário e não compreendem que o médico fica de plantão à noite em vários setores, fica no Centro Cirúrgico, no Pronto Socorro e os pacientes discutem com os funcionários, porque pensam que os médicos não foram chamados (E. 9).

Subcategoria E2.3.2.6. Enfermeiros da supervisão sentindo-se sobrecarregados.

Significa o processo de responsabilização do enfermeiro supervisor por uma demanda de atribuições que vão além das possibilidades humanas de cumpri-las, gerando no mesmo sentimento de impotência. Nesse processo não consegue dar continuidade à SAE, nem mesmo atender as intercorrências, ou seja, é humanamente impossível um enfermeiro responder por quatro a cinco unidades de internação, correspondendo aproximadamente de 50 a 90 pacientes. Com isso, passa a sentir psicologicamente confuso acerca do seu verdadeiro papel como supervisor, pois, ao mesmo tempo em que, é incumbido de gerenciar a assistência de enfermagem de um número excessivo de pacientes, obriga-se a prestar cuidados à pacientes graves, bem como auxiliar aos Técnicos/Auxiliares recém-contratados. Esta subcategoria reúne quatro elementos: instituição responsabilizando o Enfermeiro Supervisor por várias atribuições, incluindo a continuidade da SAE, enfermeiro supervisionando grande número de pacientes, atendendo intercorrências e não conseguindo realizar a SAE; enfermeiros tendo que capacitar Auxiliares e Técnicos de Enfermagem na iminência de procedimentos (Quadro 24).

[...] Às vezes, você não consegue pegar plantão, vai terminar de pegar plantão de todas as enfermarias por volta das três e meia ou quatro horas da tarde. Então fica difícil, fico meio perdida e a sensação que dá é que você está ali para fazer mesmo a quantidade necessária para cumprir 100% da prescrição de enfermagem ou atender intercorrências [...]. É mais para dar uma continuidade àquilo que o enfermeiro supervisor técnico da seção faz de manhã. Você continua à tarde e o enfermeiro do noturno faz à noite, para aí se ter uma tentativa de continuidade do cuidado (E. 10).

Eu colocaria para melhorar essas dificuldades para conseguir realizar a SAE, que tivesse menos paciente para cuidar, aí já melhorava a

assistência, daria um cuidado bom para todos aqueles que eu tenho que supervisionar e, também, conscientizar as outras pessoas, porque não adianta eu fazer minha parte e ela não fazer a dela e ficar um monte sem fazer [...] (E. 11).

[...] Cada enfermeiro da supervisão fica com cinco enfermarias. Acho puxado para o noturno, porque nos outros períodos a facilidade é maior, são bem menos unidades que o pessoal cobre e a cobrança são as mesmas para o noturno e o número de unidades que você está atuando é maior. Dá mais ou menos 50 pacientes [...] (E. 7).

[...] Dependendo do bloco, a necessidade dos funcionários é maior, você acompanha tudo, ajuda mudar o decúbito, ajuda a passar sonda, ajuda tudo e acaba não conseguindo fazer SAE. Prescrevo para o dia seguinte numa enfermaria e nas outras eu evoluo os pacientes. Admito em média, depende do dia, por exemplo, hoje interna bastante nesta enfermaria. Deve ter internado por volta de 10% dos pacientes e se a enfermeira chefe não conseguir, eu acabo (E. 6).

Categoria E2.3.3. Enfermeiro fazendo o que é possível para amenizar o sentimento de culpa.

É o enfermeiro encontrando maneiras de enfrentar o sentimento ruim, produzido por não conseguir realizar a SAE de todos os pacientes. Primeiramente, ameniza a sua culpa compreendendo o seu processo de trabalho e posteriormente, racionaliza formas de realizá-la da forma que é possível (Quadro 25).

[...] Antes, eu me cobrava mais, sentia-me [...] culpada [...]. Um sentimento ruim, parece que você [...], na verdade, não fez o que planejou, porque a gente faz o planejamento e às vezes corta, às vezes é interrompido por qualquer intercorrência. Só que aí a própria instituição, a condição que a instituição proporciona para o serviço [...]. Então, eu acho que a gente acaba meio incorporando nesse sentido, para estar meio que amenizando esse sentimento. Quer dizer, eu não sou a mulher maravilha, para eu poder atingir 100%, [...] contemplar tudo. Eu preciso de alguma ajuda. Então, eu tenho que tentar entender esse sentimento que se não deu para fazer tudo, não deu para fazer tudo! (E. 4).

3.1.2. Descobrimos a categoria central

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os dois fenômenos: **idealizando operacionalizar a SAE na sua plenitude, vislumbrando o reconhecimento social do enfermeiro e frustrando-se com a falta de apoio da instituição no processo de trabalho**, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes (temas, categorias, subcategorias e elementos). Esta estratégia permitiu-me identificar as categorias e subcategorias-chave, que evidenciassem o movimento interacional do enfermeiro com a operacionalização da SAE.

A experiência denota que o Enfermeiro chega ao mercado de trabalho imbuído da concepção de poder operacionalizar a SAE na práxis, preconizada como uma das ferramentas essenciais de seu trabalho. Esse processo vai além do gerenciamento da assistência de enfermagem para alcançar o reconhecimento social da profissão, perante sua equipe e a sociedade, ao ter garantido o direito de decidir sobre o cuidado de enfermagem, fundamentado em uma autonomia técnica científica. Este movimento empreendido retrata a sua intencionalidade, denominada pela experiência como: **idealizando operacionalizar a SAE em sua plenitude, vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência e o reconhecimento do enfermeiro** no processo de trabalho.

Entretanto, ao longo do tempo, o enfermeiro vai se **frustrando com a falta de apoio da instituição no processo de trabalho da equipe de enfermagem**, processo esse que contribui para a sua invisibilidade, cujo determinante principal é o déficit de recursos humanos na área, gerando sobrecarga e sofrimento psíquico, em face da impotência em realizar a SAE em sua plenitude, associado ao sentimento de culpa gerado pela própria instituição, por não conseguir realizar a SAE, levando a desenvolver o mecanismo de enfrentamento, denominado: **produzindo uma SAE ilusória**.

Esse movimento contribui para o retrocesso do modelo de assistência de enfermagem integral para o funcional, impulsionado principalmente pelo déficit de recursos humanos que, inviabiliza o exercício pleno do enfermeiro sobre a operacionalização da SAE e, portanto não concretizado o sonho (Diagrama 12).

É uma estratégia empregada pela Instituição, representada pela Instituição, fundamentada na exaltação das qualidades do enfermeiro (bom, interessado, aquele que trabalha), para mantê-lo motivado a continuar realizando a SAE e mobilizar aquele que não a faz. Este mecanismo de estímulo é contestado, uma vez que, nem sempre o fato de realizar ou não a SAE está relacionado à competência profissional, mas uma maneira de gerar culpa no mesmo e isentar o papel da Instituição no processo de responsabilização.

Para tanto a categoria central da experiência do enfermeiro com a SAE intitulou-se: ENTRE A IDEALIZAÇÃO E A FRUSTRAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO: RECURSOS HUMANOS COMO COMPONENTE INTERVENIENTE PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE E A VISIBILIDADE DA PROFISSÃO (Diagrama 11).

Diagrama 11. Categoria Central E. Entre a idealização e a frustração no processo de trabalho do enfermeiro: recursos humanos como componente interveniente para a operacionalização da SAE e a visibilidade da profissão.

3.2. A experiência interacional de Técnicos/Auxiliares de enfermagem com a SAE.

3.2.1. Descobrimos os fenômenos.

Da análise dessa experiência emergiram dois fenômenos: **LEGITIMANDO A SAE e NÃO LEGITIMANDO A SAE.**

Fenômeno TA1. Legitimando a SAE.

Processo que retrata a razão do movimento empreendido de técnicos e auxiliares na implementação da prescrição de enfermagem, alavancando pela evidência de operacionalização “verdadeira” da SAE. Concebida como instrumento gerador de visibilidade profissional, desde que proporcione melhoria na qualidade assistencial, sustentado por planejamento de cuidados voltados às necessidades integrais do indivíduo, levantadas por meio de avaliação clínica realizada pelo enfermeiro e devidamente documentada e seguida por toda a equipe. Este fenômeno reúne dois temas: considerando a SAE um instrumento importante para o exercício da profissão; contribuindo com o reconhecimento e a valorização da Enfermagem (Diagrama 12).

Diagrama 12. Fenômeno TA1. Legitimando a SAE: temas.

Tema TA1.1. Considerando a SAE um instrumento importante para o exercício da profissão.

Trata-se da avaliação positiva de técnicos e auxiliares de enfermagem, acerca do instrumento de trabalho SAE para a profissão, qualificada como: importante e boa (Quadro 26).

[...] Eu acho um coisa legal a SAE. Assim, eu acho bom, só que tem hora que não funciona, porque vamos supor, o supervisor do noturno deixa pronto para o enfermeiro da manhã, para adiantar as coisas da manhã, só que ele não sabe se no outro dia o paciente fez uma cirurgia ou se fez um procedimento. Ele colocou banho no leito, mas no outro dia o paciente pode estar deambulando, então não se acompanha tão de perto a evolução dos pacientes [...] (TA 4).

[...] Eu considero a SAE muito bom, mas precisa melhorar muito nesta Instituição [...] (TA 5).

Tema TA1.2. Contribuindo com o reconhecimento e a valorização social da Enfermagem.

São as razões pelas quais, técnicos e auxiliares avaliam a SAE como um instrumento importante para o exercício profissional, quando esta emerge de um processo de implantação “verdadeiro”, ou seja, são dadas condições de trabalho pela instituição para o exercício da profissão dos integrantes da equipe de enfermagem. É garantida ao enfermeiro, dentre suas atribuições, as prescritivas, acerca dos cuidados de enfermagem, fundamentadas na avaliação clínica contínua do indivíduo, visando a uma assistência integral e de qualidade que, impulsiona a equipe a implementá-la; por ser a SAE um instrumento que permite o registro escrito de toda assistência oferecido ao indivíduo nas 24 horas, como realizado por outros profissionais. Fatos estes que, contribuem para uma maior visibilidade, ao despertar reconhecimento e a valorização social da profissão, repercutida por um processo de cuidar que, proporciona a transparência de evidências de um trabalho de qualidade assistencial, ao considerar além da prescrição médica, a de enfermagem. Este tema abarca três categorias: implementando a prescrição de enfermagem, decorrente de avaliação clínica, como instrumento do cuidado integral; contribuindo com a melhoria da qualidade da assistência; enaltecendo os registros de enfermagem (Diagrama 13).

Diagrama 13. Tema TA1.2. Contribuindo com o reconhecimento e a valorização da Enfermagem: categorias.

Categoria A1.2.1. Implementando a prescrição de enfermagem, decorrente de avaliação clínica, como instrumento do cuidado integral.

Significa a decisão de técnicos e auxiliares em seguir, somente, aquelas prescrições de enfermagem que foram elaboradas pelo enfermeiro, a partir de avaliação clínica do indivíduo, visando atender as suas necessidades integrais. Esta categoria reúne duas subcategorias: motivando-se a implementar a prescrição de enfermagem; considerando a assistência de enfermagem direcionada pelo enfermeiro mediante a avaliação clínica (Diagrama 14).

Diagrama 14 Categoria TA1.2.1. Implementando a prescrição de enfermagem, decorrente de avaliação clínica, como instrumento do cuidado integral: subcategorias.

Subcategoria TA1.2.1.1. Motivando-se a implementar a prescrição de enfermagem.

Significa que, o fato do enfermeiro elaborar a prescrição dos cuidados de enfermagem, fundamentado na avaliação clínica do indivíduo, constitui-se em uma das motivações para técnicos e auxiliares implementá-la (Quadro 27).

[...] Eu acho que é importante fazer uma prescrição de enfermagem, avaliar o paciente, por a mão no paciente, porque olhar na cara do paciente e prescrever não adianta, você tem que examinar o paciente, tem que ver o que ele está precisando [...] (TA3).

Subcategoria TA1.2.1.2. Considerando a assistência de enfermagem direcionada pelo enfermeiro mediante a avaliação clínica.

Decorre da evidência motivadora de técnicos e auxiliares em implementarem a prescrição de enfermagem, mediante ao exercício da responsabilidade e competência prescritiva do enfermeiro, junto as intervenções de enfermagem, fundamentada na avaliação clínica do indivíduo, visando ao atendimento integral das necessidades desse. Com esse fato, a equipe de enfermagem deixa de orientar sua assistência, direcionada somente pela prescrição médica, passando a incorporar a sua práxis um processo decisório da enfermagem. Esta subcategoria abarca dois elementos: vendo enfermeiros realizando a SAE providos de avaliação clínica; técnicos e auxiliares passando a implementar as prescrições de enfermagem (Quadro 27).

[...] A enfermeira deixa tudo prescrito, tudo certinho. Então se o paciente tem dreno, curativo e precisa deambular, a gente faz tudo, aí ela põe os horários e a gente só checa, é muito mais fácil, nossa, é muito mais [...] (TA4.3).

Categoria TA1.2.2. Contribuindo com a melhoria da qualidade da assistência com a implantação da SAE.

Significa o resultado benéfico para o paciente, funcionário e instituição, decorrente da qualidade assistencial promovida pela equipe de enfermagem,

quando esta pode operacionalizar a sua assistência, fundamentada em uma implantação “verdadeira” da SAE (Quadro 28).

[...] Eu acho que é um avanço que veio para melhorar, tem que estar aberto para avançar e nunca retroceder, veio para melhorar [...] (TA 12.2).

Categoria TA1.2.3. Enaltecendo os registros de enfermagem.

Trata-se de um dos componentes que colaboram com o reconhecimento e valorização da enfermagem por outros profissionais, ao permitir que a equipe deixe registrada na forma escrita e sistematizada, toda a assistência prestada ao indivíduo (Quadro 29).

[...] É super importante, às vezes de final de semana, de sábado e domingo, a supervisão não faz prescrição para deixar pronto. Para a gente é ruim, porque não dá para anotar direito, não dá pra anotar tudo [...] (TA4.2).

Fenômeno TA2. Não legitimando a SAE.

Retrata o fracasso de um processo de implantação da SAE que não contou com condições favoráveis para o sucesso de uma proposta que exige um modelo de assistência integral, condescendente com uma das essências da enfermagem. Essas condições são: contar com um dimensionamento de recursos humanos recomendável, uma educação permanente atuante no processo e aprimoramento nos impressos. A falta de recursos (RH) humanos na área de enfermagem gera sobrecarga na equipe, levando-os a retroceder ao modelo assistencial funcional, para enfrentar a demanda de trabalho e, portanto gerando falência tanto no planejamento quanto execução da SAE, fazendo com que a equipe de enfermagem passe a seguir somente a prescrição médica, desprovido de planejamento e coordenação formal do enfermeiro. Este fenômeno abarca três temas: não conhecendo o tema SAE em profundidade; deparando-se com a impotência dos enfermeiros em planejar e coordenar a assistência de enfermagem por meio da SAE, mediante déficit de RH; assumindo o papel do

enfermeiro no planejamento e coordenação da assistência de enfermagem apoiados na prescrição médica (Diagrama 15).

Diagrama 15. Fenômeno TA2. Não legitimando a SAE: temas.

Tema TA2.1. Não conhecendo o tema SAE em profundidade.

É um dos componentes que contribui com a desvalorização da SAE por técnicos e auxiliares, decorrente de um processo ainda não compreendido em profundidade por eles, em face do desprovimento de educação permanente acerca do assunto. Este tema reúne duas categorias: considerando o processo de capacitação insuficiente; não tendo clareza sobre a SAE (Diagrama 16).

Diagrama 16. Tema TA2.1. Não conhecendo o tema SAE em profundidade: categorias.

Categoria TA2.1.1. Considerando o processo de capacitação insuficiente.

É a percepção de que os técnicos e auxiliares de enfermagem sentem dificuldade de aprender sobre SAE e desta forma precisam de mais orientação sobre a mesma. Reconhecem que a prescrição de enfermagem só será

implementada, corretamente, quando ocorrer à conscientização sobre a importância dos cuidados. Portanto, quando o operacionalizador dos cuidados não entende a importância dos mesmos e, conseqüentemente, é gerado um sentimento de desinteresse nos profissionais. Esta categoria reúne as subcategorias: percebendo que a SAE foi implantada sem haver um processo de capacitação contínuo para técnicos e auxiliares; admitindo desconhecer o conceito de SAE (Diagrama 17).

[...] Eu acho que a sistematização precisa ser mais abordada, porque os auxiliares questionam: — Para que serve isso? — Para que isso se a gente já sabe o que tem que fazer? — Eles questionam: — Já está na prescrição médica, porque eu tenho que fazer o que está na prescrição de enfermagem? [...] Então, a gente escuta muito isso. Só que muitos, às vezes, não sabem a importância da prescrição de enfermagem. Eles têm que [...] estar cientes de qual a importância e porque eles têm que fazer aquilo. Eu percebo que tem colegas que fazem porque tem que fazer, mas não sabem o porquê estão fazendo (TA 5).

Diagrama 17. Categoria TA2.1.1. Considerando o processo de capacitação insuficiente: subcategorias.

Subcategoria TA2.1.1.1. Percebendo que a SAE foi implantada sem haver um processo de capacitação contínuo para técnicos e auxiliares.

É a percepção de técnicos e auxiliares de que não conhecem profundamente a SAE, decorrente de uma implantação repentina, sem haver um processo formal e contínuo de capacitação para os mesmos. O conhecimento que julgam ter advém de orientações dadas pelo enfermeiro chefe de seção e de alguns cursos oferecidos pela educação continuada, considerados insuficientes para apropriação do assunto (Quadro 30).

[...] Os técnicos e auxiliares de enfermagem não sabem a importância da evolução, porque não estão orientados, não estão treinados para isso. É uma coisa que chegou de repente, teve uma ou duas palestras, jogaram aqui para todo mundo fazer (TA 5).

Subcategoria TA2.1.1.2. Admitindo desconhecer o conceito da SAE.

Trata-se de um segundo grupo, formado de auxiliares e técnicos de enfermagem que, logo de início, não se arrisca a definir a SAE. Assume-se como desconhecedor da teoria e conhecedor da prática sobre o assunto, ou seja, relata que não sabe a importância da SAE e, portanto, não tentam conceituá-la, entretanto sabem o que deve ser feito (Quadro 30).

[...]— Eu não sei falar sobre SAE (risos). — Você quer dizer procedimentos?— Como mexer com o paciente?— Eu não entendi sua pergunta! (Autor 9). Eu quero saber o que sabe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem?(Entrevistadora). Ah! Eu não sei explicar para você. Eu acho que você está entrevistando a pessoa errada [...] (TA 9).

[...] Teve um concurso que caiu muito sobre sistematização de enfermagem e depois da prova tiveram pessoas que nem sabiam o que era isso e perguntavam: — Para que serve isso? Você entendeu? Então é um tema que está na mídia, mas os profissionais que deveriam estar por dentro, não estão instruídos (TA 5).

Categoria TA2.1.2. Não tendo clareza sobre a SAE.

É um dos componentes que contribui para a SAE não ser reconhecida por técnicos e auxiliares de enfermagem. A condição de ininteligibilidade do instrumento de trabalho pelos mesmos, acerca do assunto, leva-os a colocá-la no plano da invisibilidade, ou seja, como um objeto desconhecido e ignorado na sua práxis. Esta categoria reúne duas subcategorias: reconhecendo a SAE como prescrição de enfermagem; arriscando-se a conceituar SAE e Admitindo desconhecer o conceito da SAE (Diagrama 18).

Diagrama 18. Categoria TA2.1.2. Não tendo clareza sobre a SAE: subcategorias.

Subcategoria TA2.1.2.1. Reconhecendo a SAE como prescrição de enfermagem.

Trata-se da concepção de um grupo de auxiliares e técnicos que, consegue associar a SAE a uma de suas fases, a prescrição de enfermagem, compreendendo-a como uma assistência integral ao paciente, constituída de cuidados prescritos pelo enfermeiro e a ser delegado à equipe, dentre estes: dar banho; dar comida; dar medicações; orientar sobre exames, jejuns, restrição hídrica e quanto ao local de internação da pessoa, visando à melhoria da qualidade assistencial, operacionalizada por técnicos e auxiliares (Quadro 31).

[...] A SAE é cumprir o que está na prescrição de enfermagem, dar toda a assistência: fazer higiene oral, curativo, massagem, mudança de decúbito, dar alimentação na boca [...] (TA 10).

Subcategoria TA2.1.2.2. Arriscando a conceituar SAE.

Trata-se de um segundo grupo de técnicos e auxiliares que se aventuram em conceituar a SAE, fundamentados nos princípios do modelo assistencial funcional e a procedimentos técnicos básicos, como: SVD, aspiração, medicação (Quadro 31).

[...] Eu não sei direito o que é SAE. [...] Eu acho que é a união, o bem estar do paciente. É visar à melhor qualidade para ele. É explicar aonde é o banheiro, horário de comida, dar assistência completa, medicação, explicar sobre exames [...] (TA 8).

[...] Eu não sei explicar para você. [...] A gente faz de vez em quando uma reciclagem. É muito raro, mas a gente tem. É explicado sobre

sondagem vesical, medicação, até sobre aspiração [...]. A gente tem reciclagem sobre coisas básicas da enfermagem (TA 9).

Tema TA2.2. Deparando-se com a impotência dos enfermeiros em planejar e coordenar a assistência de enfermagem por meio da SAE.

Trata-se de um componente precursor do desencadeamento do processo de desvalorização da SAE por técnicos e auxiliares, em face da sobrecarga de trabalho imposta ao enfermeiro, mediante ao déficit do profissional na instituição, levando-o a desempenhar, concomitantemente, atividades gerenciais e assistenciais. Esses fatos o levam a fazer a escolha entre o não fazer a prescrição ou a fazer algo dentro daquilo que é possível realizar. As estratégias utilizadas pelo enfermeiro para não caracterizar que não se faz SAE na instituição, são: realizar somente para pacientes graves ou então daqueles que é possível fazer no período; elaborar prescrições padronizadas sem levar em conta as necessidades integrais, por meio de avaliação clínica; interromper aos finais de semana; deixar a prescrição pronta desde o dia anterior. Este tema reúne duas categorias: percebendo os enfermeiros sobrecarregados com a interface de atividades assistenciais e gerenciais, mediante déficit de RH; vendo que o enfermeiro faz o que é possível quanto a SAE (Diagrama 19).

Diagrama 19. Tema TA2.2. Deparando-se com a impotência dos enfermeiros em planejar e coordenar a assistência de enfermagem por meio da SAE: categorias.

Categoria TA2.2.1. Percebendo os enfermeiros sobrecarregados com a interface de atividades assistenciais e gerenciais, mediante déficit de RH.

Significa o impacto do déficit de recursos humanos no processo de trabalho do enfermeiro, sobrecarregando-o de atividades gerenciais e assistenciais, bem como de outras que não pertencem ao seu escopo, como: supervisionar a manutenção tanto da área física quanto de materiais da unidade, como se visse na figura do enfermeiro o papel de resolver de tudo um pouco na instituição. Esta categoria reúne as subcategorias: notando déficit de enfermeiros; percebendo que os enfermeiros só conseguem realizar a prescrição de enfermagem com a ajuda de estagiários; observando enfermeiros realizando atividades gerenciais e assistenciais; vivenciando a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros da supervisão (Diagrama 20).

Diagrama 20. Categoria TA2.2.1. Percebendo os enfermeiros sobrecarregados com a interface de atividades assistenciais e gerenciais, mediante déficit de RH: subcategorias.

Subcategoria TA2.2.1.1. Notando déficit de enfermeiros.

É o reconhecimento de que o número de enfermeiros não é suficiente para realização da SAE de forma adequada. Acreditando que deveria ter um enfermeiro exclusivo na assistência para o acompanhamento real dos pacientes (Quadro 32).

[...] Uma enfermeira para tomar conta de tudo é muito pouco. Cirurgia chegando, uma atrás da outra, sufoca, e o paciente vê tudo isso. Coitadinho! Não dá tempo para respirar [...] (TA 11).

[...] Entendo que tem um monte de pacientes para evoluir e se tivesse uma enfermeira assistencial que ficasse fixa nesta enfermaria, ela conseguiria fazer, mas para a enfermeira chefe fazer sozinha não dá e para a enfermeira da supervisão também não dá, porque fica com um monte de enfermarias. Não tem como. Então todo mundo faz uma prescriçãozinha, porque tem que fazer (TA 3).

Subcategoria TA2.2.1.2. Percebendo que os enfermeiros só conseguem realizar a prescrição de enfermagem com a ajuda de estagiários

Técnicos e auxiliares de enfermagem observando que os enfermeiros só conseguem realizar a SAE quando são ajudados por estagiários (Quadro 32).

[...] o enfermeiro consegue fazer a SAE, porque tem os estagiários. Caso tivesse sozinha não conseguiria [...] (TA 10).

[...] O enfermeiro tem tempo para fazer a SAE, quando tem os enfermeiros estagiários, mas quando está sozinha não dá, porque tudo que é burocracia, é a enfermeira que vai resolver [...] (TA 11).

Subcategoria TA2.2.1.3. Observando enfermeiros realizando atividades gerenciais e assistenciais

É a representatividade de que o enfermeiro tem o papel de resolver de tudo um pouco. É cobrado do enfermeiro funções administrativas, assistenciais e a conservação da área física e dos materiais da unidade (Quadro 32).

[...] Essa enfermaria é pesada e fica só um enfermeiro para prescrever e fazer toda a parte administrativa. É aquela rotina. Nossa equipe está muito boa para trabalhar, porque agora a maioria é Técnico de Enfermagem. A gente quase não tem escaras e agora o Enfermeiro tem tempo, porque conta com os Enfermeiros Estagiários, mas para ele sozinho, não dá! Tudo que é burocracia é o Enfermeiro que vai resolver. O trinco quebrou e ele tem que parar para resolver. O pessoal acha que

o Enfermeiro tem que fazer tudo. É muito papelzinho para fazer. É burocracia demais (TA11).

Subcategoria TA2.2.1.4. Vivenciando a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros da supervisão

É a observação de técnicos e auxiliares que, as enfermeiras da tarde e da noite supervisionam várias enfermarias e não conseguem acompanhar de perto todos os pacientes. Neste contexto, observam que dependendo do plantão o enfermeiro consegue passar somente uma vez em cada enfermaria (Quadro 32).

[...] tem enfermeiro que não acompanha o paciente de perto e acaba prescrevendo cuidados que não têm nada a ver com o paciente. Eu acho que, só o enfermeiro chefe deveria fazer prescrições de enfermagem, o enfermeiro da noite e da tarde não conseguem acompanhar os pacientes. Eles ficam em várias enfermarias ao mesmo tempo (TA 6).

Categoria TA2.2.2. Vendo que o Enfermeiro faz o que é possível quanto a SAE.

Significa o conjunto de evidências para técnicos e auxiliares acerca da impotência do enfermeiro em exercer uma de suas atribuições privativas perante a equipe que é a de planejar e coordenar a assistência de enfermagem, por meio da SAE. Esta categoria reúne sete subcategorias: percebendo que o enfermeiro não realiza a prescrição de enfermagem de todos os pacientes em enfermarias grandes; notando que os enfermeiros realizam prescrição de enfermagem no dia anterior; percebendo que o enfermeiro realiza prescrição de enfermagem desprovida de avaliação clínica; observando que os enfermeiros desconhecem os pacientes; notando a descontinuidade das prescrições de enfermagem aos finais de semana; percebendo que o enfermeiro não consegue realizar a prescrição de enfermagem; vendo enfermeiros priorizando os pacientes graves e pós operatórios imediatos para realizar prescrição de enfermagem (Diagrama 21).

Diagrama 21. Categoria TA2.2.2. Vendo que o enfermeiro faz o que é possível quanto a SAE: subcategorias.

Subcategoria TA2.2.2.1. Percebendo que o enfermeiro não realiza a prescrição de enfermagem de todos os pacientes, em enfermarias maiores.

É a percepção de técnicos e auxiliares que, o enfermeiro não consegue planejar e coordenar a assistência em enfermarias consideradas na instituição como maiores (Quadro 33).

[...] depende da enfermaria que é muito ampla, muitas vezes, os enfermeiros não conseguem fazer prescrição de enfermagem de todos os pacientes [...], porque eles têm muita coisa para fazer (TA 2).

[...] Na enfermaria, o enfermeiro faz a prescrição de enfermagem de alguns pacientes. Vejo-o priorizando os pacientes em pós-operatório. Um enfermeiro ou outro da supervisão, às vezes, faz dos pacientes mais críticos, outras não fazem de nenhum ou de dois ou três (TA 3).

Subcategoria TA2.2.2.2. Notando que os enfermeiros realizam prescrição de enfermagem no dia anterior.

Vendo enfermeiros do noturno e da tarde realizando prescrição de enfermagem para o dia seguinte (Quadro 33).

[...] O supervisor de enfermagem do noturno, geralmente, deixa pronta a prescrição de enfermagem para a manhã e, às vezes, a enfermeira chefe também faz ou o supervisor da tarde deixa pronto para o dia seguinte (TA 5).

Subcategoria TA2.2.2.3. Percebendo que o enfermeiro realiza prescrição de enfermagem desprovida de avaliação clínica.

Trata-se de uma das evidências observada pelos Auxiliares e Técnicos de enfermagem que geram descredibilidade da prescrição de enfermagem, ao se depararem com um enfermeiro prescrevendo cuidados de enfermagem a ser implementados pelo restante da equipe, sem ao menos conhecer e avaliar o paciente (Quadro 33).

[...] tem enfermeiro que não acompanha o paciente de perto e acaba prescrevendo cuidados que não tem nada a ver com as necessidades do indivíduo. Então, eu acho que só o enfermeiro chefe deveria fazer prescrições de enfermagem. O enfermeiro da noite e da tarde não conseguem acompanhar os pacientes, porque ficam em várias enfermarias (TA 6).

[...] Eu acho a SAE uma coisa legal, mas tem hora que [...] não funciona. Os enfermeiros [...] não conseguem acompanhar de perto a evolução dos pacientes. Para quem está à tarde ou no noturno fazendo, não conhece o paciente. Chega lá e olha na prescrição médica e faz a de enfermagem, porque ele não está todo dia acompanhando. Só para formalizar que fez a prescrição de enfermagem, mas não é o que realmente está acontecendo com o paciente (TA 5).

Subcategoria TA2.2.2.4. Observando que os enfermeiros desconhecem os pacientes

Auxiliares e técnicos observando que os enfermeiros da tarde e da noite não acompanham os pacientes de perto e realizam a prescrição de enfermagem por meio da prescrição médica. Deste modo os enfermeiros são criticados e questionados por prescreverem cuidados sem conhecer o paciente (Quadro 33).

[...] O enfermeiro tem que acompanhar, não basta ficar ali prescrevendo todo dia e o auxiliar lá checar como se fosse uma formalidade [...] (TA 5).

[...] tem enfermeiro que não acompanha o paciente de perto e acaba prescrevendo cuidados que não tem nada a ver com o paciente, então eu acho que só o enfermeiro chefe deveria fazer prescrições de enfermagem, o enfermeiro da noite e da tarde não conseguem acompanhar os pacientes, elas ficam em várias enfermarias [...] (TA 6).

Subcategoria TA2.2.2.5. Notando a descontinuidade das prescrições de enfermagem aos finais de semana.

Trata-se da evidência de que os enfermeiros da supervisão não realizam prescrição de enfermagem aos finais de semana e por outro lado os técnicos e auxiliares sentem falta desse instrumento (Quadro 33).

[...] Ah! É super importante a prescrição de enfermagem, mas [...] de final de semana, de sábado e domingo, a supervisão não a faz [...] (TA 4).

Subcategoria TA2.2.2.6. Percebendo que o enfermeiro não consegue realizar a prescrição de enfermagem.

Auxiliares e técnicos observam que os enfermeiros supervisores ficam sobrecarregados e por isso não conseguem realizar a SAE (Quadro 33).

[...] Se tivesse uma enfermeira que ficasse aqui na enfermaria, como enfermeira assistencial, ela conseguiria fazer, mas a enfermeira chefe não consegue fazer sozinha e a enfermeira da supervisão fica com um monte de enfermarias também. Não dá! [...] (TA 3).

Subcategoria TA2.2.2.7. Vendo enfermeiros priorizando os pacientes graves e pós operatório imediatos para realizar prescrição de enfermagem

Auxiliares e técnicos observando que como os enfermeiros não conseguem fazer a SAE de todos os pacientes, esses acabam se adaptando à sobrecarga de trabalho do hospital, optando por realizar somente a SAE dos pacientes graves e em pós operatório imediato (Quadro 33).

[...] A enfermeira chefe consegue realizar a sistematização, porque tem os enfermeiros estagiários e se ela tivesse sozinha, não conseguiria fazer e mesmo assim acaba fazendo dos mais graves e deixa os restantes[...] (TA 10).

Tema TA2.3. Assumindo o papel do enfermeiro no planejamento e coordenação da assistência de enfermagem.

Significa a ação de técnicos e auxiliares, mediante a impotência do enfermeiro de planejar e coordenar a assistência de enfermagem em condições inoportunas para a implantação de modelos assistenciais integrais, como o caso da SAE. Dentre essas, o déficit de recursos humanos na área de enfermagem que gera sobrecarga ao enfermeiro, responsável pelo planejamento e coordenação do processo de cuidar, como para os executores: técnicos e auxiliares. Fatos esses que obriga a equipe de enfermagem a retroceder à modalidade assistencial funcional, como estratégia de enfrentamento da demanda de trabalho. Com isso, decorre a falência da SAE e a equipe de enfermagem passa a seguir somente a prescrição médica, impedindo o enfermeiro de exercer uma de suas atividades privativas. Este tema reúne as categorias: vendo a SAE como um instrumento que não funciona; sentindo-se autoconfiante na qualidade de sua assistência ao compará-la com a prescrita; retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH; seguindo a prescrição médica ao invés da prescrição de enfermagem (Diagrama 22).

Diagrama 22. Tema TA2.3. Assumindo o papel do enfermeiro no planejamento e coordenação da assistência de enfermagem: categorias.

Categoria TA2.3.1. Vendo a SAE como um instrumento que não funciona.

É a percepção de que é desnecessário realizar e operacionalizar a SAE como se fosse somente uma formalidade. Os enfermeiros aparentam que fazem prescrição de enfermagem e os técnicos e auxiliares, também, executam os cuidados prescritos para o cumprimento de uma obrigação imposta pela instituição. Esse processo provoca no auxiliar e no técnico uma falta do estímulo para implementar aos cuidados (Quadro 34).

[...] Sinceramente falando [...] seria diferente se tivesse numa enfermaria que, realmente, o enfermeiro fosse lá, fizesse o exame físico, prescrevesse os cuidados e depois se todo mundo fizesse os cuidados, para que o mesmo pudesse evoluir o paciente para ver se realmente teve uma melhora, mas como se finge que faz, todo mundo finge que executa o que está prescrito. Então desta forma perde-se o estímulo (TA 3).

[...] Eu acho que no meu ponto de vista como técnico de enfermagem, o enfermeiro vai lá, faz a prescrição de enfermagem, carimba e faz sua obrigação do dia [...]. Seria mais eficiente se o enfermeiro acompanhasse o paciente. Hoje, ele vai fazer um procedimento e

amanhã ele vai ter que tomar banho no leito. Então, o enfermeiro responsável sabe que amanhã o procedimento que ele fez e se o paciente pode: levantar, deambular, se tem condições de comer sozinho ou não. O enfermeiro que está no noturno não sabe o que está acontecendo com o paciente, então eu acho meio furado (TA 5).

Categoria TA2.3.2. Sentindo-se autoconfiante na qualidade de sua assistência ao compará-la com a prescrita.

Trata-se de uma evidência, percebida por técnicos e auxiliares de enfermagem, de um contexto em que a SAE não atinge a sua finalidade como um instrumento norteador do processo de trabalho. Nestas condições, não vêm sentido na maneira que a mesma é praticada, porque não acrescenta nada do que se considera rotineiro no processo de cuidar, mediante a prescrição de enfermagem padronizada e não individualizada às necessidades da pessoa, como se fosse um “carimbo”, realizado pelo enfermeiro para todos os pacientes. Diante deste contexto, os auxiliares e técnicos têm o sentimento de que são mais capazes do que enfermeiro, porque realizam muito mais cuidados do que o enfermeiro prescreve (Quadro 35).

[...] A prescrição de enfermagem ajuda a direcionar um pouquinho a assistência, mas eu acho que não faz muita diferença, depende do funcionário. Tem funcionário que não consegue olhar e enxergar que precisa trocar a fixação da sonda nasogástrica, [...] fazer controle, saber a importância que tem o controle de diurese, entretanto tem funcionário que faz muito mais do que está prescrito (TA 3).

[...] A prescrição de enfermagem orienta, mas a gente não faz só aquilo que está prescrito, a gente faz muito mais e, também, tem enfermeiro que não acompanha o paciente de perto e acaba prescrevendo cuidados que não tem nada a ver com o paciente. Então, eu acho que só o enfermeiro chefe deveria fazer prescrições de enfermagem, o enfermeiro da noite e da tarde não conseguem acompanhar os pacientes, porque ficam em várias enfermarias (TA 6).

Categoria TA2.3.3. Retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH.

Significa que o déficit de recursos humanos impulsiona a equipe de enfermagem a adotar o modelo de assistência funcional, para enfrentar a sobrecarga de trabalho, situação que inviabiliza a operacionalização de qualquer proposta que demanda o modelo de assistência integral, como o caso da SAE. Esta categoria reúne as subcategorias: deparando-se com o déficit de técnicos e auxiliares; vivenciando a sobrecarga de trabalho de técnicos e auxiliares; percebendo inviável a operacionalização de uma assistência integral e individualizada, mediante o déficit de recursos humanos (Diagrama 23).

Diagrama 23. Categoria TA2.3.3. Retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH: subcategorias.

Subcategoria TA2.3.3.1. Deparando-se com o déficit de técnicos e auxiliares.

Trata-se de uma condição desfavorável para a implementação da SAE, uma vez que seus executores, também, encontram-se sobrecarregados. Este processo gera o sentimento de estar prestando uma assistência corrida, desqualificada e desumanizada. O fato de não se conseguir oferecer uma assistência integral ao paciente gera sofrimento à equipe, decorrente de um processo de trabalho desprovido de número suficiente de técnicos e auxiliares em relação ao número de pacientes, quando se compara essa situação atual à passada. Acredita-se que, somente com o redimensionamento de recursos humanos na área de enfermagem tornar-se-ia viável a SAE e conseqüentemente

o alcance pela instituição de uma assistência de enfermagem integral, humanizada e qualificada ao usuário (Quadro 36).

[...] falta muita coisa para gente trabalhar com a sistematização, porque o número de pacientes para o número de funcionários é grande, portanto não se consegue dar a assistência que o paciente precisa. Antes eram 35 funcionários para 60 cirurgias por mês e agora são 26 funcionários para 160 cirurgias por mês. Então, você não consegue dar a assistência que o paciente precisa, por mais que queira. Falta muita mão de obra (TA 10).

[...] Se cuidasse de quatro a cinco pacientes, a margem de erro seria menor e [...] a assistência melhoraria. A enfermagem poderia permanecer mais com o paciente e se tornar mais presente [...] (TA 12).

Subcategoria TA2.3.3.2. Vivenciando a sobrecarga de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

É o sentimento de que a falta de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem não permite uma assistência de enfermagem humanizada e individualizada, ou seja, são realizados somente os cuidados de enfermagem considerados essenciais (banho, curativo e alimentação) e se der tempo, leva-se em conta a prescrição de enfermagem (Quadro 36).

[...] Eu percebo que a gente trabalha muito por produção. Há uns oito anos atrás, logo que eu entrei, a gente trabalhava em quatro funcionários na ala para dar os banhos que, antigamente, não eram cuidados integrais e agora estamos trabalhando com dois funcionários para dar todos os banhos e antes a gente tinha um tempo de ter um contato mais de perto com o paciente, tinha humanização, a gente colocava o paciente para fora na cadeira de roda para tomar banho de sol na sacada. A gente chegava a lixar as unhas das pacientes, passava esmalte. Na época do frio, a enfermeira comprou um secador de cabelo e a gente secava os cabelos das mulheres que tinham cabelos cumpridos. É uma coisa que hoje não dá para estar fazendo. Você chega, às vezes, fica naquela correria de dar o banho, porque tem que fazer muitos curativos. Você pode até esquecer o café do paciente, uma coisa importante que acaba ficando lá gelando. Não tem tempo para

sentar o paciente e por a mesinha, porque tem que correr para dar os banhos. Tem que fazer os curativos, porque o paciente vai para cirurgia [...]. Eu acho que, para ter a qualidade e a humanização precisaria ter mais pessoas para melhorar (AT 5).

Subcategoria TA2.3.3.3. Percebendo inviável a operacionalização de uma assistência integral e individualizada, mediante o déficit de RH.

É a evidência de que o déficit de recursos humanos torna o cuidado integral inviável. Os auxiliares e técnicos tem a percepção de que é prestada uma assistência descrita como corrida e jogada, ou seja, os cuidados acontecem baseados no modelo funcional: primeiro são realizados todos os banhos, depois todos os sinais vitais, seguidos do oferecimento de todas as alimentações e por último são feitas às anotações de enfermagem. A vivência de cuidar, integralmente, do paciente não tem sido aprovada por vários motivos, conforme as justificativas seguintes: trabalhar em grupo é bom porque todo mundo se ajuda, os pacientes são muito dependentes, fazer curativo sozinho é ruim, não se consegue cuidar do paciente sozinha, sobrecarrega-se técnicos e auxiliares porque tem atendentes de enfermagem na equipe, ficar na medicação é estressante (Quadro 36).

[...] Aqui todo mundo se ajuda, não é porque é o meu paciente que ninguém vai me ajudar. Eu cuido do paciente da outra, aqui a gente não é individualista, a gente trabalha em grupo e dá certo assim. Então, porque vamos mudar? Não vamos! Não, porque a gente não consegue cuidar dos pacientes sozinha, os pacientes desta enfermaria são muito dependentes (TA 7).

[...] O que a gente vê muito em outras enfermarias e que tem funcionado, melhorando bastante para o paciente e para gente são os cuidados integrais, mas aqui na enfermaria não tem dado certo, porque o paciente é muito dependente e é muito paciente para o número de funcionário. Aqui tem muito atendente e não teve concurso para auxiliar. A gente não fez e é uma briga nossa. Tem dia que tem três técnicos, um auxiliar e dois atendentes. Então, cuidados integrais não dão para fazer, porque sobrecarregam os outros. Tem muitos curativos, até para fazer sozinho é ruim. Tem paciente com tração, com problemas de coluna, quadril que

você depende do colega para ajudar. Tem que ser todo mundo bem prestativo. Eu acho que teria que ter mais funcionários para fazer a sistematização. Eu sou a favor, porque ganha o paciente e a instituição (TA 12).

Categoria TA2.3.4. Seguindo a prescrição médica ao invés da prescrição de enfermagem.

É a forma de técnicos e auxiliares contestarem a SAE, mediante o não seguimento da mesma, quando essa não atende às necessidades integrais do indivíduo ou então não compreendem a razão da intervenção prescrita pelo enfermeiro, bem como por defrontarem-se com impressos inadequados que dificultam a leitura e os registros. Estes fatos levam os atores a sinalizarem seus descontentamentos na forma verbal, ao assumirem que não a segue ou que não se faz necessária e por comunicação não verbal adotam comportamentos, como: não checam, checam sem ler ou não fazem anotações. Esta categoria reúne cinco subcategorias: não seguindo a prescrição de enfermagem; checando os cuidados de enfermagem sem ler a prescrição de enfermagem; não checando a prescrição de enfermagem; percebendo piora da anotação de enfermagem; deparando-se com impressos inadequados (Diagrama 24).

Diagrama 24. Categoria TA2.3.4. Seguindo a prescrição médica ao invés da prescrição de enfermagem: subcategorias.

Subcategoria TA2.3.4.1. Não seguindo a prescrição de enfermagem.

Trata-se de um conjunto de atitudes de técnicos e auxiliares, refutando prescrições de enfermagem que não levam em conta as necessidades do indivíduo, ou seja, compõem-na de intervenções padronizadas, como se fosse um carimbo. Em face do contexto, técnicos e auxiliares assumem, verbalmente, perante o enfermeiro que, realmente, não cumprem com esse tipo de prescrição ou então se utilizam de símbolos que traduzem desvalorização da mesma, como: não ler, não checar, consultá-la só no final do plantão, enaltecer só a prescrição médica como orientadora da assistência de enfermagem. Outra situação que os levam a desconsiderar a prescrição de enfermagem é o fato de não compreenderem a razão de o cuidado ter sido prescrito ao paciente. Acerca deste aspecto, sugerem que o enfermeiro deveria orientar melhor a equipe sobre as intervenções prescritas (Quadro 37).

[...] Geralmente se checa o que é rotineiramente prescrito [...], ou seja, o que está todo dia acostumado a fazer. Se mudou para enfaixar membros inferiores da paciente é no final da tarde é que se vai ver que tem que

enfaixar, porque o plantão da manhã não teve condições nem de olhar a prescrição de enfermagem. Você olha a prescrição médica e vê se os sinais vitais estão de hora/hora, porque não tem a prescrição lá na hora e todo dia é a mesma coisa. Então, aí que o auxiliar vai olhar que tinha que enfaixar a perna do paciente no final do dia. Aí vamos supor que, não está a prescrição médica. Então, porque que eu vou enfaixar? Geralmente o auxiliar não foi instruído, para aquilo que ele tem que fazer, porque ter duas prescrições (TA 5).

Subcategoria TA2.3.4.2. Checando os cuidados de enfermagem sem ler a prescrição.

Trata-se de uma parcela de auxiliares e técnicos que não lêem as prescrições de enfermagem e mesmo assim acabam checando (Quadro 37).

[...] às vezes, nem se lê o que está escrito e se checa. Pensa-se assim: — Todos que estão nesse lugar esta manhã são meus. Então, nem lê o que está prescrito e checa-se tudo. Se fez ou não fez, não interessa, checa-se tudo. Eu já ouvi: — Checa aí para mim! (AT 3).

Subcategoria TA2.3.4.3. Não checando a prescrição de enfermagem.

Auxiliares e Técnicos de enfermagem não reconhecem a legitimidade das prescrições de enfermagem por serem incoerentes com o paciente e os enfermeiros precisam ficar cobrando para que leiam, rubriquem e façam anotação (Quadro 37).

[...] eu acho que fica muito a desejar. Às vezes, a colega não checa e fica falho. Antes a gente anotava o estado do paciente, se almoçou e agora fica aquele escritinho manhã, tarde e noite. Eu acho que fica muito vago: dá o banho, faz o curativo e acabou. Eu acho que tinha que melhorar (TA 11).

Subcategoria TA2.3.4.4. Percebendo piora da anotação de enfermagem.

É a avaliação comparativa da qualidade da anotação de enfermagem entre o antes e o depois da implantação da SAE que, de um ponto de vista obteve-se a praticidade na checagem dos cuidados prescritos, mas por outro acomodou os

técnicos e auxiliares de enfermagem em registrarem suas observações sobre o paciente (Quadro 37).

[...] A enfermeira deixa tudo prescrito, tudo certinho. Então, se o paciente tem dreno, curativo no "intracath", deambular com o paciente, a gente faz tudo e ela põe os horários e a gente só checa. É muito mais fácil! [...] (TA 4).

[...] eu acho que fica muito a desejar. Às vezes, a colega não checa e fica falho. Antes a gente anotava o estado do paciente, se almoçou e agora fica aquele escritinho manhã, tarde e noite. Eu acho que fica muito vago: dá o banho, faz o curativo e acabou. Eu acho que tinha que melhorar (TA 11).

Subcategoria TA2.3.4.5. Deparando-se com impressos inadequados.

É a evidência de que as letras da prescrição de enfermagem são muito pequenas e os técnicos/auxiliares de enfermagem com mais idade têm dificuldade de enxergar os cuidados prescritos (Quadro 37).

[...] Eu acho complicado. Acho que tem que melhorar os impressos, tudo escrito pequenininho, não dá para ver, precisa por óculos para enxergar a prescrição de enfermagem (TA 11).

3.2.2. Descobrindo a categoria central

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os dois fenômenos: **legitimando a SAE e não legitimando a SAE**, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes (temas, categorias, subcategorias e elementos). Esta estratégia permitiu-me identificar as categorias e subcategorias chaves, que evidenciassem o movimento interacional do Técnico/Auxiliar com a operacionalização da SAE.

Durante o processo de análise da interface Técnico/Auxiliar – SAE, o que me chamou atenção foi a existência de um processo inverso de empoderamento na tomada de decisão sobre a assistência de enfermagem de Técnicos/Auxiliares, sobre uma das prerrogativas do exercício profissional do enfermeiro.

O componente principal que contribui para o desencadeamento desse processo decorre da necessidade de se realizar investimentos em recursos humanos na área de enfermagem, voltados à contratação e ao fortalecimento da educação permanente.

O fato da instituição não conseguir oferecer esse tipo de apoio para o desenvolvimento da qualidade da assistência, induz a equipe de enfermagem a sofrer com as conseqüências da sobrecarga de trabalho, sendo uma delas a descaracterização da operacionalização da SAE, evidenciada pelo retrocesso de um modelo de prestação de cuidados integrais para o funcional. Processo esse, decorrente do déficit de recursos humanos que vem **inviabilizando a operacionalização da SAE**. Barreira apontada por Técnicos/Auxiliares como geradora de **impotência do enfermeiro em planejar e coordenar assistência de enfermagem, por meio da SAE** e, portanto produzir uma SAE ilusória, produto de um fazer o que é possível, perante a situação institucional. Fato este não corroborado por Técnicos/Auxiliares que, empreendem um movimento de **fortalecimento no processo de cuidar, ao assumirem o papel do enfermeiro no planejamento e coordenação da assistência de enfermagem**, de maneira informal, **apoiados na prescrição médica**, para dar conta da sobrecarga de trabalho. O encadeamento desses processos contribui para a invisibilidade da práxis do enfermeiro no processo de trabalho da equipe de enfermagem. Para tanto, intitulo como categoria central dessa experiência: **TÉCNICOS/AUXILIARES FORTALECENDO-SE NO PROCESSO DE CUIDAR AO SE DEPARAREM COM UMA SAE ILUSÓRIA: DÉFICIT DE RECURSOS HUMANOS FOMENTANDO A IMPOTÊNCIA E A INVISIBILIDADE DO ENFERMEIRO** (Diagrama 25).

Diagrama 25. Categoria Central TA. Técnicos/auxiliares fortalecendo-se no processo de cuidar ao se depararem com uma SAE ilusória: déficit de recursos humanos fomentando a impotência e a invisibilidade do enfermeiro.

3.1.3. Síntese dos modelos: a interface das experiências enfermeiro-técnico/auxiliar com a SAE.

A estratégia utilizada para conceber a síntese dos modelos teóricos referentes às experiências do enfermeiro e auxiliar/técnicos de enfermagem foi a mesma utilizada para descobrir a categoria central, conforme proposto pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada em Dados. A contento, inter-relacionamos os componentes de ambos modelos (categorias centrais, fenômenos, temas, categorias, subcategorias e elementos), buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre eles (modelos representativos das experiências do enfermeiro e técnicos/auxiliares). Esta operação permitiu-me identificar os componentes chave, que evidenciassem o movimento interacional Enfermeiro - Técnico/Auxiliar com a operacionalização da SAE, culminando no terceiro modelo, denominado – entre o êxito e a frustração com a operacionalização da SAE: recursos humanos como componente determinante para a visibilidade do enfermeiro no processo de trabalho (Diagrama 26).

O modelo é composto por dois subprocessos que empreendem movimentos opostos que podem resultar no êxito ou na frustração ao se idealizar a operacionalização da SAE, cujo principal componente interveniente é recursos humanos. O investimento institucional em pessoal na área de enfermagem, primeiramente no aspecto numérico e, consecutivamente na capacitação, são componentes que contribuem com o êxito de propostas fundamentadas no modelo de assistência de enfermagem integral, como é a SAE.

Quando esses componentes se tornam adversidades em uma instituição, a equipe de enfermagem é submetida a processo de sofrimento, mediante a sobrecarga de trabalho que, no cenário estudado, por ser os movimentos divergentes, acabam contribuindo para deflagrar conflitos enfermeiro – técnicos/auxiliares.

Vale ressaltar que, outro componente que contribui para o enfermeiro enfrentar o sentimento de impotência em planejar e coordenar a assistência de enfermagem, associa-se ao sentimento de culpabilização emerso de um processo de incentivo utilizado pela instituição, para aquele enfermeiro que não desiste em

continuar realizando a SAE, mesmo sob condições adversas que comprometem a qualidade de sua operacionalização, muitas vezes, conduzindo-o a produzir planejamentos ilusórios.

Ao ver esse processo, Técnicos/Auxiliares adotam uma postura oposta ao não legitimar a estratégia de enfrentamento do enfermeiro ao retrocederem ao modelo de assistência de enfermagem funcional para reorganizar o processo de cuidar, amparado somente na prescrição médica e na auto-confiança adquirida na qualidade de sua assistência oferecida, quando comparada com a ilusória produzida pelo enfermeiro.

Esse processo cíclico tem efeito potencializador do sofrimento do enfermeiro, porque ao ser planejada uma assistência de enfermagem ilusória, esta conduz sua práxis à invisibilidade no processo de trabalho e desvaloriza o exercício profissional do Enfermeiro.

Diagrama 26. Modelo teórico: Entre o êxito e a frustração com a operacionalização da SAE: recursos humanos como componente determinante para a visibilidade do enfermeiro no processo de trabalho.

CAPÍTULO 4

DISCUTINDO O MODELO TEÓRICO DESCOBERTO

Analisando o modelo teórico, resultado da interface das experiências dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, acerca da operacionalização da SAE, observamos que as mesmas sobrepõem-se parcialmente, convergindo no momento que concebem a SAE como um instrumento ideal para o gerenciamento da assistência e para o reconhecimento social da profissão, mediante componentes facilitadores como: dimensionamento ideal de recursos humanos e educação permanente. Caso contrário existe grandes chances de tornar-se uma experiência frustrada, pois a sobrecarga de trabalho desencadeará sofrimento psíquico na equipe e esta usará mecanismos de enfrentamentos.

Neste ponto do continuum da experiência é que Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares adotam enfrentamentos diferentes, gerando assim um processo cíclico, que tem efeito potencializador de sofrimento, principalmente do enfermeiro. Esta evidência compromete o seu exercício profissional pleno, conduzindo a sua práxis à invisibilidade no processo de trabalho e consequentemente, dificultando o seu reconhecimento social.

Vale ressaltar que, este processo é influenciado pelo tipo de direcionamento adotado pela Instituição, requerendo dos enfermeiros essa pactuação para continuarem realizando a SAE, sem garantir que os pressupostos da SAE sejam assegurados. Esta estratégia representa para o Enfermeiro, que nem sempre o fato de realizar ou não a SAE está relacionado à competência profissional, mas numa maneira de culpabilizá-lo e isentar a responsabilidade legal da Instituição. Essas ações para o Enfermeiro não representam o sentido para o seu trabalho.

Segundo o Interacionismo Simbólico, nos tornamos objetos sociais uns para outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade e situações e assumimos o papel do outro⁽⁶⁶⁾. É por essa razão que Técnicos/Auxiliares ao interagirem com símbolos, que retratam aquele enfermeiro insistente em realizar uma SAE ilusória, como: fazendo prescrição de enfermagem desprovida de avaliação clínica; realizando somente a fase da prescrição ou então deixando de realizá-la nos finais de semana ou realizando-a no dia anterior, bem como, não realizando de todos os pacientes, faz com que os mesmos decidam retomar o modelo de assistência de enfermagem funcional,

amparado somente na prescrição médica e seguem neste processo acreditando na sua competência profissional, quando comparam a qualidade de sua assistência com a planejada pelo enfermeiro.

Os Auxiliares e Técnicos tem para si que é possível cuidar sem planejamento, isto fica reforçado quando facultativamente o enfermeiro faz ou não a SAE. Há uma ruptura na coerência da proposta. Faz-se necessário o sentido para o processo de trabalho, e caso ele não exista, de forma intrapessoal, cada trabalhador não reconhecerá esse processo, pois não sabe em que suas ações contribuiriam para a construção do produto.

Esse movimento é explicado pelo referencial teórico utilizado neste estudo, apontando que, as ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e esta por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Desta forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central, para como a ação ocorrerá ⁽⁶⁶⁾.

É por essa razão que Técnicos/Auxiliares não legitimam a SAE ilusória, demonstrando simbolicamente ao enfermeiro sua decisão mediante a prescrição de enfermagem, por meio das seguintes atitudes: não seguindo-a; checando-a sem ao menos lê-la; não checando-a. Estes comportamentos advêm da tomada de decisão do Enfermeiro divergente à dos Técnicos/Auxiliares quanto ao enfrentamento das dificuldades que se têm de operacionalizar a SAE, contribuindo para a geração de conflitos dentro da equipe de enfermagem.

Desta forma, para romper com este movimento cíclico no campo da frustração, seria recomendável à primeiramente, deixar de fomentar a realização de uma SAE ilusória, que tem comprometido o exercício profissional do Enfermeiro, ao promover uma assistência desprovida dos direitos mais amplos à pessoa que receberá o cuidado e que, repercute na saúde ocupacional dos profissionais. Mas, sabidamente, deixaria de se cumprir um requisito legal, fiscalizado pelo COREN (Conselho Regional de Enfermagem), órgão que fiscaliza a prática profissional. Está posto um dilema, de romper com um projeto que está sem sentido para quem planeja, para quem os executam e também para as pessoas que recebem o pretenso cuidado.

Então, confrontando os resultados desta pesquisa com o conhecimento produzido sobre o objeto de investigação, verificamos a carência de estudos que o explorem sob a perspectiva interacional das experiências de Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares com a SAE.

As pesquisas realizadas, geralmente, enfocam somente a experiência dos Enfermeiros ou dos Técnicos/Auxiliares, entretanto localizamos um estudo de abordagem etnográfica, conduzido em uma unidade de queimados do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP) que, explorou o comportamento de uma equipe multiprofissional (Enfermeiro, Auxiliar, Fisioterapeuta e Médico) com relação ao processo de enfermagem. Essa pesquisa corrobora com o nosso estudo, ao apontar que, no cenário investigado, a fase da SAE mais realizada é a prescrição, desprovida de avaliação clínica, e que os auxiliares de enfermagem não sentem a necessidade da mesma, mediante a autoconfiança no seu conhecimento para a execução dos cuidados e vendo a SAE como uma atividade desvinculada da prática⁽⁴⁶⁾.

Por outro lado, as pesquisas que exploram as percepções dos Enfermeiros acerca da SAE, ressaltam que além da mesma proporcionar maior qualidade à assistência, propicia também, maior eficiência, autonomia e cientificidade à profissão, garantindo, dessa forma, maior valorização e reconhecimento, enquanto um espaço de novas conquistas e uma mudança cultural no papel do Enfermeiro^(26,57).

Em contra partida, as investigações vêm apontando para componentes dificultadores dessa prática, como: recursos humanos de enfermagem insuficientes^(26,45,47,57,62,63), sobrecarga de trabalho dos enfermeiros^(26,57), produção de uma SAE ilusória que inviabiliza o exercício profissional do enfermeiro⁽⁵³⁻⁵⁶⁾, a falta de conhecimento da equipe de enfermagem sobre o tema; o não envolvimento dos profissionais da área neste processo^(26,49,54-57). Considerações estas, relatadas pelos atores de nosso estudo.

Dentre esses dificultadores, o modelo teórico emerso em nosso estudo, aponta o déficit de recursos humanos como componente desencadeador de uma assistência de enfermagem fundamentada no modelo funcional que, inviabiliza a operacionalização de uma assistência integral, como é caso da SAE, bem como

da Política Nacional de Humanização e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde que o SUS foi institucionalizado, em 1988, a mais complexa questão que vem apresentando maior resistência à mudança, dentro da política de reforma do Estado no País, é sem dúvida, a dos recursos humanos. Atualmente, as organizações de saúde brasileiras estão a cada dia mais sobrecarregadas, mediante ao aumento da demanda dos serviços. Diante do aumento da carga de trabalho, o governo brasileiro enfrenta um grande desafio, que é a formulação de políticas coerentes de recursos humanos para saúde⁽⁴³⁾. Vários estudos demonstram que, a falta de recursos humanos é uma constante na maioria dos hospitais públicos que tem inviabilizado o modelo de assistência integral^(26,44,47,51). Também há clareza que a variável, recursos humanos, em termos numéricos não garantirá uma mudança suficiente para assegurar a qualidade da assistência. Existem princípios e pressupostos que precisam ser considerados, especialmente quando se aborda a mudança do modelo assistencial.

Utilizar a SAE como um instrumento metodológico pode sim, conforme os estudos demonstram melhorar a assistência; mas a filosofia da Instituição, seus conselhos gestores, teriam que se alinhar em operacionalizar uma política de educação permanente. Assim, em processo reflexivo e contínuo haveria a possibilidade de que os gestores, enfermeiros, médicos, membros da equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde, apreendessem o real conceito da SAE e sua correlação com o processo de cuidar.

Assim, a prestação de cuidados insere-se no seio de uma constelação de fenômenos e acontecimentos. As características da maioria das instituições de saúde, as estruturas de organização, as múltiplas fontes de poder, os valores quantitativos centrados na produtividade tornaram-se, com o passar do tempo, inadequados ao crescimento e ao desenvolvimento da organização dos cuidados de saúde. Numerosos sinais se fizeram sentir. Os recursos financeiros insuficientes, o pessoal desmotivado e insatisfeito, as taxas de absentismo e de mobilidade crescentes e o esgotamento do pessoal que cuida caracterizaram os nossos serviços de saúde custosos, mas desumanizados, centrados na técnica e na doença. Esqueceu-se a pessoa, o cliente, a família e o enfermeiro que cuida⁽⁶⁴⁾.

O fato de não se concretizar propostas baseadas no modelo de assistência integral, levaram-nos a fazer um breve paralelo com o utilizado nas organizações empresariais, chamado reengenharia, que é considerada a reestruturação de uma empresa, por força das novas condições de mercado, da concorrência, do mercado internacional, visando ao aumento de sua competitividade. Inclui capacitação do pessoal interno, privatização, terceirização, demissões, utilização de um número menor de empregados, porém mais capacitados⁽⁶⁵⁾.

As organizações da atualidade têm se preocupado e buscado enfaticamente a qualidade do produto e do serviço, tendo em vista, quase que exclusivamente, o seu sucesso em um mundo vigorosamente competitivo. A reengenharia da organização e a reconcepção dos processos de trabalho, ainda estão na ordem do dia como estratégias para se obter maior eficiência. Entretanto, as organizações de saúde e os serviços de enfermagem no Brasil não ficam à margem dessa situação. Seus paradigmas gerenciais não têm permitido o pleno desenvolvimento humano em todas as suas facetas, uma vez que subestimam as necessidades psicoespirituais, que constitui a base da dimensão moral e da ação ética⁽⁵⁹⁾.

Este processo de reestruturação organizacional não teve um impacto positivo na gestão empresarial, porque passou por processos de reestruturação interna que reduz o número de colaboradores nas organizações, fazendo com que aumente a carga de trabalho, longas jornadas, baixos salários. Contexto este, que leva ao aumento de doenças ocupacionais⁽⁶⁰⁾.

Com isso percebe-se que, não poderia ser diferente na área da saúde, especialmente porque o produto do processo de trabalho da enfermagem é o cuidado, que se materializa por meio das mãos de seres humanos.

Quando se pensa no afastamento do trabalhador, verifica-se que, estudo conduzido em uma instituição hospitalar pública do interior paulista, identificou que as principais causas são: transtornos mentais e comportamentais, seguidos das doenças do sistema osteomuscular e o tecido conjuntivo, a seguir as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (principalmente os entorse, fraturas e luxações) e em quarto lugar as doenças do aparelho circulatório⁽⁶¹⁾.

Por isso faz-se necessário considerar uma política mais humanizada para o capital social na área da saúde, como elemento também essencial ao se propor projeto fundamentado no cuidado integral.

Reforça-se ainda que, para facilitar a implantação e a manutenção efetiva da SAE é recomendada a atuação da educação permanente e criação de núcleos de estudo para promover discussões periódicas acerca do assunto ^(48-49,54-57).

Ao comparar o nosso estudo à literatura, percebemos que foi possível, ampliar a compreensão do processo de trabalho da enfermagem, ao produzir um modelo teórico, que retrata a interação dos componentes que conduzem à (in)visibilidade do exercício profissional do enfermeiro.

Finalizamos, acreditando que esta avaliação de serviço possa oferecer subsídios aos gestores, para a reformulação do planejamento Institucional.

CAPÍTULO 5

FEZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu-nos compreender a interface das experiências enfermeiro – técnicos/auxiliares de enfermagem com a SAE em um hospital universitário, bem como desenvolver um modelo teórico desta vivência.

Acreditamos que uma das maiores contribuições deste estudo seja a descoberta da interação de dois componentes essenciais, que são: déficit de recursos humanos e direcionamento adotado pela Instituição, visando a manter os enfermeiros motivados para continuarem realizando à SAE, mesmo que essa seja feita de uma forma ilusória. Esta situação é interpretada pelos enfermeiros como uma estratégia utilizada pela Instituição para tentar amenizar a sua responsabilidade ao culpabilizá-los pelo fracasso da SAE.

Vale ressaltar que, a estratégia de culpabilização tem se configurado como componente interveniente, para a manutenção de um processo cíclico potencializador de conflitos dentro da equipe, bem como de sofrimento, principalmente, para o enfermeiro, por vivenciar a invisibilidade de sua práxis no processo de trabalho. Decorrente da decisão de Técnicos/Auxiliares retrocederem ao modelo de assistência de enfermagem funcional, apoiados somente na prescrição médica, ao não validarem a SAE ilusória como uma forma de enfrentamento do enfermeiro, em face da sobrecarga de trabalho induzida pelo déficit de recursos humanos na Instituição.

Ademais, o modelo teórico descoberto oferece pistas, de como é possível romper com esse movimento cíclico no campo das frustrações, para arremeter a equipe de enfermagem ao campo do êxito e das satisfações, visando à melhoria da qualidade assistencial na Instituição.

REFERÊNCIAS

1-Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Bom Tempo; 1999.

2-Marx K. O capital. 14ª ed. São Paulo: Difel; 1995. v.1, p.201-23.

3-Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN:Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. P.71-112,

4-Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 1998.

5-Felii VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P.Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.p.1-13.

6-Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Cienc Saúde Coletiva 2007; 12(2): 443-53.

7-Quintana P, Roschke MA, Ribeiro EC. Educación permanente, processo de trabajo y calidad de servicio en salud. In: Haddad QJ et al. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS; 1994.

8-Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. [Monografia da Internet] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. [acesso 10 fev 2010]. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf.

9-Almeida MCP, Fortuna CM, Pereira MJB, Mishima SM, Villa TCS. Gerencia na rede básica de serviços de saúde: processo de trabalho. In: Anais do X Encontro de Enfermagem do Nordeste; 1994; Salvador, BA.

10-Machado NJ. Sobre a idéia de competência. In: Perrenoud P, Thurler MG. As competências para ensinar no século XXI. São Paulo: Artmed; 2002. p. 137-55.

11-Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

12-Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez;1989.

13-Silva GB. Enfermagem profissional: análise crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez;1989.

14-Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: a relação de enfermagem e saúde do trabalhador. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.

15-Marx, K. O capital: crítica da economia política. 8. Ed. São Paulo (SP): Difusão Editorial; 1982. V.1.

16-Mishima SM et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP; Rocha SMN (org.) O trabalho de enfermagem. São Paulo; Cortez,1997.

17- Hausmann M, Peduzzi M. Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um Hospital privado no município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado [tese]. São Paulo; USP; 2006.

18-Jesus CAC. Sistematização da Assistência de Enfermagem: evolução histórica e situação atual. In: Anais do III Fórum Mineiro de Enfermagem. Uberlândia; 2002. P.14-20.

19-Gonçalves AMO. Perfil diagnóstico de Enfermagem admissional de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda [dissertação]. Belo Horizonte; Universidade Federal de Minas Gerais; 2004

20- Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice. 2ed. St. Louis: Mosby; 1989.

21- Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. O processo de enfermagem. In: Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 1-16.

22- Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo(SP): EPU; 1979

23-Meirelles ASV. O que e porque do ensino da metodologia assistencial em enfermagem e dá outras providências. D.O.U 1986 jul.26: seção 1; 9273-5.

24- Stanton M, Paul C, Reeves JS. Um resumo do processo de enfermagem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 24-37.

25- Choi EC. Evolución del desarrollo de la teoria de enfermaría. In: Marriner, A. Modelos Y teorias de enfermaria. Barcelona: Rol; 1989.

26-Backes DS et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta Sci Health Sci 2005; 27(1):25-9,

27-Cianciarullo TI. Instrumentos Básicos para cuidar: um desafio para qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu; 2000.

28-Alfaro-Lefevre R. Aplicação do Processo de Enfermagem: um guia passo-a-passo. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

29-Leopardi MT. Teorias em Enfermagem: instrumentos para prática. Florianópolis: Papa-livros;1999.

30-Araújo IEM et al. Sistematização da Assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implantação de roteiro direcionador. Acta Paul Enf 1996; 9(1):18-27.

31-Lei n.7498 de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. D.O.U. 26 Jul 1986: SEÇÃO 1; 9273-5.

33-Paim L. Questões e mitos acerca dos modelos de assistência de enfermagem. In: Congresso Brasileiro em Enfermagem, 31, Fortaleza, 1979. Anais. Brasília: ABEn, 1979b. p.62-69.

34-Thofehrn M B, Traversi MS, Muniz RM, Duarte AC, Leite MP. O processo de enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros. Rev gaúch enferm 1999; 20(1):69-79.

35-Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Resolução n.272/Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE, nas Instituições de Saúde Brasileiras. Brasília; 2002.

36-Scochi CAM, Gaíva MAM. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Latino-am Enfermagem 2004;12(3):469-76.

37-Ribeiro MNA, Ximenes LB, Araújo TL. O cuidado de enfermagem, na síndrome de Stevens Jonhson. Pediatria Atual 2000;13(10):44-50.

38- Thofhen MB et al. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. R gaúcha Enferm 2001; 22(1):1001-121.

39-Ramos LAR, Carvalho EC. Sistematização da Assistência de Enfermagem: um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem. [tese] Ribeirão Preto (SP). Escola de enfermagem da USP; 2007.

40-Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização de Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação Rev Bras Enferm 2006; 59(5): 675-9.

41-Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: Mehry EE, Omoko R, organizadores. Agir em saúde, um desafio para o público. São Paulo: Hucite; 1997. P.229-66.

42-Castellanos BEP. O trabalho do enfermeiro: a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo: da abordagem mecânico funcionalista à pesquisa emancipatória [tese]. São Paulo: Escola de enfermagem da USP; 1987.

43- Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 1ª ed, 2ª reimpressão, Brasília;2003.

44-Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH – SUS) – 3ª ed., rev. e atual, Brasília; 2005.

45-Matté VM, Thofhern BM, Muniz RM. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. R Gaúcha Enferm 2001; 22(1):101-21.

46-Casagrande LDR, Rossi LA. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. Rev latinoam enferm 2001;9(5):39-46.

47-Silva EA da, Vidal FB, Souza RM de, Altoé SR. Utilização do processo de enfermagem nas instituições hospitalares do município de Cuiabá em 2006.

48-Takahashi AA; Barros ALBLB. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2008;21(1):32-8

49-Marques LVP, Carvalho DV. Sistematização da assistência de enfermagem em centros de tratamentos intensivo: percepção da Enfermeiras. *REME- Rev Min. Enf* 2005; 9(3):199-205.

50-Silva TG, Madureira VSF, Trentini M. Processo de ensino-aprendizado para implementação do diagnóstico de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Cogitare Enferm* 2007;12(3):279-86.

51-Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Apresentado na Mesa Redonda “A Sistematização da Assistência de Enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

52-Oliveira BRG, Lopes TA O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto & contexto enferm* 2006; 15(Esp):105-13.

53-Sanna MCO. Processo de trabalho em enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(2):221-4.

54-Aquino DR, Filho WDF. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. [acesso em 10 Fev 2010], disponível em [HTTP://www.calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/.../1414](http://www.calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/.../1414)

55-Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto & contexto enferm* 2006;15(4): 617-28.

56-Duarte APP, Ellensohn L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. R Enferm UERJ 2007; 15(4):521-6.

57-Penedo RM. A percepção de enfermeiros gerentes sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em seu cotidiano profissional: subsídio para a Educação Permanente. Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu; 2008.

58-Delgado L M; Oliveira BRG de. Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário. Nursing (São Paulo) 2005;8(87):365-70.

59-Trevizan MA, Mendes IAC, Cury SRR, Mazon L. A dimensão moral e ação ética no trabalho gerencial da enfermeira. Esc Anna Nery Rev de Enferm 2000; 4(2):181-6.

60-Batista JM. Afastamento por licença-saúde, readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento de enfermagem [dissertação] Botucatu. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

61-Silva SS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2007;23(12): 2949-58.

62-Dell'Acqua ML. Do acolhimento a desconsideração da família no cenário hospitalar pela enfermagem: a divergência de modelos assistenciais e o sofrimento no trabalho, como componentes intervenientes [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2008.

63-Lima, TC de. Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2008

64-Costa J S. Métodos de prestação de cuidados. [Monografia da Internet]. Portugal; 2008 [acesso 15 set 2008]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>

65-Caravantes GR, Bjur W. Reengenharia ou administração. Porto Alegre: Age; 2009.

66-Charon JM. Symbolic interactionism: na introduction, na interpretation, an integration. 3^a ed. New York (USA): Prentice Hall; 1989.

67-Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. New York (USA): Aldine; 1967.

68-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Comitê de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Botucatu: Tiponic; 1997.

69-Angelo M. Vivendo uma prova de fogo: as experiências iniciais da aluna de enfermagem [Tese] São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1989.

70-Chinitz WC, Swanson JM. From practice to grounded theory. Reading: Addison-Wesley; 1986.

ANEXOS

ANEXO 1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenação: tsarden@fmb.unesp.br

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de novembro de 2008

Of. 476/08-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a. Dr^a. Silvia Cristina M. Bocchi
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof^a Silvia,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa **"Do planejamento à execução da sistematização da assistência: A interface vivencial da equipe de enfermagem"**, a ser conduzido por Karen Cristina Urtado Casafus, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator **parecer favorável**, aprovado em reunião do CEP de 03/11/2008.

Situação do Projeto: **APROVADO. Apresentar Relatório Final de Atividades ao final da execução deste projeto.**

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

ANEXO 2. JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

unesp

DIVISÃO TÉCNICA ACADÊMICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA

Seção de Pós-Graduação

Fls.
Proc.
Rub.

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18.618-970 - PABX (0xx14) 3811-6022

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa " Do planejamento à execução da sistematização da assistência: a interface vivencial da equipe de enfermagem", aprovado pelo CEP em 14/10/2008, teve seu título alterado para " Entre o êxito e a frustração com a operacionalização da SAE: Recursos humanos como componente determinante para visibilidade do enfermeiro no processo de trabalho ", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Tese de Doutorado.

Botucatu, 28/01/2010

Nome/Assinatura do(a) aluno(a)

Karen Cristina Wtxw Jassfus

Nome/Assinatura do(a) orientador (a)

72/21

Programa de Pós Graduação de Enfermagem

[illegible]

ANEXO 3. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA.

Eu, _____, portador(a) do RG _____, domiciliado(a) na Rua _____ nº _____, na cidade de _____, estou de acordo em participar da pesquisa intitulada: **“DO PLANEJAMENTO À EXECUÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: A INTERFACE VIVENCIAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM”** sob a responsabilidade das pesquisadoras Karen Cristina Urtado Casafus, sob orientação da Profª Dra. **Silvia C. M. Bocchi**, COREN-SP 38.368, docente junto ao Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Medicina - UNESP - Botucatu.

Declaro que fui esclarecido(a) quanto ao(s):

- 1 - objetivo do estudo que visa compreender as experiências da equipe de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, no cenário de um Hospital Universitário;
 - 2 - conhecimentos obtidos por meio desta pesquisa que poderão contribuir para melhoria da assistência de enfermagem;
 - 3 - receber visitas domiciliares das pesquisadoras para ser entrevistado(a);
 - 4-fato das entrevistas serem gravadas, onde as pesquisadoras se comprometerão a guardar o anonimato de minhas informações, bem como destruir as fitas após transcrevê-las;
 - 5 - ter a liberdade de não participar desta pesquisa, bem como desistir da mesma em qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa ou familiares;
 - 6 - fato das pesquisadoras estarem disponíveis para esclarecimentos que julgarem necessários e em caso de não me sentir atendido(a), poderei entrar em contato com a Chefe do Departamento de Enfermagem ou com o Diretor do Hospital das Clínicas de Botucatu- UNESP.
 - 7 - o entrevistado não terá nenhum gasto.
- Assim subscrevem as partes envolvidas nesta declaração,

Karen C. U. Casafus*

Profa. Dra.Silvia C. M. Bocchi**

Entrevistado

*Rua: Tenente Silvio Bestetti, n 47, Apto 12 Botucatu-SP/ enfermeirautikaren@yahoo.com.br

**Rua Galvão de Castro, 13-40, Ap. 14A,Bauru-SP/ sbocchi@fmb.unesp.br

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP ,Fone: (14) 38116070

ANEXO 4. QUADROS DE CÓDICOS REFERENTES À ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.

Quadro 1. –Tema E1.1. Considerando a SAE uma ferramenta essencial para o reconhecimento social da profissão: códigos

Tema E1.1. Considerando a SAE uma ferramenta essencial para o reconhecimento social da profissão.

- Achando a SAE muito importante para nossa profissão(E8-5)
- Afirmado que a SAE é um instrumento de trabalho dos enfermeiros(E4-6)
- Achando a SAE uma das coisas mais importantes para enfermagem(E5-3)
- Acreditando que a SAE é essencial para enfermagem (E10-8)
- Acreditando que a SAE é essencial para formação (E10-8)
- Achando a SAE importantíssima
- Acreditando que a SAE é importante. (E12-2)
- Achando que a SAE é um poder que o enfermeiro tem(E4-6)
- Achando que a SAE proporciona autonomia(E4-6)
- Achando a SAE importante porque dá autonomia para o enfermeiro(E5-3)
- Acreditando que a SAE é essencial para o reconhecimento profissional (E10-8)
- Achando que a SAE qualifica o serviço do enfermeiro (E10-8)
- Achando que a SAE mostra o trabalho do enfermeiro com conhecimento técnico e científico (E10-8)

Quadro 2. Tema E1.2 Reconhecendo a SAE como um instrumento de gerenciamento da assistência de enfermagem: códigos

Tema E1.2 Reconhecendo a SAE como um instrumento de gerenciamento da assistência de enfermagem

- Percebendo que a SAE direciona os cuidados(E3-6)
- Afirmado que a SAE direciona os cuidados(E4-6)
- Achando que a SAE facilita a equipe de enfermagem(E7-5)
- Acreditando que a SAE serve para organizar a assistência(E11-3)
- Acreditando que a SAE possibilita melhor planejamento dos cuidados(E8-6)
- Acreditando que a SAE possibilita melhor estruturação do serviço(E8-7)
- Acreditando que a SAE é boa para os enfermeiros e para o paciente porque é prescrito o cuidado do jeito que é para fazer.(E12-2)

Quadro 3. Categoria E1.3.1 Pretendendo realizar prescrição de enfermagem fundamentada pela coleta de dados e avaliação: códigos

Categoria E1.3.1 Pretendendo realizar prescrição de enfermagem fundamentada pela coleta de dados e avaliação

- Acreditando que o histórico deve ser feito todos os dias por todos os enfermeiros (E3-5)
- Acreditando que a realização de todos os históricos é super importante (E3-5)
- Acreditando que por meio do histórico ficamos sabendo informações importantes do paciente (E3-5)
- Percebendo que quando o histórico é feito, as prescrições são realizadas de forma correta. (E3-5)
- Percebendo melhora do vínculo enfermeiro- paciente quando é realizado o histórico (E5-3)
- Achando que com a SAE, com o histórico, exame físico, possibilita pensar aberto do paciente(E6-11)
- Achando que a SAE representa conhecer bem o paciente(E6-11)
- Achando que a SAE possibilita ver o paciente como um todo(E6-11)
- Afirmando que a enfermagem vê o paciente como um todo(E6-11)
- Achando que a SAE facilita ver o paciente como um todo(E6-11)
- Achando que a SAE amplia a visão do enfermeiro e não focar a ferida, o enjôo etc(E6-11)
- Acreditando que a SAE possibilita o levantamento de dados do paciente(E8-6)
- Acreditando que a SAE possibilita conhecer o paciente(E8-6)
- Acreditando ser importante conhecer o paciente por meio da SAE(E8-6)
- Sendo mais fácil fazer a SAE quando você conhece o paciente (E9-1)
- Vendo na SAE um instrumento para conseguir conhecer o paciente(E10-3)
- Acreditando que a SAE possibilita conhecer o paciente holisticamente (E11-3)
- Acreditando que a SAE facilita identificar os problemas dos pacientes(E11-3)
- Achando a SAE importante, porque por meio da mesma conhecemos o paciente. (E5-3)

Quadro 4 Categoria E1.3.2 Desejando melhorar a assistência mediante continuidade da SAE

Categoria E1.3.2 Desejando melhorar a assistência mediante continuidade da SAE

- Acreditando que a prescrição não deva sofrer interrupções (E1-1)
- Acreditando que a SAE proporciona prestar uma assistência individualizada (E3-6)
- Achando que a SAE possibilita a continuidade da assistência(E7-5)
- Acreditando que a SAE é uma continuidade do nosso trabalho(E8-6)
- Acreditando que a SAE serve para melhorar a qualidade da assistência(E11-3)
- Acreditando que a SAE permite uma melhor assistência(E8-7)
- Acreditando que a SAE precisa de uma continuidade (E9-6)
- Observando que a SAE permite acompanhar a evolução do paciente(E9-6)
- Observando que a SAE possibilita o acompanhamento de um curativo(E9-6)

CONTINUAÇÃO QUADRO 4 Categoria E1.3.2 Desejando melhorar a assistência mediante continuidade da SAE: códigos

Categoria E1.3.2 Desejando melhorar a assistência mediante continuidade da SAE, após contratação de recursos humanos

- Achando que a SAE poderia ser feita de forma mais organizada(E8-4)
- Achando que a SAE valoriza e qualifica a assistência de enfermagem(E10-3)
- Acreditando que todos os enfermeiros deveriam cobrar o seguimento da SAE(E8-6)

QUADRO 5 Categoria E1.3.3 Vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência à implantação do diagnóstico de enfermagem como o maior desafio: códigos

Categoria E1.3.3 Vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência à implantação do diagnóstico de enfermagem como o maior desafio

- Acreditando que a principal fase da SAE é o diagnóstico (E10-3)
- Acreditando que a principal fase da SAE é o diagnóstico, porque é nesta fase que o enfermeiro utiliza seus conhecimentos. (E10-3)
- Acreditando que o maior desafio será a implantação dos diagnósticos(E10-7)
- Acreditando que a implantação dos diagnósticos melhorará a qualidade da assistência(E10-7)

QUADRO 6 Categoria E 1.3.4 Desejando realizar todas as etapas da SAE: códigos

-Categoria E 1.3.4 Desejando realizar todas as etapas da SAE

- Achando que todas as fases da SAE devem ser feitas (E2-3)
- Achando que para fazer prescrição de enfermagem precisa conhecer o paciente(E8-2)
- Vendo a importância de fazer a SAE com qualidade e não quantidade(E10-7)

QUADRO 7 Categoria E 1.3.5 Almejando a realização da SAE de todos os pacientes

Categoria E 1.3.5 Almejando a realização da SAE de todos os pacientes

- Acreditando que seria ideal se fosse feito a SAE de todos os pacientes (E4-2)
- Vendo a necessidade de fazer a SAE (E4-6)
- Acreditando que a SAE é fundamental para os pacientes(E4-7)
- Achando que todos os pacientes deveriam ter SAE(E4-7)
- Imaginando que fazer a SAE de todos os pacientes seria gratificante(E4-7)
- Achando que se conseguisse realizar a SAE, o serviço seria outro(E11-3)

Quadro 8. Categoria E 1.4.1 Sentindo-se motivado a realizar SAE quando permanece fixo em determinada unidade: códigos

Categoria E 1.4.1 Sentindo-se motivado a realizar SAE quando é fixado em determinado bloco

- Observando enfermeiras mais motivadas e comprometidas quando são fixadas nas enfermarias(E4-5)
- Observando enfermeiras com mais iniciativas, realizando trabalhos quando são fixadas nas enfermarias. (E4-5)
- Achando que os funcionários aceitam bem as prescrições de enfermagem(E4-7)
- Percebendo que a maioria dos enfermeiros se esforça para fazer a SAE (E10-3)
- Observando que algumas enfermeiras conseguem fazer 100% da SAE (E10-3)
- Enfermeiras sendo fixadas nas enfermarias por 2 meses em cada bloco(E6-3)
- Achando mais fácil fazer a SAE quando fica fixa (E8-2)
- Achando que os enfermeiros fixos facilitaria na SAE(E8-4)
- Achando que os enfermeiros fixos facilitaria para acompanhar um curativo (E8-4)
- Achando que os enfermeiros fixos facilitaria para conhecer os pacientes(E8-4)
- Percebendo que facilita para o enfermeiro quando é fixada nas enfermarias por um tempo(E2-4)
- Achando que para implantar uma nova rotina o enfermeiro deveria ficar fixo em um bloco(E6-9)
- Acreditando que se fixassem os enfermeiros nos blocos teria um andamento melhor da SAE(E8-4)
- Enfermeiras sendo mudadas de bloco antes do tempo previsto(E6-3)
- Não conseguindo implantar uma nova rotina por não ficar na enfermaria para acompanhar tudo(E6-9)
- Achando que as enfermeiras da supervisão ficam desmotivadas devido ao frequente rodízio(E4-5)
- Precisando ficar em cima dos funcionários quando é mudada uma rotina, senão eles não dão atenção(E6-11)

QUADRO 9 Categoria E1.4.2 Acreditando na divisão de pacientes por plantão para realização da SAE: códigos

Categoria E1.4.2 Acreditando na divisão de pacientes por plantão para realização da SAE

- Achando que a divisão dos pacientes facilitaria bastante a realização da SAE (E7-3)
- Sendo dividida a realização da SAE por plantão(E4-2)
- Sentindo a necessidade de dividir os pacientes por turno para realização da SAE(E7-3)
- Instituição orientando a dividir a SAE por plantão(E8-4)
- Achando que para melhorar a SAE e aumentar o volume, deveria ser dividida(E6-4)
- Achando que a divisão da SAE diminuiria a sobrecarga dos enfermeiros(E6-4)
- Achando que se a SAE fosse dividida seria melhor(E6-4)
- Procurando dividir as prescrições de enfermagem por turno(E8-1)
- Sendo conversado que é para ser dividida a SAE, mas não é feito. (E7-4)
- Não tendo um senso para dividir a SAE por turno(E7-2)
- Não acontecendo a divisão da SAE por turno(E7-2)

Quadro 10 Categoria 1.4.3 Percebendo um movimento para modificação de SAE Vigente: códigos

Categoria 1.4.3 Percebendo um movimento para modificação de SAE vigente

- Observando que a SAE começou ser discutida este ano(E5-2)
- Recebendo orientação sobre a SAE este ano(2008) (E5-2)
- Observando que a diretoria atual dá mais importância para realização da SAE(E3-2)
- Percebendo melhora da SAE após padronização dos impressos(E3-1)
- Diretoria revisando os impressos da SAE(E6-4)
- Observando que a diretoria está em processo de modificação da SAE(E6-4)

QUADRO 11 Categoria E 1.4.4 Enfermeiro recém formado tendo facilidade e interesse de realizar a SAE: códigos

Categoria E 1.4.4 Enfermeiro recém formado tem facilidade e interesse de realizar a SAE: códigos

- Observando que os enfermeiros recém-formados tem mais interesse e facilidade de realizar a SAE(E3-3)
- Percebendo que os enfermeiros mais velhos não tem interesse de estudar sobre a SAE(E3-3)
- Reconhecendo as dificuldades dos enfermeiros mais velhos de aplicar a SAE, mas que a dificuldade não justifica o desinteresse. (E3-3)
- Percebendo que os enfermeiros antigos têm mais dificuldade de entender a importância da SAE que os mais novos(E10-6)

QUADRO 12 Categoria E1.4.5 Desejando educação continuada sobre SAE: códigos

Categoria E1.4.5 Desejando educação continuada sobre SAE

- Achando que a instituição poderia ajudar oferecendo mais cursos sobre SAE(E5-3)
- Achando que a instituição poderia ajudar capacitando e orientando sobre a SAE(E5-3)
- Achando que os enfermeiros deveriam falar a mesma linguagem sobre a SAE (E7-3)
- Funcionários sendo supervisionado ao realizar procedimentos ensinados em sala de aula em outro serviço(E6-5)
- Achando que é papel das enfermeiras treinar os funcionários(E8-6)
- Achando que faltou a Instituição treinar os TE e AE sobre a SAE(E8-6)
- Acreditando que os funcionários deveriam ter treinamento rigoroso sobre a SAE(E8-7)
- Acreditando que deveria ter educação continuada sobre a SAE(E8-7)
- Achando que a instituição precisa amadurecer em relação a SAE(E8-7)
- Acreditando que precisa de treinamento para toda equipe de enfermagem sobre SAE(E8-8)
- Percebendo a necessidade de conscientização sobre a SAE(E9-7)
- Achando que tem enfermeiros que não entendem a importância da SAE e por isso não se esforça para fazer-la (E10-3)

**QUADRO 12 Categoria E1.4.5 Desejando educação continuada sobre SAE:
códigos**

Categoria E1.4.5 Desejando educação continuada sobre SAE

- Observando que a educação permanente do funcionário é necessária (E10-5)
- Achando que tem enfermeiro que não sabe a importância da SAE, principalmente do diagnóstico. (E10-3)
- Achando necessária a capacitação dos enfermeiros (E10-7)
- Observando que os enfermeiros não sabem fazer o processo de enfermagem (E10-7)
- Achando necessário mostrar a importância da SAE para as enfermeiras (E10-7)
- Achando necessário capacitar os enfermeiros para fazer os diagnósticos (E10-7)
- Sentindo a necessidade de conscientizar todos os enfermeiros chefes (E11-1)

QUADRO13 Categoria E2.1.1 Defrontando-se com o déficit de RH na área de enfermagem: códigos

Categoria E2.1.1 Defrontando-se com o déficit de RH.

- Acreditando que para melhorar a SAE precisa de mais enfermeiros, mais funcionários e mais materiais(E9-4)
- Acreditando que se aumentasse o número de enfermeiros e funcionários a SAE melhoraria(E9-6)
- Percebendo que com a falta de funcionários, os mesmos acabam trabalhando três dobras de doze para fazer hora-extra(E1-3)
- Afirmando que a falta de funcionário é frequente(E9-2)
- Funcionário fazendo bastante hora extra e com carga horária acima(E9-7)
- Sendo complicada a falta de funcionário, porque o mesmo acaba fazendo hora extra em outros setores(E9-7)
- Percebendo a necessidade de mais funcionários(E9-7)
- Funcionários sentindo-se revoltados devido a falta de aparelhos e de funcionários(E9-6)
- Observando que a maior dificuldade dos enfermeiros da supervisão é a falta de funcionário(E5-3)
- Reconhecendo a necessidade de mais enfermeiros nas enfermarias maiores e mais complexas(E3-1)
- Sentindo necessidade de mais enfermeiros(E2-2)
- Achando que tinha que ter mais enfermeiros para realização da SAE completa(E2-3)
- Acreditando que não tem enfermeiro suficiente devido aos custos(E4-2)
- Colocando como desafio a contratação de uma enfermeira assistencial fixa(E4-2)
- Vendo necessidade de mais um enfermeiro fixo na enfermaria(E4-2)
- Percebendo que a presença de um estagiário ajuda bastante(E4-4)
- Vendo a necessidade de contratação de mais uma enfermeira(E4-2)
- Observando que só um enfermeiro na supervisão não consegue fazer a SAE(E5-3)
- Vendo a necessidade de mais enfermeiros na supervisão para realização da SAE(E5-3)
- Acreditando que deveriam ter mais enfermeiros(E8-4)
- Sentindo a necessidade de mais enfermeiros no noturno(E9-3)
- Sentindo a necessidade de contratar mais enfermeiros(E9-3)
- Percebendo a necessidade de mais enfermeiros(E9-7)
- Sentindo a necessidade de aumentar o número de enfermeiros da supervisão (E10-2)
- Sentindo necessidade de aumentar o número de enfermeiros que ficam à tarde (E10-2)
- Sentindo a necessidade de contratar mais enfermeiros(E11-1)
- Achando que o número de pacientes é muito alto em relação ao número de enfermeiros(E11-1)
- Sentindo a necessidade de mais enfermeiros para fazer a SAE.(E12-1)
- Sentindo a necessidade de aumentar o número de enfermeiros.(E12-2)
- Reconhecendo a necessidade de mais enfermeiros nas enfermarias maiores e mais complexas(E3-1)

QUADRO 14 Categoria E2.1.2 Deparando-se com o despreparo dos TE e AE

Categoria E2.1.2 Deparando-se com o despreparo dos TE e AE: Códigos

- Sentindo que falta preparo dos funcionários(E6-8)
- Tendo pouco tempo de serviço e não sabendo o quanto a instituição investe nos funcionários(E6-6)
- Vendo funcionários novos cuidarem de pacientes graves (E10-6)
- Sentindo necessidade de um curso prático sobre a SAE(E4-2)
- Percebendo que falta preparo dos funcionários(E6-6)
- Sentindo que falta preparo dos funcionários (E6-5)
- Comparando o HC com uma Santa Casa e achando os funcionários despreparados (E6-5)
- Não tendo recurso em outro serviço e mesmo assim os funcionários eram mais bem preparados (E6-5)
- Relatando melhor preparo dos funcionários após aulas teóricas e práticas em outro serviço(E6-5)
- Observando que os funcionários não sabem atender parada(E6-5)
- Vendo a necessidade de explicar melhor a importância da SAE(E6-7)
- \- Observando que falta explicação sobre a SAE(E6-8)
- Percebendo a falta de preparo dos funcionários(E6-5)
- Notando que os funcionários do emprego anterior, são bem mais preparados(E6-9)
- Achando que talvez os funcionários são mais bem preparados por ter maior controle(E6-9)
- Observando o despreparo dos funcionários, principalmente dos funcionários novos. (E10-6)
- Percebendo dificuldades em realizar técnicas básicas (E10-6)
- Comparando o HC com outro serviço, os funcionários do outro serviço eram bem mais preparados(E6-5)
- Observando que os técnicos e os auxiliares não sabem a importância da SAE(E8-5)
- Acreditando que os técnicos e os auxiliares não sabem o que é SAE(E8-6)
- Observando que muitos técnicos desconhecem a SAE(E8-6)
- Observando que as anotações dos funcionários são muito deficientes ou não anotam(E8-7)
- Observando que tem funcionário que não anota nada(E8-8)
- Observando que o funcionário tem dificuldade de escrever uma frase(E8-8)
- Acreditando que muitos funcionários não compreendem a SAE(E9-5)
- Acreditando que a maioria dos funcionários acham que a sistematização é escrever que todas as atividades prescritas foram feitas(E9-5)

Quadro 15 Categoria E2.2.1 -Sofrendo psiquicamente mediante ao sentimento de descumprimento ético e moral de realizar a SAE em sua plenitude: códigos

Categoria E2.2.1 Sofrendo psiquicamente mediante ao sentimento de descumprimento do papel de realizar a SAE na sua plenitude

- Sentindo-se angustiada de não deixar pronta as prescrições para o dia seguinte, porque sabe que amanhã as pessoas ficarão chamando toda hora(E2-5)
- Achando que a maioria dos enfermeiros sabe a importância, mas não consegue fazer a SAE(E11-2)
- Observando que para todas as enfermeiras é difícil fazer a SAE(E5-3)
- Reconhecendo a importância da SAE, mas não conseguindo realizá-la(E11-3)
- Reconhecendo que não consegue fazer 100% da SAE porque não é a mulher maravilha(E4-6)
- Sentindo-se triste quando não faz a SAE porque deixa de haver uma continuidade (E8-5)
- Ficando preocupada se não consegue fazer a SAE(E2-1)
- Acreditando que quando não faz a SAE, está deixando de fazer alguma coisa da rotina. (E3-5)
- Acreditando que a não checagem dos cuidados prescritos pela enfermeira, esteja relacionada ao fato de não realizar prescrições para todos os paciente (E1-1)
- Não gostando de deixar de realizar a SAE(E3-5)
- Sentindo que está quebrando regras quando não faz a SAE(E3-5)
- Achando que quando não tem a SAE a assistência fica fragilizada(E8-5)
- Parecendo que não fez o que planejou quando não faz a SAE(E4-5)
- Sentindo-se ruim quando não faz a SAE (E4-5)
- Tendo sentimento de que não cuida bem do paciente quando não faz a SAE (E11-2)
- Sentindo-se frustrada quando não faz a SAE(E11-3)
- Sentindo dificuldade de fazer a SAE de todos os pacientes(E11-2)
- Achando impossível fazer a SAE de todos os pacientes(E8-2)
- Não encontrando sentido ao realizar a SAE somente para alguns pacientes (E1-1)
- Sentindo-se péssima quando não faz a SAE de todos os pacientes(E3-5)
- Sentindo-se angustiada por não conseguir fazer a SAE de todos os pacientes(E4-7)
- Sendo deprimente porque não consegue realizar a SAE de todos os pacientes (E1-1)
- Sentindo-se mal quando não faz a SAE de todos os pacientes(E2-5)
- Sentindo que não trabalhou bem quando não faz a SAE de todos os pacientes, porque é cobrada(E6-10)
- Sentindo-se fracassada quando não consegue fazer a SAE de todos os pacientes(E6-10)
- Sentindo-se incapaz quando não faz a SAE de todos os pacientes(E8-5)
- Sentindo-se inútil quando não consegue fazer a SAE de todos os pacientes(E10-1)
- Parecendo que não aplica os cuidados quando não faz a SAE de todos os pacientes (E10-1)
- Achando que não proporciona a assistência com qualidade quando não faz a SAE de todos os pacientes(E10-1)
- Enfermeiro sentindo-se falho, quando não faz a SAE de todos os pacientes(E11-2)

Continuação –QUADRO 15 Categoria E2.2.1 Sofrendo psiquicamente mediante ao sentimento de descumprimento do papel de realizar a SAE na sua plenitude: Códigos

Categoria E 2.2.1 Sofrendo psiquicamente mediante ao sentimento de descumprimento do papel de realizar a SAE na sua plenitude

- Sentindo-se desgastada por não conseguir fazer a SAE de todos os pacientes(E11-3)
- Sentindo que não está cuidando do paciente quando não faz a SAE(E11-3)
- Achando que deixou de fazer uma obrigação quando não faz a SAE de todos os pacientes.(E12-2)
- achando a sua experiência com a SAE um pouco deprimente (E1-1)
- Achando que a SAE não é 100%(E1-1)
- Não conseguindo fazer a SAE com qualidade(E10-7)

QUADRO 16. Categoria E 2.2.2 Encontrando barreiras que impedem a realização da SAE no noturno: códigos

Categoria E 2.2.2 Encontrando barreiras que impedem a realização da SAE no noturno

- Sentindo dificuldade de fazer a SAE a noite porque ou o paciente está dormindo ou está com dor(E7-2)
- Achando que os plantões da tarde e da manhã tem mais facilidades para realização da SAE do que o noturno(E7-2)
- Acreditando ser complicado fazer a SAE à noite porque os pacientes dormem(E8-2)
- Achando que falta protocolos(E8-5)
- Tendo dificuldade de fazer a SAE à noite porque os pacientes dormem(E8-4)
- Percebendo que dependendo do horário não consegue fazer o exame físico(E9-2)
- Paciente pedindo para apagar a luz durante a noite (E9-2)
- Enfermeiro achando que atrapalha o sono do paciente quando acende a luz para fazer a SAE (E9-2)
- Acreditando ser inconveniente acordar paciente para fazer exame físico (E9-2)
- Percebendo que geralmente os pacientes internam à noite direto do CC ou com dor (E9-2)
- Acreditando ser inconveniente fazer o exame físico dos pacientes com dor ou que chegam do cc(E9-2)
- Tendo dificuldade de fazer a SAE no noturno porque os pacientes dormem cedo(E9-3)
- Dependendo do plantão não dá para fazer a SAE porque os pacientes dormem(E9-3)
- Pacientes não querendo serem examinados devido à dor(E9-4)
- Reconhecendo as dificuldades do enfermeiro do noturno, como paciente dormindo.(E2-3)

QUADRO 17. Categoria E2.2.3 Não conseguindo dar continuidade à SAE

Categoria E2.2.3 Não conseguindo dar continuidade à SAE

- Observando continuidade da SAE no POI da gastro, dos pacientes graves, POI da cardio e transplantados(E9-3)
- Não tendo continuidade da SAE(E5-1)
- Observando que às vezes a supervisão consegue dar continuidade da SAE(E5-1)
- Percebendo que a supervisão consegue dar continuidade quando não tem intercorrência(E5-1)
- Achando que falta anotação(E8-5)
- Achando que cada um faz curativo do jeito que em entende(E8-5)
- Observando que não é todo mundo que faz a SAE (E2-1)
- Tendo enfermeiros que não dão continuidade na SAE(E7-2)
- Observando a descontinuidade da SAE (E9-3)
- Não tendo continuidade da SAE(E9-6)
- Observando a descontinuidade da SAE (E10-2)
- Observando a descontinuidade da SAE por ter que priorizar paciente(E10-7)
- Relatando que no final de semana só dá para fazer as prescrições dos pacientes mais graves(E2-5)

Categoria E2.2.3 Não conseguindo dar continuidade à SAE

- Percebendo a não continuidade do cuidado quando não faz a SAE de todos os pacientes (E10-1)
- Conseguindo dar continuidade da SAE em algumas enfermarias e não 100%(E6-3)
- Não encontrando sentido na SAE que é interrompida aos finais de semana e férias (E1-1)
- Não encontrando sentido realizar a SAE de segunda a sexta e interrompendo aos finais de semana(E1-1)
- Afirmando que realiza a prescrição e histórico de todos os pacientes durante a semana(E3-1)
- Procurando fazer os históricos dos pacientes que internam domingo na segunda-feira(E3-1)
- Sendo feitas poucas SAE de final de semana por falta de tempo(E8-4)
- Não sendo feito o histórico de enfermagem no período da noite (E2-1)
- Não havendo continuidade da SAE do plantão da tarde para noite (E3-3)
- Achando que em algumas enfermarias não ocorre continuidade da SAE (E3-3)
- Tendo continuidade da SAE do plantão da manhã para a tarde (E3-3)
- Observando que os enfermeiros não consegue dar continuidade na SAE(E2-2)
- Realizando 100% dos históricos no plantão diurno(E2-2)
- Observando que o plantão noturno não dá continuidade a SAE(E5-1)
- Vivenciando a falta da realização da SAE no período noturno (E3-4)
- Acreditando que a enfermeira do noturno não passou, pois não realizou anotação (E3-4)
- Não sendo realizados os históricos no plantão noturno(E2-2)
- Tendo plantão noturno que não é feita a SAE de nenhum paciente(E7-2)
- Não conseguindo realizar a SAE quando tem intercorrência ou problemas com acompanhante(E5-2)
- Tendo plantão que não é possível fazer nada devido às intercorrências(E8-2)
- Interrompendo o planejamento devido à intercorrências(E4-6)

QUADRO 18 Categoria E2.2.4 Realizando prescrição de enfermagem e evolução de alguns pacientes: códigos

Categoria E2.2.4 Realizando prescrição de enfermagem e evolução de alguns pacientes

- Sentindo dificuldade de fazer o histórico, porque não dá tempo(E11-1)
- Procurando fazer pelo menos as prescrições de enfermagem e algumas evoluções (E8-1)
- Fazendo de 28 à 30 prescrições por plantão de final de semana quando não tem intercorrência(E8-3)
- Realizando prescrições de todos os pacientes nos dias mais tranquilos(E3-1)
- Realizando exame físico, histórico, prescrição e evolução dos pacientes que internam (E6-1)
- Instituição orientando que é para fazer a SAE dos pacientes mais graves(E8-4)
- Realizando 10 prescrições de enfermagem e 6 evoluções por dia dos pacientes mais graves(E11-1)
- Realizando evolução e prescrição de enfermagem (E10-1)
- Conseguindo fazer de 10 à 15 evoluções e prescrições de enfermagem(E10-1)
- Realizando a prescrição de enfermagem, a evolução e o exame físico(E11-1)
- Realizando prescrição, evolução e histórico de enfermagem.(E12-1)
- Afirmando que realiza a evolução e o plano de alta de alguns pacientes(E3-1)
- Relatando que faz prescrição de enfermagem de todos os pacientes(E5-1)
- Procurando fazer em média 10 prescrições de enfermagem por dia(E3-1)
- Realizando a prescrição de enfermagem e a gradação de complexidade de todos os pacientes(E2-1)
- Realizando prescrição de enfermagem de 10à 12 pacientes por dia(E7-1)
- Fazendo 30 prescrições de enfermagem por plantão(E8-2)
- Fazendo as prescrições de enfermagem de todos os pacientes(E8-2)
- Começando a realizar o histórico e a avaliação de risco de 80à 90% dos pacientes(E5-1)
- Conseguindo realizar as prescrições de enfermagem de uma enfermaria (E6-2)
- Conseguindo realizar mais prescrições de enfermagem nas enfermarias menos complexas(E6-2)
- Realizando a evolução só dos pacientes que realizaram cirurgias maiores(E3-1)
- Procurando fazer prescrições, principalmente para pacientes com lesões e curativos grandes(E1-2)
- Conseguindo realizar prescrição de todos os pacientes com cuidados menos complexos(E1-2)
- Realizando prescrições de enfermagem e evoluções dos pacientes em POI, graves , isolados e fazendo QT. (E4-1)
- Reconhecendo que tem enfermarias que só é possível fazer a SAE dos POIs(E5-3)
- Priorizando evoluir os pós-operatórios porque não consegue evoluir todos os pacientes(E6-1)
- Realizando a evolução dos pacientes em POI e graves(E5-1)
- Realizando as evoluções dos pacientes em POIs e dos graves(E7-1)

Continuação- QUADRO 18 Categoria E2.2.4 Realizando prescrição de enfermagem e evolução de alguns pacientes: códigos

Categoria E2.2.4 Realizando prescrição de enfermagem e evolução de alguns pacientes

- Priorizando os paciente em POI e os que apresentam intercorrência para fazer a SAE(E7-4)
- Priorizando os pacientes para realizar a SAE(E7-4)
- Priorizando a SAE dos pacientes mais graves, POIs e fazendo QT. (E8-1)
- Procurando fazer a SAE dos POIs(E8-3)
- Priorizando os pacientes mais graves, pós-operatório e paciente em quimioterapia para fazer a SAE(E10-1)
- Enfermeira da seção prioriza a SAE dos pacientes graves (E10-2)
- Sentindo necessidade de priorizar os pacientes mais graves e pós-operatórios devido ao risco de complicação (E10-2)
- Fazendo somente a SAE dos pacientes com cuidados básicos e intermediários (E10-2)
- Enfermeira da seção prioriza a SAE dos pacientes graves (E10-2)
- Sentindo necessidade de priorizar os pacientes mais graves e pós-operatórios devido ao risco de complicação (E10-2)
- Observando que os enfermeiros do noturno priorizam os pacientes para fazer a SAE (E10-4)
- Procurando dar continuidade no processo de enfermagem e no atendimento dos pacientes graves(E10-5)
- Procurando dar mais atenção aos pacientes em cuidados intensivos(E10-5)
- Tendo que priorizar as enfermarias ou fazer a SAE só dos pacientes graves(E10-7)
- Priorizando pacientes mais graves quando não dá tempo de fazer de todos os pacientes.(E12-1)
- Fazendo 20 prescrições de enfermagem por plantão(E9-2)
- Conseguindo realizar somente as prescrições de enfermagem(E10-7)
- Realizando plano de alta dos pacientes que serão encaminhados a outros serviços(E3-1)
- Realizando o histórico de enfermagem de todos os pacientes(E2-1)
- Começando a fazer o histórico(E4-1)
- Não sendo realizados diagnósticos de enfermagem (E2-1)
- Não sendo realizado diagnóstico de enfermagem(E7-1)
- Realizando todas as etapas da SAE somente em alguns pacientes(E4-1)
- Enfermeira da seção não conseguindo planejar a SAE de todos os pacientes (E10-2)
- Não conseguindo realizar as prescrições de enfermagem de todas as enfermarias (E6-2)
- Não conseguindo evoluir todos os pacientes(E6-1)
- Percebendo que dependendo do plantão não dá para fazer de todos os pacientes (E9-1)
- Acreditando que o enfermeiro precisa priorizar os pacientes já que não consegue realizar de todos(E3-4)
- Não conseguindo fazer a evolução dos pacientes mais graves (E10-2)NÃO
- Vendo todos os pacientes mas não conseguindo evoluir(E6-1)
- Observando que nas enfermarias maiores e complexas, os enfermeiros não conseguem fazer a SAE de todos os pacientes(E3-2)

Continuação- QUADRO 18 Categoria E2.2.4 Realizando prescrição de enfermagem e evolução de alguns pacientes: códigos

Categoria E2.2.4 Realizando prescrição de enfermagem e evolução de alguns pacientes

- Não conseguindo fazer a SAE em todos os pacientes(E4-1)
- Ficando duas enfermarias sem prescrição de enfermagem que a supervisão não consegue fazer(E6-3)
- Não conseguindo fazer todas as etapas da SAE(E4-1)
- Não conseguindo realizar as evoluções(E10-7)
- Não realizando muitas vezes o histórico por falta de tempo(E5-3)
- Assumindo que o número das fases da SAE realizadas varia de acordo com a complexidade do plantão (E9-1)

QUADRO 19 Categoria E2.2.5 Notando um processo de comunicação prejudicado entre os enfermeiros: códigos

Categoria E2.2.5 Notando um processo de comunicação prejudicado entre os enfermeiros

- Tendo pouco contato com os outros enfermeiros(E4-2)
- Não tendo muito contato com os outros enfermeiros(E4-2)
- Tendo maior contato com os enfermeiros da tarde(E4-2)
- Mantendo contato por telefone e bilhete com as outras enfermeiras(E4-2)
- Tendo maior contato com as enfermeiras da supervisão da tarde quando há intercorrências (E4-2)
- Justificando o que as enfermeiras da supervisão não se integram porque há rodízio dos enfermeiros(E4-5)
- Percebendo que tem enfermeiros com dificuldade de receber alunos ou outras enfermeiras. (E4-5)
- Achando que falta diálogo entre os enfermeiros(E8-5)

Quadro 20.Categoria 2.2.6 Tendo que depender de enfermeiros estagiários para poder desenvolver a SAE: códigos

Categoria 2.2.6 Tendo que depender de enfermeiros estagiários para poder desenvolver a SAE

- Sentindo necessidade de alguém para ajudar, por exemplo o enfermeiro do PRAT(E6-4)
- Enfermeiros sendo ajudados pelos enfermeiros do PRAT(E6-4)
- Enfermeiros do PRAT ajudando fazer a SAE(E6-4) (E6-4)
- Sentindo-se sobrecarregada novamente quando o estagiário vai embora(E4-2)
- Procurando dividir suas tarefas com o estagiário(E4-2)

Quadro 21. Categoria 2.2.7 Defrontando com impressos que demandam revisões: códigos

Categoria 2.2.7 Defrontando com impressos que demandam revisões

- Achando que o impresso do exame físico está incompleto e que complementa com a evolução(E2-1)
- Percebendo que o impresso da SAE tem muita coisa que não usa(E6-4)
- Percebendo que o impresso da SAE tem muita coisa repetida(E6-4)
- Observando que a SAE tem muita coisa que além de ser repetida, não usa(E6-4)
- Não tendo espaço para prescrever um novo cuidado(E6-4)
- Relatando que falta espaço no impresso da SAE(E6-8)
- Relatando que falta espaço para registrar o balanço hídrico(E6-8)
- Achando os impressos da SAE confusos(E8-7)
- Acreditando que os impressos deveriam ser mais específicos para cada setor(E8-7)
- Percebendo que faltam dados importantes nos impressos como ganhos, perdas e dados de VM(E8-7)
- Observando que falta espaço para anotações nos impressos(E8-7)
- Achando o impresso mal planejado(E8-7)
- Sentindo necessidade da revisão dos impressos da SAE (E10-2)
- Sentindo necessidade da elaboração dos impressos por especificidade (E10-2)

Quadro 22. Categoria 2.2.8 Observando a equipe de enfermagem desvalorização da SAE: subcategorias, elementos e códigos

Subcategoria E 2.2.8.1 Observando a desvalorização da SAE pelas enfermeiras

- Justificando que quando não faz a prescrição de enfermagem,quando está junto com os técnicos/auxiliares de enfermagem na prática(E1-3)
- Achando que tem enfermeiras que não valorizam a SAE (E2-1)
- Percebendo que os funcionários não são cobrados, de uma forma geral, para checar prescrições de enfermagem(E7-5)
- Observando que muitos enfermeiros não cobram os funcionários(E8-6)
- Percebendo a não valorização de algumas enfermeiras que não fazem a SAE(E2-1)
- Acreditando ser mais importante prestar assistência diretamente do que prescrever e ver no papel se foi checado(E1-3)
- Acreditando que o funcionário não precisa fazer anotação quando são prescritos os cuidados(E7-5)
- Não sendo todos os enfermeiros que fazem prescrição de enfermagem(E7-2)
- Observando que os funcionários não são cobrados pelos enfermeiros(E6-11)
- Não vendo necessidade de se fazer prescrição de enfermagem antes da operacionalização do cuidado(E1-2)
- Não percebendo melhora na qualidade do cuidado de enfermagem ao fazer a prescrição (atividade teórica) antes da operacionalização do cuidado (atividade prática) (E1-2)
- Achando que a prescrição não faz sentido quando está junto a sua equipe orientando e supervisionando o cuidado, bem como quando ela própria realiza o cuidado (E1-3)
- acreditando que não é a prescrição de enfermagem que garante o cumprimento das intervenções e sim as atividades práticas (cuidado de enfermagem e supervisão) (E1-3)
- Observando que os enfermeiros não cobram para que os funcionários progridam (E6-11)
- Achando que falta cobrança por parte dos enfermeiros(E6-11)

Quadro 22. Categoria 2.2.8 Observando a equipe de enfermagem desvalorização da SAE: subcategorias, elementos e códigos

Continuação-Subcategoria E 2.2.8.1 Observando a desvalorização da SAE pelas enfermeiras

Tendo sentimento de falta de coleguismo quando não é realizada a SAE nos outros plantões(E7-4)

-Observando que muitos enfermeiros não cobram os funcionários(E8-6)

-Acreditando que tem enfermeiros que não fazem a SAE porque não querem fazer. (E12-1)

-Achando que falta empenho de algumas enfermeiras(E3-5)

-Achando que os enfermeiros chefes poderiam colaborar mais.(E12-2)

-Achando que antes se cobrava mais para fazer a SAE(E4-5)

-Afirmado que os enfermeiros da seção não têm ajuda dos enfermeiros assistenciais para fazer a SAE (E9-3)

Subcategoria E 2.2.8.2 -Percebendo TE e AE desconsiderando a implementação da SAE

-Reconhecendo que a não continuidade da SAE pelo enfermeiro, é um fator que alimenta a não valorização da checagem pela equipe (E1-1)

-Achando que os funcionários não dão importância para SAE(E6-11)

-Sentindo que a SAE não é valorizada pelo funcionário(E7-5)

-Percebendo que os funcionários acham desnecessária a SAE porque os cuidados prescritos já fazem parte da rotina(E7-5)

-Verificando que às vezes a SAE passa despercebida(E8-5)

-Achando que os funcionários não dão importância para SAE(E9-5)

-Funcionários não lendo a prescrição de enfermagem(E9-6)

-Percebendo que tem funcionário que não dá muita importância para a SAE.(E12-2)

-Percebendo a indiferença dos funcionários sem relação a SAE.(E12-2)

-Observando funcionários fazendo os cuidados e indo embora(E6-11)

-Achando que os funcionários não se sentem na obrigação de progredir(E6-11)

-Observando que os funcionários não dão muita importância para a SAE(E6-11)

-Tendo que ficar em cima dos funcionários porque eles não checam as prescrições de enfermagem(E6-11)

-Percebendo que a maioria das prescrições só tem um risco para dizer que fez(E6-11)

Subcategoria E 2.2.8.3 Técnicos e auxiliares de enfermagem mantendo-se resistentes ao não cumprimento dos seus papéis junto a SAE

-Observando que os técnicos e os auxiliares não lêem e não checam as prescrições de enfermagem(E8-5)

-Observando que dificilmente os TE checam as prescrições de enfermagem(E8-6)

Afirmado que os funcionários não checam as prescrições de enfermagem(E9-5)

-Funcionários escrevendo que foram feitas todas as atividades estabelecidas, sendo que o enfermeiro não prescreveu(E9-5)

-Funcionários não checando a prescrição de enfermagem(E9-6)

-Observando que tem funcionário que checa e não faz os cuidados.(E12-2)

-Tendo que cobrar o funcionário regularmente devido ao esquecimento da checagem(E4-6)

Continuação – Quadro 22. Categoria 2.2.8 Observando a equipe de enfermagem desvalorização da SAE: subcategorias, elementos e códigos

Subcategoria E 2.2.8.3 Técnicos e auxiliares de enfermagem mantendo-se resistentes ao não cumprimento dos seus papéis junto a SAE

- Observando que muitos funcionários não checam as prescrições de enfermagem (E7-5)
- Percebendo que nem sempre os funcionários checam as prescrições de enfermagem(E6-7)
- Passando visita às 18 horas e não vendo anotações nos impressos (E6-7)
- Vendo anotações de enfermagem checadas e sem nenhuma anotação(E6-7)
- Achando complicado dar continuidade da SAE somente pela anotação do funcionário(E3-4)

Elemento 2.2.8.3.1 Enfermeiros orientando os técnicos e auxiliares de enfermagem acerca da implementação da SAE

- Questionando os funcionários sobre a falta de anotação (E6-7)
- Dizendo para o funcionário que o mesmo deve relatar o estado do paciente(E6-7)
- Orientando a equipe de enfermagem à checar as prescrições durante as reuniões(E1-2)

Elemento E2.2.8.3.2 TE e AE contestando as orientações do enfermeiro sobre a SAE

- Percebendo que os funcionários acham que a SAE veio para facilitar e com isso não fazem anotações(E6-11)
- Funcionário dizendo que a SAE veio para facilitar e por isso não faz mais anotação (E6-7)
- Funcionário entendendo que a SAE veio para facilitar, ou seja, para dispensar anotações(E6-7)
- Percebendo que quando os funcionários checam as prescrições de enfermagem, o mesmo utiliza a prescrição de artifício para não fazer anotações(E6-11)
- A equipe de enfermagem checando a prescrição médica e não a do enfermeiro, mesmo sendo cobrado(E1-2)
- Equipe justificando a sua atitude de não checagem da prescrição do enfermeiro relacionada a não encontrar sentido em checar de um paciente e não checar do outro(E1-2)

Elemento E2.2.8.3.3 Enfermeiros obrigando técnicos e auxiliares de enfermagem a participarem da educação continuada

- Percebendo que os funcionários vão aos cursos porque precisam ir(E6-6)
- Percebendo que os funcionários não vão aos cursos por vontade própria(E6-6)
- Não sabendo dizer porque o funcionário não tem vontade de fazer cursos, devido ao pouco tempo que tem no serviço(E6-6)
- Observando que os enfermeiros obrigam os funcionários irem aos cursos(E6-6)
- Não sabendo se falta estímulo do enfermeiro em cima do funcionário(E6-6)
- Percebendo que os funcionários vão aos cursos para folgar no serviço por umas horas(E6-6)
- Observando que os funcionários não têm muito interesse de participar dos cursos (E6-6)
- Observando que os funcionários não tem vontade de aprender(E8-8)

Quadro 22. Categoria 2.2.8 Observando a equipe de enfermagem desvalorização da SAE: subcategorias, elementos e códigos

- Comparando o curso oferecido pela instituição com o de outra instituição, acha que o curso deveria ter sido ministrado em mais horas. (E4-7)
- Achando que o curso sobre SAE não acrescentou em nada(E4-7)
- Não acrescentando em nada o curso sobre a SAE oferecido pela instituição(E4-7)
- Achando que o curso oferecido pela instituição não foi o suficiente(E4-2)
- Funcionários tendo curso sobre SAE(E6-8)
- Alguns funcionários participando de curso sobre SAE(E6-8)
- Não sendo suficiente curso sobre SAE oferecido pela instituição(E6-8)
- Achando o curso da SAE muito bom(E2-3)

Quadro 23 Categoria E 2.3.1 Instituição não zelando pelo exercício profissional do enfermeiro: subcategorias e códigos

Subcategoria E2.3.1.1 Decepcionando-se com o processo de trabalho

- Achando a diretoria de enfermagem é a pior que o hospital já teve(E1-3)
- Achando que a instituição deixou claro que era a última chance de mudar de local de trabalho(E1-4)
- Sentindo vontade de mudar de local de trabalho, mas desencorajada a mandar o currículo por ter sido recusado uma proposta anterior(E1-4)
- Percebendo que a instituição modificou as regras de transferência(E1-4)
- Sentindo-se descontente com as mudanças das regras de transferência(E1-4)
- Sentindo-se desanimada para fazer da SAE quando a instituição generaliza a não realização (E2-2)
- Sentindo-se desestimulada pela instituição e mesmo assim realiza a SAE pelo bem do paciente(E2-3)
- Sentindo-se decepcionada com o processo de trabalho do HC da UNESP(E6-9)
- Imaginando que o HC da Unesp fosse mais evoluído, muito para frente(E6-9)
- Relatando que a SAE funcionava no seu emprego anterior(E6-7)
- Achando muito estranho o processo de trabalho do HC da UNESP(E6-9)
- Não sabendo se a instituição que precisa se dedicar mais(E6-6)
- Sentindo-se estressada porque precisa esperar o médico para iniciar os cuidados(E6-8)
- Achando que os residentes se acham os deuses(E6-8)
- Não conseguindo respeito do funcionário(E6-9)
- Não entendendo porque o enfermeiro chefe tem tempo de corrigir uma evolução e não tem tempo de fazê-la(E6-10)
- Acreditando que falta conscientizar o COREN sobre como é a rotina do hospital(E9-7)
- Achando que o COREN não conhece a rotina do hospital e só manda fazer (E9-7)
- Achando que os enfermeiros assistenciais deveriam ser mais cobrados assim como os enfermeiros chefes(E3-2)

Subcategoria E 2.3.1.2 Percebendo a Instituição não cooperativa à realização da SAE

- Enfermeira sentido-se questionada sobre a não realização de todas as prescrições de todos os pacientes (E1-2)
- Sentindo-se cobrada pela Instituição a fazer a SAE(E6-10)
- Achando que a Instituição quer que faça papel(E6-10)
- Sentindo-se cobrada pela Instituição e pelas colegas enfermeiras(E6-10)
- Sendo cobrada a fazer a SAE pela enfermeira chefe(E6-10)
- Acreditando que as funções dos enfermeiros deveriam ser mais bem definidas(E8-5)
- Sentindo-se cobrada pela Instituição e pelas enfermeiras chefes(E6-10)
- Percebendo que tanto o plantão noturno quanto o diurno são cobrados(E7-3)
- Achando que tem muita cobrança em cima do enfermeiro e não tem em cima dos funcionários(E8-6)
- Sentindo-se cobrada a fazer a SAE(E9-3)
- Sentindo-se cobrada por supervisionar várias enfermarias (E8-2)
- Instituição cobrando diariamente as enfermeiras para fazer exame físico, prescrição e diagnóstico e não somente prescrição,mas os enfermeiros não tem tempo (E9-4)

Continuação Quadro 23 Categoria E2.3.1 Instituição não zelando pelo exercício profissional do enfermeiro: Subcategorias e códigos

Continuação- Subcategoria E2.3.1.2 Percebendo a Instituição não cooperativa à realização da SAE

- Sendo cobrada pelos técnicos e auxiliares a fazer a SAE(E4-2)
- Tendo que mostrar à instituição que faz a SAE(E3-2)
- Percebendo que os enfermeiros são cobrados para fazer a SAE(E6-8)
- Sentindo-se muito cobrada no último dia de curso sobre SAE(E2-3)
- Achando que a Instituição não ajuda os enfermeiros para realização da SAE(E7-1)-
- Sentindo mais cobrada do que ajudada pela instituição(E5-2)
- Observando que a instituição não passa para ver a SAE realizada(E2-2)
- Sentindo-se cobrada pela instituição mas ao mesmo tempo observa o desinteresse de saber o que realmente acontece em cada enfermaria(E2-3)
- Achando a instituição desinteressada em saber o que acontece em cada enfermaria mesmo após o curso sobre a SAE(E2-3)
- Esforçando-se para fazer a SAE mesmo observando o desinteresse da instituição em saber o que acontece em cada enfermaria(E2-3)
- Percebendo que a Instituição não está interessada em saber se vc estava com problema(E6-8)
- Percebendo que a Instituição não está interessada em saber se vc deu atenção para parte emocional do paciente(E6-8)
- Acreditando que falta conscientizar a diretoria do hospital sobre a rotina do hospital(E9-7)
- Acreditando que falta conscientizar o diretor de enfermagem sobre como é a rotina do hospital (E9-7)
- Instituição não vendo as condições do paciente,se está com dor ou com fratura de fêmur(E9-4)
- Observando que a Instituição cobra a SAE e ponto final(E6-8)
- Achando que a instituição pensa que os enfermeiros não fazem a SAE porque não querem(E2-2)
- Tendo a impressão que a instituição acha que os enfermeiros não querem fazer a SAE(E4-6)
- Tendo a impressão que a instituição acha que os enfermeiros nem tentam fazer a SAE(E4-6)
- Sentindo-se obrigada a fazer a SAE porque trabalha 8 horas por dia(E3-2)culpa
- Sentindo-se cobrada a fazer a SAE até mesmo dos pacientes que não conhece (E8-2)
- Percebendo que a SAE é feita em quantidade(E10-2)

Subcategoria 2.3.1.3.Sentindo-se culpabilizado pela instituição por não conseguir realizar a SAE

- Sendo elogiada pela instituição depois de realizar a SAE(E3-2)
- Achando que a Instituição avalia o profissional como bom quando faz a SAE(E6-8)
- Achando que a Instituição cobra muito o papel(E6-8)
- Achando que a Instituição avalia se o enfermeiro trabalhou quando é realizada a SAE(E6-10)
- Achando que a Instituição está mais interessada na produção da SAE(E6-8)
- Não concordando com a Instituição e achando que um profissional que faz SAE, pode não ser bom(E6-8)
- Achando que tem enfermeiras que fazem a SAE por obrigação(E2-1)culpa

Continuação Quadro 23 Categoria E 2.3.1 Instituição não zelando pelo exercício profissional do enfermeiro: Subcategorias e códigos

Continuação Subcategoria 2.3.1.3. Sentindo-se culpabilizado pela instituição por não conseguir realizar a SAE

- Achando que alguns enfermeiros não realizam a SAE porque não tem vontade e fazem por obrigação(E2-4)
- Achando que a SAE prejudica quando ela é vista como uma obrigação(E6-11)

Subcategorias E 2.3.1.4 Percebendo incoerências do planejamento do cuidado com o paciente

- Relatando que faz prescrição e que o exame físico não consegue fazer(E9-2)
- Não fazendo planejamento, levantamento de diagnóstico para fazer a prescrição de enfermagem. (E10-2)
- Fazendo diretamente a prescrição de enfermagem devido ao grande número de leitos (E10-2)
- Não encontrando sentido fazer a prescrição de enfermagem sem antes realizar os diagnósticos(E10-7)
- Não concordando,mas deixando prescrições prontas às sextas-feiras, sem considerar a evolução do paciente aos finais de semana(E1-1)
- Fazendo prescrição de enfermagem de um dia para o outro porque serão pacientes que não terão alteração(E3-3)
- Fazendo as prescrições para o dia seguinte de uma enfermagem, as outras evoluindo e admitindo paciente(E6-3)
- O enfermeiro da supervisão realizando prescrições de enfermagem para o dia seguinte(E6-3)
- Não tendo relação a prescrição de enfermagem com o paciente, precisando alterá-las(E2-2)
- Observando incoerência da prescrição em relação ao paciente(E3-5)
- Observando enfermeiros fazendo prescrição de enfermagem por meio da prescrição médica(E8-2)
- Vendo colegas fazendo prescrições de enfermagem por meio da prescrição médica e não vêem os pacientes(E8-4)
- Achando que a maioria das enfermeiras que faz prescrição(teoria), fica só fazendo prescrição e se distanciam dos cuidados (prática)(E1-3)
- Observando que a maioria dos enfermeiros que fazem prescrições, não checam se o paciente foi tratado da maneira que foi prescrita e que só vêem o papel(E1-3)
- O chefe realizando prescrições de enfermagem para o período da tarde (E6-3)

QUADRO 24 Categoria E 2.3.2 Instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga: subcategorias e códigos

Subcategoria E2.3.2.1 Enfermeiro acertando o quadro de funcionários e não conseguindo realizar a SAE

- Não conseguindo fazer a SAE porque demora duas horas para conseguir um funcionário ou remanejá-lo(E9-2)
- Podendo chamar somente funcionário da Unesp quando falta funcionário(E9-2)
- Tendo que procurar funcionário para trabalhar devido ao número insuficiente de funcionário(E5-2)
- Justificando que muitas vezes não faz a SAE porque precisa procurar funcionário para trabalhar(E5-2)

Continuação - QUADRO 24 Categoria E 2.3.2 Instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga: subcategorias e códigos

Subcategoria E 2.3.2.2 Instituição fomentando jornadas diárias de 12 horas dos técnicos e auxiliares

- Afirmando que a diretoria insiste que o funcionário trabalhe seis horas por dia e que não é isso que acontece(E1-3)
- Funcionários vindo de casa estressado pois não gostam de trabalhar 6 horas por dia (E9-6)
- Observando que os funcionários não gostam de trabalhar todos os dias porque não descansam (E9-6)
- Funcionários reclamando porque tem que trabalhar todos os dias 6 horas(E9-7)
- Funcionários reclamando que quando folgam, no dia seguinte sempre tem plantão de 12 horas(E9-7)

Subcategoria E 2.3.2.3 Equipe de enfermagem desmotivada pela sobrecarga de trabalho

- Funcionários prestando os cuidados mais importantes, fazendo controle de pacientes graves e medicação devido a falta de funcionário(E9-6)
- Percebendo que os funcionários sentem-se sobrecarregados, devido a falta de funcionários e que não prestam os cuidados da SAE por isso(E9-6)
 - Percebendo o funcionário desmotivado cansado devido a sobrecarga de trabalho(E1-3)
 - Observando que a sobrecarga de trabalho interfere na assistência de enfermagem prestada(E1-4)
 - Não tendo um pinga de vontade de ir trabalhar(E1-3)
 - Chegando dez para sete e saindo dezenove e trinta todo dia no começo(E1-3)
 - Não chegando mais cedo e saindo no horário certo hoje(E1-3)

Subcategoria E2.3.2.4 Enfermeiros chefes sofrendo psiquicamente ao não conseguir realizar inúmeras funções

- Relacionando a não realização da SAE de todos os pacientes da enfermaria porque desenvolve atividades ambulatoriais relativas a curativos(E1-1)
- Justificando a não realização das prescrições de todos os pacientes porque atende a chamados para avaliação da pele de pacientes de outras enfermarias (E1-2)
 - Fazendo a SAE correndo devido a inúmeras atividades(E2-3)
 - Percebendo que uma enfermeira é incapaz de realizar todas as atividades(E4-2)
 - Justificando a não realização das prescrições de todos os pacientes porque dedica um tempo maior de curativos complexos (E1-2)
 - Realizando inúmeras funções fora da enfermaria(E4-3)
 - Achando humanamente impossível dar conta de todas as suas funções(E4-2)
 - Tendo que evoluir os pacientes e resolver os problemas das enfermarias(E6-1)
 - Tendo que resolver bastante problemas nas enfermarias(E6-1)
 - Compreendendo a sobrecarga dos enfermeiros da seção que não consegue fazer a SAE pois realizam parte burocrática também(E9-3)
 - Não dando conta de fazer a SAE(E11-3)
 - Não consegue fazer a SAE no período que realiza a escala mensal(E5-2)
 - Não conseguindo fazer a SAE quando tem coisas administrativas para realizar(E5-2)
 - Verificando que quanto mais complexa da enfermaria menos a enfermeira consegue fazer a SAE(E5-3)

Continuação -QUADRO 24 Categoria E 2.3.2Instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga: subcategorias, elementos e códigos

Continuação-Subcategoria E2.3.2.4 Enfermeiros chefes sofrendo psiquicamente ao não conseguir realizar inúmeras funções

- Reconhecendo que nas enfermarias mais complexas não é possível fazer a SAE (E5-3)
- Enfermeiros chefes não conseguem fazer a SAE(E6-4)
- Enfermeiros chefes não conseguem fazer a SAE para o dia seguinte(E6-4)

Subcategoria E2.3.4.5-Enfermeiros do noturno sobrecarregando-se pela falta de serviços de apoio

- Enfermeira tendo que emprestar roupa, seringa,coisas básicas das outras enfermarias(E9-4)
- Tendo que resolver problemas referentes a farmácia(E9-4)
- Não tendo material suficiente nas enfermarias á noite(E9-4)
- Enfermeiras andam atrás de material á noite devido à falta ou armários fechados(E9-4)
- Tendo que resolver problemas com acompanhante que quer ficar fora do horário ou não quer ir embora(E9-4)
- Acompanhantes não compreendendo que não podem ficar com o paciente(E9-5)
- Acompanhantes não compreendem que o médico fica de plantão em vários setores(E9-5)
- Acompanhantes discutindo com os funcionários porque acham que os médicos não são chamados(E9-5)
- Sabendo que é complicado pegar material das outras enfermarias porque cada uma tem sua cota(E9-4)

Subcategoria E2.3.4.6 Enfermeiros da supervisão sentindo-se sobrecarregados
Elemento E2.3.4.6.1 Instituição responsabilizando o Enfermeiro Supervisor por várias atribuições, incluindo a continuidade da SAE

- Demorando muito para entender a função do enfermeiro supervisor (E6-7)
- Vindo trabalhar e não sabendo o que a instituição queria que o enfermeiro fizesse (E6-7)
- Achando que a instituição espera que o enfermeiro supervisor resolva os problemas (E6-7)
- Achando que a instituição espera que o enfermeiro supervisor faça a SAE(E6-7)
- Percebendo que os enfermeiros supervisores cobrem os enfermeiros chefes, quando eles não estão e fazem a SAE(E6-7)
- Não entendendo direito o papel do enfermeiro supervisor(E6-7)
- Tendo dúvida sobre o que a instituição quer dos enfermeiros da supervisão(E6-7)
- Não conversando com os outros enfermeiros sobre qual é o papel do enfermeiro supervisor(E6-7)
- Achando que a enfermeira da supervisão tem a função de fazer a SAE(E6-9)
- Achando que o enfermeiro da supervisão tem a função de tampar buraco(E6-9)
- Sentindo que suas funções são fazer 100% das prescrições de enfermagem e atender intercorrências(E10-4)
- Achando que o objetivo da supervisão é dar continuidade ao cuidado(E10-4)
- Achando que, como enfermeira da supervisão, tem que se ater ao processo de enfermagem (E10-5)

Continuação -QUADRO 24 Categoria E 2.3.2Instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga: subcategorias, elementos e códigos

Continuação-Elemento E2.3.4.6.1 Instituição responsabilizando o Enfermeiro Supervisor por várias atribuições, incluindo a continuidade da SAE

- Não conseguindo implantar uma nova rotina por ficar em 4 enfermarias(E6-9)
- Não conseguindo implantar uma rotina para ser melhorado e evoluído(E6-9)
- Achando impossível conhecer todos os pacientes na supervisão(E8-4)
- Sobrando para os enfermeiros da supervisão fazer a SAE(E6-4)
- Sentindo dificuldade de pegar plantão devido às intercorrências (E10-4)
- Não conseguindo pegar plantão devido às intercorrências(E10-4)
- Sentindo-se meio perdida, pois termina de pegar o plantão 3 horas e meia depois da sua chegada(E10-4)

Elemento E2.3.4.6.2 Enfermeiro não realizando a SAE, mediante a supervisão de pacientes e concomitantemente o atendimento de intercorrências

- Percebendo que é difícil supervisionar várias enfermarias tanto de dia como de noite(E8-3)
- Percebendo que se o número de pacientes por enfermeiros diminuísse, melhoraria a assistência(E11-2)
- Sentindo-se sobrecarregada em administrar 28 leitos, realizar a SAE e atender intercorrências. (E4-2)
- Ficando complicado fazer a SAE de final de semana porque cada enfermeira fica em média com 90 pacientes(E3-3)
- Tendo 16 leitos sob sua responsabilidade(E1-2)
- Relatando que as enfermeiras assistenciais ficam em 4 enfermarias e não ficam fixas(E4-2)
- Supervisionando 5 enfermarias no noturno(E7-3)
- Relatando que antigamente além de supervisionar 5 enfermarias tinha o CC (E7-3)
- Tendo que supervisionar a clínica médica além das 5 enfermarias quando falta enfermeiro(E7-3)
- Afirmando que fica responsável por um grande número de leito e que não dá para fazer a SAE(E10-2)
- Achando que 80 leitos para um enfermeiro fazem com que a SAE seja feita em quantidade (E10-2)
- Não conseguindo parar e pensar no cuidado na SAE do paciente mais grave devido ao grande número de leitos (E10-2)
- Não conseguindo supervisionar diretamente os funcionários devido ao grande número de leitos, ao espaço físico e ao grande número de funcionários. (E10-5)
- Achando que o enfermeiro do noturno sente-se sobrecarregada, porque fica com 4 enfermarias(E10-7)
- Percebendo que dependendo do plantão não dá para fazer de nenhum paciente (E9-1)
- Não tendo tempo de passar em todas as enfermarias quando realiza a SAE de todos os pacientes de uma enfermaria (E9-1)
- Acreditando que tem enfermeiros que não faz a SAE por falta de tempo.(E12-1)

Continuação - QUADRO 24 Categoria E 2.3.2 Instituição não preservando a equipe de enfermagem da sobrecarga: subcategorias, elementos e códigos

Elemento E 2.3.4.6.3 Enfermeiros tendo que capacitar auxiliares e técnicos de enfermagem na iminência de procedimentos

- Sentindo-se sobrecarregado por ter que treinar o funcionário e resolver problemas (E6-2)
- Realizando mudança de decúbito, passar uma svd devido a necessidade do bloco (E6-3)
- Tendo que acompanhar o funcionário em tudo(E6-3)
- Não conseguindo fazer a SAE devido à necessidade dos funcionários(E6-3)
- Tendo que realizar procedimentos simples porque os funcionários não estão habilitados (E6-2)
- Realizando procedimentos simples (como passar svd ou puncionar avp) , no lugar do funcionário por não ter tempo de treiná-lo(E6-2)
- Percebendo que a falta de treinamento dos funcionários, atrapalha a função do enfermeiro(E6-2)
- Sentindo a necessidade de treinar os funcionários para diminuir a sobrecarga (E6-4)
- Tendo que ficar em cima do funcionário porque não são bem treinados(E6-4)
- Funcionários solicitando a enfermeira, sem tentar realizar o procedimento(E6-4)
- Comparando o HC com outro serviço, o enfermeiro não colocava tanto a mão na massa(E6-5)
- Percebendo que os funcionários não tem iniciativa(E6-4)
- Os funcionários solicitam ajuda para cuidar dos pacientes graves (E10-5)
- Achando que a equipe de enfermagem precisa de um enfermeiro para cuidar de paciente grave(E10-5)
- Tendo que parar e ajudar o funcionário novo (E10-6)
- Funcionários relatam que não sabem realizar procedimentos (E10-6)
- Funcionários relatando que não sabem realizar procedimentos básicos (E10-6)
- Interrompendo a SAE para treinar o funcionário novo (E10-6)
- Tendo maior necessidade de ajudar no bloco da gastro(E6-3)
- Não conseguindo realizar a SAE quando é muito solicitado(E5-2)

QUADRO 25 Categoria E2.3.3. Enfermeiro fazendo o que é possível para amenizar o sentimento de culpa: códigos

Categoria E1.4.6 Enfermeiro fazendo o que é possível para amenizar o sentimento de culpa: códigos

- Amenizando o sentimento ruim por meio da análise das condições de trabalho(E4-6)
- Tendo consciência de que não dá para fazer a SAE de todos os pacientes(E7-4)
- Realizando um pouco de prescrição de cada enfermaria(E7-4)
- Delimitando seu tempo para realização da SAE, mesmo tendo inúmeras funções dentro da instituição. (E3-4)
- Acreditando ser mais fácil passar a visita e realizar a prescrição de enfermagem no pé do leito(E3-3)
- Realizando a SAE de todos os pacientes sempre porque organiza seu tempo(E3-3)
- Procurando não sobrecarregar os outros enfermeiros fazendo o máximo que consegue(E2-2)

Subcategoria 2.2.2.1 Percebendo que o enfermeiro não realiza a prescrição de enfermagem de todos os pacientes, em enfermarias maiores

- Observando que as enfermeiras das grandes enfermarias não conseguem realizar a SAE de todos os pacientes(TE2-2)
- Não tendo a SAE de todos os pacientes em algumas enfermarias devido a sobrecarga dos enfermeiros(TE2-3)
- Observando que as enfermeiras fazem a SAE de alguns pacientes(TE3-1)
- Reconhecendo que as enfermeiras não realizam a SAE da forma como deveria devido a sobrecarga de trabalho(TE3-3)

Subcategoria 2.2.2.2 Notando que os enfermeiros realizam prescrição de enfermagem no dia anterior

- Observando que geralmente o supervisor do noturno realiza as prescrições de enfermagem para o dia seguinte(TE5-1)
- Verificando que a supervisão da tarde também faz prescrição de enfermagem para o dia seguinte(TE5-1)

Subcategoria 2.2.2.3 Percebendo que o enfermeiro realiza prescrição de enfermagem desprovida de avaliação clínica

- Observando que a enfermeira não faz o exame físico antes de prescrever os cuidados(TE3-2)
- Percebendo as incoerências das prescrições de enfermagem quando é realizado o adiantamento das mesmas(TE5-2)
- Achando que a prescrição de enfermagem não condiz com o que está acontecendo com o paciente(TE5-2)
- Achando que a prescrição de enfermagem é uma formalidade que não condiz com a realidade(TE5-2)
- Percebendo que a prescrição de enfermagem é diferente do que realmente está acontecendo com o paciente(TE5-2)

Subcategoria 2.2.2.4 Observando que os enfermeiros só realizam a prescrição de enfermagem

- Técnico observando que o enfermeiro faz a prescrição de enfermagem(TE5-1)
- Verificando que às vezes a enfermeira chefe faz as prescrições de enfermagem(TE5-1)
- Afirmando que os enfermeiros fazem prescrição de enfermagem(TE5-1)

Continuação QUADRO 25 Categoria E2.3.3. Enfermeiro fazendo o que é possível para amenizar o sentimento de culpa: códigos

Subcategoria 2.2.2.5 Vendo os enfermeiros priorizando os paciente graves e pós operatório imediato para realizar prescrição de enfermagem

- Observando que muitas enfermeiras priorizam os pacientes críticos para fazer a SAE(TE2-3)
- Percebendo que as enfermeiras priorizam os pacientes do POI(TE3-1)
- Percebendo que poucas enfermeiras fazem a SAE dos pacientes críticos(TE3-1)
- Observando que tem enfermeiros que fazem a SAE só dos pacientes da UTI (TE3-1)

QUADRO 26 Tema TA1.1. Considerando a SAE um instrumento importante para o exercício da profissão: categorias

Tema TA1.1. Considerando a SAE um instrumento importante para o exercício da profissão.

- Relatando que acha a SAE uma coisa legal(TE5-2)
- Relatando que acha a SAE boa(TE5-2)
- Achando que a prescrição de enfermagem é super importante(TE4-4)
- Achando a SAE muito importante(T5-8)

QUADRO 27 Categoria TA 1.2.1. Implementando a prescrição de enfermagem, decorrente de avaliação clínica, como instrumento do cuidado integral: subcategorias e códigos

Subcategoria TA 1.2.1.1. Motivando-se a implementar a verdadeira prescrição de enfermagem

- Encontrando sentido na SAE quando é feita de verdade(TE3-3)
- Vendo sentido em prestar cuidados integrais, porque assim todos os funcionários fazem de tudo(TE4-2)

Subcategoria TA1.2.1.2. Considerando a assistência direcionada pelo enfermeiro mediante a avaliação clínica

- Achando que a SAE orienta os funcionários(TE6-1)
- Achando que a SAE orienta os funcionários quando o enfermeiro não está TE6-1)
- Achando que com a SAE o funcionário sabe como cuidar do paciente quando o enfermeiro não está (TE6-1)
- Achando que a SAE orienta o funcionário(TE6-14)
- Organizando e direcionando para os cuidados, permite acompanhar o paciente mediante evolução(TE12-14)
- Achando que a assistência de enfermagem ficou organizada após a implantação da SAE(TE2-2)
- Percebendo que antes da implantação da SAE alguns cuidados necessários não eram realizados(TE2-2)
- Observando que após a implantação da SAE, os funcionários passaram a realizar alguns cuidados que antes não realizavam. (TE2-2)
- Observando que tem funcionários que não prestam os cuidados se não tem prescrição e só faz o que está prescrito(TE3-2)
- Vendo-se obrigados a realizar todos os cuidados prescritos na SAE(TE2-3)
- Observando que após a implantação da SAE, os funcionários começaram a prestar cuidados necessários que antes não eram feitos(TE2-3)
- Percebendo que a SAE possibilita o não esquecimento de alguns cuidados necessários(TE2-1)
- Achando a sistematização importante, porque o enfermeiro acompanha o paciente(TE5-7)
- Achando a SAE muito legal, porque o enfermeiro sabe a evolução de um curativo ou de uma úlcera e vai mudando a prescrição de enfermagem(TE5-7)

Continuação- QUADRO 27 Categoria TA 1.2.1. Implementando a prescrição de enfermagem, decorrente de avaliação clínica, como instrumento do cuidado integral: subcategorias e códigos

Subcategoria TA1.2.1.3 Técnicos e auxiliares passando a implementar as prescrições de enfermagem

- Dizendo que os funcionários checam as prescrições de enfermagem(TE7-1)
- Observando a evolução dos pacientes ao prestar os cuidados(TE5-1)
- Vendo sentido em anotar tudo que faz(TE4-5)
- Realizando os cuidados de acordo com a prescrição de enfermagem(TE5-1)

QUADRO 28- Categoria TA 1.2.3. Contribuindo com a melhoria da qualidade da assistência com a implantação da SAE: códigos

Categoria TA 1.2.2. Contribuindo com a melhoria da qualidade da assistência com a implantação da SAE.

- Achando que a SAE é um avanço e veio para melhorar(TE12-2)
- Achando que tem que ser aberto para avançar e nunca retroceder(TE12-2)
- Achando que a SAE veio para melhorar (TE12-2)
- Percebendo que após a implantação da SAE, a assistência de enfermagem melhorou bastante(TE2-1)
- Percebendo que com a SAE melhorou para gente e para o paciente(TE12-1)
- Achando a SAE muito boa, mas que precisa melhorar muito(TE5-8)
- Observando que nas outras enfermarias a SAE tem dado certo(TE12-2)
- Encontrando pacientes mal cuidados ao pegar plantão antes da implantação da SAE
- Achando que melhorou a assistência de enfermagem, porque antes alguns funcionários não realizavam alguns cuidados(TE2-2)

QUADRO 29 -Categoria TA1.2.3. Enaltecendo os registros de enfermagem

Categoria TA1.2.3. Enaltecendo os registros de enfermagem

- Achando a SAE interessante porque deixa registrados os cuidados realizados.(T1-1)
- Achando que a SAE valoriza a equipe de enfermagem porque deixa registrados os cuidados registrados.(T1-1)
- Sentindo dificuldade de anotar tudo quando não tem prescrição de enfermagem(TE4-4)
- Relatando que antes da SAE, prestavam-se cuidados, mas não eram escritos(TE4-1)
- Achando a SAE importante porque mostra todo cuidado prestado.(T1-1)
- Percebendo a valorização do registro de enfermagem assim como o da equipe médica.(T1-1)
- Percebendo a desvalorização da enfermagem quando não são registrados os cuidados.(T1-1)
- Afirmando que antes da implantação da SAE, só realizavam os cuidados prescritos pelos médicos(TE2-1)

QUADRO 30- Categoria TA2.1.1 Considerando o processo de capacitação insuficiente: subcategorias e códigos

Categoria TA2.1.1 Considerando o processo de capacitação insuficiente

- Achando que a SAE precisa ser mais abordada(TE5-5)
- Percebendo que é difícil os auxiliares e técnicos entenderem a SAE(TE5-7)
- Técnico sugerindo orientação e conscientização da SAE(TE5-7)
- Achando a prescrição de enfermagem é válida, desde que conscientize os técnicos e auxiliares(TE5-8)

Subcategoria TA2.1.1.1. Percebendo que a SAE foi implantada sem haver um processo de capacitação contínuo para técnicos e auxiliares

- Achando que a SAE chegou de repente(TE5-5)
- Achando que a SAE foi jogada para todo mundo fazer(TE5-5)
- Conhecendo a SAE por meio da enfermeira chefe(TE4-3)
- Observando que a Instituição não orienta sobre a SAE(TE4-3)
- Não conhecendo as pessoas da comissão da SAE(TE4-3)

Subcategoria TA2.1.1.2 Admitindo desconhecer o conceito da SAE

- Percebendo que têm auxiliar e técnico que não sabem o porquê dos cuidados(TE5-8)
- Auxiliares e técnicos não sabendo por que tem que cumprir a SAE(TE5-6)
- Auxiliares e técnicos não tendo instruções sobre a SAE(TE5-6)
- Apresentando dúvida sobre a SAE(TE4-1)
- Dizendo que não entendeu a pergunta: -O que vc sabe sobre a SAE? (TE9-1)
- Tendo dúvida sobre o que é a SAE(TE9-1)
- Não sabendo direito o que significa SAE(TE8-1)
- Achando que não é a pessoa certa para ser entrevistada porque não sabe o que é a SAE(TE9-1)
- Percebendo que os funcionários precisam saber quais os cuidados necessários porque não é sempre que o enfermeiro consegue realizar a SAE(TE2-2)
- Relatando que não sabe explicar o que é a SAE(TE9-1)
- Não sabendo falar o que é a SAE(TE9-1)
- Percebendo que os auxiliares e técnicos não sabem o que é a SAE, após uma prova de concurso (TE5-5)
- Observando que a SAE está na mídia, mas os profissionais não sabem o que é SAE(TE5-5)
- Observando que os auxiliares e técnicoas não sabem o que é a SAE(TE5-5)
- Observando que os auxiliares e técnicos sabem o que fazer, mas não sabem a importância da SAE(TE5-5)
- Não sabendo se participou do curso sobre SAE(TE11-1)
- Relatando que fez muitos cursos e não sabe se fez o curso sobre SAE(TE11-1)
- Tendo uma ou duas palestras sobre a SAE(TE5-5)
- Auxiliares questionando para que serve a SAE(TE5-5)

QUADRO 31-Categoria TA 2.1.2Não tendo clareza sobre a SAE: subcategorias e códigos

Subcategoria TA 2.1.2.1 Reconhecendo a SAE como prescrição de enfermagem

- Achando que a SAE é igual aos cuidados integrais e com isso melhorou a assistência(TE4-1)
 - Mostrando conhecimento sobre a obrigatoriedade de fazer a SAE.(T1-1)
 - Afirmando que agora sabe o que é sistematização(TE3-1)
 - Afirmando que a sistematização cabe ao enfermeiro(TE3-1)
 - Afirmando que agora sabe o que é sistematização(TE3-1)
 - Afirmando que a sistematização cabe ao enfermeiro(TE3-1)
 - Relatando que teve a SAE(TE10-1)
 - Sabendo que o ideal é fazer massagem, mudança de decúbito, sentar, deambular com o paciente(TE10-1)
 - Sabendo que o certo seria olhar o dreno, verificar os sinais vitais e anotar o estado do paciente(TE10-2)
 - Relatando que a SAE é cumprir o que está prescrito na prescrição de enfermagem(TE10-2)
 - Relatando que a SAE é dar toda a assistência(TE10-2)
 - Relatando que a SAE é fazer higiene oral, curativo, massagem, mudar decúbito e dar alimentação na boca(TE10-2)
 - Confundindo a SAE com cuidados integrais(TE4-3)
 - Achando que a SAE são os cuidados integrais e que com isso, melhorou a assistência(TE4-1)
 - Achando que a SAE são os cuidados integrais e que estes são muito bons(TE5-3)
 - Dizendo que a SAE é igual a cuidados integrais(TE7-1)
 - Afirmando que a SAE é cuidar do paciente, dar o banho e dar a comida(TE7-1)
 - Achando que a SAE é o bem estar do paciente(TE8-1)
 - Achando que a SAE é visar melhor qualidade para o paciente(TE8-1)
 - Achando que a SAE é explicar aonde é o banheiro, horário de comida, dar medicação e explicar sobre exames(TE8-1)
 - Achando que a SAE é dar assistência completa(TE8-1)
 - Achando que a SAE é explicar onde é o banheiro, nome do paciente vizinho, pedir medicação que não tem aos familiares, dizer que está de jejum e com controle hídrico(TE8-1)
 - Achando que a SAE é explicar tudo para o paciente(TE8-1)
 - Dizendo que a SAE são procedimentos(TE9-1)
- Subcategoria TA 2.1.2.1 Reconhecendo a SAE como prescrição de enfermagem**
- Sentindo a necessidade de conscientizar os auxiliares sobre a importância da SAE (TE5-5)
 - Sendo a favor da sistematização e achando que SAE é igual à cuidados integrais (TE12-1)
 - Percebendo que muitos auxiliares não sabem a importância da prescrição de enfermagem(TE5-5)

Continuação QUADRO 31-Categoria TA 2.1.2Não tendo clareza sobre a SAE: subcategorias e códigos

Subcategoria TA 2.1.2.2 Arriscando a conceituar SAE

- Achando que a SAE é união(TE8-1)
- Não sabendo falar sobre a SAE e perguntando se é como mexer com o paciente(TE9-1)
- Confundindo a SAE com reciclagem (TE9-1)
- Dizendo ser rara a reciclagem, mas que tem referindo-se a SAE(TE9-1)
- Relatando que é explicado sobre SVD, medicação, aspiração por meio de um quadro e que os funcionários assinam após a leitura referindo-se à SAE(TE9-1)
- Relatando que tem reciclagem de coisas basicas da enfermagem referindo-se à SAE(TE9-1)
- Dizendo ser rara a reciclagem, mas que tem referindo-se a SAE(TE9-1)

QUADRO 32- Categoria TA 2.2.1 Percebendo os enfermeiros sobrecarregados com a interface de atividades assistenciais e gerenciais, mediante déficit de RH: subcategorias e códigos

Categoria TA 2.2.1 Percebendo os enfermeiros sobrecarregados com a interface de atividades assistenciais e gerenciais, mediante déficit de RH

- Percebendo que a enfermeira além de fazer a SAE faz a parte administrativa(TE11-1)
- Observando que o enfermeiro tem que resolver tudo que é burocracia(TE11-1)
- Enfermeiro tendo que parar para resolver sobre o trinco que quebrou(TE11-1)
- Percebendo que as pessoas acham que o enfermeiro tem que resolver tudo(TE11-1)
- Observando que o enfermeiro tem muito papel para fazer(TE11-1)
- Achando que o enfermeiro tem muita burocracia para resolver(TE11-1)
- Percebendo que um enfermeiro faz de tudo é muito pouco(TE11-4)

Subcategorias TA 2.2.1.1 Notando déficit de enfermeiros

- Percebendo a necessidade de mais enfermeiros para realização da SAE de forma adequada(TE3-3)
- Achando que só um enfermeiro para tomar conta de tudo é muito pouco(TE11-3)
- Achando que para acompanhar a SAE deveria ter um enfermeiro na assistência (TE11-2)

Subcategoria TA 2.2.1.2Percebendo que os enfermeiros só conseguem realizar a prescrição de enfermagem com a ajuda de estagiários

- Observando que o enfermeiro consegue fazer a SAE porque tem estagiários que ajudam(TE10-2)
- Percebendo que se o enfermeiro estivesse sozinho não conseguiria fazer a SAE (TE10-2)

Continuação- **QUADRO 32 Subcategoria TA 2.2.1.2Percebendo que os enfermeiros só conseguem realizar a prescrição de enfermagem com a ajuda de estagiários**

Subcategoria TA 2.2.1.2Percebendo que os enfermeiros só conseguem realizar a prescrição de enfermagem com a ajuda de estagiários

-Percebendo que agora o enfermeiro tem tempo porque há estagiários passando na enfermaria(TE11-1)

-Percebendo que a enfermeira sozinha não consegue fazer a SAE(TE11-1)

Subcategoria TA 2.2.1.3. Observando enfermeiros realizando atividades gerenciais e assistenciais

-Percebendo que a enfermeira além de fazer a SAE faz a parte administrativa(TE11-1)

-Observando que o enfermeiro tem que resolver tudo que é burocracia(TE11-1)

-Enfermeiro tendo que parar para resolver sobre o trinco que quebrou(TE11-1)

-Percebendo que as pessoas acham que o enfermeiro tem que resolver tudo(TE11-1)

-Observando que o enfermeiro tem muito papel para fazer(TE11-1)

-Achando que o enfermeiro tem muita burocracia para resolver(TE11-1)

-Percebendo que um enfermeiro faz de tudo é muito pouco(TE11-4)

Subcategoria TA2.2.1.4 Vivenciando a sobrecarga de trabalho dos enfemeiros da supervisão

-Percebendo que os enfermeiros da noite e da tarde não conseguem acompanhar os pacientes porque ficam em várias enfermarias (TE6-1)

-Afirmando que os enfermeiros da tarde e da noite ficam em várias enfermarias e não conseguem acompanhar os pacientes (TE6-1)

-Tendo enfermeiro da tarde que passa uma vez quando pega plantão do enfermeiro chefe(TE5-8)

-Reconhecendo que a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros é maior em determinadas enfermarias(TE2-3)

QUADRO-33 Categoria TA 2.3.1 Vendo a SAE como um instrumento que não funciona

Categoria TA 2.3.1 Vendo a SAE com instrumento que não funciona

-Afirmando que o hospital não tem sistematização(TE3-2)

-Achando que a SAE fica muito a desejar(TE11-2)

-Percebendo que tem hora que a SAE não funciona(TE5-2)

-Achando que a SAE não faz diferença(TE3-1)

-Sabendo que a SAE importante, mas ao mesmo tempo acha que é indiferente (TE3-1)

-Achando que a SAE ajuda direcionar um pouquinho a assistência mas mesmo assim acha que não faz diferença(TE3-2)

-Achando a SAE vaga(TE11-4)

-Achando que a SAE está meio vaga (TE11-1)

-Achando que finge-se que faz sistematização para cumprir tabela(TE3-2)

-Percebendo que o enfermeiro faz prescrição de enfermagem por obrigação(TE5-2)

-Achando que tem mais quantidade de cuidado do que qualidade(TE5-3)

Continuação QUADRO 33- Categoria TA 2.3.1 Vendo a SAE com instrumento que não funciona

Categoria TA 2.3.1 Vendo a SAE com instrumento que não funciona

- Achando que os enfermeiros fazem as prescrições porque o chefe superior vai checar se esta fazendo(TE5-8)
- Achando que as enfermeiras fingem que fazem sistematização e os funcionários fingem que fazem os cuidados(TE3-2)
- Observando que os enfermeiros fingem que faz a SAE de forma adequada e conseqüentemente sente-se desestimulada a dar continuidade ao trabalho da enfermeira (TE3-2)
- Percebendo que não basta o enfermeiro prescrever e o auxiliar checar com uma formalidade(TE5-7)

QUADRO 34- Categoria TA 2.3.2 Sentindo-se autoconfiante na qualidade de sua assistência ao compará-la com a prescrita: códigos

Categoria TA 2.3.2 Sentindo-se autoconfiante na qualidade de sua assistência ao compará-la com a prescrita

- Não vendo muita mudança nas prescrições de enfermagem(TE5-8)
- Observando que tem funcionário que faz muito mais do que está prescrito(TE3-2)
- Achando-se auto suficiente para determinar os cuidados à serem prestados(TE3-1)
- Achando que já realiza os cuidados prescritos pelas enfermeiras e que a SAE não faz diferença(TE3-1)
- Percebendo que a SAE é importante para o funcionário que não consegue definir os cuidados prestados(TE3-2)
- Percebendo que a prescrição de enfermagem é a rotina que está acostumada a fazer(TE5-3)
- Auxiliares achando desnecessária a prescrição de enfermagem porque já sabe o que fazer(TE5-5)
- Achando que dependendo do funcionário a SAE se faz necessária ou não(TE3-2)
- Percebendo que os cuidados prescritos são os que os auxiliares e técnicos estão acostumados(TE5-6)
- Achando que todos os dias tem que prestar os mesmos cuidados(TE5-6)
- Relatando que os funcionários realizam muito mais cuidados do que os que estão prescritos (TE6-1)

Quadro 35. Categoria TA 2.3.3 Retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH: subcategorias e códigos

Categoria TA 2.3.3 Retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH

Subcategoria 2.3.3.1. Deparando-se com o déficit de técnicos e auxiliares

- Sentindo a necessidade de mais profissionais para prestar cuidados com qualidade e humanização(TE5-4)
- Trabalhando há oito anos com 4 funcionários e hoje com dois(TE5-4)
- Tendo que prestar assistência correndo, porque tem pouco funcionário(TE5-3)
- Afirmando que o número de pacientes para o número de funcionários é muito grande(TE10-1)
- Não conseguindo dar assistência quando o paciente o paciente precisa devido a falta de funcionário(TE10-1)
- Tendo 35 funcionários para 60 cirurgias por mês antigamente(TE10-1)
- Tendo 26 funcionários para 160 cirurgias por mês hoje(TE10-1)
- Afirmando que falta muita mão de obra(TE10-1)
- Tendo dia que falta funcionário(TE11-2)
- Não realizando cuidados integrais quando falta funcionário(TE11-2)
- Achando complicado trabalhar quando falta funcionário(TE11-2)
- Afirmando que é muito paciente para o número de funcionário(TE12-1)
- Tendo dia que não é possível dar cuidados integrais porque tem atendentes na equipe (TE12-1)
- Achando que deveria ter mais funcionários para fazer a sistematização (TE12-1)
- Achando que se tivessem mais funcionários a SAE seria viável(TE12-2)
- Achando que se ficasse com 4 ou 5 pacientes a margem de erro seria menor (TE12-2)
- Achando que se ficasse com 4 ou 5 pacientes não tiraria a responsabilidade, mas que melhoraria a assistência(TE12-2)
- Achando que se ficasse com 4 ou 5 pacientes a assistência melhoraria(TE12-2)
- Achando que se ficasse com 4 ou 5 pacientes, ficaria mais presente com o paciente(TE12-2)
- Relatando que o enfermeiro conseguiu ,por meio de trabalhos, mais funcionários (TE10-2)
- Reconhecendo a iniciativa do enfermeiro de conseguir mais funcionários por meio de trabalhos(TE10-2)

Subcategoria 2.3.3.2 Vivenciando a sobrecarga de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem

- Trabalhando com 4 funcionários há oito anos(TE5-4)
- Tendo mais contato com o paciente há oito anos(TE5-4)
- Percebendo que assistência de enfermagem era mais humanizada há oito anos porque tinha mais funcionários(TE5-4)
- Relatando que colocava o paciente para tomar banho de sol na varanda, há oito anos porque tinha mais funcionários(TE5-4)

Continuação- Quadro 35. Categoria TA 2.3.3 Retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH: subcategorias e códigos

Subcategoria 2.3.3.2 Vivenciando a sobrecarga de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem

- Relatando que lixava e esmaltava a unha dos pacientes, há oito anos, porque tinha mais funcionários(TE5-4)
- Relatando que secava o cabelo dos pacientes no inverno, há oito anos, porque tinha mais funcionários(TE5-4)
- Não tendo tempo de ler e ver os cuidados prescritos(TE5-3)
- Não tendo tempo de seguir a prescrição de enfermagem(TE5-3)
- Realizando os cuidados de enfermagem e se der tempo, checa as prescrições de enfermagem(TE5-3)
- Realizando os cuidados e só depois olhando na prescrição de enfermagem para fazer anotações(TE5-3)
- Ficando as prescrições de enfermagem sem checar, porque não tem tempo(TE5-3)
- Percebendo que precisa enfaixar MMII no final da tarde(TE5-6)
- Não tendo tempo de olhar prescrição de enfermagem no período da manhã(TE5-6)
- Não tendo prescrição de enfermagem por perto(TE5-6)
- Relatando que olha a prescrição médica no início do plantão para ver se os sinais vitais são de h/h(TE5-6)
- Dependendo de ajuda para cuidar de pacientes com tração, POIs de coluna e quadril(TE12-1)
- Priorizando sinais vitais, trocar o paciente e receber o paciente(TE10-1)
- Não realizando alguns cuidados para conseguir fazer os cuidados básicos (TE10-2)
- Ficando confusa sobre o que vai realizar primeiro: alimentar, ver ssvv ou dar o banho(TE5-3)
- Percebendo uma assistência de enfermagem jogada(TE5-3)
- Pegando plantão e geralmente o plantão anterior está começando a fazer anotações(TE5-3)
- Não realizando cuidados de enfermagem por falta de tempo(TE5-3)
- Trabalhando em dois funcionários para dar todos os banhos nos dias de hoje(TE5-4)
- Realizando os cuidados correndo, porque tem que dar banho e fazer muitos curativos(TE5-4)
- Esquecendo o café do paciente ou gelando por falta de tempo(TE5-4)
- Não tendo tempo de sentar o paciente ou por a mesinha para comer(TE5-4)
- Tendo que dar banho e fazer curativo correndo porque o paciente vai para cirurgia(TE5-4)
- Afirmando que os pacientes da enfermaria são muito dependentes(TE7-1)
- Não conseguindo dar a assistência que o paciente precisa por mais que queira (TE10-1)
- Relatando que tem cirurgias de segunda a segunda, cirurgias eletivas e mais os acidentados(TE10-1)-Tendo dois funcionários na ala para 20 pacientes e um na medicação(TE10-1)

Continuação- Quadro 35. Categoria TA 2.3.3 Retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH: subcategorias e códigos

Continuação-Subcategoria 2.3.3.2 Vivenciando a sobrecarga de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem

- Recebendo 15 POI na enfermaria de sexta feira(TE10-1)
- Recebendo paciente do centro cirúrgico, passando na cama e já tendo outro para receber ou toca campainha e saindo para atender outro(TE10-2)
- Achando que para conseguir dar todos os cuidados, teria que assistir no máximo 4 pacientes(TE10-2)
- Afirmando que 90% são dependentes(10-2)-Afirmando que 90% dos pacientes são acamados(TE10-2)
- Não conseguindo dar a assistência que o paciente precisa(TE10-2)
- Achando a enfermaria pesada(TE11-1)
- Tendo muita cirurgia(TE11-2)
- Recebendo um POI atrás outro(TE11-3)
- Observando que o paciente vê a sobrecarga dos funcionários(TE11-3)
- Sentindo-se que o paciente é um coitado diante da correria da enfermaria(TE11-3)
- Funcionário não tendo tempo de respirar (TE11-3)
- Afirmando que os funcionários fazem o que tem que fazer, mas há sempre falhas (TE11-3)
- Achando que não é vista a clínica do paciente porque é muito corrido(TE11-3)
- Observando que o funcionário que tem que ver se o paciente está pálido(TE11-3)
- Tendo que correr quando o paciente não está bem(TE11-4)
- Observando que hoje tudo é muito corrido(T11-4)
- Achando muito movimento para uma enfermaria de 20 leitos(TE11-4)
- Tendo que fazer muitos curativos(TE12-1)
- Achando a enfermaria muito complexa (TE12-2)
- Achando a enfermaria muito pesada, com muitos pacientes dependentes(TE12-2)
- Funcionários fazendo todos os curativos da enfermaria(TE12-2)
- Tendo paciente com 3 curativos por dia (TE12-2)
- Tendo paciente com 6 curativos por dia (TE12-2)
- Afirmando que os pacientes da enfermaria são dependentes(TE12-1)
- Não realizando cuidado por falta de tempo(TE5-4)

Continuação- Quadro 35. Categoria TA 2.3.3 Retrocedendo ao modelo de assistência funcional, mediante ao déficit de RH: subcategorias e códigos

Subcategoria 2.3.3.3 Percebendo inviável a operacionalização de uma assistência integral e individualizada junto com cuidados funcionais

- Reconhecendo que na enfermaria são realizados os cuidados em grupo(TE7-1)
- Afirmando que todos os funcionários se ajudam(TE7-1)
- Afirmando que cuida do seu paciente e da colega se precisar(TE7-1)
- Afirmando que não é individualista(TE7-1)
- Relatando que trabalha em grupo(TE7-1)
- Afirmando dar certo trabalhar em grupo(TE7-1)
- Relatando que dá certo trabalhar em grupo e por isso não vão mudar o jeito de cuidar(TE7-1)
- Não conseguindo cuidar dos pacientes sozinha(TE7-1)
- Não dando para fazer cuidados integrais porque sobrecarrega os técnicos e os auxiliares(TE12-1)
- Achando ruim fazer curativos sozinho (TE12-1)--Percebendo que hoje trabalha muito por produção(TE5-4)
- Achando que ficar na medicação é muito estressante para a equipe que trabalha no modelo funcional(TE12-2)
- Achando que ficar na medicação ocupa mais a cabeça(TE12-2)
- Percebendo que todo mundo tem que ser prestativo (TE12-1)
- Não dando certo a SAE(utilizando com cuidados integrais) na enfermaria (TE12-1)
- Afirmando que tem muito atendente que não fez concurso para trabalhar como auxiliar e com isso não realizam cuidados integrais (TE12-1)
- Não tendo cuidados integrais há oito anos (TE5-4)
- Observando que a SAE(=cuidados integrais) tem funcionado em outras enfermarias, mas aqui não funciona(TE12-1)
- Realizando o banho de todos os pacientes quando chega(TE5-3)
- Realizando depois dos banhos os sinais vitais(TE5-3)
- Observando que o funcionário administra a medicação e não olha o todo do paciente(TE11-2)
- Observando que o funcionário administra a medicação e não vê se o paciente está com febre(TE11-2)
- Observando funcionários olhando só para medicação(TE11-2)
- Observando que os funcionários não olham o todo do paciente(TE11-2)
- Achando que a equipe vê o paciente como se fosse um osso(TE11-3)
- Achando que a equipe não vê a clínica do paciente(TE11-3)
- Relatando que agora começou os cuidados integrais(TE11-2)
- Achando que com a SAE(que utiliza como sinônimo de cuidados integrais) ganha o paciente e ganha a Instituição (TE12-2)
- Ouvindo falar que com os cuidados integrais, não sobrecarrega tanto os funcionários(TE12-2)
- Percebendo que o técnico se responsabiliza muito mais quando realiza cuidados integrais(TE5-3)

QUADRO 36- Categoria 2.3.4 Seguindo a prescrição médica ao invés da prescrição de enfermagem

Subcategoria TA2.3.4.1. Não seguindo a prescrição de enfermagem

- Enfermeira chamando atenção do funcionário quando não presta cuidados prescritos (TE4-4)
- Auxiliares questionando que já tem os cuidados na prescrição médica e porque que tem que fazer o que está na prescrição de enfermagem(TE5-5)
- Questionado cuidados prescritos somente nas prescrições de enfermagem(TE5-6)
- Achando que a prescrição médica é mais valorizada(TE5-7)
- Comparando a prescrição de enfermagem e médica, e não realizando cuidado de enfermagem quando não está prescrito na prescrição médica(TE5-7)
- Comparando a prescrição de enfermagem com a médica (TE5-6)
- Auxiliares e técnicos questionando porque tem duas prescrições(TE5-6)
- Achando que precisa explicar o que o enfermeiro viu e o médico não viu(TE5-8)
- Auxiliares e técnicos questionado as diferenças das prescrições de enfermagem e médica(TE5-8)
- Percebendo que os funcionários não dão importância para SAE(TE3-3)
- Auxiliares relatando que olham os cuidados da prescrição médica e que não olham a de enfermagem(TE5-5)
- Auxiliares e técnicos não vendo sentido na SAE(TE5-6)
 - Relatando que a última coisa que os auxiliares e técnicos olham é a prescrição de enfermagem(TE5-6)
- Achando que tem funcionário que não faz o que está prescrito(TE11-3)
- Realizando os cuidados da SAE devido ao hábito de já exercê-los(TE2-3)
- Relatando à enfermeira cuidados que não foram prestados(TE4-4)
- Achando que a prescrição de enfermagem é pouco valorizada(TE5-6)
- Não encontrando sentido em fazer a SAE da forma como é feita, PE padronizada(TE3-3)
- Observando que tem auxiliares e técnicos que não fazem os cuidados sem saber o porquê (TE5-8)
- Achando que a falta de explicação da importância do cuidado, faz com que os técnicos e auxiliares fiquem desinteressados(TE5-6)
- Achando importante o enfermeiro explicar o porquê do cuidado prescrito(TE5-7)
- Achando que a enfermagem deveria explicar o porquê dos cuidados(TE5-7)
- Achando importante o enfermeiro explicar porque prescreve certos cuidados(TE5-7)
- Relatando a importância de explicar o motivo dos cuidados da prescrição de enfermagem(TE5-6)
- Achando que a falta de explicação da importância do cuidado, faz com que os técnicos e auxiliares fiquem desinteressados(TE5-6)
- Achando que falta muita coisa para trabalhar com a SAE(TE10-1)
- Achando que tinha que melhorar a SAE(TE11-2)
- Achando que muita coisa precisa mudar(TE11-3)

Continuação- QUADRO 36- Categoria 2.3.4 Seguindo a prescrição médica ao invés da prescrição de enfermagem

Subcategoria TA2.3.4.2 Checando os cuidados de enfermagem sem ler a prescrição

- Observando que tem funcionários que não lêem o que está prescrito e checam (TE3-3)
- Observando que tem funcionário que pede para colega checar e nem lê o que está prescrito(TE3-3)
- Observando que é passado um traço na prescrição de enfermagem (TE5-3)
- Observando que é passado um traço na prescrição de enfermagem(TE5-3)

Subcategoria TA 2.3.4.3 Não checando a prescrição de enfermagem

- Afirmando que metade dos funcionários checa as prescrições de enfermagem(TE6-1)
- Funcionários checando somente o que foi feito por ele, devido ao risco do outro funcionário ter prestado o cuidado de forma errada. (TE4-3)
- Observando que tem colegas que não checam as prescrições de enfermagem(TE11-2)
- Achando que a SAE fica falha porque tem colegas que não checam(TE11-2)
- Relatando que a enfermeira prescreve os cuidados e cobra do funcionário para checar(TE11-1)

Subcategoria TA 2.3.4.4 Percebendo piora da anotação de enfermagem

- Acreditando que a prescrição de enfermagem facilita a anotação dos cuidados prestados(TE4-1)
- Achando que a prescrição de enfermagem facilitou a anotação dos cuidados prestados(TE4-2)
- Percebendo que a prescrição de enfermagem facilitou a anotação(TE4-5)
- Não fazendo anotação do estado do paciente antigamente(TE11-2)
- Não fazendo anotação do paciente se ele almoçou (TE11-2)
- Relatando que fica escrito somente manhã, tarde e noite(TE11-2)
- Achando que a falta de anotação deixa a SAE muito vaga(TE11-2)
- Achando que teria que fazer anotação como antigamente(TE11-4)
- Achando que o papel aceita tudo(TE11-3)
- Achando vago quando o funcionário anota que o paciente aceitou 100%,50% da refeição(TE11-3)
- Percebendo que dependendo do funcionário, anota tudo(TE11-4)
- Percebendo que dependendo do funcionário, não anota (TE11-4)
- Observando que agora faz um risco (TE11-4)
- Observando que agora anota comeu boa(TE11-4)Observando que agora anota diurese xxx e não escreve a cor(TE11-4)
- Observando que agora anota fezes normais e não e descrito o aspecto(TE11-4)
- Relatando que antes os funcionários anotavam tudo (TE11-4)
- Não vendo a necessidade de escrever e sim só de checar a prescrição de enfermagem(TE4-2)
- Relatando que faz muita coisa, mas anota somente que o paciente não teve queixas. (TE4-4)
- Observando que os funcionários não estão acostumados a escrever(TE4-4)-
- Justificando a não realização de anotação por falta de costume(TE4-5)
- Justificando a não realização de anotação devido à sobrecarga de trabalho(TE4-2)

Continuação- QUADRO 36- Categoria 2.3.4 Seguindo a prescrição médica ao invés da prescrição de enfermagem

Sucategoria TA 2.3.4.5Deparando-se com impressos inadequados

- Achando o escrito pequenininho da prescrição de enfermagem(TE11-2)
- Precisando de óculos para ler a prescrição de enfermagem(TE11-2)