



FLÁVIA LAMBERTI PIVOTO

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA
ENFERMEIRA**

RIO GRANDE

2014

FURG

**F
L
Á
V
I
A
L
A
M
B
E
R
T
I
P
I
V
O
T
O**

**PPGENF
DOUT
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA
ENFERMEIRA

FLÁVIA LAMBERTI PIVOTO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

RIO GRANDE

2014

P693p Pivoto, Flávia Lamberti.
Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da
enfermeira / Flávia Lamberti Pivoto. – 2014.
141 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG,
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2014.
Orientador: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

1. Processo de Enfermagem 2. Assistência de Enfermagem
3. Enfermeira 4. Subjetividade I. Lunardi Filho, Wilson Danilo
II. Título

CDU 616-083

Catálogo na Fonte: Bibliotecário Me. João Paulo Borges da Silveira CRB 10/2130

FLÁVIA LAMBERTI PIVOTO

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA
ENFERMEIRA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 29 de agosto de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

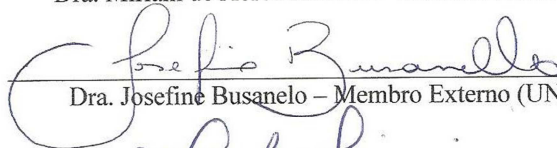
BANCA EXAMINADORA



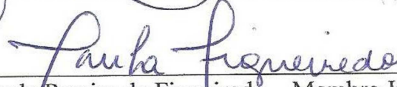
Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Presidente (FURG)



Dra. Miriam de Abreu Almeida – Membro Externo (UFRGS)



Dra. Josefina Busanelo – Membro Externo (UNIPAMPA)



Dra. Paula Pereira de Figueiredo – Membro Interno (FURG)

Dra. Amália De Fátima Lucena - Suplente Externo (UFRGS)

Dra. Valéria Lerch Lunardi - Suplente Interno (FURG)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas bênçãos que me concede.

Aos meus pais, Flávio e Alcenira, pela vida, amor e apoio incondicionais e por me ensinarem a lutar por meus objetivos.

Ao meu esposo, Paulo, pelo amor, auxílio, paciência e companheirismo; foram fundamentais!

Ao meu irmão, Felipe, pelo amor e companheirismo desde sempre.

Ao meu orientador, Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, por me acompanhar em tantas fases do aprendizado, pelos ensinamentos, e principalmente, pela compreensão, amizade e apoio. Meu eterno carinho, gratidão e admiração.

À Banca Examinadora deste estudo, pela disponibilidade, apoio e contribuições.

Aos meus eternos professores da Escola de Enfermagem da FURG, pelos ensinamentos.

Aos colegas, do HU-FURG e do HCPA, pelo acolhimento no desenvolvimento deste estudo.

Às colegas do mestrado, e amigos que convivi, pelo companheirismo.

RESUMO

PIVOTO, FLÁVIA LAMBERTI. **PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA.** 2014. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O Processo de Enfermagem, apesar da ampla produção literária disponível, continua representando um desafio à produção científica, ao ensino e à prática profissional, considerando sua compreensão e implementação ainda reduzidas. Tal negação pode ser percebida como uma questão subjetiva de significação, na qual o profissional, mesmo atribuindo importância ao método, reproduz uma dinâmica de trabalho moldada pela história da enfermagem e pela cultura organizacional das instituições. Assim, a presente tese teve por **objetivos**: compreender a relação entre a produção de subjetividade da enfermeira e as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem; relacionar a produção subjetiva acerca do Processo de Enfermagem de enfermeiras atuantes em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem; e analisar a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, sustentada teoricamente no pensamento filosófico da produção da subjetividade de Félix Guattari e seus seguidores. Os cenários de pesquisa foram dois Hospitais Universitários, diferenciados pela implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem. Os sujeitos da pesquisa foram seis enfermeiras, de diferentes unidades, de cada uma das instituições. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e analisados pela técnica de análise temática, tendo as prerrogativas éticas sido respeitadas e garantidas. Com a realização do estudo, evidenciou-se que: diferentes fatores mediam a produção de subjetividade das enfermeiras e, conseqüentemente, sua relação com as configurações do desejo, sendo que a organização institucional tem influência preponderante; a atuação em contextos de trabalho diferenciados pela implantação ou não do Processo de Enfermagem incide diretamente sobre a produção subjetiva relacionada ao método, pois desencadeia sentidos que oscilam da realização pessoal e profissional para a descrença nas possibilidades de sucesso de sua implementação, além de uma percepção sobre o enfermeiro e a profissão na instituição, que vai de valorização pessoal e profissional para a desvalorização desses dois aspectos e falta de autonomia. Ainda, as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem incluíram a incitação da força de criação do desejo e o investimento na constituição de espaços de expressão, o desvelamento de instrumentos capitalísticos de captura do desejo, a alienação e o potencial para acolher os três movimentos do desejo recolhido pela presença de instrumentos dificultantes da expressão do desejo. Assim, confirmou-se a tese de que as **configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem possibilitam identificar questões subjetivas que permeiam as condutas e as percepções das enfermeiras, sendo os modos de produção de subjetividade condicionados pelos contextos de trabalho, de modo que a implementação ou não do Processo de Enfermagem, como instrumento de organização do trabalho da enfermagem, incide sobre tais perspectivas.** O fato de abordar a produção de subjetividade representou uma forma de compreender diferentes atitudes em relação ao Processo de Enfermagem, possibilitando a proposição de melhorias e transformações nos contextos de trabalho da enfermagem.

Descritores: Enfermagem. Processos de Enfermagem. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

PIVOTO, FLÁVIA LAMBERTI. **NURSING PROCESS IN THE PERSPECTIVE OF SUBJECTIVITY OF THE NURSING PROFESSIONAL**. 2014. 143 p. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing. Graduate Nursing Program, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Despite having a large literature production available, the Nursing Process remains representing a challenge to the scientific production, the teaching and the professional practice, when considering the still low understanding and implementation about this matter. This denial may be perceived as a subjective question of meaning, where the professional, although assigning importance to the method, reproduces a work dynamics shaped by the history of nursing and by the organizational culture of institutions. Thus, this thesis had the following **objectives**: to understand the relationship between the production of subjectivity of the nursing professional and the configurations of the desire related to the Nursing Process; to relate the subjective production about the Nursing Process of nursing professionals operating in work contexts distinguished by the implementation and the non-deployment of the Nursing Process; and to analyze the configuration of the desire related to the Nursing Process in the perspective of subjectivity of nursing professionals. This is a qualitative research, with exploratory nature, theoretically based on the philosophical thought of the production of subjectivity of Félix Guattari and his followers. The research scenarios were two University Hospitals, distinguished by the implementation and the non-deployment of the Nursing Process. The surveyed subjects were six nursing professionals, from different units, from of each of the institutions. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed through thematic analysis, and the ethical prerogatives were respected and ensured. With the accomplishment of this study, it became clear that: different factors mediate the production of subjectivity of nursing professionals and, consequently, their relationship with the configurations of desire, and the institutional organization has a paramount influence; the operation in work contexts distinguished by the deployment or not of the Nursing Process has a direct effect on the subjective production related to the method, since it triggers senses ranging from personal and professional achievement to disbelief in the possibilities of success for its implementation, in addition to a perception about the nursing professional and the profession within the institution, ranging from personal and professional valuation to devaluation of these two aspects and lack of autonomy. Moreover, configurations of desire related to the Nursing Process have included the incitement of the force for the creation of desire and the investment in building up spaces for expression, the unveiling of capitalistic instruments for capturing desire, the alienation and the potential for welcoming the three movements of desire restrained by the presence of instruments hindering the expression of desire. Thus, it has confirmed the thesis that the **configurations of desire related to the Nursing Process enable us to identify subjective questions permeating the behaviors and perceptions of nursing professionals, and the modes of production of subjectivity are driven by work contexts, so that the implementation or not of the Nursing Process, as an instrument of organization of the nursing work, has an effect on such perspectives**. The fact of addressing the production of subjectivity has represented a way of understanding different attitudes towards the Nursing Process, thereby enabling the proposition of improvements and changes in the work contexts of nursing.

Descriptors: Nursing. Nursing Process. Nursing Care.

RESUMEN

PIVOTO, FLÁVIA LAMBERTI. **PROCESO DE ENFERMARÍA EN LA PERSPECTIVA DE LA SUBJETIVIDAD DE LA ENFERMERA.** 2014. 143 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

El Proceso de Enfermería, a pesar de la amplia producción literaria disponible, continua representando un desafío a la producción científica, a la enseñanza y a la práctica profesional, considerando su comprensión e implementación aún reducidas. Tal negación puede ser percibida como una cuestión subjetiva de significación, en la cual el profesional, mismo asignando importancia al método, reproduce una dinámica de trabajo moldada por la historia de la enfermería y por la cultura organizacional de las instituciones. Así, la presente tesis tubo por **objetivos:** comprender la relación entre la producción de subjetividad de la enfermera y las configuraciones del deseo relacionado al Proceso de Enfermería; relacionar la producción subjetiva acerca del Proceso de Enfermería de enfermeras actuantes en contextos de trabajo diferenciados por la implementación y la no implantación del Proceso de Enfermería; y analizar la configuración del deseo relacionado al Proceso de Enfermería en la perspectiva de la subjetividad de la enfermera. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio, sustentada teóricamente en el pensamiento filosófico de la producción de la subjetividad de Félix Guattari y sus seguidores. Los escenarios de investigación fueron dos Hospitales Universitarios, diferenciados por la implementación y la no implantación del Proceso de Enfermería. Los sujetos de la investigación fueron seis enfermeras, de diferentes unidades, de cada una de las instituciones. Los datos fueron recolectados por encuestas semiestructuradas y analizados por la técnica de análisis temático, teniendo las prerrogativas éticas sido respetadas y aseguradas. Con la realización del estudio, se evidenció que: diferentes factores median la producción de subjetividad de las enfermeras y, consecuentemente, su relación con las configuraciones del deseo, siendo que la organización institucional tiene influencia preponderante; la actuación en contextos de trabajo diferenciados por la implantación o no del Proceso de Enfermería incide directamente sobre la producción subjetiva relacionada al método, pues desencadena sentidos que oscilan de la realización personal y profesional para la descreencia en las posibilidades de éxito de su implementación, además de una percepción sobre el enfermero y la profesión en la institución, que varía desde la valoración personal y profesional a la devaluación de estos dos aspectos y falta de autonomía. Además, las configuraciones del deseo relacionado al Proceso de Enfermería incluyeron la incitación de la fuerza de creación del deseo y el investimento en la constitución de espacios de expresión, el desvelamiento de instrumentos de captura del deseo, la alienación y el potencial para acoger los tres movimientos del deseo recogido por la presencia de instrumentos que obstaculizan la expresión del deseo. Así, se confirmó la tesis de que las **configuraciones del deseo relacionado al Proceso de Enfermería posibilitan identificar cuestiones subjetivas que permean las conductas y las percepciones de las enfermeras, siendo los modos de producción de subjetividad condicionados por los contextos de trabajo, de modo que la implementación o no del Proceso de Enfermería, como instrumento de organización del trabajo da enfermería, incide sobre tales perspectivas.** El hecho de abordar la producción de subjetividad representó una forma de comprender diferentes actitudes en relación al Proceso de Enfermería, posibilitando la proposición de mejorías y transformaciones en los contextos de trabajo de la enfermería.

Descriptor: Enfermería. Procesos de Enfermería. Atención de Enfermería.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2 OBJETIVOS	20
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM	21
3.1.1 Etapas do Processo de Enfermagem	30
3.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS	33
3.3 APONTAMENTOS SOBRE A SUBJETIVIDADE E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE	44
4 PERCURSO METODOLÓGICO	53
4.1 DEFINIÇÃO E DELINEAMENTO DO DESENHO DE PESQUISA	53
4.2 CENÁRIOS DA PESQUISA	54
4.2.1 Caracterização do cenário de pesquisa: Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Côrrea Júnior	55
4.2.2 Caracterização do cenário de pesquisa: Hospital de Clínicas de Porto Alegre	57
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	60
4.4 PERSPECTIVAS ÉTICAS ENVOLVIDAS NA PESQUISA	62
4.5 COLETA DOS DADOS	64
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	65
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	68
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	68
5.2 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E AS CONFIGURAÇÕES DO DESEJO RELACIONADO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM	70
5.2.1 Percepções sobre a organização do trabalho da enfermagem nos contextos institucionais	71
5.2.2 Percepções sobre a visão e o posicionamento da gestão com relação ao Processo de Enfermagem	79
5.2.3 Formação e atualização profissional com vistas à implantação e manutenção do processo de enfermagem na instituição	81
5.2.4 Participação da equipe de enfermagem na apropriação, elaboração e divulgação da produção científica	88
5.3 A IMPLEMENTAÇÃO E A NÃO IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: RELAÇÃO COM A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA.	93
5.3.1 Significados atribuídos pelas enfermeiras ao Processo de Enfermagem	93
5.3.2 Sentimentos das enfermeiras em relação ao processo de enfermagem	98
5.3.3 Percepções sobre a enfermagem, o enfermeiro e de como ambos são percebidos na instituição e no contexto social	101
5.4 AS CONFIGURAÇÕES DO DESEJO RELACIONADO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	

APRESENTAÇÃO

Meu percurso profissional pode ser apresentado com um caminho que aliou prática assistencial e docente e o interesse pela temática de pesquisa do trabalho da enfermagem, na especificidade do Processo de Enfermagem. Ainda na graduação, me inquietava o fato do Processo de Enfermagem ser apresentado teoricamente como o método de planejamento e desenvolvimento da assistência de enfermagem e não vivenciar sua implementação nos campos de prática.

No 5º semestre de minha graduação em enfermagem, em resposta à proposta do componente curricular da disciplina que introduziu formalmente o exercício da pesquisa no curso, optei por investigar prováveis motivos da não realização da Prescrição de Enfermagem nas unidades de internação do Hospital Universitário, que representava o principal campo das atividades práticas do curso, e apontar possíveis alternativas para o aprimoramento das ações de enfermagem e estratégias favoráveis à implantação, implementação e consolidação da prescrição de enfermagem (PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004). Desde então, passei a integrar o Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES), por me enquadrar em seu foco de interesse e estudo e acreditar na relevância da temática para a profissão.

Ao final da graduação, na elaboração de meu trabalho de conclusão do curso e como Bolsista de Iniciação Científica, busquei desenvolver alternativas para aprimorar as atividades exercidas pela enfermagem com a elaboração de Protocolos Assistenciais de Enfermagem¹ direcionados às necessidades decorrentes da terapêutica medicamentosa de pacientes internados em Unidade de Clínica Médica (PIVOTO, 2005; PIVOTO; VETTORELLO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2008).

Finalizada a graduação, passei a exercer minhas atividades profissionais como enfermeira em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica de um hospital filantrópico, ao mesmo tempo em que ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGENF/FURG. Em minha atuação profissional, à época, inquietava-me reproduzir modelos de atenção e organização do trabalho que considerava não serem os mais apropriados e que, por vezes, criticara em minha formação acadêmica.

¹ Os Protocolos Assistenciais de Enfermagem funcionam como método de planejamento de cuidados adequados a problemas específicos, elaborados com embasamento científico e adequados à realidade a que se aplicam, auxiliando nas tomadas de decisão, ao integrar a evidência prática e a pesquisa. (LUNARDI FILHO, MAÇADA e LUNARDI, 1995; ARCHER et al, 2005).

O Processo de Enfermagem na instituição não era o norteador da prática, embora elaborássemos a Evolução de Enfermagem no prontuário do paciente e houvesse empreendimentos para sua implantação. A crença na importância da adoção do Processo de Enfermagem na prática assistencial perdurava aliada à consciência de que processos de implantação necessitam ser graduais e coletivos e que a produção de conhecimentos precisa estar aliada à prática profissional. Assim, frente a um contexto favorável, de cooperação e interesse coletivo, em minha dissertação de mestrado em enfermagem, busquei elaborar, em conjunto com as demais enfermeiras da unidade, uma proposta de Processo de Enfermagem aos pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas (PIVOTO, 2008; PIVOTO et al, 2010).

Após um período atuando como docente na graduação em enfermagem, quando vivenciei a dificuldade em abordar teoricamente o Processo de Enfermagem sem demonstrar sua aplicação na prática, retornei às atividades assistenciais, no hospital universitário que servira de campo de prática em minha graduação. Apesar de vários esforços já dispensados, a implementação do Processo de Enfermagem ainda não é uma realidade. Nessa instituição, a assistência de enfermagem está focalizada nos procedimentos técnicos e em rotinas estabelecidas, no decorrer dos anos, de modo informal e não escrita, sem que o conhecimento científico seja posto em destaque, as ações registradas e o Processo de Enfermagem operacionalizado na prática.

Na sequência, ingressei no Curso de Doutorado em Enfermagem do PPGENF/FURG. Algum tempo depois, passei a atuar em outro hospital universitário, no qual o Processo de Enfermagem está implantado desde a década de 70 e as atividades de enfermagem são desenvolvidas a partir do Processo de Enfermagem.

Antecipando a apresentação teórica do estudo, cabe ponderar que, como é possível perceber, nesse curto período de tempo de atuação profissional, anteriormente descrito, que compreende cerca de nove anos, os processos de desterritorialização não me amedrontam. Assim, a proposta dessa tese foi engendrada pelas diferentes realidades vivenciadas e estudos realizados, pelas reflexões e inquietações relacionadas ao saber e ao fazer da enfermagem, em distintos contextos, e pela concepção, sustentada teoricamente, de que abordar a produção de subjetividade que permeia as configurações do desejo e as significações atribuídas por enfermeiras ao Processo de Enfermagem representa uma forma de compreender as diferentes atitudes em relação ao Processo de Enfermagem, sejam elas de motivação, negação, descrédito, possibilitando a proposição de melhorias e transformações nos contextos de trabalho da enfermagem.

A pesquisa foi realizada em duas das instituições hospitalares em que já atuei como enfermeira assistencial: o hospital universitário que serviu de campo de prática em minha formação acadêmica, no qual o Processo de Enfermagem não está implantado e, o hospital universitário em que até recentemente desenvolvi minhas atividades profissionais e vivenciei a implementação do Processo de Enfermagem. Para tal, busquei responder a seguinte questão de pesquisa: **como se configura o desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira, em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem como instrumento de organização do trabalho da enfermagem?**

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As transformações e obstáculos apresentados à enfermagem constituem uma constante, presente nas diversas disciplinas e resultantes da busca permanente por desenvolvimento, aprofundamento teórico e conquista de espaço pelos diversos profissionais, bem como pelo desenvolvimento tecnológico e a necessidade cada vez maior de assistência à saúde da sociedade. Tais situações podem instigar o aprimoramento teórico e prático da enfermagem, com vistas à consolidação de um corpo de saberes e fazeres específicos, que lhe confirmam cientificidade, autonomia, visibilidade, delimitação e conquista de atribuições, valorização e reconhecimento, tanto externo quanto interno à profissão.

No entanto, parece que a cientificidade profissional ainda é prejudicada pela compreensão de que o conhecimento está embasado no fazer prático, velando os avanços técnico-científicos e filosóficos da enfermagem. O reconhecimento e valorização profissionais implicam demonstrar e ressaltar as ações desenvolvidas, os quais podem ser obtidos pelo registro do fazer profissional. Por meio dele, é possível explicitar o embasamento teórico existente, reforçando que o conhecimento científico é um poderoso artifício para a subversão do que parece estar cultural e historicamente instituído na enfermagem: uma cultura da subalternidade, constituída por uma submissão hierárquica e teórica, na qual caberia à enfermagem cumprir tarefas (LUNARDI FILHO, 2004). Essa cultura reproduzida e incorporada aos seus padrões de comportamento e significados é fomentada por determinantes sociais e institucionais (BELLATO; PEREIRA, 2006), e vem contribuindo para manter a enfermagem em uma encruzilhada, entre as determinações externas aos seus fazeres e as possibilidades de criação e transformação, tendo estas últimas o potencial de romper com o instituído (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001).

Tal ruptura com o instituído necessita estar atrelada a modificações no modo de pensar e produzir enfermagem. A delimitação das atribuições profissionais e a determinação da pertinência e profundidade teórica do trabalho da enfermagem, embora possam requerer a contestação de algumas determinações institucionais e transformações na organização assistencial, representam uma forma de demonstrar a evolução da profissão como ciência dotada de seus próprios conhecimentos, sendo necessárias e estratégicas às conquistas profissionais.

Nesse contexto, as metodologias do cuidado representam uma importante conquista da profissão e demonstram os conhecimentos próprios da enfermagem. O Processo de Enfermagem como um método científico específico para a organização, planejamento,

execução e avaliação das atividades de enfermagem promove a reflexão e aperfeiçoamento do cuidado prestado e serve de registro escrito tanto do planejamento quanto do desenvolvimento da assistência. Assim, confere evidência à prática realizada, possibilita delimitação de espaço profissional e representa um meio de comprovar o raciocínio e o conhecimento científicos, justificando as ações desempenhadas, demonstrando a pertinência e a relevância da atuação da enfermagem e atribuindo valorização aos fazeres e saberes da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

No entanto, apesar da ampla produção literária disponível, o Processo de Enfermagem continua representando um desafio à produção científica, ao ensino e à prática profissional. Embora seja concebido como instrumento de trabalho da enfermagem, propulsor de autonomia e reconhecimento profissionais, ao possibilitar uma assistência mais qualificada, adequada, resolutiva e científica, ainda identifica-se um interesse diminuído em sua compreensão e uma despreensão velada de sua adoção nas atividades profissionais (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007; CARVALHO; MELO, 2008).

A negação do Processo de Enfermagem, comprovada por sua reduzida adoção prática, não está atrelada à carência de produção de conhecimentos referentes ao método e a seus reflexos positivos à profissão ou à enumeração de vantagens profissionais, individuais e coletivas com a sua inclusão no planejamento e execução das atividades. Essa negação pode ser percebida como uma questão subjetiva de significação, na qual o profissional, mesmo parecendo ter consciência e atribuindo importância ao método, reproduz uma dinâmica de trabalho moldada pela história da enfermagem e pela cultura organizacional das instituições de saúde.

A produção de subjetividade individual resulta de variações nas conexões entre as diferentes instâncias que concorrem para a sua produção. Essas instâncias compreendem esferas individuais, coletivas e institucionais, que atribuem à subjetividade a característica de ser plural, uma vez que está constituída por diversos componentes, os quais podem ser: os inconscientes, os do domínio do corpo, os do domínio dos chamados grupos primários e os do domínio da produção de poder (GUATTARI, 2009; GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A subjetividade é produzida, adaptada, recebida e consumida e, mesmo que sua produção não seja passível de centralização no indivíduo, não pode ser excluída das constituições individuais, que concorrem com as demais instâncias, incluindo os processos

capitalistas de produção maquínica, no estabelecimento dos agenciamentos de subjetivação² (GUATTARI; ROLNIK, 2010). O processo de subjetivação capitalista visa a homogeneizar as pluralidades, enquadrar os indivíduos em sistemas preestabelecidos, modelizar o próprio desejo, para sustentar o sistema produtivo dominante; no entanto, não existe uma hierarquia entre as instâncias que concorrem para a produção de subjetividades, cabendo aos indivíduos gerar novos sentidos e produzir mudanças nos contextos (GUATTARI, 1993).

Segundo Deleuze e Guattari (2004), nos processos de subjetivação, os indivíduos são atravessados por três conjuntos de linhas de naturezas diferentes, que os compõem de formas diferentes. As Linhas de segmentaridade dura ou molar, nas quais os territórios são determinados e planejados, segundo uma estrutura prévia organizada em posições fechadas. O início e o fim de um segmento, a passagem de um segmento para o outro, tudo parece previsto e controlado (DELEUZE; GUATTARI, 2004). Essas são as “linhas de controle, normatização e enquadramento”, elas mantêm a ordem capitalística, preservando o instituído socialmente e fixando o desejo em determinadas formas de vida, ou seja, estabelecendo socialmente o que será desejado (CASSIANO; FURLAN, 2013, p. 374).

As Linhas de segmentaridade maleável ou molecular são mais flexíveis, já que a estratificação não é constante. A segmentaridade maleável possibilita ao desejo criar novas relações, sendo considerada ambígua, por pendular entre as duas outras linhas, na eminência em tombar para um lado ou outro: procedendo reterritorializações que remetem para a linha dura e permitindo desterritorializações na criação de linhas de fuga. Tais redistribuições do desejo são imperceptíveis e Deleuze e Guattari (2004, p. 66) as comparam a “um presente cuja própria forma é a de algo que aconteceu, já passado, por mais próximo que se esteja dele”.

E, por fim, as Linhas de segmentaridade flexível ou linha de fluxo, considerada uma espécie de linha de fuga, que não admite qualquer segmento anterior, pois constitui uma desterritorialização absoluta e a formação de novos territórios, que precisam ser traçados (DELEUZE; GUATTARI, 2004). As linhas de fuga possibilitam a vivência do desejo, o libertando da prisão dos estratos sociais e, conferindo ao indivíduo a possibilidade de construir suas cartografias (CASSIANO; FURLAN, 2013).

Desse modo, o indivíduo pode agenciar as linhas de subjetivação, no sentido de processar a singularização da subjetividade e frustrar a interiorização dos princípios

² Agenciamentos de subjetivação são processos de produção de subjetividade que comportam “componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquínica, gnosiológica, imaginária” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 380).

capitalistas, de acordo com as diferentes configurações dos movimentos do desejo, que engendram os diferentes modos de produção da subjetividade (ROLNIK, 2011). Segundo Rolnik (2011), toda a produção de desejo no campo social procede por meio de três movimentos, que não acontecem segundo uma ordem fixa, pois respondem aos investimentos do desejo, sendo influenciado pelos modos de subjetivação. O primeiro desses movimentos é caracterizado pela desterritorialização, originário de linhas de fuga, decorrentes de novos sentidos de vida que não encontram expressão nos territórios até então constituídos. O segundo movimento representa um processo de simulação, de busca de produção de significado para os novos sentidos desterritorializados comporem seus territórios, no qual ocorre um processo de negociação entre os movimentos de intensidade constituídos no primeiro movimento e seu plano de expressão traçado no terceiro movimento. E, por fim, ou para recomeçar, o terceiro, marca o movimento de organização dos territórios (ROLNIK, 2011).

Os processos de singularização: a reflexão, a resistência ou o questionamento da realidade e transformação das situações são considerados linhas de fuga para a expressão do desejo. Entretanto, tal processo de resistência à serialização capitalista da subjetividade e de produção de novas referências singulares de subjetivação, denominado de revolução molecular, representa um empreendimento árduo do desejo, para o rompimento com o instituído ao longo dos anos e introjetado pelas mais variadas vias, desde a família, a escola, a mídia, até o ambiente de trabalho (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

O estabelecimento da singularização da subjetividade parece não ser desejável nas organizações institucionais e sociais, que exaltam indivíduos normatizados e articulados, segundo sistemas de valores ditos coletivos, com a manutenção de uma subjetividade social que garante a preservação das organizações (GUATTARI, 2009). As instituições de saúde, ainda apresentam resquícios dos antigos modelos de atenção, que incidem tanto nas estruturas organizacionais quanto, na mentalidade de seus profissionais, representando um limitante às mudanças efetivas no setor saúde, em decorrência de entraves externos: os jogos de interesses políticos e, internos dos trabalhadores (TEIXEIRA, 2008).

Os componentes da subjetividade dos profissionais de enfermagem podem estar atrelados a um sistema de negação culturalmente aceitável, com significações inconscientemente introjetadas, separando seus aspectos e crenças individuais de suas condutas moldadas. Uma subjetividade social e inconsciente em que perdura a cumplicidade às formatações coletivas de dominação e organização institucionais (LUNARDI FILHO, 2004; GUATTARI, 2009).

A manutenção da subjetividade social moldada pode estar relacionada a condutas profissionais que priorizam rotinas e necessidades institucionais e funções técnicas e administrativas de outros profissionais, em detrimento aos fazeres da enfermagem. Em outras palavras, sujeitam-se aos desejos e determinações institucionais, oriundos, muitas vezes, das relações de poder e, ao atender as demandas impostas, subestimam suas próprias funções, especialmente, a concepção e execução da assistência a ser prestada aos pacientes, comprometendo o seu reconhecimento profissional.

Ao incorporar e reproduzir o instituído, a enfermeira pode não refletir sobre seu trabalho e as possibilidades de espaços de criação, ao mesmo tempo em que poderá manter-se imersa num processo de negação, que a protege de riscos de desestruturação que a mudança e o desconhecido comumente provocam (AZAMBUJA et al, 2010; PEREIRA; MISHIMA, 2003). O posicionamento adotado tem relação com a produção de subjetividade, que permeia a construção pessoal e profissional da enfermeira e pode resultar nessa postura de alienação, mas, também, pode formar uma posição de expressão. Ao permitir a expressão dos seus desejos, sejam eles de mudança, de contestação, de aprovação ou de reprovação, os profissionais permitem a emergência de outras possibilidades de organização do trabalho da enfermagem.

A adoção do Processo de Enfermagem representa, portanto, uma forma de alterar essa lógica que, em muitos contextos, sustenta o trabalho da enfermagem, possibilitando direcioná-lo a partir de um instrumento próprio da profissão para a organização do seu trabalho. O desenvolvimento da assistência de enfermagem com base no Processo de Enfermagem, compreendendo-o e vivenciando-o, possibilitará ‘desaprender’ condutas internalizadas e ‘desconstruir’ subjetividades moldadas e; ‘reaprender’ conhecimentos e ações enriquecedores à atuação profissional e ‘construir’ subjetividades singulares.

As conquistas profissionais e a superação da ainda persistente organização empírica do trabalho da enfermagem requerem a produção de processos de singularização da subjetividade, com a superação das moldagens sociais. Busanello (2012) aponta a necessidade de instauração de subjetividades singulares para a superação de paradigmas fixados à profissão e a (re)constituição de trabalhadores comprometidos com a evolução e a valorização da profissão.

As transformações dependem de manifestações coletivas para sua efetivação nos contextos sociais; no entanto, o desejo individual tem potencial para despertar o desejo coletivo e, então, concretizar suas vontades e produzir mudanças (FIGUEIREDO, 2013; GUATTARI; ROLNIK, 2010). Assim, o instituído pode ser lentamente alterado, por

constantes expressões do desejo, por meio de reflexões e tentativas de transformação, as quais, embora pareçam de impacto reduzido, são formas de instaurar consciência das responsabilidades individuais e coletivas, frente à passividade gerada e desejada pelas organizações tradicionais (LUNARDI FILHO, 2004; GUATTARI, 2009). Destarte, é preciso investir em produções científicas que ultrapassem o caráter descritivo dos fenômenos, buscando a contextualização e problematização das situações e o desvendamento de suas múltiplas facetas, de modo a produzir transformações a partir da reflexão e da tomada de consciência dos entraves e potencialidades existentes (FIGUEIREDO, 2013).

A abordagem dos entraves ao reconhecimento e à adoção do Processo de Enfermagem necessita considerar as multiplicidades e a heterogeneidade de fatores que estabelecem diferentes conexões e influenciam os comportamentos e percepções profissionais. Para que se estabeleçam mudanças efetivas, é preciso considerar a produção de subjetividade capitalista que vem sustentando a lógica de trabalho da enfermagem e, por conseguinte, as questões políticas e históricas; a cultura organizacional, estruturas físicas e relacionais dos contextos de trabalho; a subjetividade das enfermeiras, entre outros determinantes que permeiam as vivências individuais e profissionais (BUSANELLO, 2012; FIGUEIREDO, 2013).

O levantamento de significados que circundam a temática do Processo de Enfermagem e sua relação com a subjetividade das enfermeiras tem sua justificativa manifesta na possibilidade de proposição de alternativas de singularização da subjetividade, com a viabilização de transformações que podem resultar em estratégias de superação dos quadros de alienação e produzir expressões do desejo, almejando o reconhecimento e valorização desse instrumento de organização do trabalho da enfermagem. Nossa profissão necessita que seus profissionais mantenham os esforços para o seu desenvolvimento profissional e a conquista de prestígio e espaço social, uma vez que a percepção da enfermagem na sociedade e, mesmo entre seus próprios representantes, ainda é restrita e subvalorizada.

Frente ao exposto, o presente estudo buscou comprovar a seguinte tese: **As configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem possibilitam identificar questões subjetivas que permeiam as condutas e as percepções das enfermeiras, sendo os modos de produção de subjetividade condicionados pelos contextos de trabalho, de modo que a implementação ou não do Processo de Enfermagem, como instrumento de organização do trabalho da enfermagem, incide sobre tais perspectivas.**

2 OBJETIVOS

Com a finalidade de responder à questão de pesquisa e de comprovar a tese elaborada, a pesquisa foi realizada com vistas a alcançar os objetivos apresentados a seguir.

- 1.** Compreender a relação entre a produção de subjetividade da enfermeira e as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem.
- 2.** Relacionar a produção subjetiva acerca do Processo de Enfermagem de enfermeiras atuantes em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem.
- 3.** Analisar a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seção de fundamentação teórica está estruturada em três partes. A primeira, intitulada **Processo de Enfermagem**, apresenta uma construção teórica acerca da temática, iniciada por um breve retrospecto histórico, alguns conceitos apresentados na literatura e a contextualização das principais dificuldades e estratégias à sua implementação.

Processo de enfermagem na percepção de enfermeiras, a segunda parte da revisão, foi construída a partir de uma revisão integrativa, que objetivou analisar produções científicas da Enfermagem, publicadas no período de 2003 a 2012, que apresentaram apontamentos acerca de percepções de enfermeiras sobre o Processo de Enfermagem, de modo a responder à questão norteadora: como as enfermeiras percebem o Processo de Enfermagem e como a adoção, ou não, do método no contexto profissional permeia tais percepções?

A terceira parte, **Apontamentos sobre a subjetividade e a produção de subjetividade**, representa uma tentativa de aproximação com algumas ideias do pensamento do filósofo Félix Guattari, apoiada em suas obras e de seus parceiros, colaboradores e seguidores, acerca da produção da subjetividade e do modo como o sistema capitalista tem se apropriado dos processos de subjetivação.

3.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Numa perspectiva histórica, os primórdios do Processo de Enfermagem estariam engendrados no modelo ambiental de Florence Nightingale, idealizadora de uma prática de enfermagem científica que, já na segunda metade do século XIX, enfatizava a necessidade de julgamentos embasados em observações (FRIEDLANDER, 1981; MCGUIRE, 1991). A partir da década de 1920, é possível identificar a produção científica relacionada a elementos da prática profissional, com a publicação de estudos de caso, apresentando as análises e avaliações clínicas das informações coletadas de pacientes, seguidos de planos de cuidados, que expressavam a individualização do cuidado e seu embasamento teórico, os quais podem ser considerados um marco no planejamento da assistência e na busca por organização do trabalho e estabelecimento de atribuições da enfermagem, além das primeiras expressões do Processo de Enfermagem (ROSSI; CASAGRANDE, 2001; GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

Apenas na metade do século XX, o termo Processo de Enfermagem foi introduzido à linguagem profissional para designar seu processo de trabalho. Em 1961, Ida Jean Orlando, o

definiu como a interação entre o comportamento do paciente, a reação da enfermeira e sua ação frente à situação (HORTA, 1979; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004). À época, o ensino nas escolas de enfermagem enfatizava o método de solução de problemas, a exemplo das listas dos 21 problemas e das 14 áreas de necessidades humanas básicas, elaboradas em 1960, por Faye Abdellah e Virgínia Henderson, respectivamente (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

A estruturação do Processo de Enfermagem em diferentes fases foi descrita, inicialmente, em 1967, por Helen Yura e Mary B. Walsh, as quais apresentaram quatro etapas: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação (YURA; WALSH, 1967). A etapa diagnóstica foi incluída, apenas, em 1973, embora o termo diagnóstico tenha sido introduzido na literatura da área, em 1950, por Louise McManus, ao apresentar, entre as funções específicas da enfermeira, o diagnóstico dos problemas (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

Na literatura brasileira, a abordagem do Processo de Enfermagem foi introduzida, na década de 1970, por Wanda de Aguiar Horta. A autora conceituou-o como a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano” e descreveu sua estruturação em seis fases (HORTA, 1979, p. 35).

Pesut e Herman (1999) apresentam uma estrutura de três gerações de desenvolvimento do Processo de Enfermagem. A 1ª geração, compreendida no período histórico anteriormente descrito, estava direcionada à identificação e resolução dos problemas de enfermagem. A 2ª geração, desencadeada pelo desenvolvimento da classificação diagnóstica e marcada por outros sistemas de classificação para os elementos da prática profissional, avança para o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico. Já a 3ª geração, iniciada em 1990, visa à especificação e testagem dos resultados, na prática assistencial.

Destarte, as conceituações atribuídas ao Processo de Enfermagem e sua aplicação na prática profissional são dinâmicas. Na literatura da área, são apresentadas diferentes conceituações, que convergem para uma abordagem de saber e fazer específicos da enfermagem, entendida como uma metodologia científica de cunho assistencial, direcionada à aplicação do conhecimento científico na assistência profissional, entre as quais, a conceituação de ser um instrumento tecnológico que favorece o cuidado e as condições necessárias à sua realização, bem como a documentação da prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009b), constituído por uma sucessão de fases direcionadas à solução de problemas e focalizado no cuidado individualizado, sendo embasado por teorias e no conhecimento prático e teórico (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Configura-se, assim, como instrumento metodológico específico do trabalho da enfermagem, que proporciona a percepção, interpretação e antecipação das respostas individuais às alterações de saúde e à intervenção de enfermagem adequada, visando à resolução de problemas (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Em outras palavras, é um método sistemático e dinâmico de realizar cuidados de enfermagem individualizados e humanizados para o alcance de resultados efetivos, que estimula o pensamento crítico e a prática reflexiva (ALFARO-LEFREVE, 2005).

Como método sistematizado e fundamentado cientificamente, o Processo de Enfermagem auxilia a enfermeira na estruturação da assistência de enfermagem e nas tomadas de decisão. Possibilita a identificação individualizada e precoce das necessidades de saúde dos pacientes e/ou grupos, o planejamento de ações em resposta aos problemas levantados, o acompanhamento da evolução do quadro de saúde e a avaliação das ações desenvolvidas para a obtenção dos resultados esperados. Assim, promove intervenções adequadas, planejadas e fundamentadas dos problemas identificados e a avaliação dos resultados, conduzindo a um fazer reflexivo e condizente com a realidade (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Estudos descrevem como crítica ao Processo de Enfermagem este não ser atualizado e, algumas vezes, não traduzir a realidade e necessidades do paciente, o que resulta em perda de credibilidade (LONGARAY; ALMEIDA; CEZARO, 2008). Portanto, a atualização constante do planejamento da assistência é questão relevante em seu desenvolvimento, permitindo que, após a execução das ações, resolução ou modificação dos problemas e avaliação dos resultados, o plano assistencial seja reestruturado e readequado.

O Processo de Enfermagem aproxima enfermeira e paciente, já que, para o seu desenvolvimento, a proximidade e o diálogo com o paciente são inevitáveis; qualifica a assistência de enfermagem, ao focar a integralidade e a individualidade, com o desenvolvimento de planos direcionados, sistemáticos, dinâmicos, interativos e embasados cientificamente; propicia o acompanhamento, a avaliação e a reestruturação constantes das ações de cuidado; e promove a interação entre os profissionais de saúde e pacientes no planejamento e execução das ações. Assim, ao objetivar um cuidado de qualidade, a enfermeira necessita lançar mão desse método desenvolvido para tal e que lhe possibilita a execução de suas atividades de forma organizada e com a utilização de um método científico para atingir os seus propósitos.

Desse modo, por representar uma sistemática documentada da projeção e aplicação dos cuidados de enfermagem, é estratégia para a maior visibilidade das atividades desenvolvidas e maior ênfase para a relevância e pertinência das ações de enfermagem. Como

saber teórico direcionado à prática, reflete um fazer específico da enfermagem; sua aplicabilidade explícita a base científica e serve de comprovação da cientificidade do trabalho profissional. A demonstração de embasamento teórico, reflexão crítica e a adoção de metodologia de planejamento da assistência promovem a autonomia profissional nas ações de cuidado e a delimitação das atribuições da profissão.

A autonomia no trabalho profissional é componente importante para a manutenção das conquistas éticas e legais da profissão e exaltação de identidade própria. Seu comprometimento pode mascarar o saber crítico, criativo e técnico-científico da enfermagem. O exercício autônomo decorre de uma tomada de decisão embasada cientificamente e consciente desse domínio teórico aplicado apropriadamente no processo de definição das prioridades da assistência (BUENO; QUEIROZ, 2006; SANTOS; MONTEZELI; PERES, 2012).

Apontamentos de enfermeiras corroboram o descrito, em estudo que realizou levantamento de percepções referentes a vantagens da adoção do Processo de Enfermagem, em que foram enumeradas: a avaliação integral do paciente, o aprimoramento científico e do raciocínio clínico, a sistematização e continuidade da assistência, uma maior participação na tomada de decisão e execução de cuidados, um maior reconhecimento profissional e uma maior integração multidisciplinar (MARQUES; CARVALHO, 2005). A essas vantagens, somam-se os sentimentos de realização pessoal e profissional no desenvolvimento de suas atividades, pois as enfermeiras percebem a validação e comprovação de suas ações (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

A adoção do Processo de Enfermagem na prática profissional sustenta e serve de registro escrito do planejamento, execução, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem, acrescentando qualidade ao cuidado e melhorando a visibilidade e reconhecimento profissionais (GARCIA; NÓBREGA, 2009b). Ao não guiar seu fazer por esse método específico para tal, ou ao incorporá-lo de forma mecanizada, ritualizada e não reflexiva, a enfermeira pode comprometer a delimitação e valoração profissional, não configurando seu papel de responsável pelos cuidados de enfermagem adequados às necessidades dos pacientes (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

Uma organização do trabalho sistematizada e documentada pode demonstrar os saberes produzidos pela categoria e a competência em dirigir e planejar com autonomia o seu fazer, promovendo um exercício profissional ético e legalmente comprometido, ao atender o disposto na Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986), no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007) e na Resolução 358/2009 do Conselho Federal

de Enfermagem (COFEN) (COFEN, 2009), nas quais o desenvolvimento do Processo de Enfermagem configura-se como atribuição do enfermeiro, devendo ser adotado em toda instituição de atendimento à saúde e ser registrado no prontuário do paciente.

Para o seu desenvolvimento, as enfermeiras dispõem de certo número de sistemas de classificação de prática profissional, que vem mobilizando a enfermagem mundial no desafio de padronizar e evidenciar a linguagem profissional. As classificações estão estruturadas segundo taxonomias distintas e relacionadas a fases específicas ou a todas as etapas do Processo de Enfermagem, a exemplo da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I); da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

A classificação diagnóstica da NANDA-I vem aprimorando sua estrutura taxonômica desde 1970. Atualmente, está organizada, segundo a Taxonomia II, que compreende três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. O enunciado diagnóstico é constituído de três ou dois elementos: a categoria diagnóstica, as características definidoras e os fatores relacionados ou os fatores de risco (NANDA-I, 2013).

A *Nursing Interventions Classification* (NIC) é uma das taxonomias que nomeia e descreve intervenções de enfermagem planejadas e executadas pelos profissionais de enfermagem na prática clínica, em resposta ao diagnóstico de enfermagem estabelecido (GARCIA; NÓBREGA, 2004; VARGAS; FRANÇA, 2007; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). O desenvolvimento dessa taxonomia teve início em 1987, com propostas de professores e pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, dos Estados Unidos da América, a partir da classificação diagnóstica da NANDA. A estrutura taxonômica sofre constante aprimoramento, estando constituída por domínios, classes e intervenções, sendo essas enunciadas em três elementos: título, definição da intervenção e uma lista de atividades de enfermagem, que consistem em ações profissionais necessárias à execução da intervenção estabelecida (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A *Nursing Outcomes Classification* (NOC) tem sua estrutura taxonômica constituída de domínios, classes e resultados. Cada resultado tem como elementos: um título, uma definição, uma lista de indicadores objetivos e subjetivos e uma escala tipo Likert de cinco pontos, para avaliar o estado, os comportamentos e percepções ou sentimentos do cliente. A classificação vem sendo desenvolvida desde 1991, pelo mesmo grupo de professores e pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, dos Estados Unidos da

América, pertencentes ao grupo NIC, possuindo ligação com essa taxonomia e com a da NANDA-I (MOORHEAD et al, 2010).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é fruto do desafio assumido pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a partir de 1989, de desenvolver um sistema universal de classificação da linguagem profissional. A primeira versão foi publicada em 1996, seguida de revisões e avaliações com a última publicação em 2009 da CIPE ® 2, um modelo de sete eixos, que inclui diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010; CIE, 2011). A CIPE® é um programa do CIE e dispõe de alguns Centros de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® acreditados no mundo, como estratégia para o alcance de seus objetivos: universalizar e representar a linguagem; evidenciar os elementos da prática profissional; fornecer instrumento para descrever e documentar a assistência de enfermagem; possibilitar a comparação de dados de enfermagem entre populações e áreas distintas; conferir visibilidade à profissão (GARCIA; NÓBREGA; COLER, 2008; GARCIA; NÓBREGA, 2009a).

No entanto, ainda é possível identificar, embora velada, a percepção da enfermagem como uma profissão que possui conhecimento e autonomia pouco desenvolvidos e que executa suas atividades profissionais de forma mecanizada e rotineira, o que pode ser atribuído ao fato da interface intelectual que permeia o trabalho profissional nem sempre ser exaltada, sendo agravada pela ausência de registro sistemático das ações de cuidado. As competências específicas da enfermagem parecem ser pouco conhecidas e as ausências de planejamento escrito e do registro da maior parte das ações desenvolvidas parecem protelar a emergência de sua real importância na organização e execução da assistência à saúde.

A carência de registros escritos e a adoção ainda reduzida, nos cenários institucionais, de método científico para a execução da assistência de enfermagem originam uma indefinição do campo de atuação profissional, deixando florescer a percepção de que o trabalho da enfermagem é assistemático, rotineiro, tecnicista, mecanizado, imediatista e mesmo empírico. Assim, o fazer profissional parece estar orientado muito mais às necessidades emergentes de outros profissionais, com destaque para a priorização de dados do diagnóstico e tratamento médicos, e às demandas da instituição, ao atender a rotinas instituídas e internalizadas que o normatizam, não destacando sua relevância na atenção à saúde dos pacientes (LUNARDI FILHO, 2004; ANDRADE; VIEIRA, 2005; LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009).

Entre as justificativas encontradas na literatura e apontadas por enfermeiras para a carência de registros do planejamento e das ações desenvolvidas pela enfermagem ou para a realização de registros de modo incompleto, vago e repetitivo estão: a escassez de tempo e de

profissionais; a sobrecarga de trabalho e tarefas; o número excessivo de pacientes a serem assistidos; o conhecimento teórico reduzido acerca do Processo de Enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005; MOURA; RABÊLO; SAMPAIO, 2008; LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009).

A falta de sistematização e registro das atividades de enfermagem colabora para o não reconhecimento das atribuições profissionais e, conseqüentemente, do Processo de Enfermagem, por outros profissionais da saúde, o que ocasiona fragmentação e repetição de ações, decorrentes não apenas do desconhecimento dos fazeres das diferentes profissões que atuam nas instituições de saúde, mas da busca por espaço e autonomia profissionais, que engendram competitividade e impessoalidade, no lugar da atuação interdisciplinar (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

Relatos de enfermeiras apontam como conseqüências da não adoção do Processo de Enfermagem o comprometimento da qualidade da assistência prestada; a descontinuidade da assistência; a desorganização do serviço gerado por diferentes condutas profissionais; o conflito de papéis gerado pela indefinição das funções profissionais e divergência entre as aspirações profissionais e as cobranças institucionais; a desvalorização da profissão, que desmotiva e afeta os profissionais; a desmotivação dos profissionais decorrente das sensações de descrédito, impotência e frustração; a má utilização do tempo de trabalho (ANDRADE; VIEIRA, 2005; BACKES et al, 2008; MOURA; RABÊLO; SAMPAIO, 2008).

A implementação do Processo de Enfermagem denota a diferença que nossa estruturação, supervisão e execução dos cuidados ao paciente representam na assistência prestada como um todo, contribuindo para a afirmação pela enfermeira de sua posição de gerenciadora do cuidado, distanciando a profissão das atividades classificadas como facilitadoras ou complementares (PIVOTO, 2008). No entanto, embora o crescente interesse para sua implantação nas instituições de saúde, as modificações requeridas para a sua adoção resultam em avanços e retrocessos, requerendo adaptação e maleabilidade às diferentes realidades.

As propostas de implementação do Processo de Enfermagem têm esbarrado em dificuldades internas à profissão como: a diminuída valoração atribuída à atividade; a resistência particularizada; a falta de motivação; a priorização de questões burocráticas e organizacionais; a automatização do cuidado, centrado em tarefas; a dicotomia entre teoria e prática, um crescente distanciamento entre o produzido na academia e a vivência assistencial; a insuficiente e frágil fundamentação teórica; a complexidade conceitual atribuída ao Processo de Enfermagem; a indefinida participação dos técnicos de enfermagem no desenvolvimento

do método, reforçada pela legislação dúbia e pela escassa e superficial abordagem do tema nos cursos de formação (ROSSI; CASAGRANDE, 2001; GARCIA; NÓBREGA, 2004; PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; RAMOS; CARVALHO; CANINI, 2009; AMANTE et al, 2010; LUIZ et al, 2010). Como dificuldades externas referentes à organização dos serviços de saúde, destacam-se: o número de funcionários insuficiente, resultando em tempo reduzido; a baixa eficiência dos serviços de apoio; o não estabelecimento do Processo de Enfermagem como rotina institucional; as relações internas de poder; a pouca autonomia conferida à enfermeira nas instituições; a forma como a direção/gestores e a sociedade percebem a enfermagem e suas funções (PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; FIGUEIREDO et al., 2006; GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

Estudo que realizou uma análise histórica da implementação do Processo de Enfermagem no Brasil, a partir de publicações em periódico da área, entre 1960 e 1986, apresentou como dificuldades encontradas, à época, para a sua implantação nos cenários da prática: a situação antagônica vivenciada pelas enfermeiras, pois, enquanto as instituições de saúde estavam preocupadas em acompanhar o avanço tecnológico e, com a simples existência de um serviço de enfermagem, desvalorizando o cuidado e o planejamento da assistência, a formação profissional direcionava para o cuidado direto ao paciente e o planejamento das ações; o número insuficiente de enfermeiras; as cobranças institucionais das tarefas administrativas, o que comprometia a destreza técnica, pondo em risco a avaliação da competência profissional; o despreparo dos profissionais de nível técnico/atendentes para o cumprimento das ações prescritas pelo enfermeiro; a falta de credibilidade na aplicabilidade prática do método, devido a sua complexidade e ao tempo dispendido para execução, manifestada já na formação profissional; a implantação do Processo de Enfermagem restrita a alguns cenários, principalmente, hospitais escola, sendo ignorado em outros (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006).

O estudo denota que os empecilhos encontrados à implementação do Processo de Enfermagem não são novidade, indicando uma motivação diminuída dos entes da enfermagem em compreender o processo de desenvolvimento do método, bem como um consumo reduzido das publicações da área, que apresentam relatos de implantações do processo, experiências exitosas e estratégias à implementação (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007). No entanto, as dificuldades não podem ser contabilizadas somente ao desejo dos profissionais, precisam ser considerados os diversos interesses, entre os quais institucionais e de outros profissionais, que permeiam a questão para além do contexto profissional da enfermagem.

Ainda, cabe destacar que as dificuldades enfrentadas no contexto profissional e evidenciadas na literatura nacional para o desenvolvimento da enfermagem e do Processo de Enfermagem são replicadas nas publicações que relatam contextos internacionais. Estudos realizados na Bolívia, embora destaquem o envolvimento e motivação dos profissionais para a implementação do Processo de Enfermagem, apontam para um cenário ainda inicial do seu desenvolvimento; o método não é adotado na prática profissional do país, além dos registros de enfermagem serem raros ou mesmo inexistentes.

Entre os obstáculos identificados e apresentados por enfermeiras à implantação do Processo de Enfermagem estão: a falta de tempo, devido a cargas elevadas de trabalho; o envolvimento com atividades administrativas; as discrepâncias entre os ensinamentos da academia e a prática assistencial; o preparo teórico insuficiente e a falta de formação continuada; a escassez de recursos financeiros e tecnológicos; a ausência de instrumentos impressos ou computadorizados; a recusa dos profissionais; a falta de envolvimento das coordenações de enfermagem e de apoio institucional; a oposição dos profissionais médicos (FERNÁNDEZ-SOLA et al, 2011; GRANERO-MOLINA et al, 2012).

Estudos colombianos atestam uma reduzida produção nacional sobre a temática do Processo de Enfermagem, assim como a pouca abrangência da adoção do método nas instituições locais, comprometendo o desenvolvimento profissional e direcionando a prática profissional a partir das prescrições médicas e normas institucionais. Entre as dificuldades identificadas à implementação estão: a falta de conhecimento sobre o Processo de Enfermagem; a ausência ou pouca experiência prática na sua elaboração; as discrepâncias entre o apreendido na academia e as possibilidades de aplicação prática; o método é considerado difícil e complexo; a carência de ferramentas de registro; o pouco reconhecimento de sua relevância; a falta de motivação; o receio da mudança; a acomodação com o instituído; a fragilidade política da profissão e a subalternidade a outros profissionais; a exiguidade de tempo; a sobrecarga de atribuições não próprias da profissão: administrativas e logísticas; a priorização de atividades administrativas; o elevado número de pacientes; o sistema administrativo institucional (LEMES, 2009; ROJAS; DURANGO, 2010).

Na Finlândia, estudo identificou como dificultantes ao uso dos diagnósticos de enfermagem: a motivação reduzida; a resistência a mudanças, principalmente das enfermeiras com maior tempo de atuação profissional; a falta de conhecimentos sobre o tema; a exiguidade de tempo; a resistência de médicos, por considerarem que a classificação não é útil ou compreensível para a enfermagem (JUNTTILA; SALANTERA; HUPLI, 2005). Outro estudo, realizado na Suécia, destaca que o planejamento de enfermagem dos planos de

cuidados individuais ainda é deficiente, não priorizado, estando distante do preconizado na legislação profissional (JANSSON; PILHAMAR; FORSBERG, 2011).

Revisão integrativa da literatura canadense, abrangendo produções do período de 1997 a 2010, destaca que persistem muitas dificuldades para a consolidação da Enfermagem no Canadá e para delimitação de suas competências profissionais, apresentando a falta de conhecimento sobre o próprio Processo de Enfermagem como um dos empecilhos ao desenvolvimento profissional (SANGSTER-GORMLEY et al, 2011).

Já as estratégias apontadas como facilitadoras incluem: a identificação do Processo de Enfermagem como metodologia profissional específica e sua instituição como rotina institucional obrigatória; a atualização teórica das enfermeiras para a sua elaboração; a realização de encontros para determinação de metas; a abertura e flexibilização das organizações dos serviços de saúde, conferindo maior liberdade de expressão e criatividade à enfermagem; a sensibilização da equipe de enfermagem; a participação da chefia de enfermagem; a elaboração de instrumentos e protocolos de cuidados, entre outros, com vistas à sua informatização (ROSSI; CASAGRANDE, 2001; PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

Por conseguinte, merecem destaque questões institucionais, já que superar uma prática assistencial não sistematizada, que atende as demandas sociais, organizacionais e de poder, envolve outras questões, além da vontade individual e profissional. Questões estas que permeiam as relações sociais e econômicas do trabalho profissional e que envolvem desde a organização política dos contextos assistenciais, até as relações de trabalho e poder entre os diferentes profissionais de saúde (SILVA et al, 2011).

3.1.1 Etapas do Processo de Enfermagem

A estrutura organizacional do Processo de Enfermagem é representada por uma sequência de etapas, didaticamente divididas, mas interligadas, dinamicamente, durante sua implementação. As denominações e número das diferentes fases sofrem modificações superficiais, conforme o referencial utilizado, sem que o conteúdo seja alterado.

Em 1967, Helen Yura e Mary Walsh, em livro de representação histórica precursora da temática, descreveram o Processo de Enfermagem estruturado em quatro etapas: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação (YURA; WALSH, 1967). Wanda Horta, em 1979, na sua obra, que representa a introdução da temática do Processo de Enfermagem na literatura brasileira, apresenta seis etapas necessárias ao desenvolvimento do processo, inter-

relacionadas e interdependentes: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

Outras produções da área apresentam suas definições referentes à estruturação do Processo de Enfermagem, a exemplo de Rossi e Casagrande (2001), Alfaro-Lefreve (2005) e o Conselho Profissional (COFEN, 2009), que apresentam tal organização didática em cinco fases, com divergência apenas na denominação da primeira etapa: investigação, segundo Alfaro-Lefreve (2005), e coleta de dados, conforme os outros dois referenciais, seguidas das etapas do diagnóstico de enfermagem, do planejamento, da implementação e da avaliação.

Este processo de desenvolvimento inter-relacionado dinamicamente das etapas do Processo de Enfermagem pode ser facilitado pelos sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem, que fornecem uma linguagem padronizada para o raciocínio e julgamento clínico das respostas humanas às necessidades de saúde e de cuidados de enfermagem, bem como para os resultados apresentados, a partir das intervenções de enfermagem estabelecidas, e para o registro da prática de enfermagem (VARGAS; FRANÇA, 2007).

A **investigação de enfermagem** constitui-se na etapa inicial do Processo de Enfermagem, subsidiando o desenvolvimento do processo como um todo. Consiste na coleta continuada de dados sobre as situações de saúde, visando a obter informações que possibilitem a identificação das necessidades afetadas do paciente (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Nas palavras de Horta (1979, p. 35), um “roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas”.

Merecem destaque a importância da interação estabelecida entre a enfermeira e o paciente e/ou família, que repercute na forma como o paciente apresenta os dados e estes são percebidos pela enfermeira, salientando que uma efetiva interação tem seus pilares no respeito aos valores, crenças, experiências e singularidades de cada indivíduo e; da habilidade técnico-científica da enfermeira para a realização da anamnese e do exame físico (GUTIERREZ et al., 2001; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Essa fase inicial tem início no primeiro contato com o paciente, subsidiando e ocorrendo simultaneamente às outras fases do Processo de Enfermagem, devendo ser atualizada a cada avaliação e sendo encerrada, apenas, quando o paciente deixa de estar sob os cuidados da enfermagem. A relevância dessa etapa e da efetividade das informações obtidas pode ser expressa na sua característica de base ao estabelecimento das demais etapas e de parâmetro à avaliação da assistência (GUTIERREZ et al., 2001; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Uma estratégia adotada para dinamizar a operacionalização da coleta de dados é a elaboração de instrumentos, fundamentados em modelos teóricos e adequados às realidades locais. Tais instrumentos representam roteiros sistematizados para o levantamento de informações e identificação das necessidades de cuidados do paciente, servem como facilitadores e guias para o desenvolvimento da entrevista, anamnese e exame físico do paciente e possibilitam uma documentação das necessidades afetadas, de forma objetiva, sistematizada e embasada cientificamente (SILVA et al, 2012; TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Didaticamente, a segunda etapa de desenvolvimento do Processo de Enfermagem é a etapa de decisão diagnóstica, a qual requer raciocínio clínico e tomada de decisão da enfermeira, para a interpretação das necessidades de cuidados identificadas na coleta de dados e, fornece embasamento para o estabelecimento dos resultados esperados e das intervenções de enfermagem (COFEN, 2009; CRUZ, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004). O **Diagnóstico de Enfermagem** consiste no “julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais” (NANDA-I, 2013, p.588).

Esta decisão diagnóstica é seguida pela fase de estabelecimento dos resultados esperados e das intervenções de enfermagem, em resposta aos diagnósticos de enfermagem levantados e necessários ao alcance dos resultados, denominada **planejamento de enfermagem** (GARCIA; NÓBREGA, 2004; ALFARO-LEFEVRE, 2005; COFEN, 2007). Etapa que representa a materialização escrita do planejamento da assistência de enfermagem, das orientações e das ações de enfermagem a serem implementadas direta ou indiretamente, fundamentadas nos julgamentos clínicos das necessidades apresentadas pelo paciente, visando a uma assistência individualizada, qualificada e resolutiva (SOUZA et al., 2001).

A quarta etapa, de **implementação**, consiste na execução das ações de enfermagem prescritas na fase de planejamento de enfermagem, buscando atender aos diagnósticos identificados e alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009). Para Alfaro-Lefevre (2005), as ações realizadas visam a monitorar o estado de saúde dos pacientes, auxiliar em suas atividades diárias e promover a saúde, no intuito de minimizar riscos e resolver ou controlar os problemas de saúde.

Por fim, a **avaliação de Enfermagem**, compreende didaticamente a última etapa, podendo ser considerada a fase de avaliação e reestruturação do planejamento da assistência. Conceitualmente, consiste em registro elaborado pela enfermeira, da avaliação das respostas dos indivíduos submetidos à assistência de enfermagem e de seu estado geral e da

identificação de novas necessidades de saúde. É o momento de avaliação da efetividade do planejamento da assistência de enfermagem e de traçar as modificações necessárias, com adequação e reestruturação do processo como um todo (HORTA, 1979; BAPTISTA et al, 2001; COFEN, 2009).

3.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS

O presente subcapítulo apresenta uma revisão integrativa que objetivou analisar produções científicas da Enfermagem, publicadas no período de 2003 a 2012, que apresentaram apontamentos acerca de percepções de enfermeiras sobre o Processo de Enfermagem. Com este estudo, buscou-se responder às seguintes questões norteadoras: Como as enfermeiras percebem o Processo de Enfermagem e como a adoção, ou não, desse método no contexto profissional podem interferir nas suas percepções?

O mapeamento bibliográfico foi realizado nos meses de março e abril de 2013, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), utilizando no índice assunto, como palavras-chave os descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Plano de Assistência de Enfermagem, Plano de Cuidados de Enfermagem e Processos de Enfermagem.

Os critérios para inclusão das produções científicas foram: ser artigo científico; ter texto completo disponível na base de dados; período de publicação, entre os anos de 2003 a 2012 e; abordar a temática da percepção de enfermeiras, acerca do Processo de Enfermagem. Para a seleção dos estudos, no que diz respeito à temática, foi realizada a leitura dos resumos das publicações que se enquadraram nos demais critérios de inclusão, sendo necessário, para alguns, a complementação com a leitura do texto completo.

A pesquisa pelos descritores de assunto, no período de tempo pré-estabelecido, resultou em um total de 742 publicações, na base LILACS, e 468, na base BDENF. Após o crivo pelos demais critérios de inclusão, foram selecionados 22 e 21 artigos científicos, respectivamente, em cada uma das bases de dados pesquisadas, sendo 18 deles comuns entre as duas bases, totalizando 25 publicações.

O método de revisão integrativa possibilitou investigar a temática por meio da sumarização de pesquisas realizadas para, assim, obter novas conclusões e uma melhor compreensão do fenômeno estudado. A operacionalização dessa revisão compreendeu as etapas de delimitação do tema e questão de pesquisa; definição dos critérios de inclusão das produções científicas; categorização dos estudos, por meio da avaliação criteriosa e

fichamento dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão, com síntese do conhecimento (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO 2008).

Tais artigos foram submetidos à avaliação criteriosa, por meio de leitura exploratória dos textos completos, com preenchimento de instrumento de coleta de dados constituído das seguintes questões: identificação numérica aleatória; periódico; ano de publicação; objetivo; tipo de estudo; métodos de coleta e análise dos dados; participantes do estudo; local de desenvolvimento da pesquisa; situação de implantação do Processo de Enfermagem no cenário de pesquisa, e principais resultados referentes às percepções de enfermeiras acerca do Processo de Enfermagem.

Na sequência, as informações foram tratadas, qualitativamente, segundo a leitura analítica proposta por Severino (2007), objetivando a compreensão e interpretação crítica dos textos. Assim, a leitura analítica fez os processos da análise textual, a partir da leitura criteriosa da unidade, para uma compreensão abrangente do conjunto de dados; da análise temática, para apreensão dos núcleos centrais das mensagens; da análise interpretativa, com a inferência de suposições interpretativas às ideias do texto e comparação com ideias afins de outros autores; da problematização, pela discussão e reflexão de questões do texto; e da síntese pessoal, ou seja, uma reelaboração personalizada da mensagem (SEVERINO, 2007). O Quadro 01 apresenta a citação dos artigos que compõem a presente revisão.

ALVES, Albertisa Rodrigues; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas; JORGE, Maria Salete Bessa. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. Rev Esc Enferm USP , São Carlos, v. 42, n. 4, p. 649-55, dez. 2008.
AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev Esc Enferm USP , São Carlos, v. 43, n. 1, p. 54-64, mar. 2009.
ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enferm , Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun. 2005.
AZEREDO, Lidiane Grutzmacher; SILVA, Rosângela Marion da; LIMA, Ana Amélia Antunes. Nurses and implementation of the Nursing Care Systematization: descriptive study. Online braz. j. nurs. (Online), Niteroi, v. 9, n. 1, apr. 2010.
AZZOLIN, Gabriela Marchiori Carmo; PEDUZZI, Marina. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm , Porto Alegre, n. 28, v. 4, p. 549-55, dez. 2007.
CARRARO, Telma Elisa; KLETEMBERG, Denise Faucz; GONÇALVES, Luciana Maria.

O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. Rev Bras Enferm , Brasília, v. 56, n. 5, p. 499-501, set/out. 2003.
CARVALHO, Emília Campos de; MELO, Alexandra de Souza. O significado de processo de enfermagem para quem o ministra. Cogitare Enferm , Curitiba, v. 13, n. 3, p. 352-60, jul./set. 2008.
CORONA, M. Brenda Eugenia Franco; CARVALHO, Emilia Campos de. Significado de la enseñanza del proceso de enfermería para el docente. Rev Latino-Am Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 929-36, nov/dic. 2005.
FELIX, Natália N; RODRIGUES, Cléa D. S.; OLIVEIRA, Viviane D. C. Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. Arq Ciênc Saúde , São José do Rio Preto, v. 16, n. 4, p. 155-160, out./dez. 2009.
FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUZA, Jacy Aurélio Vieira de. O Processo de Enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. Rev Bras Enferm , Brasília, v. 60, n. 2, p. 207-12, mar./abr. 2007.
KOERICH, Magda Santos et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. Acta Paul Enferm , São Paulo, v. 20, n.4, p. 446-51, out./dez. 2007.
LEDESMA-DELGADO, Ma. Elena; MENDES, Maria Manuela Rino. The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. Rev Latino-Am Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 328-34, May/June 2009.
LIMA, Antônio Fernandes Costa; KURCGANT, Paulina . Meanings of the nursing diagnosis implementation process for nurses at a university hospital. Rev Latino-Am Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 666-73, sept/oct. 2006.
MARQUES, Lene Valentina Pedrosa; CARVALHO, Daclé Vilma. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. REME Rev Min Enferm , Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p. 199-205, jul./set. 2005.
MARQUES, Soraia Matilde et al. Sistematização da assistência de enfermagem na UTI: perspectivas dos enfermeiros da cidade de Governador Valadares. REME Rev Min Enferm , Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 469-476, out./dez. 2008.
MENDES, Maria Angélica; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Processo de enfermagem: sequências no cuidar, fazem a diferença. Rev Bras Enferm , Brasília, v. 56, n. 3, p. 271-276, maio/jun. 2003.
MOURA, Ana Carolina Floriano; RABÊLO, Cristiane Borges de Moura; SAMPAIO, Maria do Rozário de Fátima Borges. Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. Rev Bras Enferm , Brasília, v. 61, n. 4, p.476-481, jul./ago. 2008.
NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev Esc Enferm USP , São Carlos, v. 42, n. 4, p. 643-648, dez. 2008.
OLIVEIRA, Célia Maria de et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. REME Rev Min Enferm , Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 258-263, abr./jun. 2012.
PIMPÃO, Fernanda Demutti et al. Percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição

de enfermagem. Cienc. Cuid. Saude , Maringá, v. 9, n. 3, p. 510-17, jul./set. 2010.
PIMPÃO, Fernanda Demutti et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Enferm UERJ , Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-10, jul./set. 2010.
PIVOTO, Flávia Lamberti; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. Cogitare Enferm , Curitiba, v. 9, n. 2, p. 32-42, jul./dez. 2004.
SANTOS, Fernanda de Oliveira Florentino dos; MONTEZELI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. REME Rev Min Enferm , Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 251-257, abr./jun. 2012.
SILVA, Elisama Gomes Correia et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev Esc Enferm USP , São Carlos, v. 45, n. 6, p. 1380-86, dez. 2011.
SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. Rev Eletr Enf [internet] , Goiás, v. 12, n. 3, p. 483-90, set. 2010.

Quadro 01. Citação dos artigos que compõem a revisão integrativa. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

Os contextos de desenvolvimento dos estudos foram, em 21 deles, o hospitalar, nos quais os sujeitos eram enfermeiras assistenciais e, nos demais, universidades, que tiveram como participantes enfermeiras docentes. Nenhum dos estudos foi desenvolvido no ambiente da Saúde Coletiva.

Cubas e Egrý (2008) relatam achado semelhante, em estudo que objetivou analisar a produção bibliográfica sobre os sistemas classificatórios das práticas de enfermagem, a partir de 1990, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. A maioria dos estudos estava relacionada à área hospitalar e as pesquisas, nas bases de dados, com os descritores: sistematização e saúde pública, não geraram nenhum resultado. Ainda, os estudos que abordavam a assistência de enfermagem na saúde coletiva eram todos direcionados ao atendimento clínico-individual (CUBAS; EGRY, 2008).

As abordagens metodológicas dos estudos foram, majoritariamente, qualitativas, sendo, apenas, uma quantitativa e duas quali quantitativas, o que reforça a opção desse estudo pela pesquisa qualitativa como a mais adequada para a abordagem de significados impressos aos fenômenos.

No que diz respeito à implantação do Processo de Enfermagem como instrumento de trabalho profissional, no contexto de estudo, em dez deles, o método estava implantado; em três das instituições hospitalares, encontrava-se em processo de implantação, quando do

desenvolvimento da pesquisa; em oito, não era adotado nas atividades assistenciais da enfermagem e, em quatro instituições, que correspondem às universidades, a variável não se aplicava.

Quanto às percepções de enfermeiras sobre o Processo de Enfermagem, a compilação dos resultados e conclusões dos estudos analisados possibilitou discorrer, acerca de conceitos atribuídos ao método; reflexos produzidos na assistência de enfermagem e na profissão com a sua adoção; situações que interferem, negativamente, no desenvolvimento do processo; posicionamentos favoráveis e desfavoráveis e; significações que permeiam esse instrumento de trabalho.

Entre os conceitos apresentados ao Processo de Enfermagem, verificou-se uma sintonia com o descrito na literatura, entre os quais: metodologia de trabalho inerente à profissão (ALVES; LOPES; JORGE, 2008); plano de cuidado geral; método de trabalho sistematizado (MENDES; BASTOS, 2003); método científico e de trabalho que auxilia na organização do trabalho profissional (CORONA; CARVALHO, 2005); atividade sistematizada, com fases inter-relacionadas e com a finalidade de prestar cuidado (CARVALHO; MELO, 2008); instrumento para assistir, de forma planejada e individualizada (CARRARO; KLETEMBERG; GONÇALVES, 2003) e instrumento para o gerenciamento em enfermagem (AZZOLIN; PEDUZZI, 2007).

Conceitualmente, o Processo de Enfermagem pode ser entendido como uma metodologia científica de cunho assistencial, que possibilita a utilização do conhecimento científico no cuidado profissional, por meio da execução de uma sequência de fases, que proporciona, de forma planejada e fundamentada, a percepção, interpretação e antecipação das respostas individuais às alterações de saúde e à intervenção de enfermagem adequada, visando à resolução de problemas (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

A partir das manifestações das enfermeiras participantes dos estudos analisados, o Processo de Enfermagem confere melhor organização à assistência e ao serviço de enfermagem como um todo, além de direcionamento e maior dinamismo às ações e padronização das condutas e procedimentos, o que resulta em melhora na qualidade da assistência, ao possibilitar uma assistência planejada, com continuidade na prestação do cuidado e na avaliação das atividades de enfermagem, e em uma assistência mais individualizada e humanizada, por proporcionar ou mesmo exigir, uma avaliação integral do paciente (AZEREDO; SILVA; LIMA, 2010; FELIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009; FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007; LIMA; KURCGANT, 2006; MARQUES et al, 2008;

MENDES; BASTOS, 2003; OLIVEIRA et al, 2012; PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; SILVA et al, 2011).

A implementação do Processo de Enfermagem possibilita demonstrar a diferença que o planejamento, a avaliação e a execução sistemáticas imprimem à assistência ao paciente, conferindo à enfermeira, a delimitação de seu espaço como referência da assistência de enfermagem e gerenciadora do cuidado (PIVOTO, 2008). Essa implementação confere o desejado distanciamento da enfermeira das atividades que não são inerentes à profissão e das tarefas burocráticas, proporcionando sua atuação conjunta com a equipe no cuidado ao paciente (MARQUES; CARVALHO, 2005; NASCIMENTO et al, 2008).

Já estudos realizados em contextos nos quais o Processo de Enfermagem não é adotado, apresentam descrições da assistência como tecnicista e mecanizada, voltada ao cumprimento das rotinas institucionais, administração do serviço e realização de ações não inerentes à enfermagem, sendo norteadas pela livre demanda e executadas de forma assistemática, com perda da continuidade do fazer profissional, desvio de atribuições e ausência de registros das atividades desenvolvidas (ANDRADE; VIEIRA, 2005; LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009).

Outro estudo apresenta como as enfermeiras caracterizam a assistência prestada, antes da implantação do processo, em seu contexto de trabalho. Na ótica dessas profissionais, na inexistência de planejamento e avaliação, a assistência acontece a partir de ações separadas, ou mesmo isoladas, sem continuidade no fazer e perda da qualidade. Ocorre uma descaracterização da profissão, percebida como tecnicista e empírica, e o cuidado é atribuído aos técnicos de enfermagem. A atuação profissional perde em seu caráter educacional e as ações assistenciais constituem-se de tarefas (MENDES; BASTOS, 2003).

Entre os reflexos da não implementação do Processo de Enfermagem, foram elencados a desorganização e falta de padronização do serviço de enfermagem, direcionado por diferentes condutas profissionais; a perda de tempo, ocasionada pela inexistência de planejamento e estabelecimento de prioridades; o conflito de papéis, entre o desejo de prestar a assistência e as cobranças institucionais; o desgaste profissional, fruto do sentimento de frustração e impotência pela prestação de uma assistência deficitária; a desvalorização profissional; a invisibilidade do trabalho da enfermagem, pela ausência de registros (ANDRADE; VIEIRA, 2005; PIMPÃO et al, 2010).

Ainda, é possível perceber o trabalho da enfermagem embotado à estruturação dos serviços de saúde e suas determinações institucionais, algumas vezes, com as competências específicas da profissão pouco definidas, conhecidas e reconhecidas. Por exemplo, o Processo

de Enfermagem, uma vez não sendo rotina institucional, deixa de ser realizado, apesar das exigências legais e éticas da profissão e, conseqüentemente, a enfermeira deixa de desenvolver ações para as quais possui o suficiente e necessário preparo e que atrelam à profissão visibilidade, para atender as demandas locais.

Enfermeiras relatam que o desenvolvimento das atividades assistenciais em instituição que adota o Processo de Enfermagem como rotina institucional possibilita a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, ao longo da formação profissional, e estimula o aperfeiçoamento teórico e a reflexão sobre sua operacionalização, além de comprovar sua relevância como instrumento norteador da assistência de enfermagem (LIMA; KURCGANT, 2006). Nesse sentido, relatos de profissionais que o adotam em sua prática assistencial apontam para sentimentos de realização pessoal e profissional, por perceberem a validação e comprovação de suas ações (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

Ainda, o relato de uma enfermeira, apresentado no estudo de Lima e Kurcgant (2006), que apresentou dificuldades em planejar a assistência de enfermagem e direcionar as ações de cuidado necessárias a cada paciente, quando se deparou com um contexto de trabalho em que, diferentemente do que estava habituada, o Processo de Enfermagem não estava implantado, possibilita a inferir que alguns dos empecilhos impostos à implementação do Processo de Enfermagem podem estar relacionados à falta de experiência prática e vivência de seus benefícios.

Os achados de estudos realizados em contextos institucionais, nos quais o Processo de Enfermagem não está implantado, apontam que, embora as enfermeiras já tenham utilizado o método em atividades práticas, como profissionais ou durante a formação acadêmica, não pensam em adotá-lo como instrumento de trabalho, tendo dificuldade em perceber sua aplicabilidade prática (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007). Além disso, apesar de considerarem o processo muito importante, relatam falta de motivação para a sua execução (SILVA et al, 2011).

Desse modo, verificam-se divergências referentes ao reconhecimento do Processo de Enfermagem como instrumento de trabalho da enfermeira, além da presença de algumas incongruências entre o discurso e a sua aplicação prática, pois embora percebido como importante não é desenvolvido, existindo uma despreensão de sua adoção nas atividades profissionais. Tais fatores podem servir de entraves à definição e demonstração da relevância das reais atribuições da enfermagem.

Azeredo, Silva e Lima (2010), em estudo que objetivou identificar benefícios e dúvidas de enfermeiras de um hospital escola, referentes à implementação do Processo de

Enfermagem, identificaram que, embora 69% das participantes manifestem conhecimentos sobre o método e 97% relatem conhecer suas etapas, 69% destas enfermeiras questionam a resolutividade conferida ao trabalho da enfermagem com a sua implementação, enquanto 31% refere dúvidas quanto à realização do processo.

O Processo de Enfermagem vem sendo preconizado para assegurar e garantir a autonomia, a valorização e o reconhecimento profissionais, por meio da sistematização das ações de enfermagem (BACKES et al, 2008), uma vez que a prática sistematizada possibilita uma assistência mais qualificada, adequada e resolutiva e a explicitação da cientificidade e pertinência da atuação profissional (CARVALHO; MELO, 2008). A identificação do Processo de Enfermagem como propulsor de autonomia profissional foi apresentada em seis publicações analisadas, relacionada com o planejamento e o registro das ações que atribuem visibilidade ao trabalho da enfermagem e delimitação de seu campo de atuação profissional (LIMA; KURCGANT, 2006; MARQUES; CARVALHO, 2005; NASCIMENTO et al, 2008; SILVA et al, 2011; SILVA; MOREIRA, 2010). No entanto, tal percepção não é uma unanimidade, pois, em uma mesma instituição, enfermeiras manifestaram percepções diferentes; algumas consideram que o Processo de Enfermagem não promove a autonomia, sendo essa conquistada pelo conhecimento, aprimoramento técnico e domínio da rotina institucional (SANTOS; MONTEZELI; PERES, 2012).

Em seis estudos, foi apontado como fator de valorização da profissão e, em outros seis, de reconhecimento das atribuições profissionais, por possibilitar o planejamento escrito e a qualificação da assistência, além de uma melhor interação e troca de informações com os outros profissionais de saúde (ALVES; LOPES; JORGE, 2008; AZEREDO; SILVA; LIMA, 2010; CARVALHO; MELO, 2008; FELIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009; MARQUES; CARVALHO, 2005; MENDES; BASTOS, 2003; PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; SILVA et al, 2011; SILVA; MOREIRA, 2010). Já a cientificidade atribuída ao fazer profissional e a evidência desses conhecimentos foi mencionada em quatro dos estudos (MARQUES; CARVALHO, 2005; MENDES; BASTOS, 2003; PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; OLIVEIRA et al, 2012). Além desses, foram apontados benefícios relacionados à conquista de espaço e delimitação das competências profissionais; a promoção da visibilidade ao fazer da profissão e da satisfação aos profissionais; a possibilidade de registro das atividades profissionais; o estímulo ao aprofundamento teórico e ao raciocínio clínico (LIMA; KURCGANT, 2006; MARQUES; CARVALHO, 2005; MENDES; BASTOS, 2003; PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

No entanto, nem todos os profissionais veem o método sob a mesma ótica. Entre os depoimentos, é possível observar enfermeiros que elaboram o Processo de Enfermagem em seu contexto de trabalho, mas manifestaram insatisfação em ter de fazê-lo. Alguns não o reconhecem como um instrumento organizador do serviço de enfermagem, considerando que inclusive prejudica as ações de gerenciamento e supervisão (OLIVEIRA et al, 2012). Além disso, os registros são considerados numerosos e alguns desnecessários, demandando muito tempo e afastando a enfermeira da assistência direta ao paciente (LIMA; KURCGANT, 2006).

Ledesma-Delgado e Mendes (2009) comentam o fato das enfermeiras atribuírem pouca importância aos seus registros e, na alegação da falta de tempo, elaborarem-nos de forma incompleta, repetitiva e pobre em detalhes, não evidenciando o fazer profissional (LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009), quando deveriam ser considerados uma ferramenta de comunicação e comprovação legal das atividades de enfermagem (PIMPÃO et al, 2010).

Outras enfermeiras percebem o desenvolvimento do método de forma mecanizada e rotineira, o que é justificado pela presença recorrente de informações discordantes, inconsistentes ou desconstruídas e de cópias no prontuário informatizado de frases prontas (KOERICH et al, 2007; NASCIMENTO et al, 2008), ou seja, como mais uma tarefa burocrática a ser cumprida, sem reconhecimento dos outros profissionais (ALVES; LOPES; JORGE, 2008; MOURA; RABÊLO; SAMPAIO, 2008).

Entre as situações que interferem negativamente na elaboração do método, foram enumeradas: a sobrecarga de trabalho, agravada pelo déficit no número de enfermeiros e a alta demanda de pacientes; uma aparente dificuldade em estabelecer prioridades no turno de trabalho, relegando o planejamento da assistência para segundo plano; a inadequação dos impressos às realidades locais; a resistência ou falta de envolvimento da equipe de enfermagem como um todo, por desvalorização, insegurança ou conhecimento teórico deficiente; a carência de discussões sobre a assistência e de capacitações; a resistência e não reconhecimento por outros profissionais (ALVES; LOPES; JORGE, 2008; FELIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009; MARQUES; CARVALHO, 2005; MARQUES et al, 2008).

Além desses, o conhecimento adquirido na formação profissional para subsidiar a prática assistencial foi posto como um saber com limites para a aplicação na realidade profissional. As enfermeiras relatam diferença entre a elaboração do Processo de Enfermagem preconizada no ensino e a vivenciada no cotidiano de trabalho (LEDESMA-DELGADO;

MENDES, 2009), resultando em falta de conhecimento sobre a temática (SILVA; MOREIRA, 2010)

As diferenças entre o ensino acadêmico e a prática profissional têm engendrado conflitos e descréditos aos estudantes e profissionais de enfermagem referentes ao Processo de Enfermagem. Algumas situações do ensino são apresentadas no nível do ideal, não identificadas na realidade de trabalho (ANDRADE; VIEIRA, 2005). A relevância do ensino pode ser traduzida na iniciação à temática, com reflexos na prática profissional, determinando uma maior ou menor credibilidade e adesão à metodologia, a partir das vivências e significações construídas ao longo da formação (CARVALHO; MELO, 2008). Já as falhas reforçam convicções relacionadas com o senso comum acerca da temática, ou seja, de que representa mais um trabalho para o enfermeiro e que não funciona (SILVA; MOREIRA, 2010).

A reduzida ou mesmo inexistente participação dos técnicos de enfermagem no planejamento da assistência, cabendo a eles apenas a execução das atividades prescritas, também, foi apontada como um fator que dificulta a elaboração do Processo de Enfermagem (ALVES; LOPES; JORGE, 2008; NASCIMENTO et al, 2008), favorecendo a falta de entendimento quanto ao que ele é e, conseqüentemente, desinteresse e desvalorização (ALVES; LOPES; JORGE, 2008), o que pode ser corroborado por estudos que descrevem relatos da equipe de enfermagem sobre seu conhecimento e participação na sua elaboração.

Os técnicos de enfermagem reconhecem-no como um instrumento para o planejamento da assistência, mas desconhecem ou têm pouco conhecimento sobre seu conceito e fases de desenvolvimento, manifestando dúvidas sobre o papel do enfermeiro e suas responsabilidades na execução, além de atribuírem pouca importância ao método e manifestarem desinteresse em sua implementação (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009; RAMOS; CARVALHO; CANINI, 2009). Ainda, identificam sua adoção na unidade em que trabalham, mas não conseguem discernir as fases em que participam, nem as atividades correspondentes e não compreendem sua contribuição no desenvolvimento do método, embora tenham recebido treinamento na instituição para participar do processo (RAMOS; CARVALHO; CANINI, 2009).

Para o êxito na adoção do Processo de Enfermagem, é necessário que toda a equipe de enfermagem conheça seus passos e como esses são implementados em sua prática profissional (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009). O enfermeiro é o coordenador da equipe e responsável pelo desenvolvimento da assistência, cabendo a ele buscar estratégias de participação e envolvimento de todos (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

Entretanto, a busca pelo reconhecimento e valorização externos do Processo de Enfermagem e, conseqüentemente, da profissão, necessita estar antecedida por tal conquista interna, com a consolidação e a internalização de sua centralidade no fazer da enfermagem, no íntimo dos seus integrantes. Apesar da extensa discussão e do desenvolvimento teórico da temática e de sua relevância para a profissão, parece que o processo ainda não atingiu o reconhecimento e destaque merecidos no desenvolvimento das atividades assistenciais e continua representando um desafio à produção científica, ao ensino e à prática profissional.

Estudo que buscou compreender o significado da adoção do Processo de Enfermagem para enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva, nas quais o processo está implantado, apresenta falas de enfermeiras que demonstram as diversidades de sentimentos e significados que permeiam as percepções sobre o método: “[...] eu desprezo um pouco, porque eu não posso fazer como ele realmente precisa ser feito”; “[...] ele não é reconhecido [...]”; “[...] para mim, é uma realização pessoal grande, profissional [...]” (ALVES; LOPES; JORGE, 2008, p. 653).

Em outro estudo, são apresentadas entre as significações atribuídas: ápice do trabalho da enfermagem; meta de trabalho a ser atingida; evolução e inovação profissional; um sonho, ambição; um desafio; uma vitória da profissão (MENDES; BASTOS, 2003). Os significados atribuídos à adoção desse instrumento na prática oscilam entre a frustração e a insatisfação, e mesmo um sentimento de raiva, até orgulho, sonho e confiança em seu papel propulsor para a conquista de espaço e reconhecimento profissionais (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

A diversidade de significados e sentimentos que permeiam as percepções acerca do Processo de Enfermagem não parece estar relacionada ao reconhecimento de sua importância para a profissão. Pode ser percebida como uma questão subjetiva, na qual os profissionais, mesmo parecendo ter consciência, atribuem significados e procedem de forma aparentemente ambígua, porém, consoante a sua subjetividade inconsciente. De forma semelhante, podem ser apreendidas as motivações à negação e ao descrédito da adoção do processo nas atividades profissionais, já que os profissionais agem conforme as significações subjetivas que atribuem aos fenômenos.

Por fim, a busca bibliográfica proporcionou a identificação de como enfermeiras percebem o Processo de Enfermagem em diferentes realidades e fundamenta a inferência de que, nos contextos em que esse método é adotado, são atribuídos maior reconhecimento e valorização a esse instrumento de trabalho da enfermagem, assim como, há uma maior definição e explicitação das especificidades e competências profissionais.

A análise dos textos possibilita concluir que a maioria das enfermeiras que participaram dos estudos realizados reconhece a sua importância, tanto para a qualidade assistencial quanto para a profissão. Entretanto, algumas vezes, não parece possível visualizar a comprovação prática de tal reconhecimento, já que a implementação do Processo de Enfermagem não é uma realidade em muitos contextos de trabalho dos profissionais de enfermagem ou, ainda, por vezes, é executado de forma segmentada e desarticulada.

3.3 APONTAMENTOS SOBRE A SUBJETIVIDADE E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

A elaboração deste subcapítulo é uma tentativa de aproximação com algumas ideias do pensamento do filósofo Félix Guattari, apoiada em suas obras e de seus parceiros, colaboradores e seguidores, acerca da produção da subjetividade e do modo como o sistema capitalista tem se apropriado dos processos de subjetivação. A apropriação desse referencial teórico permite uma aproximação sobre a subjetividade capitalística que permeia a interface do trabalho e modela a compreensão e a atuação profissional da enfermagem, bem como, acerca da possibilidade de produção de transformações, por meio da emersão do desejo e dos processos de singularização da subjetividade. A subjetividade capitalística é projetada não só na realidade do mundo, mas, também, na realidade psíquica, incidindo tanto sobre os “esquemas de conduta, de ação, de gestos, de pensamento, de sentido, de sentimento, de afeto”, quanto nas “montagens da percepção, da memorização e na modelização das instâncias intrasubjetivas” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 51).

A direção teórica proposta é fazer pensar a situação e não criticá-la, pelo maior efeito construtivo e transformador que a reflexão dos fenômenos possibilita. Propõe-se, portanto, uma construção de pensamento, por meio do múltiplo e do heterogêneo, denominada pelos autores de pensamento rizomático, e sugere-se o desenvolvimento de uma lógica que se oponha à lógica binária ou dicotômica, ou seja, que restrinja as situações a duas faces, boa ou ruim, certa ou errada (DELEUZE; GUATTARI, 2004).

Assim, a partir de tal abordagem teórica, a proposta desse estudo é pensar o trabalho da enfermagem, suas dificuldades e potencialidades, direcionando a reflexão para os significados atribuídos ao método de trabalho profissional: o Processo de Enfermagem. Intenciona, também, buscar produzir estratégias de superação, compreensão e transformação das produções subjetivas que envolvem tais questões, evitando desenvolver críticas infundadas, que sustentam a reprodução de significados introjetados e o contexto repressivo.

Para Guattari (2009), a subjetividade é resultante de esferas individuais, coletivas e institucionais, estando o indivíduo constituído por múltiplos componentes de subjetividade. Esses componentes são os inconscientes; os do domínio do corpo (próprio); os do domínio dos chamados grupos primários, grupos não institucionais, de ligação afetiva e formadores de opinião; e os do domínio da produção de poder, relacionados, por exemplo, às leis e à política (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Assim, a subjetividade é plural, já que componentes heterogêneos concorrem para a sua produção. Guattari (1990, p.7) considera a subjetividade como:

o conjunto das condições que tornam possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, na adjacência ou na relação de delimitação com uma alteridade em si mesma subjetiva.

A subjetividade é produzida, adaptada, recebida e consumida, sendo de natureza maquínica, industrial. As máquinas³ de produção da subjetividade são variadas e incluem sistemas tradicionais, nos quais a subjetividade é produzida por máquinas territorializadas, a exemplo da instituição familiar ou de uma classe profissional, e sistemas capitalísticos⁴, com fabricação em escala industrial (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Nos processos de territorialização e desterritorialização, a noção de território é aplicada em um sentido amplo, como sinônimo de apropriação de mundos subjetivos, correspondendo a espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos, nos quais o indivíduo vive e se percebe inserido (GUATTARI; ROLNIK, 2010). A territorialização representa o movimento de nascimento de mundos, nas palavras de Rolnik (2011, p. 36), “intensidades se definindo através de certas matérias de expressão” e, o movimento de término destes mundos constitui o processo de desterritorialização, comumente decorrentes do desencantamento pelos territórios constituídos, motivo pelo qual os territórios desterritorializados são considerados expatriados (ROLNIK, 2011).

Para Guattari (1987), é com a evolução histórica e o desenvolvimento tecnológico que cada vez mais a subjetividade é constituída por sistemas maquínicos, reforçando os sistemas

³O termo máquinas, em substituição à noção de estrutura, é aplicado num sentido lato, que inclui, além de máquinas técnicas, outras, como teóricas, sociais, que funcionam de forma integrada. A concepção maquínica amplia a ideia de produção para outros níveis, como o do inconsciente, o do desejo (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

⁴O sufixo “ístico”, acrescentado à palavra capitalista, é utilizado por Guattari para ampliar o emprego do termo, para além das sociedades ditas capitalistas, até as constituídas por um capitalismo periférico ou, ainda, socialistas, que vivem em uma relação de dependência com o capitalismo e experienciam os mesmos modos de produção da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

de alienação, opressão e infantilização⁵ dos indivíduos, e produzindo uma desterritorialização das referências subjetivas. Em outras palavras, historicamente, com a emergência de uma nova ordem coletiva de trabalho, na atualidade, a capitalista, novas coordenadas de produção de subjetividade foram e vem sendo inventadas, de modo a sustentar os valores dominantes da sociedade, requerendo que os dispositivos maquínicos de modelização afastem os processos de territorialização da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Os processos de subjetivação incluem agentes individuais e grupais, sendo a subjetividade produzida por agenciamentos coletivos com variações nas conexões entre as diferentes instâncias que a compõem (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Assim, os processos de subjetivação:

implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extraindividual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, ou seja, sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem e de valor, modos de memorização e de produção de ideias, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos e assim por diante) (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 39).

Embora a subjetividade não possa ser considerada “algo indiferenciado e vazio que seria preenchido e animado pelo exterior” (GUATTARI, 1987, p. 149) ou um “recipiente onde se colocariam coisas essencialmente exteriores, que seriam interiorizadas” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 43), ela também não é passível de centralização no indivíduo. Sua produção é resultado de uma multiplicidade de agenciamentos sociais de subjetivação e de processos de produção maquínica, que a fabricam e a modelam. Destarte, os conceitos de individualidade e subjetividade precisam ser dissociados, já que os indivíduos são o resultado de uma fabricação em série, são modelados, e a subjetividade não está alocada essencialmente na esfera individual, ela é produzida e modelada no registro social. O indivíduo encontra-se na posição de consumidor dos sistemas de representação oriundos dessa produção de subjetividade, seja reproduzindo os modelos dominantes incrustados socialmente ou reinventando modos de produção de subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Desse modo, cada indivíduo traz consigo uma cartografia⁶ própria, resultante de demarcações cognitivas, míticas, rituais, entre outras, a partir da qual, reage em relação a suas

⁵A infantilização da subjetividade é um dos elementos essenciais da subjetividade capitalística, na qual os indivíduos estabelecem uma relação de dependência com o Estado, que passa a mediar todas as produções sociais, pensa, faz e organiza por todos (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

⁶A cartografia para os geólogos representa um desenho aberto passível de transformações. As cartografias individuais são paisagens psicossociais, que sofrem constantes desmanches e novas construções, a partir de marcas de acontecimentos passados, de novos “mundos que se criam para expressar [ou mascarar] afetos

angústias ou afetos e engendra suas inibições e pulsações, o que concorre com as tantas outras identidades transversais e coletivas que constituem a subjetividade (ROLNIK, 2011).

Os sistemas capitalísticos compreenderam que “a produção de subjetividade constitui matéria prima de toda e qualquer produção” e que mutações nas subjetividades interferem nas percepções do mundo e no estabelecimento de relações com os processos maquínicos do trabalho (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p.36). Assim, a função produtiva da subjetividade não é apenas a da representação, mas a da modelização do comportamento, já que tudo o que é produzido pela subjetivação capitalística e chega até os indivíduos pela linguagem, pela família, pela mídia, gera conexões entre as máquinas produtivas, as máquinas de controle social e as instâncias individuais e definem a maneira de perceber o mundo (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A constituição de um trabalhador que atenda as demandas do modo de produção capitalista requer uma preparação instaurada desde a infância e continuada de forma permanente, para atender as progressivas e intermináveis transformações empreendidas pelo capitalismo (LUNARDI FILHO, 2004). Essa modelagem precoce, iniciada na infância, pela família, nas escolas infantis, pelos meios de comunicação é, em síntese, “uma iniciação ao sistema de representação e aos valores do capitalismo”, de modo a evitar, o mais cedo possível, a capacidade de expressão e produzir a adaptação aos significados, percepções, valores, relações e comportamentos dominantes (GUATTARI, 1987, p. 51).

Para o sistema capitalista, é essencial essa homogeneização das competências semióticas⁷, por possibilitar a produção, em escala industrial, de subjetividades niveladas, consideradas a indústria de base para a “formação da força coletiva de trabalho e da força de controle social coletivo” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 48). Um “inconsciente maquínico muito diversificado, muito criativo, seria contrário à boa manutenção de relações de produção baseadas na exploração e na segregação social” (GUATTARI, 1897, p. 171).

Guattari (1987, p. 167) considera que o inconsciente é maquínico, já que não está centrado apenas na singularidade individual, mas participam de sua constituição os “mais diversos fluxos de signos, fluxos sociais e fluxos materiais”. Além disso, a subjetividade humana abarca a ordem social e o contexto histórico, numa realidade regulada pelos sistemas maquínicos, que expropriam o desejo e a singularidade. Desse modo, o inconsciente não pode

contemporâneos” (ROLNIK, 2011, p.23). Em outras palavras, representa “um modo de construção singular” que, em alguns momentos, pode se inserir em um contexto de repressão, em outros, de expressão (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 287).

⁷Terminologia empregada para abordar as manifestações lingüísticas, ou não, da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

mais ser definido unicamente como uma entidade intrapsíquica, pois, o “inconsciente moderno é constantemente manipulado por meios de comunicação, pelos equipamentos coletivos” (GUATTARI, 1987, p. 167).

A formação de um trabalhador implica, portanto, seu enquadramento nos processos prescritivos de semiotização e, conseqüentemente, que “o desejo do indivíduo, em seus diferentes desempenhos semióticos, seja capaz de se adaptar, de se ‘tradutibilizar’, agenciando-se a partir de qualquer ponto do sistema socioeconômico” (GUATTARI, 1987, p.52). Essa subjetividade modelada, produzida pelo capitalismo de forma serializada, vem se mostrando capaz de enquadrar os indivíduos em sistemas preestabelecidos que, de tal forma adaptados, deixam de identificar possíveis interesses contrários aos seus (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A subjetividade é social e resultante de determinantes coletivos variados, sendo incorporada e consumida nas vivências individuais. O agenciamento das inúmeras linhas de subjetivação parcial em tais vivências oscila entre duas perspectivas: em uma delas, o indivíduo se submete à subjetividade imposta, caracterizando uma relação de alienação e opressão; na outra, o indivíduo processa a singularização da subjetividade, estabelecendo uma relação de expressão e criação (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A atual apropriação capitalista da produção de subjetividade tende a esmagar a criatividade, a valorização da existência, o desejo, segregando diferentes identidades, numa tentativa de eliminar os processos de singularização. A singularização da subjetividade frustra os “mecanismos de interiorização dos valores capitalísticos”, ao recusar a subjetivação capitalística e ser automodeladora. Nos processos de singularização, são construídas referências práticas e teóricas próprias e reforçados valores particulares, com liberdade de viver e capacidade de ler as situações, independentemente, “das escalas de valor que nos cercam e espreitam de todos os lados” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 55).

A relação de alienação e opressão resulta da naturalização da subjetividade capitalística nos indivíduos que, inconscientemente, se tornam cúmplices dos processos repressivos dominantes. A construção histórica, social e individual forma para a obediência e para a repressão do desejo, da criatividade, da liberdade de expressão e percepção. Tal aceitação está relacionada à compreensão introjetada de que a forma como está organizada a sociedade é a única possível para a manutenção da ordem social (GUATTARI, 1987; GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Assim, a individuação da subjetividade integra diversos processos de modelação que, embora não possam ser reduzidos à identidade individual, produzem uma relação de

responsabilização no indivíduo, a qual o culpabiliza por ferir, em processos de singularização, a referência social instituída, uma hierarquia social inconsciente e disciplinadora que atribui consistência subjetiva ao sistema capitalista dominante (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A culpabilização é uma das produções da subjetividade capitalística, responsável por fazer interiorizar as normas estabelecidas pelo capitalismo e por fazer calar manifestações do desejo nos processos de singularização (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Para Guattari (1987, p. 172), a superação desses elementos de culpabilização requer o que denomina uma ‘revolução molecular’, um processo de resistência à serialização da subjetividade, numa tentativa de produção de novos modos de subjetivação singulares e de referência, concebida como “uma profunda transformação das relações sociais em todos os níveis, um imenso movimento de retomada das máquinas técnicas pelas máquinas desejanter”.

O termo ‘máquinas desejanter’ é uma analogia ao contexto capitalista, que expressa a qualidade do desejo de sempre produzir algo. O desejo corresponde a “todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 261).

Segundo Rolnik (2011), toda a produção de desejo no campo social procede por meio de três movimentos ou linhas, que não acontecem segundo uma ordem fixa, pois respondem aos investimentos do desejo, sendo influenciado pelos modos de subjetivação. A primeira linha é caracterizada pelo movimento de desterritorialização, originário de linhas de fuga, decorrentes de novos sentidos de vida que não encontram expressão nos territórios até então constituídos. A segunda linha representa um movimento de simulação, de busca de produção de significado para os novos sentidos desterritorializados comporem seus territórios, no qual ocorre um processo de negociação entre os movimentos de intensidade constituídos na primeira linha e seu plano de expressão traçado na terceira linha. E, por fim, ou para recomençar, a terceira linha, marca o movimento de organização dos territórios (ROLNIK, 2011).

Por possibilitar a produção de outras realidades e o estabelecimento de outros referenciais, que se opõem à modelização dominante, a subjetividade capitalística busca produzir uma concepção do desejo como uma formação agressiva, que implica o caos e necessita ser disciplinada, controlada, reprimida. As malhas do simbólico buscam tecer uma situação dicotômica entre o princípio do prazer atrelado ao desejo e o princípio da realidade e da organização. Tal posição castradora, em relação ao desejo, lhe atribui um caráter de

vergonhoso, o qual deve ser mantido em segredo e vivido secretamente (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A modelação que se propõe a disciplinar o desejo é mais uma das artimanhas adotadas pelo sistema dominante, visando à manutenção do poder. A subjetividade capitalística está constituída de modo a castrar as manifestações de singularização da subjetividade, pois resultariam em contestações, resistências, questionamentos, recusas e, quiçá, transformações na ordem dominante e na organização instituída (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Ao reportarmo-nos à enfermagem, é possível observar um processo histórico de produção de subjetividade, que incorporou os processos de constituição profissional e de produção de subjetividade capitalística, remetendo ao profissional dócil, abnegado, disciplinado e obediente (LUNARDI FILHO, 2004). Tais constituições parecem ter impregnado, embora em diferentes intensidades individuais, o comportamento profissional; uma submissão considerada desejável, aceitável e, mesmo, exigida de uma enfermeira.

Consequentemente, na constituição das subjetividades individuais das enfermeiras, seja durante a formação e/ou na atuação profissional, o que vem sendo produzido são profissionais obedientes, produtivas e úteis ao sistema econômico dominante, mas passivas e frágeis interna e politicamente, com dificuldades em manifestar resistência ou oposição. Algumas vezes, são sustentadas pelo discurso da eficiência ou do bem comum; em outras, o enfrentamento sequer é desejado, já que a situação deixa de ser reconhecida como alheia ao indivíduo, atingindo “não só o corpo, mas a alma desses sujeitos, numa pretensa uniformização do seu modo de ser, de sentir, de perceber, de desejar, enfim, de ser enfermeiro” (LUNARDI FILHO, 2004, p.71).

Uma modelização do perfil profissional capaz de personificar diferentes subjetividades, produzindo uma separação entre os aspectos de si mesmo, de sua personalidade, para responder a uma série de representações inconscientemente introjetadas, reforçando as formações repressivas dominantes. Assim, exemplificando o já descrito, o sistema de produção capitalista fabrica, para além de bens comercializáveis, até mecanismos infrapessoais, como comportamentos, valores, desejos, sistemas de percepção e representação e de subordinação hierárquica (LUNARDI FILHO, 2004).

Nas palavras de Guattari (1987, p. 171):

“a divisão social do trabalho, a designação dos indivíduos a seus postos de produção não dependem, unicamente, dos meios de coerção ou do sistema de remuneração monetária, mas, também e talvez, de modo mais fundamental, das técnicas de modelização dos agenciamentos inconscientes operados pelos equipamentos sociais, pelos meios de comunicação, pelos métodos psicológicos de adaptação de todos os tipos.”

Desse modo, qualquer ruptura com as coordenadas dominantes, em realidades locais ou profissionais, exige um trabalho de formação das forças produtivas e de consumo, que inclua os heterogêneos meios de semiotização. A superação desse processo de reprodução de modelos que sustenta e reforça esse sistema seriado de produção de subjetividade dominante requer uma intervenção subversiva que, ao invés de denunciá-la, revele-a, promovendo saídas para os processos de singularização da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A produção de subjetividade capitalística constrói para a manutenção das organizações dominantes instituídas e o estabelecimento de quadros de referência para qualquer que seja o processo vivenciado, de modo que os sujeitos se adaptem às formatações preestabelecidas, como se fossem únicas e imutáveis, e aceitem a realidade como ela se apresenta, independentemente de serem contrários aos seus interesses (GUATTARI; ROLNIK, 2010). A mais, a dimensão da subjetividade nem sempre é perceptível ou perceptível em sua totalidade, para o indivíduo, por não se inscrever unicamente no campo racional, mas comportar uma diversidade de significações (THOFEHRN, 2011).

A reprodução e aceitação do histórico e culturalmente incutido como sendo o ‘lugar da enfermagem’ representa uma forma de manutenção da organização preestabelecida pelo sistema dominante. O termo ‘lugar da enfermagem’ está empregado no sentido de atribuições da enfermagem no contexto de trabalho, especialmente, no que se refere a tarefas que não são inerentes à profissão, mas são assumidas pela enfermagem. Nesse sentido, merecem destaque as questões burocráticas e as atividades que viabilizam o trabalho de outras categorias profissionais, que uma vez instituídas como de responsabilidade da enfermeira, além de serem exigidas institucionalmente, são, muitas vezes, incorporadas como tal pelas próprias profissionais.

Ao incorporar o instituído e sujeitar a organização do trabalho da enfermagem às determinações institucionais, muitas vezes, oriundas das relações de poder, histórica e politicamente estabelecidas nos serviços de saúde, a enfermeira pode não refletir sobre o seu trabalho e as possibilidades de espaços de criação. Desse modo, subestima os fazeres da enfermagem (AZAMBUJA et al, 2010; PEREIRA; MISHIMA, 2003), o que, além de comprometer o reconhecimento e a delimitação das atribuições profissionais, dificulta a instauração de processos de singularização da subjetividade, corroborando uma das críticas aplicadas à enfermagem, qual seja: de alienação e posicionamento político reduzido no interior das organizações institucionais (TEIXEIRA, 2008).

Ao permitir a expressão dos seus desejos, sejam eles de mudança, de contestação, de aprovação ou de reprovação, os profissionais permitem a emersão de outras possibilidades de

organização do trabalho da enfermagem. Embora a efetivação das transformações nos contextos sociais dependa de manifestações coletivas, o desejo individual tem potencial para despertar o desejo coletivo e, então, concretizar suas vontades e produzir mudanças (FIGUEIREDO, 2013; GUATTARI; ROLNIK, 2010).

O que se pretende é uma abordagem da construção subjetiva das enfermeiras e da configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem em diferentes contextos, adotando uma postura rizomática: horizontal, aberta, múltipla. A busca é por revelar a produção de subjetividade capitalística introjetada na organização profissional e apresentar possibilidades de singularização da subjetividade.

A abordagem rizomática contempla a multiplicidade e a heterogeneidade, numa perspectiva horizontal, na qual diferentes pontos podem ser conectados, de forma transversal, opondo-se à abordagem arborescente, verticalizada e constituída por ligações preestabelecidas (DELEUZE; GUATTARI, 2004). O pensamento rizomático possibilita alternativas interpretativas inovadoras dos fenômenos de enfermagem, ao promover reflexões para além dos consensos e dos discursos prescritivos e ao considerar a multiplicidade de fatores que permeiam um acontecimento o que, por sua vez, possibilita distintas compreensões sobre um objeto e a construção de novas conceituações, ao não obedecer a um raciocínio linear e a uma estrutura padronizada, e suportar a ambivalência e a diversidade. Nesse sentido, representa uma opção de construção de novos conhecimentos e de produção de discursos diferenciados, que desafiam os padrões da disciplina e engendram transformações (HOLMES; GASTALDO, 2004).

Assim, ao propor uma abordagem rizomática para as questões que circundam a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem, o que se aspira é uma apreensão mais ampla e que considere as diferentes interfaces e esferas que envolvem a questão, sem um enquadramento a padrões rígidos de interpretação e clássicos de apresentação, a exemplo de exposições literais de facilidades e dificuldades para sua implementação ou de percepções e conceitos. Não significa uma oposição aos sistemas arborescentes, mas projetar essas questões mais verticais e fixas a tantas outras que compõem o problema, possibilitando uma construção de pensamento por meio do múltiplo (DELEUZE; GAUTTARI, 2004).

Por fim, desenvolver uma construção teórica que considere o conjunto de fatores que permeiam as configurações do desejo, heterogêneas, mutáveis e resultantes de múltiplas conexões, entre as mais diversas instâncias que concorrem para a produção de subjetividade.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Expõe-se a seguir a proposta de trajetória metodológica adotada, no intuito de responder aos objetivos propostos. Inicialmente, são expostos a definição e o delineamento do desenho de pesquisa, caracterizada como qualitativa e de caráter exploratório, seguido da apresentação dos cenários e caracterização dos participantes do estudo, a eleição da entrevista como técnica de coleta de dados e da análise temática para o tratamento dos dados, além dos aspectos éticos envolvidos na investigação.

4.1 DEFINIÇÃO E DELINEAMENTO DO DESENHO DE PESQUISA

A definição e o delineamento do desenho de pesquisa, alicerçados na compreensão da finalidade de cada desenho, seja qualitativo ou quantitativo, é etapa fundamental para a condução de um estudo cientificamente sólido. A pesquisa qualitativa busca preencher lacunas ou aprofundar o conhecimento sobre determinado fenômeno, ou ainda, produzir percepções diferentes sobre questões já estudadas (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). Por valorizar as questões subjetivas e indutivas das situações, favorece a emergência de diferentes aspectos envolvidos no fenômeno, pois se ocupa das significações atribuídas aos acontecimentos; não busca a generalização em grande escala, embora possibilite a representação de grupos específicos, ou seja, que compartilham características em comum, apresentando forte validade interna, ao focalizar particularidades e produzir descrições aprofundadas (SERAPIONI, 2000).

Em outras palavras, por se tratar de uma investigação interpretativa, para a qual a realidade é múltipla e a contextualização confere valor ao conhecimento, prima por uma compreensão em profundidade das experiências vivenciadas e percebidas (DENZIN; LINCOLN, 2006). Assim, a abordagem qualitativa da realidade provoca a emergência de questões subjetivas e simbólicas que não podem ser quantificadas. São consideradas as experiências, as representações, a cultura, os desejos, as intenções, as causas, as situações que permeiam as significações atribuídas aos fenômenos (MINAYO, 2012a). A apresentação dos dados é rica em detalhes das informações compartilhadas pelos sujeitos e apreendidas pelo pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A proposta da presente pesquisa serviu de base a essa definição, acrescida das concepções da pesquisadora de como o fenômeno podia ser avaliado e o conhecimento produzido validado (POPE; MAYS, 2009). Neste estudo, foi adotado um delineamento

qualitativo de pesquisa, por melhor atender a abordagem da sua temática, ao direcionar seu entendimento às questões subjetivas e aos significados impressos aos fenômenos. Por ter visado a proporcionar um maior conhecimento e compreensão sobre a subjetividade presente nas configurações do desejo de enfermeiras relacionado ao Processo de Enfermagem, bem como favorecer a identificação de possíveis fatores envolvidos, possui um caráter exploratório (GIL, 2008).

A estrutura inicial da presente pesquisa foi constituída por objetivos exploratórios, que direcionaram sua realização sem descartar, *a priori*, experiências que pudessem ser relevantes para o alcance dos seus objetivos de: analisar a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira; compreender a relação entre as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem e os modos de produção de subjetividade da enfermeira; e relacionar as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem e os modos de produção de subjetividade de enfermeiras atuantes em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implementação do Processo de Enfermagem.

4.2 CENÁRIOS DA PESQUISA

A escolha pelos locais de pesquisa foi embasada em três justificativas: primeira, pelas características distintas de cada uma das instituições hospitalares, no que diz respeito à implementação e não implantação do Processo de Enfermagem, o que possibilitou uma melhor compreensão das repercussões produzidas por diferentes modos de organização do trabalho da enfermagem; segunda, pela aproximação prévia da pesquisadora, como enfermeira assistencial, por dois anos em cada instituição, com a forma de organização do serviço e do trabalho da enfermagem nas instituições, o que conferiu uma maior propriedade de problematização dos fenômenos e dispensou o período de aproximação com os contextos de estudo e; terceiro, por não estar mais inserida, profissionalmente, em nenhum dos contextos, o que permitiu a impressão de um olhar diferente, sem a interferência introjetada dos ambientes institucionais.

Os cenários da pesquisa foram duas instituições hospitalares de ensino, diferenciadas pela implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem como instrumento de organização do trabalho da enfermagem. O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior (HU-FURG), situado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul, em Rio Grande, no qual a implantação do Processo de Enfermagem ainda não é uma realidade, e o Hospital de

Clínicas de Porto Alegre (HCPA), situado na capital do estado, Porto Alegre, no qual o Processo de Enfermagem é implementado, desde a sua fundação, na década de 70. Apresentam-se a seguir as caracterizações em separado dos dois contextos de estudo.

4.2.1 Caracterização do cenário de pesquisa: Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Côrrea Júnior

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Côrrea Junior, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande (FURG), foi instituído por Portaria da Reitoria nº 23/76, de 29 de março de 1976. A instalação inicial aconteceu na área física da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e, desde então, alguns fatos marcaram o caminho percorrido até a atual estrutura da instituição (BRASIL, 2013b).

Em 1985, ocorreu a estruturação inicial como Hospital de Ensino, com a contratação de 104 leitos na área física da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, para a qual eram pagos um valor de ocupação dos leitos e comprados os serviços de infraestrutura, como centro cirúrgico, farmácia, raio-x, banco de sangue, entre outros, o que conferiu alguma autonomia administrativa e na assistência à saúde da população. Em 1986, foi criada a Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande (FAHERG), que passou a gerir os recursos financeiros do hospital e a contratação de recursos humanos, conferindo ao hospital independência administrativa (BRASIL, 2013b).

A partir de 1987, passou a receber recursos do Ministério de Educação e, em 1988, teve seu regimento aprovado pelo Conselho Universitário, tendo sido criado o Conselho Superior do Hospital de Ensino, com função deliberativa e normativa, passando a constituir-se em órgão da Universidade com a direção vinculada diretamente à Reitoria. Em 1993, a Universidade adquiriu um prédio ainda inacabado da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande que, na atualidade, compreende parte da área física do hospital (BRASIL, 2013b).

Atualmente, o hospital tem capacidade funcional de 197 leitos e presta atendimento exclusivo a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Atende a microrregião litoral lagunar, compreendendo as populações das cidades de Rio Grande, São José do Norte, Santa Vitória do Palmar e Chuí, além de receber pacientes dos municípios de Pelotas, Camaquã, Jaguarão, Arroio Grande, Tavares, entre outros. Está contratualizado como centro de atenção à saúde de médio porte e de alta complexidade e, além das atividades assistenciais, são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa e extensão (HU/FURG, 2013).

O quadro funcional é constituído por: 461 servidores públicos federais e outros 495 funcionários celetistas, contratados pela FAHERG (HU/FURG, 2014). O grupo de enfermagem é constituído por um total de 97 enfermeiras, sendo 63 destas servidoras públicas federais, em regime estatutário de contratação, e as demais 34 enfermeiras, contratadas pela FAHERG, em regime celetista; e é chefiado por uma enfermeira, coordenadora geral. A diretoria do hospital, conforme regimento institucional, é um órgão vinculado à reitoria e, deve ser constituída por docentes da universidade com experiência na área da saúde (SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL, 2007). Atualmente, pela primeira vez na história da instituição, a diretora é uma enfermeira docente da Escola de Enfermagem.

A instituição está organizada em unidades de atendimento, as quais são: Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Clínica Pediátrica; Clínica Obstétrica e Ginecológica, incluindo o Banco de Leite; Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Centro Obstétrico; Serviço de Pronto Atendimento; Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal; UTI Geral; Hospital-Dia AIDS e Doenças Crônicas; Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE); Centro Regional Integrado de Tratamento e Reabilitação Pulmonar; Centro Integrado de Diabetes (CID); Centro Regional Integrado de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia; Centro Regional Integrado do Trauma Ortopédico; Centro de Atendimento de Doenças Renais; e Unidade de Educação.

Na instituição, embora muitos tenham sido os esforços já dispensados para a implantação do Processo de Enfermagem, sua implementação ainda não é uma realidade. Estudos realizados na instituição, sobre a temática, corroboram o empenho já empreendido nessa busca, dentre os quais, destacam-se os realizados, na maternidade (AQUINO, 2002), nas unidades de clínica cirúrgica (VETTORELLO, 2006; MACHADO, 2008), médica (PIVOTO, 2005; PIMPÃO et al, 2010; FIGUEIREDO, 2013) e de terapia intensiva (RIFATTI, 2003; AQUINO, 2004; CAVALCANTE, 2006; SILVEIRA, 2009).

Os registros da assistência de enfermagem são realizados, majoritariamente, no livro de registros de enfermagem, além da folha de controles e da checagem das medicações administradas na prescrição médica. Conforme o apresentado por Sousa (2013), como parte de estudo desenvolvido na unidade de internação cirúrgica da instituição, no qual realizou pesquisa documental, em busca de registros realizados pelas enfermeiras da unidade, no livro de registros de enfermagem e nos prontuários dos pacientes hospitalizados, no período de coleta de dados, que compreendeu 38 períodos de observação, identificando 520 anotações, no livro de registros, e 04 evoluções de enfermagem, em prontuários de pacientes. Assim, ao não ser implementado o Processo de Enfermagem ou ser realizado parcialmente ou

mentalmente, a produção de registros escritos passíveis de comprovação e demonstração do trabalho da enfermeira acaba prejudicada.

Ao que parece, as atividades de enfermagem estão direcionadas a atender as demandas técnicas, burocráticas e organizacionais, instituídas informalmente ao longo dos anos, o que pode ser corroborado pelos achados do estudo desenvolvido por Figueiredo (2013), na unidade de internação clínica do hospital, no qual, a partir de observações realizadas por acadêmicos de enfermagem que participaram da pesquisa, são apresentadas como atividades mais realizadas pelas enfermeiras: o aprazamento da prescrição medicamentosa; a resolução de problemas com os serviços de apoio e outros profissionais; a execução de atendimentos que poderiam ser realizados pelos técnicos de enfermagem; a liberação de dietas, junto ao serviço de nutrição; a organização de exames e; as anotações sobre os pacientes, no livro de registros de enfermagem (FIGUEIREDO, 2013). Tal sobrecarga de atividades, que embora não sejam específicas da profissão, estão apresentadas como da enfermeira, na instituição, e acaba dificultando ou protelando a implementação do Processo de Enfermagem.

4.2.2 Caracterização do cenário de pesquisa: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi fundado em 1970, é uma empresa pública de direito privado, vinculado à rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (BRASIL, 1970). Numa perspectiva histórica, vale discorrer que o terreno onde atualmente está posto o hospital foi adquirido em 1938 pelo governo do estado e doado à universidade dois anos mais tarde. A construção da área física foi iniciada no final dos anos 40 e o atendimento ao público iniciou no ano de 1972, com o prédio ainda inacabado (HCPA/UFRGS, 2013).

Atualmente, tem capacidade operacional instalada de 845 leitos, distribuídos em unidades de internação, de internação ambulatorial, de centro cirúrgico, de tratamento intensivo, de emergência, de apoio e de pesquisa clínica (HCPA/UFRGS, 2013). O grupo de enfermagem está constituído por um total de 610 enfermeiras, funcionárias públicas federais, contratadas em regime celetista; tem como coordenação geral uma professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, e está dividido em 15 serviços de enfermagem, coordenados por professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS, cada qual constituído por unidades chefiadas por enfermeiras.

Os serviços de enfermagem e as respectivas unidades estão descritos a seguir: *Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem* (SENCI), composto pelas unidades de

radiologia, hemodiálise e urodinâmica, hemodinâmica e centro de pesquisa clínica; em *Centro Cirúrgico* (SECC), com as unidades de centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, centro de material e esterilização e centro cirúrgico ambulatorial; *Cirúrgica* (SEC), constituído por sete unidades de internação para adultos: 3° norte e sul, 7° sul; 8° norte e sul, 9° norte e sul e o núcleo de cuidados paliativos; em *Emergência* (SEE), com as unidades de emergência e de emergência pediátrica; *Materno Infantil* (SEMI), composto pelas Unidade de Internação Obstétrica (UIO) e Centro Obstétrico (CO); em *Neonatologia* (SENEO), com a Unidade de Internação Neonatal (UNEO); *Clínica* (SECLIN) que integra seis unidades de internação: 4° sul, 5° norte, 6° sul e norte e 7° norte; *Onco-hematológica* (SEOH), composto pelas unidades de Ambiente Protegido (5° Sul/TMO), banco de sangue, quimioterapia, radioterapia e hospital dia; *Pediátrica* (SEPED), constituído pelas unidades de internação pediátrica 10° norte e sul, de oncologia pediátrica 3° Leste e de intensivismo pediátrico (UTIP); *Terapia Intensiva* (SETI), com três unidades de tratamento intensivo (UTI): UTI 1, 2e 3 no 3° norte; *Psiquiátrica* (SEP), sendo a unidade de internação psiquiátrica e os centros de atenção psicossocial para adultos (CAPS II) e infância e adolescência (CAPSi); *de Saúde Pública* (SESP) que integra 15 zonas ambulatoriais; *Atenção Primária em Saúde* (SEAPS), a unidade básica de saúde (UBS); *de Educação em Enfermagem* (SEDE), que desenvolve as ações educativas em serviço da enfermagem na instituição; e a *Unidade Álvaro Alvin* (UAA), situada em área física separada e constituída de dois serviços: a unidade de internação clínica e unidade álcool e drogas .

O Processo de Enfermagem é adotado na instituição desde sua fundação, na década de 70, e permanece em constante atualização e estudo para seu aprimoramento. A implantação foi iniciada no serviço de ambulatório, primeiro serviço a ser constituído na instituição, como empreendimento pioneiro no país, estruturado segundo o modelo de consulta de enfermagem proposto por Wanda Horta (HELDT, 2012).

Na sequência, em 1972, as unidades de internação passaram a prestar atendimento já adotando o Processo de Enfermagem, que à época seguia a proposta do Sistema de Weed, compreendendo três tipos de registros, a saber: anamnese e exame físico de enfermagem; evolução de enfermagem e; folha de controle (CROSSETTI; D'ÁVILA; DIAS, 2011).

Em 1977, passou a ser adotado o Modelo de Processo de Enfermagem proposto por Wanda Horta com base nas Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979), tendo em vista que o modelo anterior não contemplava as fases da prescrição e do diagnóstico de enfermagem. Assim, os registros passaram a compreender: a anamnese e exame físico de enfermagem; a lista de problemas de enfermagem, atualmente denominada fase diagnóstica; a

prescrição de enfermagem e; a evolução de enfermagem, além da folha de controle de sinais vitais (CROSSETTI; D'ÁVILA; DIAS, 2011).

Em 1990, foi criado um grupo para estudo do Processo de Enfermagem, com meta inicial de subsidiar a implantação da etapa do diagnóstico de enfermagem e promover a informatização dos registros (CROSSETTI; D'ÁVILA; DIAS, 2011). Atualmente, o grupo responsável pela condução do método, estudo, aprimoramento e capacitações sobre o processo é denominado Comissão do Processo de Enfermagem (COPE), uma comissão de caráter permanente e institucional, constituída de enfermeiros representantes dos diferentes serviços de enfermagem da instituição e de professores da Escola de Enfermagem da UFRGS (PRUINELLI et al, 2011).

Em 2000, foi concretizada a inclusão da etapa dos diagnósticos de enfermagem e a informatização das fases do diagnóstico e da prescrição de enfermagem; a informatização de todas as etapas do Processo de Enfermagem foi concluída, em 2007, quando da criação do portal do paciente internado. A implantação da etapa diagnóstica foi baseada no manual de Benedet e Bub (2001), que associa a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 1999) e o modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979) (ELIZALDE; ALMEIDA, 2006; CROSSETTI; D'ÁVILA; DIAS, 2011).

Estudo que apresenta percepções de enfermeiras da instituição sobre o processo de implantação da etapa diagnóstica e informatização da Prescrição de Enfermagem identificou, entre os aspectos positivos, a promoção do aperfeiçoamento teórico referente à temática e da visibilidade do trabalho da enfermeira, conferindo valorização e definição ao seu papel. As melhorias apontadas como necessárias incluem o aprofundamento dos conhecimentos referentes aos diagnósticos de enfermagem e a nomenclatura taxonômica, considerada muito extensa, difícil e não objetiva; a atualização do sistema informatizado, com inclusão de cuidados. Ainda, referente à Prescrição de enfermagem informatizada, as enfermeiras consideram que agilizou seu trabalho, mas não alterou a prestação da assistência, seu caráter rotineiro e a pouca valorização atribuída à prescrição de cuidados (ELIZALDE; ALMEIDA, 2006).

A informatização dos processos assistenciais permanece em constante atualização e aperfeiçoamento. O prontuário do paciente é eletrônico e acessado via sistema de Aplicativos de Gestão Hospitalar (AGH), para o qual existem diferentes perfis de acesso para cada profissional e senhas individuais, e no qual é possível consultar o prontuário do paciente na instituição. Desde 2009, vem sendo incorporadas novas tecnologias ao sistema, a partir do

desenvolvimento de um projeto do Ministério da Educação para padronizar as atividades assistenciais e gerenciais em todos os hospitais universitários federais, num total de 46, objetivando a criação de um software de gestão hospitalar, o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), a partir do AGH, o que vem sendo implantado, de forma modular, em diferentes realidades, desde 2010 (BRASIL, 2013a).

Assim, atualmente, o Processo de Enfermagem implementado no HCPA está informatizado na maioria das unidades e estruturado nas fases da anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação de intervenções e evolução da assistência de enfermagem, registradas no prontuário do paciente. Está edificado, conceitualmente, na Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda Horta, a qual estabelece três níveis de necessidades humanas: as psicobiológicas, as psicossociais e as psicoespirituais, sob uma perspectiva hierárquica e inter-relacionada, na qual a busca por atender um nível subsequente depende da satisfação mínima do anterior e repousando a motivação humana na não satisfação completa e constante de uma necessidade (HORTA, 1979).

Na etapa diagnóstica, é utilizada a terminologia da NANDA-I (NANDA-I, 2013), sendo os enunciados diagnósticos distribuídos, segundo as necessidades humanas básicas, ao invés dos domínios e classes propostos pela taxonomia, e os cuidados de enfermagem que embasam as prescrições seguem, além da experiência clínica das enfermeiras da instituição, as intervenções indicadas na Nursing Interventions Classification (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). Além disso, estão sendo desenvolvidos estudos e dispendidos esforços na implantação da avaliação da efetividade das intervenções, tendo por base a Nursing Outcomes Classification (NOC) (MOORHEAD et al, 2010) (PRUINELLI et al, 2011).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na abordagem de pesquisa qualitativa, não são fixados critérios rígidos para a composição da amostra. A seleção dos participantes pode ser intencional, pois são valorizadas as experiências dos sujeitos, com relação ao fenômeno de interesse. Os tamanhos das amostras podem variar, sendo que o foco não está no número de participantes, mas na representatividade dos sujeitos, na profundidade das informações e na riqueza das descrições (TRIVIÑOS, 1987; DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

Minayo (2012a) sugere que, para a definição de uma amostra qualitativa de sujeitos, sejam considerados alguns critérios que garantam a opção por participantes com maior potencial para revelar experiências e expressões sobre o fenômeno que se pretende investigar. Assim, por considerar que uma variação do ambiente e do foco de trabalho pode enriquecer o conteúdo das comunicações e das reflexões, foram convidadas a participar do estudo enfermeiras de diferentes unidades, a saber: uma enfermeira de uma Unidade de Internação; de uma Unidade de Terapia Intensiva; de uma Unidade de Emergência; de uma Unidade de Centro Cirúrgico; de uma Unidade Ambulatorial e; do setor de Educação de cada uma das duas instituições hospitalares que foram cenários desse estudo.

Os critérios de inclusão das participantes foram: trabalhar na instituição há, no mínimo, 5 anos. O critério de exclusão foi não estar atuando, na unidade, por afastamento ou licença, durante o período de coleta de dados da pesquisa.

Ainda, considerando a existência de mais de uma Unidade de Internação, de Terapia Intensiva, de Emergência, de Centro Cirúrgico e Ambulatorial foram selecionadas as possíveis unidades para coleta de dados, sendo priorizados os setores de atendimento ao adulto, excluindo-se as unidades pediátricas, neonatológicas e gineco-obstétricas, visando a uma maior uniformidade dos dados.

No HU-FURG, as possíveis Unidades de Internação incluíram: a Unidade de Clínica Médica e a de Clínica Cirúrgica; as Unidades de Tratamento Intensivo Geral, de Emergência: o Serviço de Pronto Atendimento, de Centro Cirúrgico e de Educação: Unidade de Educação, são únicas e foram incluídas; as possíveis Unidades Ambulatoriais incluíram: o Hospital-Dia AIDS e Doenças Crônicas, o Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE), o Centro Regional Integrado de Tratamento e Reabilitação Pulmonar, o Centro Integrado de Diabetes (CID), o Centro Regional Integrado de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia, o Centro Regional Integrado do Trauma Ortopédico e o Centro de Atendimento de Doenças Renais.

No HCPA, as possíveis Unidades de Internação incluíram: as unidades de internação clínica 4º sul, 5º norte, 6º sul e norte e 7º norte e as unidades de internação cirúrgica 3º norte e sul, 7º sul; 8º norte e sul, 9º norte e sul; as de Terapia Intensiva abrangeram: as Unidades de Tratamento Intensivo 1, 2 e 3; as Unidades de Emergência, de Centro Cirúrgico e de Educação em Enfermagem são únicas e foram incluídas; por fim as Unidades Ambulatoriais incluíram 12 das 15 Zonas Ambulatoriais, sendo excluídas a Zona 06 obstétrica e a zona 12 pediátrica.

Para a seleção das enfermeiras, foram solicitadas à coordenação de enfermagem do HU-FURG e à Comissão de Gestão de Pessoas do HCPA as listagens das enfermeiras atuantes nas instituições e suas respectivas unidades de trabalho, a partir das quais foi realizado um sorteio simples para eleger uma provável participante por grupo de unidades selecionadas a priori. Na sequência, foram realizadas visitas às unidades, nos turnos de trabalho das enfermeiras sorteadas, para a exposição da pesquisa e seus objetivos e, a verificação do enquadramento aos critérios de inclusão ou ao critério de exclusão. Uma vez que todas as enfermeiras atenderam apenas aos critérios de inclusão, foram agendadas as entrevistas, conforme a disponibilidade das mesmas.

A amostra foi constituída por 12 enfermeiras, sendo seis do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Côrrea Júnior, denominado cenário 1, e seis do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, denominado cenário 2. A inclusão de novas participantes não se fez necessária, pois se obteve a saturação dos dados com a amostra inicial. Em outras palavras, percebeu-se que os dados novos estavam sendo diluídos na construção teórica, não mais impactando para o seu adensamento (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 PERSPECTIVAS ÉTICAS ENVOLVIDAS NA PESQUISA

O estudo respeitou as prerrogativas éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, de modo a assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, comunidade científica e do Estado, e incorpora, na ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, entre outros, da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

Conforme preveem as normas da Escola de Enfermagem da FURG e do HU-FURG, o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/FURG) e para aprovação ao Conselho da Escola de Enfermagem (CONEnf/FURG). Após deferimento, foi realizado o cadastro do projeto junto à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Posteriormente, a proposta de estudo foi encaminhada à direção do HU-FURG e ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão, sendo solicitada e concedida autorização institucional escrita para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE A). Ainda, de acordo com as determinações do HCPA, o projeto de tese foi submetido à análise do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do hospital, sendo aprovado e assim, concedida autorização institucional para o desenvolvimento do estudo.

Para a apreciação ética, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, sob CAAE-30710614.0.0000.5324, tendo a FURG como instituição proponente e o HCPA como instituição coparticipante. Obteve-se parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), número 681.854/2014 (APÊNDICE B) e; do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA), número 713.708/2014 (APÊNDICE C). Uma vez aprovada a proposta, conforme solicitado pelo CEPAS/FURG, foi entregue um ofício à Unidade de Recursos Humanos do HU/FURG, informando o desenvolvimento da pesquisa com os servidores da instituição e, teve início a execução da pesquisa.

Aos sujeitos do estudo, que depois de esclarecidos sobre a pesquisa, concordaram voluntariamente em participar, foi solicitada a formalização de sua anuência, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), em duas vias de igual teor, uma destinada à pesquisadora e outra à participante, assinados por ambas e com rubricas em todas as páginas. No termo, foram apresentados os dados de identificação do projeto e dos pesquisadores, bem como meios de contato com a pesquisadora responsável, informações acerca da justificativa do estudo, dos objetivos e métodos da pesquisa, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodo que possa gerar.

As participantes foram esclarecidas que a pesquisa era isenta de influências em seu vínculo empregatício e que não haveria custos ou quaisquer compensações financeiras. Ainda, no TCLE, a pesquisadora assumiu o compromisso em preservar a identidade do sujeito, a privacidade individual, o direito à participação voluntária, com liberdade para desistir da participação, no estudo, ou recusar-se a responder qualquer pergunta, a qualquer momento, sem que lhe houvesse prejuízos de qualquer natureza, e a garantia de acesso aos responsáveis pela pesquisa em qualquer circunstância.

A confidencialidade e o anonimato das informações foram e continuarão sendo garantidos, o nome das participantes não será divulgado em qualquer fase do estudo. Para a identificação das falas dos Enfermeiros, foi utilizado o código “Enf.”, seguido do número “1” se o enfermeiro participante pertencia ao quadro funcional do HU-FURG ou do número “2” se pertencia ao HCPA, e prosseguido pelo número de ordenamento dos participantes. Os dados coletados serão utilizados, apenas, nessa pesquisa e farão parte unicamente das publicações científicas oriundas do estudo.

Os benefícios do desenvolvimento do estudo estão relacionados à produção de conhecimento científico acerca da temática em foco que, em se tratando do Processo de Enfermagem, método para desenvolvimento da prática profissional, possibilita a qualificação

da Enfermagem. Ao objetivar a reflexão e emersão de subjetividades internalizadas, poderá resultar na tomada de consciência de fragilidades existentes e, conseqüentemente, em transformações no fazer, que poderão refletir em melhorias à profissão, maior satisfação profissional às enfermeiras participantes do estudo, em benefícios às instituições e aos pacientes atendidos, de forma mais qualificada. Além disso, o conhecimento produzido poderá fomentar novos estudos, trazendo benefícios à comunidade científica e aos serviços de saúde.

Quanto aos riscos da pesquisa, não foram identificados riscos potenciais. Acredita-se que não houve prejuízos à integridade física e/ou profissional dos participantes, tampouco algum constrangimento, sendo que a participação foi voluntária e sigilosa.

Para o monitoramento da segurança dos dados, as gravações em CD das entrevistas, suas transcrições na íntegra e os TCLE serão preservados por cinco anos, de modo que a validade do estudo seja assegurada. Durante a coleta e análise dos dados, esses dados permaneceram sob a confiança da pesquisadora responsável; após, foram arquivados, em caixa lacrada, e guardados na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, na sede do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES), sob responsabilidade do coordenador do grupo.

Os resultados serão tornados públicos, por meio de divulgação em periódicos científicos da área da enfermagem e em participação em eventos, e o relatório final da pesquisa será disponibilizado na coordenação de enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Côrrea Júnior e na sede do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.5 COLETA DOS DADOS

A entrevista foi o método eleito para a coleta dos dados, por ser uma técnica privilegiada para a produção de dados na pesquisa qualitativa, que possibilita a obtenção de informações sobre o fenômeno em investigação, por meio de relatos dos sujeitos em estudo (MAY, 2004; GIL, 2008; MINAYO, 2012b; MARCONI; LAKATOS, 2010). Para Minayo (2012b), a fala tem a capacidade de revelar estruturas organizacionais, valores e normas e possibilita a apreensão das representações individuais e coletivas.

Nas palavras de May (2004, p.169), a técnica de entrevista propicia o entendimento de “como os indivíduos decifram o seu mundo social e nele agem”. Ainda, a entrevista, como método de conversação direcionada, possibilita a emersão dos sentimentos, expectativas,

desejos e opiniões, além de relatos de experiências e atitudes (MAY, 2004; MINAYO, 2012b). Embora os relatos dos pesquisados forneçam informações para análise das percepções concernentes às situações, suas relações e motivações comportamentais, cabe ponderar que, na interpretação dos dados, a mediação do pesquisador está inclusa no objeto de investigação (MAY, 2004), assim como a interação entre as partes interfere nas informações fornecidas (MINAYO, 2012b).

A estrutura de entrevista utilizada nesta pesquisa foi a semiestruturada. Para tanto, foi elaborado um roteiro prévio com itens que buscaram a caracterização dos sujeitos e de questões que direcionaram a discussão à proposta do estudo, sem prejudicar a abordagem flexível e em profundidade. Este tipo de técnica de coleta de dados não estabeleceu rigidez à obtenção dos dados, pois a entrevistadora pôde ir ordenando e aprofundando a abordagem, de acordo com o desenrolar da conversa, estimulando o entrevistado a expor sua opinião e dissertar sobre o tema, o que favoreceu a compreensão do fenômeno em maior totalidade, valorizando as singularidades, incorporando a subjetividade do pesquisado e a percepção do pesquisador (MAY, 2004; MINAYO, 2012a).

A opção por essa técnica alicerçou-se no entendimento de que oferecia potencial investigativo para analisar a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem e para a emersão das questões subjetivas e dos modos de produção de subjetividade que permeiam as condutas e as percepções das enfermeiras. O roteiro da entrevista (APÊNDICE E) foi precedido por um formulário de caracterização da amostra e sua elaboração foi direcionada pelos objetivos da pesquisa e embasada nos achados e proposições das produções científicas que tematizaram as questões dos significados e percepções de enfermeiras acerca do Processo de Enfermagem e da produção de subjetividade que permeia o trabalho profissional, apresentadas no decorrer desse estudo.

Para a realização das entrevistas, conforme descrito anteriormente, foram realizadas visitas às enfermeiras sorteadas em suas unidades de atuação, nas quais, após a confirmação de atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa, foram convidadas a participar do estudo, por meio de entrevistas a serem realizadas em local e horário que melhor lhes conviesse. Todas optaram por conceder a entrevista em seu local de trabalho e tiveram garantido um ambiente privativo.

As entrevistas foram agendadas, conforme disponibilidade das participantes, que foram esclarecidas de que, embora agendado um determinado horário, se, no momento, não dispusesse de tempo, poderíamos reagendar a coleta de dados. As entrevistas foram realizadas

pela própria pesquisadora, no período de junho a agosto de 2014, com duração média de 40 minutos, gravadas em áudio e transcritas, na íntegra pela pesquisadora, para análise.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados referentes às questões que direcionaram a discussão à proposta do estudo foram tratados sob a perspectiva da **análise temática**, umas das técnicas de análise de conteúdo propostas por Bardin (2011). A análise de conteúdo abarca técnicas para o tratamento de dados discursivos, por meio da descrição sistemática e objetiva do conteúdo das mensagens, com a expressão de indicadores passíveis ou não de quantificação que, possibilitam a inferência de conhecimentos relativos ao tema em estudo.

Na análise temática, o tema representa a unidade de significação, procedendo-se o recorte do texto em “núcleos de sentido”, que correspondem a ideias dotadas de significados isoláveis. O tema, a exemplo do presente estudo, é comumente utilizado em investigações que se ocupam de motivações, desejos, comportamentos, valores, tendências (BARDIN, 2011). O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise temática, segundo as fases ou etapas para tratamento dos dados propostas por Bardin (2011), a saber: pré-análise; a exploração do material e; o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na etapa de pré-análise, procedeu-se a organização do processo analítico, com a preparação do material, operacionalização e sistematização das informações. Inicialmente, realizou-se a *transcrição* literal das gravações em áudio, obtidas nas entrevistas das 12 enfermeiras participantes da pesquisa, seguida pela *leitura flutuante* dos documentos, para o reconhecimento do texto e emersão de impressões acerca das mensagens nele contidas. Essa fase inicial compreendeu os procedimentos de *referenciação dos índices e a elaboração de indicadores*, em outras palavras, definição dos temas e das operações de separação do texto em unidades para a categorização (BARDIN, 2011).

A fase de exploração do material consistiu na análise propriamente dita, para a qual foram adotadas operações de codificação da comunicação. Na codificação, os conteúdos das mensagens foram tratados, segundo uma organização sistematizada que per fez três escolhas, a partir do objetivo analítico: recorte; enumeração; classificação e agregação; e que permitiu a expressão das características do texto (BARDIN, 2011).

No *recorte*, foram definidas as unidades de registro, segmentos do conteúdo das mensagens considerados unidades de significação base, enumeradas e categorizadas; e as unidades de contexto, segmentos das mensagens, superiores em dimensão às unidades de

registro, que possibilitaram a compreensão dos respectivos significados no contexto. Na enumeração, foi considerada apenas a presença da unidade de codificação, independentemente da sua frequência. Na *classificação*, ocorreu a identificação de características ou significados e, na *agregação*, houve agrupamento, segundo critérios estabelecidos, quando as unidades de significação foram categorizadas (BARDIN, 2011).

No tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os dados brutos foram tratados, de modo que lhes fossem conferidos significado e validade e possibilitada a inferência e interpretação de conhecimentos. A inferência resultou na apresentação de significados velados do conteúdo das comunicações, elaborados por indução, a partir dos fatos (BARDIN, 2011).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse capítulo, são apresentados os resultados obtidos com a realização desta pesquisa, assim como a discussão dos mesmos, dispostos em quatro subcapítulos, um primeiro de **Caracterização dos sujeitos** e, os três seguintes, distribuídos segundo os objetivos do estudo, visam a apresentar o alcance desses objetivos e sustentar a tese formulada:

Relação entre a produção de subjetividade e as configurações do desejo relacionado ao processo de enfermagem - objetivo de *compreender a relação entre a produção de subjetividade da enfermeira e as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem.*

Implementação e a não implantação do processo de enfermagem: relação com a produção de subjetividade da enfermeira - objetivo de *relacionar a produção subjetiva acerca do Processo de Enfermagem de enfermeiras atuantes em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem.*

As configurações do desejo relacionado ao processo de enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira - objetivo de *analisar a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira.*

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Nesta seção, são apresentados dados quanto à caracterização dos sujeitos. As 12 entrevistadas são do sexo feminino, com média de idade de 44 anos, sendo seis participantes com idade entre 30 e 40 anos, uma entre 40 e 50 anos e, cinco entre 50 e 60 anos. Apenas uma delas possui outro emprego. Quanto ao regime de contratação, no contexto 2, o regime é único, o celetista, logo, todas as participantes eram funcionárias públicas federais contratadas sob o mesmo regime; já no contexto 1, uma das participantes era funcionária contratada da FAHERG, sob o regime celetista e as demais eram funcionárias públicas federais estatutárias.

Com relação à formação profissional das participantes, foram identificadas cinco instituições de ensino superior, nas quais as mesmas realizaram sua graduação em enfermagem, sendo que as seis enfermeiras do contexto 1 concluíram sua formação na mesma universidade, a qual o hospital está vinculado academicamente, a saber: a Universidade Federal do Rio Grande; o mesmo não ocorreu com as seis entrevistadas do contexto 2, apenas duas realizaram a graduação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a qual o hospital

está vinculado academicamente. O ano de formação das participantes oscilou entre 1977 e 2005, sendo possível observar com maior detalhamento tais dados no Quadro 1, que apresenta os anos de formação das participantes, separando-os por contexto de estudo.

Quadro 1. Distribuição das enfermeiras participantes por contextos de estudo, segundo o ano de Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2014.

Ano de Graduação	Enfermeiras Participantes		
	Contexto 1	Contexto 2	Total
1977	-	1	1
1983	-	2	2
1989	2	-	2
1992	-	1	1
1999	1	-	1
2000	2	-	2
2002	-	1	1
2005	1	1	2

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Ainda, no que perfaz a formação das participantes, 11 entrevistadas possuíam pós-graduação, com especialização, destas cinco são mestres, uma é doutora em enfermagem e outra está em processo de doutoramento; separando tais dados por contextos, cinco das seis participantes do contexto 2 têm especialização e, destas uma tem mestrado, as demais apresentadas fazem referência as enfermeiras do contexto 1. Tais dados podem ser visualizados no Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição das enfermeiras participantes por contextos de estudo, segundo a formação em cursos de pós-graduação. Rio Grande, 2014.

Curso de Pós-Graduação	Enfermeiras Participantes		
	Contexto 1	Contexto 2	Total
Especialização	6	5	11
Mestrado	4	1	5
Doutorado	1	-	1
Em doutoramento	1	-	1

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Com referência ao tempo, em anos, de atuação das participantes em suas respectivas instituições de trabalho, a média total foi de 16 anos, no entanto, foi possível observar que as enfermeiras do contexto 2 têm um tempo maior de experiência na instituição, com uma média de 20 anos, se comparado à média de 11,6 anos das participantes do contexto 1. Concernente ao tempo de atuação na unidade atual de trabalho das entrevistadas, a média total foi de 10 anos, sendo a média de tempo de atuação no setor atual das enfermeiras do contexto 1, de 9 anos, e do contexto 2, de 11 anos. No Quadro 3, está apresentado o detalhamento destes dados

e, é possível observar em separado o tempo em anos de atuação na instituição e na unidade de cada uma das participantes.

Quadro 3. Distribuição das enfermeiras participantes por contextos de estudo, segundo o tempo, em anos de atuação na instituição e na unidade de trabalho atual. Rio Grande, 2014.

Tempo em anos	Enfermeiras participantes											
	Contexto 1						Contexto 2					
Na instituição	24	6	14	10	11	5	18	37	6	6	29	25
Na unidade	24	2	14	10	4	2	7	26	6	6	9	14

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

5.2 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E AS CONFIGURAÇÕES DO DESEJO RELACIONADO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nesta seção, apresentam-se os resultados encontrados e sua respectiva discussão, em atendimento ao objetivo de **compreender a relação entre a produção de subjetividade da enfermeira e as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem** e, responder a questão de como ocorre a relação entre a produção de subjetividade da enfermeira e as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem?

Os processos de subjetivação são produzidos por diferentes agenciamentos coletivos, entre uma multiplicidade de instâncias individuais e grupais, que compõem as subjetividades, e por processos de produção maquínica heterogêneos, que as fabricam e as moldam. Os determinantes coletivos incluem não só os componentes sociais, mas econômicos, tecnológicos, de mídia, entre tantos outros, incluindo o exercício profissional e as relações estabelecidas no contexto de trabalho (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A forma como o indivíduo percebe e se relaciona com o mundo representa a manifestação de sua subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Desse modo, os comportamentos adotados na prática profissional e os sentimentos, significados ou percepções atribuídas ao Processo de Enfermagem podem demonstrar manifestações importantes da subjetividade das enfermeiras, pois suas atitudes e as atividades que desenvolvem em seu ambiente de trabalho têm relação com a produção de subjetividade dessas profissionais, que é permeada pelas características institucionais.

Mediante a análise das entrevistas, evidenciou-se que diferentes fatores, apresentados separadamente, a seguir, mediam a produção de subjetividade das enfermeiras e, conseqüentemente, sua relação com as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem.

5.2.1 Percepções sobre a organização do trabalho da enfermagem nos contextos institucionais

No contexto da prática assistencial de enfermagem, buscar compreender sua forma de organização do trabalho e como ela é percebida, representa muito mais que vislumbrar a prática de enfermagem em si. Assume a dimensão de apreender o significado que os diferentes sujeitos imprimem à sua prática e ao seu contexto de trabalho, bem como consideram que ela é percebida e valorizada, o que está intimamente relacionado com o processo de subjetivação dos envolvidos.

O cenário institucional interfere nas ações dos profissionais de saúde, pois, embora não ocupe uma posição hierárquica superior às demais instâncias de produção de subjetividade, exerce uma influência modeladora, em um processo de constituição do trabalhador instaurado pelo sistema capitalístico, desde a infância, na família, na escola, pelos meios de comunicação, enfim, por meio das diferentes relações sociais e de poder e, continuado de forma permanente, buscando a instaurar seu sistema de representação dominante (GUATTARI, 1987; GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Destarte, a interação em grupo e os mecanismos de sociabilidade desempenham papel significativo na produção de subjetividade. Por sua vez, o trabalho representa um espaço de continuidade da construção de sentidos dos sujeitos e; a atividade profissional constitui-se, simultaneamente, em um meio de inserção e de condicionamento social, no qual estão imbricadas as interações interpessoais e todo um processo de valores dominantes e de relações de poder, que mediam os processos de subjetivação dos trabalhadores.

No movimento de compreensão da percepção das enfermeiras sobre a forma como o trabalho está organizado, em seus contextos de atuação, identificaram-se **significações aparentemente dicotômicas** como exemplificado no relato a seguir, cujas considerações apontam para uma organização institucional do contexto 2 facilitadora de um trabalho organizado e adequado, que oferta um bom dimensionamento de recursos humanos, na qual as enfermeiras sentem-se satisfeitas, profissionalmente, com o atendimento das necessidades do paciente, mas que, por outro lado, confere uma alta exigência profissional, para o cumprimento das metas institucionais.

Aqui, consigo me organizar melhor, em relação a outros lugares. Aqui, o número de “pessoal” (enfermeiros e técnicos) é mais adequado, por paciente. Me sinto bem, aqui. Aqui, tem uma exigência muito grande, principalmente, agora, em tempos de acreditação internacional; trabalhamos com indicadores que têm um lado muito bom: o de conseguir mensurar a qualidade assistencial. Por outro lado, temos uma

superexigência. [...] Por um lado, temos facilidades, mas somos muito exigidos (Enf. 2.1).

No entanto, tais percepções podem ser analisadas, não como dicotômicas, mas relacionadas e potencializadoras de desejos de mudança, já que expressam um posicionamento crítico, frente ao instituído, ao serem reconhecidos fatores positivos da organização institucional, sem que as questões que geram certo desconforto deixassem de ser ponderadas. Tal constatação demonstra que a serialização capitalística da subjetividade não obteve a modelagem almejada, pois as enfermeiras continuam identificando situações desagradáveis e que, em algum momento, podem ser fonte motivacional para a busca por transformações desejadas.

O modo de produção de subjetividade capitalista busca a modelação dos comportamentos e significados, a partir do momento em que o profissional incorpora a forma de organização do trabalho que está instituída, como a única possível ou como a ideal, além de executar o que querem, o faz segundo as determinações emanadas da organização institucional e está sujeitando suas vontades e capacidade de criação à disciplina do poder. Nesses casos, a tendência é que sejam internalizados valores sociais e, igualmente, institucionais como quadros de referência para suas ações, comportamentos e percepções, os quais dão consistência subjetiva aos sistemas disciplinadores e de hierarquização e representam uma das funções da subjetividade capitalística: a culpabilização (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Assim, os profissionais adotam quadros preestabelecidos, pretensamente internalizados como únicos e se adaptam a sua lógica, mesmo que contrária aos seus interesses, o que decorre dessa espécie de manipulação que faz com que os indivíduos não se considerem no direito ou, mesmo, suficientemente capazes, para questionar o instituído e aceite a realidade que se apresenta.

A partir do relato de uma das entrevistadas registrado a seguir, depreende-se a internalização de uma organização do trabalho adequada que, ao que parece, dificulta a emersão da concepção de uma sobrecarga de atividades, apresentada quase que nas entrelinhas. A função da **culpabilização** consiste, exatamente, em fazer com que a profissional questione seu direito em contestar a organização estabelecida e validada pelo grupo e tenha dificuldade em expressar seus descontentamentos existenciais.

Aqui, houve uma evolução muito grande, desde que comecei, apesar de, além do cuidado, termos que fazer outras funções administrativas. Estamos muito ligados com a UFRGS, então, recebemos colegas, damos instruções, orientamos. E, com essa convivência, vemos como as coisas mudaram bastante, desde que cheguei. [...] Acho que consigo me organizar. As coisas funcionam bem. Aqui, é um número muito bom de profissionais, apesar da demanda de serviço. Aqui, temos muitas coisas. Ficamos responsáveis por muitas tarefas e você quer prestar um serviço de

qualidade, porque as necessidades dos pacientes merecem. Acaba que fazemos da assistência ao ensino. E tem muita papelada (Enf. 2.2).

O processo de culpabilização pode ser percebido em outra questão apreendida, a partir das entrevistas: **uma organização institucional (in)eficiente é geradora de sofrimento no trabalho**. Ao enfrentarem problemáticas maiores que suas capacidades profissionais e, pela necessidade de adaptar seu trabalho e moldar suas competências para dar conta do conteúdo laboral, as enfermeiras relatam vivenciar sentimentos de impotência, frustração, desgaste e incômodo:

Acho que tem muitos aspectos a serem melhorados. A gente acaba organizando mais pela questão do tempo, de tentar resolver as coisas, para não deixar nada passar, do que estar resolvendo com qualidade. Isso me incomoda bastante: ter que fazer pela metade, para dar conta de tudo. Se eu tivesse mais tempo ou menos pacientes, que eu pudesse dar uma atenção melhor, eu ia sair mais satisfeita. Saio satisfeita porque consegui fazer o que consegui fazer, mas com vontade de fazer mais e melhor. A qualidade se perde (Enf. 2.3).

Eu gosto do que faço, mas é frustrante porque tu te deparas com barreiras que tu não tens como solucionar. Por mais que tu te empenhes, não consegues. Os pacientes querem resolver seus problemas da hora e tu ficas apagando incêndio [...] e eu não acredito que vai mudar. Gerenciar tudo está cada vez pior porque não tem recurso, tu não tens autonomia; isso é desgastante. Tu atendes só o que chega, na frente, e passa (Enf. 1.3).

Desse modo, os trabalhadores da enfermagem sujeitam-se a realizar seu trabalho sem as condições necessárias, vivenciam situações de sofrimento no trabalho, mas mantêm-se resignados a essa forma de organização do trabalho e o que parece mais preocupante, por vezes, culpabilizam-se, pois se sentem responsáveis pelas carências ou precariedades institucionais. Lunardi Filho (2004, p.178), comenta que:

A culpa, na enfermagem, parece estar bastante relacionada a esse sentimento de ser responsável por tudo, muito presente na grande maioria dos seus profissionais, que lhes confere uma identificação com a instituição, ao ponto de chegarem a se confundir com determinados aspectos de sua constituição: as precariedades presentes, no trabalho, confundem-se como precariedades da enfermagem, as limitações institucionais como limitações de seus profissionais.

Assim, esse mecanismo de culpabilização, atua fazendo com que os indivíduos assumam como responsabilidade pessoal as falhas nos processos sociais e, nesse caso, estamos nos referindo a falhas na organização institucional, além de pela incorporação dos modelos preestabelecidos, embora sejam identificados mecanismos de dominação e exploração a que estão submetidos, vivenciam um sentimento de incapacidade e inferioridade que os mantém e os impede de contrariar o instituído (SILVEIRA; BRAGA, 2004).

Um exercício profissional que prioriza as demandas e fragilidades institucionais às suas competências profissionais, prejudica a identidade e valorização profissionais, além de gerar uma sobrecarga psíquica e de trabalho e comprometer a qualidade da assistência. A

enfermagem parece precisar libertar-se dessa concepção de responsável pelo todo e reivindicar e assumir seu espaço, com a delimitação e demonstração de suas atribuições.

Lunardi Filho (2004) aponta que o exercício profissional da enfermagem está estreitamente vinculado para o cumprimento de rotinas e normas institucionais. Em suas observações de campo do trabalho de enfermeiras, identificou um constante comprometimento com a organização e o provimento de recursos materiais aos demais profissionais de saúde para a execução de suas competências técnicas, para os quais as enfermeiras dispendiam significativa parte do seu tempo de trabalho. Corroborando o descrito, Figueiredo (2013) apresenta a percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o rol de atividades desenvolvidas por enfermeiras que foram observadas por esses, em detrimento de suas competências específicas, e acrescenta que incluem, principalmente, ações que visam a viabilizar o trabalho de outras categorias profissionais e que poderiam ser realizadas por profissionais do setor administrativo, como contatos com os serviços de farmácia, para comunicar falhas na distribuição de medicamentos; de nutrição, para liberar e discutir dietas; de laboratório, para comunicar pendências e solicitar resultados de exames; de internação, para a liberação de leitos e de internação.

O desenvolvimento de tais atividades ilustra como o instituído é incorporado às atribuições da enfermeira, demonstrando como o processo de subjetivação capitalista pode moldar as condutas e comportamentos e gerar processos de subjetivação de submissão e passividade, diante dos modelos instituídos. Assim, o instituído como sendo de competência da enfermeira determina as atividades que precisam ser desenvolvidas, independente de uma possível inconformidade com as mesmas:

Sempre consegui desenvolver o meu trabalho, mas, claro que sei que tem barreiras, até por conta da valorização, o que enxergam que a enfermeira tem que fazer. Porque, na realidade, nossa função é assistir o paciente, gerenciar o trabalho da enfermagem e somos profissionais que temos capacidade de diagnosticar, dentro dos nossos fazeres e propor uma conduta, uma ação, que ajude na recuperação do paciente. Sempre fiz isso. Vejo os pacientes, vejo as necessidades, mas faço de forma verbal, não está escrito em lugar algum. Cada vez fica mais desvalorizada, tenho essa percepção. Não vejo nenhum estímulo institucional para começarmos a fazer [o Processo de Enfermagem]. E temos muitas atribuições que não são nossas e a gente acaba abraçando. A instituição não dá outra possibilidade, aí, a gente não consegue (Enf. 1.1).

A organização prescrita e, principalmente, as demandas instituídas como sendo atribuição da enfermeira precisam ser questionadas e refletidas, pois, ao se permitirem viver seus processos, ao considerarem suas insatisfações profissionais, essas profissionais passam a ler sua própria situação e tal problematização lhes garantirá um mínimo de possibilidade de criação e expressão dos seus desejos. Em outras palavras, um processo de desalienação pelo

empoderamento do significado político e social do seu trabalho, o que possibilitaria a essas profissionais “pensar/questionar/ocupar os diferentes espaços de possibilidades que as levariam a resistir, enfrentar e discordar, como expressões de contrapoderes e resistências, conquistando espaço à criatividade e permitindo-se exercer sua autonomia, enquanto sujeito” (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p.96).

Os relatos de algumas entrevistadas demonstram um movimento de problematização, acerca da forma como o trabalho da enfermagem está estruturado em seu contexto de atuação profissional. A organização do trabalho no cenário institucional 1 é apontada como **limitante do potencial profissional**, sendo apresentada como um fator que incide negativamente na motivação e disposição emocional das enfermeiras para executar seu trabalho:

Teve um tempo que fazíamos a prescrição de enfermagem, fazíamos a evolução... Mas, depois, isso se perdeu. Não havia valorização, dentro da instituição: pegavam esse trabalho e colocavam no lixo. Quando fechavam as pastas dos pacientes, a parte da enfermagem ia para o lixo. Foi assim que nos habituamos, aqui dentro. Embora sendo um hospital universitário, que a academia nos cobrava isso, dizendo ser importante, a instituição não fazia isso. Houve um desgosto do pessoal, paramos de fazer. Na clínica médica mesmo, paramos, em função disso. Dizíamos: ‘vamos continuar fazendo porque nos valorizamos, então, vamos fazer. Mas chega um momento em que fazer por fazer... Porque a instituição diz para fazer ou porque tu achas que tem que fazer, mas não faz de forma correta. Então, é melhor não fazer. Então, chegou um momento que não conseguíamos pegar cada paciente, [...] daí, tu acabas prescrevendo e evoluindo alguém que tu não viste direito. Então, a gente parou. Ou tu fazes ou tu assistes. Às vezes, nem tempo dava porque tu tens que resolver mil coisas que são de cunho administrativo, que não precisaria ser um enfermeiro. Então, tudo isso foram coisas que nos afastaram cada vez mais desses fazeres, que seria nossa competência. Começamos a fazer mais subjetivamente. Até hoje faço (Enf. 1.1).

No momento em que o culturalmente instituído apresenta-se de forma rígida e fechada, qualquer movimento transformador esbarra em seus muros, que reduzem as possibilidades de sucesso ao mínimo, de modo que, muitas vezes, fica cansativo e irracional mobilizar forças e investir nos desejos de criação, resultando na acomodação ou resignação, diante do imposto. Além disso, o culturalmente instituído encontra terreno fértil em uma classe profissional historicamente disciplinada à obediência e a alienação, acostumada a seguir as regras impostas, a pouco defender suas demandas profissionais e mesmo a não desejar (BELLATO; PEREIRA, 2003; CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014).

Assim, uma organização do trabalho, que não dá margens à capacidade criativa de seus profissionais, restringe as possibilidades de realização e inovação e atribui ao trabalho um sentido de atividade destrutiva e não potencializadora das virtudes de seus trabalhadores. De modo que, predominam no cotidiano do trabalho ações de enfermagem rotineiras, que foram incorporadas à cultura institucional e, mesmo que em diferentes intensidades

individuais, às subjetividades dos profissionais como uma prática normal, apreendida e reproduzida.

A fala anteriormente apresentada suscita outra questão a ser ponderada, além da forma como a organização institucional dificulta os processos de criação e, no exemplo em questão, temos um movimento inicial de aplicação do Processo de Enfermagem no contexto 1, onde esse não é implementado, que foi abandonado, segundo o relato da participante, por não haver valorização institucional e pela sobrecarga de atividades. Essa questão pode estar relacionada à **infantilização**, outra função do modo de produção capitalístico, que se configura como uma relação permanente de dependência dos indivíduos para com o Estado, o qual pode ser representado pelas instâncias de Coordenação dos Serviços de Enfermagem ou pela Direção das instituições, que regula tudo o que se pensa e o que se faz (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Destarte, essa relação subjetiva de dependência, também pode ter influenciado para que o processo de criação iniciado fosse abandonado, em decorrência dessa necessidade de que ele fosse determinado/pensado pela figura representativa do Estado e, uma vez que essa não foi a determinação do Estado, foram priorizadas as determinações institucionais.

O trabalho da enfermagem envolve a interação de múltiplos sujeitos com suas subjetividades próprias e diferentes formas de agir/reagir, frente à modelação da subjetividade capitalística e a organização prescritiva do trabalho, as quais sejam uma relação de alienação e sujeição ao instituído e uma relação de expressão, que impulsiona a criatividade e busca por mudanças. Essa diferença de atitudes, frente à forma como o trabalho está organizado e as possibilidades de criação está entre os fatores apontados como limitantes das potencialidades dos profissionais, dentro do contexto de trabalho da enfermagem:

Começa por barreiras que não são nem institucionais. São dos teus próprios colegas, do teu grupo de trabalho e, também, nos outros horários, nos outros turnos e, para levar para a coordenação, também tem certa resistência. A parte da tecnologia está bem servida, mas, se tu quiseres melhorar no cuidado, me parece que não tem muito apoio e isso limita bastante o trabalho. Considero essa questão o principal problema. Para tu convenceres, primeiro tens que convencer os próprios colegas. Aí, os colegas questionam quem inventou essa bobagem. Depois, vêm os alunos da academia e dizem que não vão fazer isso, porque não aprenderam, assim, na faculdade. Aí, tu te frustras porque tu trazes uma coisa que é simples e que faz parte do cuidado e tu encontras barreiras da parte de todos. Aí, tu sentes teu trabalho limitado, porque tu tentas, conversas com pessoas que trabalham em outras instituições e tentas trazer coisas novas, mas, aí, tu te frustras. Aí, o que acaba acontecendo é que, no teu horário, tu consegues fazer da forma que a literatura indica, mas, nos outros turnos de trabalho, não estão fazendo (Enf. 1.2).

O contexto de atuação profissional representa um espaço, no qual o trabalhador busca expressar e concretizar seus desejos e explorar suas possibilidades, segundo o significado do trabalho e da profissão que foi construído, ao longo do tempo (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001). No entanto, no âmbito das relações interpessoais, incluindo

os contextos da prática de enfermagem, os esquemas referenciais não são definidos de forma homogênea, do que decorrem as diferentes posturas e ações, frente à lógica constituinte da organização do trabalho (AZAMBUJA et al, 2010).

Além disso, normalmente, nas organizações hospitalares, as ações de cuidado respeitam a normas e rotinas padronizadas e são direcionadas por funções instituídas e internalizadas para disciplinar e normalizar o trabalho profissional (LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009), de modo que propostas de mudanças engendram resistência e conflitos, pois visam a alterar a forma como os trabalhadores estão habituados e foram preparados/modelados para atuarem (SILVEIRA; BRAGA, 2004).

Guattari (1987) menciona que as condutas individuais e coletivas são regidas por diferentes fatores, entre os quais, relações de poder ou econômicas, no entanto, algumas dessas motivações são de difícil identificação e, a finalidade que conduz os indivíduos ou grupos a agirem de forma contrária a seus interesses permanece obscura. O autor propõe que tais condutas não sejam abandonadas por sua irracionalidade aparente, mas que sejam tratadas como matéria-prima para que se possam extrair potencialidades criativas e dar vida ao desejo (GUATTARI, 1987).

As propostas de alterações nos quadros estabelecidos de organização do trabalho da enfermagem e, logo de prestação das ações de cuidado, acabam gerando uma resistência inicial, por abrangerem diferentes indivíduos, os quais atribuem significados diferentes às situações e enfrentam de forma diferenciada as possibilidades de reestruturação/criação. Ademais, rever o instituído, pode incluir o abalo de uma aparente segurança no exercício profissional, o qual nem todos estão dispostos a priori. Assim, alterar as estruturas e atitudes de aparente conforto frente às situações, requer a estruturação de estratégias coletivas, que criem “novas máquinas teóricas e práticas, capazes de varrer as estratificações anteriores e estabelecer as condições para um novo exercício do desejo” (GUATTARI, 1987, p.174).

Figueiredo (2013) aponta como estratégia para a construção coletiva de transformações na prática de enfermagem a formação de alianças, buscando-se a discussão do trabalho institucional em grupos heterogêneos: enfermeiros, técnicos de enfermagem, estudantes, professores, entre outros, o que favorecerá o estabelecimento de possibilidades de melhoria e a reflexão da prática profissional, incitando o desejo. Já que o desejo não é apenas individual, mas se expressa nos agenciamentos coletivos mobilizadores e a singularização, a capacidade para desejar criar suas próprias referências requer uma força coletiva para sua efetivação, pois, na maioria das vezes, não ocorre individualmente (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Os espaços dialógicos são considerados estratégicos para o enfrentamento de diferenças nas relações interpessoais de trabalho, por possibilitarem a reflexão e exposição de diferentes concepções, fomentando a transformação individual e coletiva como ponderam Azambuja et al (2010, p.663):

Individuais, no sentido de as diferentes visões de uma mesma situação, quando expressas através da linguagem, revelam aspectos não percebidos e que são significativos. Assim sendo, é possível que a percepção individual, muitas vezes embasada no senso comum e em visões não críticas da realidade, possa ser modificada pelas diferentes percepções que o diálogo possibilita aflorar. Coletivas, quando, através da abertura às diversidades, o grupo chega a consensos relativos, a um ponto comum que é capaz de transformar não só as percepções individuais, mas criar uma nova percepção coletiva que poderia nortear uma ação mais coletiva [...].

Os profissionais de enfermagem têm potencial e força criativa para transformar, de forma coletiva, a organização do trabalho em que estão inseridos, no sentido de atribuir maior valorização e delimitação às suas atividades profissionais. A potencialidade transformadora da enfermagem inclui uma maior reflexão acerca da prática profissional, sua vinculação político-social, o estabelecimento de relações corporativistas entre seus membros e uma postura de sujeito desejante, em seu cotidiano de trabalho. Mas, tal ruptura com o instituído necessita estar atrelada a modificações no modo de pensar e produzir enfermagem, como bem expõe a entrevistada em seu relato a seguir:

Olha, já passei por várias fases. Já passei pela internação, quando nem tinha o Processo de Enfermagem; passei por onde já existia; por onde a enfermeira fazia tudo, o que acabava, muitas vezes, não valorizando o teu trabalho, deixando de lado a tua evolução para, de repente, pedir para consertar uma porta. Hoje em dia, já existe o pessoal do assistencial e administrativo que está cuidando disso. Mas, a enfermagem não conseguiu se soltar, se libertar de controlar tudo. Tem que ter controle de tudo. Não consegue entender que estão assumindo o que é deles... Para ela poder assumir o que é dela. E, se ela assumir o que é dela, vai ter que, realmente, ver que o Processo de Enfermagem e o diagnóstico são importantes. Vai ter tempo para valorizar (Enf. 2.6).

Destarte, para que se proceda a melhorias nos contextos de atuação profissional da enfermagem, o apontamento das mudanças necessárias não se mostra suficiente e eficiente; tais transformações precisam ser desejadas pelos profissionais em seus coletivos. Pois, a partir da força de criação que impulsiona o desejo, oriunda do desencantamento pelo instituído, que acomoda e modela os trabalhadores, é possível que se estabeleça a ruptura com as determinações dos sistemas dominantes, que vêm ditando a que e a quem a enfermagem deve se submeter e a partir do que deve orientar seu exercício profissional.

A implementação do Processo de Enfermagem representa um direcionamento para organização do trabalho da enfermagem, segundo suas atribuições, que lhe possibilita romper com o rol de atividades e demandas histórica e culturalmente instituídas como sendo de competência da enfermagem, fruto de insatisfação entre alguns de seus profissionais e fator

colaborador, se não determinante, para o comprometimento do reconhecimento e valorização da profissão. As consequências positivas de sua adoção podem ser percebidas nos dados apresentados, nos quais a satisfação com a organização do trabalho é maior entre as enfermeiras participantes do estudo que atuam no contexto 2, onde o Processo de Enfermagem está implantado.

5.2.2 Percepções sobre a visão e o posicionamento da gestão com relação ao Processo de Enfermagem

Estudos apontam como estratégias à implantação do Processo de Enfermagem sua instituição como rotina institucional obrigatória e o envolvimento e participação das chefias de enfermagem (ROSSI; CASAGRANDE, 2001; PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004). Os relatos de duas participantes, atuantes no contexto de pesquisa em que o processo é implementado, demonstram que essas estratégias foram efetivas no processo de implantação realizado na instituição:

Aqui, no hospital, o Processo de Enfermagem só aconteceu porque a coordenação de enfermagem é um cargo ligado à administração central. Iniciou porque a [nome da professora coordenadora à época] bancou isso. Mas acho que é porque ela tinha essa força para movimentar e motivar as pessoas (Enf. 2.1).

No final da década de 90, o hospital estava mudando o sistema e apareceu a chance de incluir os registros da enfermagem. Aí, a professora [nome da professora coordenadora à época] assumiu o desafio e disse: vamos instituir, no hospital, os diagnósticos da NANDA! Na época, já era obrigatório fazer a prescrição e a evolução manual de todos os pacientes. O que mudou é que passou a ser no computador e os Diagnósticos. Houve muita resistência. O maior choque foi sair do papel... Foram duas inovações: o computador e o diagnóstico... Foi um choque para quem vinha, há muitos anos, nesse hospital (Enf. 2.6).

Tal constatação nos remete a duas possíveis inferências, uma primeira, de que, incontestavelmente, quando os profissionais e a gestão unem esforços para a transformação do cenário institucional e a criação de mudanças, as possibilidades de sucesso tornam-se maiores, pois, acredita-se são ofertadas condições de trabalho, ao mesmo tempo em que não são impostas resistências institucionais formais, o que se soma aos esforços coletivos do grupo de profissionais. E uma segunda, da influência do mecanismo capitalista de infantilização, a partir da qual a implantação do Processo de Enfermagem obteve sucesso, mediante a sua instituição como rotina obrigatória.

A mediação do Estado ou de quem representa o poder institucional é percebida por algumas das enfermeiras entrevistadas da instituição 2, que relatam a existência de um

controle sobre a realização do Processo de Enfermagem e a qualidade desses registros e apontam para a necessidade de uma maior flexibilidade:

Aqui, tem que cumprir, porque tem uma pessoa que, periodicamente, avalia, vê os registros, os pacientes que têm ou não têm anamnese e exame físico. Ela vai passando e te parabeniza, se está tudo bem, se está tudo completo, ou avisa para atentar, se estão esquecendo de fazer ou tem tantos sem fazer. Então, as pessoas são cobradas (Enf. 2.2).

Vejo que são muito firmes, com relação à aplicação do Processo de Enfermagem. Acho que deveria ter um pouco de flexibilidade para trabalhar questões específicas da área. Mas, elas são firmes no processo. Bem impositor (Enf. 2.4).

A necessidade de uma maior flexibilização referida pela enfermeira pode ser interpretada como um processo de singularização, pois, embora toda a modelação processada, desde a implantação do processo na instituição, a participante manifesta uma atitude questionadora sobre a organização instituída. A partir dos relatos, é possível inferir que o processo de implantação do Processo de Enfermagem, no contexto 2, foi mediado por uma imposição institucional, aliada à oferta de condições institucionais para que esse se tornasse uma realidade. As enfermeiras participaram do processo de construção, mas esse foi desencadeado e chefiado pela instituição. Ao serem as profissionais incluídas no processo de construção, para algumas enfermeiras, a implantação foi uma produção coletiva, o que facilitou a aceitação e adesão: “Acho que, por ter sido construído, coletivamente, foi melhor aceito. Eram realizados treinamentos, para irem implantando” (Enf. 2.5). Ainda, as participantes consideram que, na instituição, “existe incentivo [...]” (Enf. 2.5), além de o Processo de Enfermagem ser: “valorizado, tanto pelo profissional quanto pelas chefias” (Enf. 2.3).

Em contrapartida, enfermeiras entrevistadas, atuantes na instituição em que o Processo de Enfermagem não está implantado, apontam como fragilidade a falta de estrutura institucional para o seu desenvolvimento, já que, por vezes, são cobradas, institucionalmente, a aplicar o Processo de Enfermagem, mas não percebem um empenho efetivo da gestão para que sua implantação aconteça e algumas, ainda, consideram que recai sobre elas a culpa das falhas, sob a justificativa que as enfermeiras não querem desenvolver o processo.

Eu acho que eles querem porque o COREN está cobrando, mas não oportunizam condições para a viabilização. É muito fácil cobrar a implantação, dizer que não fazem porque não querem, mas não é assim (Enf. 1.5).

Acho que a direção do hospital quer que o Processo de Enfermagem aconteça porque vem o pessoal do MEC e só se preocupam com isso: cobrança. O movimento que teve, foi esse que disse... Teve um pessoal do MEC que veio fazer uma visita, olharam os prontuários dos pacientes. E tinham enfermeiras nessa equipe que veio e parece que cobraram que deveria ter registros de enfermagem. Mas o que tivemos? Teve uma reunião com a coordenação de enfermagem, que nos colocou que tínhamos que fazer. Então, não é fazer porque é importante, mas porque

estamos sendo cobrados. Foi dado um modelo, que cada unidade pegava e via como ia fazer e deu. E cadê as condições? Cadê a atualização? Eles querem, realmente, construir tudo isso? Então, vamos chamar todo mundo. Tem dois enfermeiros para isso, para capacitação. Bom, então, vamos capacitar as pessoas! Para conseguirem enxergar que é cada vez mais necessário, tentar desmitificar. Depois disso, vamos implantar, de que forma? Chama as pessoas à responsabilidade, mas não de forma impositiva. Algumas unidades até estão tentando implantar. Nós, aqui, não estamos. Até nos reunimos, aqui na unidade, e combinamos de tentar, mas, dali a pouco, acontece alguma coisa que nos tira toda a vontade; aí acabamos não fazendo. Temos que construir as coisas (Enf. 1.1).

Boa parte dessas limitações está residindo na questão do querer, do estímulo e da pressão da instituição para implantação. Pois, muitas vezes, tem um grupo que diz que não pode, não pode fazer e a gestão não toca para frente. A limitação não é só do funcionário, mas, também, da gestão, dos setores como um todo. Acho que é institucional (Enf. 1.6)

Outros relatos denotam uma aparente indiferença ao posicionamento da gestão institucional, como se desconhecêssem ou como se a gestão não deixasse claro seu intuito, no que diz respeito à implantação ou à valorização que é atribuída ao Processo de Enfermagem pela instituição. Uma das entrevistadas, quando questionada sobre o movimento institucional em implantar o Processo de Enfermagem, responde: “*Não vejo nenhuma movimentação. Não sei dizer, se pretendem*” (Enf. 1.4). Outra participante descreve a posição da gestão como “*nem positiva nem negativa nem impositiva. Acho que não tem opinião a respeito*” (Enf. 1.2).

Os relatos remetem à forte influência que os mecanismos de infantilização desempenham. De modo geral, é esperado pelos profissionais um posicionamento da gestão, em outras palavras, que a organização para a implantação do Processo de Enfermagem seja mediada pelo Estado, representado pela direção da instituição e coordenação de enfermagem.

5.2.3 Formação e atualização profissional com vistas à implantação e manutenção do processo de enfermagem na instituição

Ao que parece, na formação profissional do enfermeiro, a preocupação com as competências e habilidades técnicas e científicas são permanentes, na maioria dos cursos de graduação. No entanto, a vivência acadêmica produz implicações que extrapolam essas competências e refletem na produção de subjetividade do enfermeiro.

Esses processos de subjetivação parecem, por vezes, sublimados, quando são planejadas e refletidas as ações educativas e formativas dos cursos de formação acadêmica. Ou seja, até que ponto acontece a discussão e a reflexão da necessidade de incitar nos futuros profissionais seu potencial criador e estimular a formação de subjetividades singulares e, além disso, avaliar a efetividade desse movimento? Um estudo que buscou identificar dispositivos

de produção da subjetividade, na formação do enfermeiro, observou concepções diferentes entre docentes e discentes, sobre as possibilidades de singularização da subjetividade ofertadas a estes últimos no ensino:

Para os docentes, a formação, em seus dispositivos instituídos (o projeto pedagógico e as práticas pedagógicas), já assegura uma produção da subjetividade onde o aluno é estimulado a assumir a condição de sujeito de sua aprendizagem. Embora os discursos dos discentes tenham outros olhares sobre esta intencionalidade, uma vez que eles manifestam a necessidade de aprender além daquilo que já sabido, e de aprender mediante suas próprias experiências e implicações (VIEIRA; SILVEIRA; GOMES, 2012, p.163).

Assim, o modo pelo qual essa formação é conduzida pode mediar uma produção de subjetividade que atenda à perspectiva dominante, de padronização das condutas e dos valores e de um agir profissional estereotipado e limitado à execução de técnicas, rotinas e demandas assistenciais (VIEIRA; SILVEIRA; GOMES, 2012). Ou que potencialize processos de singularização, por meio de uma vivência criadora e que estimula a iniciativa e a participação ativa dos futuros enfermeiros, menos normativa e niveladora das subjetividades.

A instituição formadora exerce influência sobre os futuros enfermeiros e detém parcela do compromisso quanto ao preparo desses profissionais. Ao nos reportarmos ao ensino do Processo de Enfermagem, a relevância da formação profissional pode ser traduzida na iniciação à temática, com possíveis reflexos na atuação assistencial, incidindo na adesão e credibilidade conferidas ao método, segundo as vivências e percepções construídas ao longo da formação. Algumas das enfermeiras entrevistadas consideram que a instrumentalização para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, adquirida na **formação acadêmica foi insuficiente para subsidiar a prática profissional**, resultando em um conhecimento limitado sobre a temática:

Esses tempos, até estava falando para algumas alunas que elas deviam nos ensinar o que é o Processo de Enfermagem, hoje, porque, na nossa época, desenvolvíamos muitos modelos. Já existiam cuidados básicos, pegávamos a parte teórica e aplicávamos. Fazíamos a entrevista, pegávamos os dados, levantávamos todos os problemas, checkup do estado físico, mental, social. Aí, traçavam-se os cuidados que íamos fazer, que é a prescrição de enfermagem, além da evolução. Essa foi a formação que tivemos e, de lá pra cá, não teve nenhuma atualização, nada (Enf. 1.1).

Um ensino do Processo de Enfermagem considerado insuficiente para subsidiar sua aplicação prática pode comprometer as motivações que circundam o interesse pela temática, pois, durante a formação, não foi instigado o desejo pelo tema e a questão foi apresentada como pertencente à esfera acadêmica, com poucas possibilidades de aplicação prática. Assim, na formação profissional, há uma produção de subjetividade em andamento, cujo direcionamento tem suas repercussões, na forma como esses profissionais irão desempenhar suas atividades assistenciais.

Ademais, a responsabilidade individual do profissional de enfermagem, prevista no código deontológico, em manter-se atualizado, é fator que merece destaque na formação desses profissionais (COFEN, 2007). Já que, não raro, enfermeiras parece eximirem-se de seu compromisso com o aprimoramento teórico necessário a uma assistência de qualidade a população e ao acompanhamento das evoluções conceituais que a profissão conquistou, por vezes, vitimando-se frente às dificuldades financeiras, em uma atualidade em que o conhecimento pode ser consumido via internet, entre outras diferentes formas, que não dispõem vultosos recursos, ou atribuindo à empresa empregadora a responsabilidade unilateral por promover seu aperfeiçoamento profissional.

A deficiência na abordagem da temática, durante a formação acadêmica dos enfermeiros, é apontada como um dos fatores contribuintes para as dificuldades, ainda encontradas, à implementação do Processo de Enfermagem (FULTON; LEITE; LIMA, 2008). Nas aulas práticas, pode-se perceber uma preocupação em adquirir habilidades técnicas, limitando a assistência a ações isoladas, que são priorizadas ao planejamento da assistência:

Só na graduação. Depois disso, nunca mais. Nem, aqui, nunca houve nenhum curso de atualização. E nós tivemos muito pouco do processo de enfermagem, quando eu fiz faculdade. A gente trabalhava muito como tarefeiro, nós fazíamos procedimentos. O processo de enfermagem eu tive muito por cima e, depois, tu levava isso para a vida profissional; eu não trabalhei com isso (Enf. 1.2).

Andrade e Viera (2005), ao pesquisarem, junto a enfermeiras, a utilização do Processo de Enfermagem, durante suas aulas práticas da graduação, constataram que 63% das entrevistadas não haviam aplicado o processo, tendo apenas recebido o conteúdo teórico sobre o tema e que 18,5% não haviam estudado sobre o assunto ou não recordavam, durante a graduação em enfermagem. No ensino e aprendizagem, algumas vezes, a aplicabilidade prática do Processo de Enfermagem fica comprometida pela ainda inexistência, em muitos dos cenários assistenciais de sua implementação pelas enfermeiras, o que prejudica a vivência de tal experiência pelos discentes. Para Carvalho et al (2007), a adoção de serviços que aplicam o Processo de Enfermagem como campo de ensino, é um dos fatores que podem favorecer a consolidação do aprendizado do método.

A diferença entre a formação acadêmica e a prática profissional foi posta como fator agravante para os limites da aprendizagem. As discrepâncias entre as situações do ensino, algumas vezes, apresentadas no nível do ideal e não identificadas na realidade de trabalho, acabam por gerar conflitos e descréditos nos estudantes e profissionais de enfermagem, no que diz respeito à aplicação do Processo de Enfermagem. O relato a seguir exemplifica a fragilidade gerada por um ensino que apresenta dificuldade em transpor a teoria e demonstrar sua aplicabilidade prática:

Nas aulas, falavam muito do Processo. Fazíamos nos estágios, mas isso era pontual, e ficava somente na esfera educativa, acadêmica. Eu percebia que não transpunha para a prática. Não conseguia ver o desencadeamento desse processo teórico, que aprendi com o contexto assistencial. Não via as enfermeiras fazendo aquilo ali. A academia estava desvinculada da prática do Processo de Enfermagem, que é o cerne da própria enfermagem como um todo. Os acadêmicos não vão acreditar, se os funcionários não fazem. É uma balela. Fica muito utópico. Isso é triste. Desvaloriza nosso trabalho. Fora, na academia, realizei cursos breves. Nas especializações, havia abordagens sobre o Processo de Enfermagem como parte do cuidado de enfermagem, mas limitados, apenas, ao campo teórico (Enf. 1.6).

O ensino teórico do Processo de Enfermagem e sua aplicação restrita à prática do ensino parece comprometerem o aprendizado do método em campos de estágio que não ofertam a experiência concreta da sua implantação, por vezes, reforçando a concepção de instrumento unicamente teórico e de pouca aplicação prática na profissão, quando deveria ser apreendido como instrumento para o planejamento e execução de tal prática. Assim, as abordagens de ensino-aprendizagem do Processo de Enfermagem ao limitarem a aplicação prática do método a exercícios teóricos pautados em discussões e planejamento de casos clínicos a posteriori, sem que os discentes visualizem o desenvolvimento das intervenções planejadas e seus resultados nos pacientes assistidos em campos de estágio, especialmente em Serviços de Enfermagem nos quais o Processo de Enfermagem não está implantado, ao que parece, vem comprometendo o aprendizado e valorização do Processo.

A literatura aponta a aplicação, predominantemente teórica do Processo, durante seu ensino na graduação, estruturada a partir de estudos de caso clínicos, desenvolvidos após o contato com o paciente ou sem que exista esse contato, como fator desencadeador da concepção dicotômica entre teoria e prática (GRANERO-MOLINA et al., 2012), uma vez que “a dinâmica de ensino não favorece a relação em tempo real entre o Processo de Enfermagem e a própria assistência de Enfermagem desenvolvida pelo aluno” (CARVALHO et al., 2007, p. 97). Ledesma-Delgado e Mendes (2009), em estudo realizado no México, que buscou compreender o significado atribuído por enfermeiras ao Processo de Enfermagem, identificaram que a forma como esse método foi ensinado na formação acadêmica, em poucos e selecionados pacientes e passo-a-passo, apresenta limitações para a aplicação na realidade profissional.

O exercício teórico prático do Processo de Enfermagem a partir da discussão de estudos de casos clínicos pode ser considerado uma estratégia complementar de reflexão, discussão de casos e construção/aperfeiçoamento do conhecimento, mas sua utilização em substituição à aplicação prática desse método na assistência aos pacientes necessita de atenção, para o quão comprometido está o processo de aprendizagem; para o quanto um ensino com tal configuração colabora para a ainda persistente resistência na implementação

do Processo nos contextos assistenciais e; para a qualidade do cuidado de enfermagem prestado pelos graduandos, já que não adotam tal instrumento de organização, coleta de dados, planejamento e avaliação da assistência.

A interação entre as escolas de enfermagem e os serviços de saúde torna-se fundamental para articular a formação acadêmica às práticas profissionais e proporcionar uma redução ou, quiçá, superação do descompasso entre o ensino e a prática de enfermagem, o que representa uma estratégia para a maior adesão e utilização efetiva do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde.

As fragilidades do ensino reforçam convicções relacionadas com o senso comum acerca da temática, quais sejam, de que representa mais um trabalho para o enfermeiro e de que não funciona:

Só na graduação e ficou lá, guardado na gaveta. Acho muito trabalhoso, complexo, nada prático. Mas acho que, a partir do momento que entrar numa instituição que já tem o Processo de Enfermagem na rotina, acaba fazendo parte, é mais fácil, não acha tão complicado e vai se habituar a ele (Enf. 1.4).

O preparo para a implementação do Processo de Enfermagem, que deveria ser iniciado na graduação, por vezes, **acontece no próprio local de trabalho**. Nesses casos, os cursos de atualização institucionais desempenham um papel formador e estimulador da elaboração do método:

Na graduação, vi pouca coisa, lá [nome da universidade]. Entrei na faculdade, em 74; nem se tinha muita coisa. Já mudou muita coisa, desde que me formei. Eu vi, na faculdade, mas não tive a oportunidade de colocar em prática e, como estudante, é diferente. Daí, vim para cá. Começamos utilizando a HORTA e a NANDA... Agora, eu trabalho com o Processo de Enfermagem. [...] Fui me aperfeiçoando, aqui no hospital, teve capacitações. [...] A instituição oferecia capacitações, mas eu estudava (Enf. 2.2).

Em contrapartida, a formação acadêmica também é referenciada como **fator propulsor do interesse e valorização da temática**:

Na faculdade, a gente era ensinada: objetivo, subjetivo e conduta. Isso já se via, na faculdade, em 82, 83, já faziam isso. Depois, fui fazendo cursos, participando de congressos e participando do Grupo de Trabalho de Diagnóstico de Enfermagem (GTDE), aqui do hospital [...]. A partir daí, fui autodidata, não fiz mais cursos (Enf. 2.6).

Minha formação para o Processo de Enfermagem foi bem boa... Foi na [nome da universidade], que valoriza o processo. Na questão da sistematização da enfermagem, ele sempre foi bem presente na faculdade e, desde os estágios, nos grupos que fazíamos, durante o curso, isso foi bem reforçado. Além da graduação, eu fiz cursos, fui atrás de algumas coisas, mas a base principal foi a graduação, que foi onde tive estímulo pra ir atrás e fazer bem feito. [...] Acho que a graduação foi a semente do meu estímulo em desenvolver o processo, porque nunca tinha entrado num hospital, entrei na graduação. Aí, nos estágios e com os ensinamentos das professoras, isso já foi colocado em prática. Ali, foi a semente... Depois, ter ido para hospitais que já tinham o processo, ajudou (Enf. 2.3).

Uma formação acadêmica que instrumentaliza o profissional para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem desencadeia o movimento do desejo, em relação à temática, o que, embora não garanta sua efetivação na prática profissional, pode representar uma forma de construção de uma subjetividade criadora, capaz de instaurar agenciamentos favoráveis à implementação do método, em contextos de trabalho da enfermagem, ao invés de ter colaborado para incorporação de significados e sentimentos contrários e de resistência ao Processo de Enfermagem, decorrentes de vivências negativas ou pouco exitosas.

A abordagem do ensino do Processo de Enfermagem é um conteúdo que necessita ser considerado e, em alguns casos, readequado pelos docentes de enfermagem no planejamento de suas disciplinas (ANDRADE; VIEIRA, 2005). O enfrentamento das possíveis dificuldades requer uma reflexão, que alerte para a possibilidade de modelos pedagógicos orientados por processos verticalizados, que podem obscurecer ou mesmo cegar para outras oportunidades, algumas mais abrangentes e participativas, que possibilitariam a readequação das abordagens de ensino.

A instalação de um processo de alteração no quadro de aparente indefinição das competências profissionais da enfermagem precisa ser iniciada, na constituição de seus profissionais, ou seja, durante a formação acadêmica, de modo a instaurar um movimento de produção de subjetividades com uma maior força de criação, mais desejantes e resistentes aos sistemas de dominação. No entanto, se o processo de formação está estruturado, a partir de dispositivos que reproduzem e reforçam os sistemas disciplinadores e normalizadores da lógica dominante, estamos fortalecendo, desde a constituição desses enfermeiros, uma perspectiva profissional que não coincide com seus desejos, que se resigna ao estabelecido e impregnado, socialmente.

Por fim, acrescenta-se que, idealmente, a formação acadêmica necessita ser aperfeiçoada pela atualização profissional, incluindo a institucional. No entanto, por vezes, a formação acontece quase que unicamente no contexto profissional e, em outras, a atualização institucional não acontece.

A minha formação para o Processo de Enfermagem, além da graduação, foi aqui na instituição. Principalmente, porque eu estava junto, construindo a implantação. Fazíamos treinamentos para ir implantando. Tivemos muitos estudos clínicos que, ainda, são feitos uma vez por mês e que a gente vê como cresceu muito essa questão do atendimento ao paciente, considerando a individualidade, o diagnóstico e os cuidados associados a esse diagnóstico (Enf. 2.5).

O que a gente sabe, é porque tu te interessas e faz leituras. Acabamos aprendendo com os próprios alunos, que nos trazem. Nunca nos atualizaram. Vou fazer 20 anos, aqui, e o que temos que ver, hoje, no Processo de Enfermagem? O que é mais importante? Quais as melhores formas? Volto a perguntar: até que ponto a instituição também se importa?(Enf. 1.1).

A partir dos relatos acima descritos, de duas entrevistadas pertencentes a contextos institucionais distintos, é possível perceber o impacto que a atualização permanente e a discussão sobre a temática na prática assistencial exercem sobre a construção do conhecimento e, conseqüentemente, sobre a produção da subjetividade do profissional, que incorpora o Processo de Enfermagem as suas atividades e o percebe como propulsor de melhorias na prática assistencial. Em contrapartida, ao não identificarem processos de aprimoramento e incentivo à implementação do Processo de Enfermagem em seus campos de atuação, por vezes, enfermeiras passam a questionar a valoração atribuída ao método em seu local de trabalho, o que embora não justifique o não exercício de suas competências profissionais, colabora para a ainda reduzida adoção do método nos contextos assistenciais.

O aprimoramento profissional direcionado à realidade institucional, em termos da organização do trabalho e das necessidades de seus profissionais, além de assegurar uma assistência mais qualificada, demonstra uma preocupação e comprometimento institucional e promove o entendimento de que seus trabalhadores são valorizados, sustentando a produção de mudanças que visam a melhorias (PIRES et al, 2013).

Além disso, as instituições formadoras e as produções científicas, personificadas principalmente pelos docentes, necessitam incluir efetivamente a suas preocupações o comprometimento com o retorno aos seus contextos de prática e pesquisa. Uma academia que busca construir mudanças em conjunto com os profissionais da prática assistencial aumenta sua inserção e demonstra seu comprometimento em produzir melhorias no contexto, afastando a percepção que alguns profissionais exibem, de que a academia insere-se nos campos de atuação prática apenas para criticar o trabalho dos profissionais, sem colaborar com melhorias para essa prática.

O resultado de investigação, que buscou analisar a concepção de docentes, discentes e enfermeiros sobre a integração entre um Curso de Graduação em Enfermagem e o Hospital campo de prática, demonstra a expectativa de cooperação que enfermeiros assistenciais depositam nos docentes, identificando que, na opinião de enfermeiros, replicados pelos alunos, estão entre as ações docentes que favorecem essa integração a promoção de cursos de atualização e o desenvolvimento de treinamentos, visando à proposição de mecanismos conjuntos de resolução dos problemas (BECCARIA; TREVIZAN; JANUCCI, 2006).

No relato apresentado, a participante: *Enf. 2.5*, atuante no Contexto 2, relata identificar a existência de processos de atualização do conhecimento e da prática profissional em seu contexto de atuação, destacando a evolução e aprimoramento conquistados no exercício assistencial a partir desses processos de aprimoramento. A estrutura organizacional do grupo

de enfermagem na instituição inclui a participação de docentes na coordenação dos serviços de enfermagem e das diversas comissões existentes, o que pode ter influenciado favoravelmente para que a atualização profissional aconteça de forma efetiva, constituindo-se, a participação ativa dos docentes nas atividades dos contextos assistenciais, mesmo que em condições estruturais distintas, em estratégia exitosa a ser replicada.

As pesquisas científicas, ao incluírem em seu processo de desenvolvimento a reflexão e explicitação das implicações específicas aos contextos de pesquisa, além das possibilidades de incorporação do conhecimento, com a aplicação dos resultados das pesquisas na prática assistencial de enfermagem, demonstram adequabilidade, pela congruência entre seus achados e a realidade pesquisada e responsabilização da produção científica.

Na especificidade das pesquisas que tematizam o Processo de Enfermagem, por vezes, é possível constatar que a reflexão das contribuições específicas da pesquisa é deslocada para a das contribuições do processo, e a relevância e aplicabilidade dos achados da pesquisa em questão parecem ser pouco discutidas. Embora a relevância do Processo de Enfermagem justifique o desenvolvimento de investigações sobre a temática, suas implicações já estão amplamente discutidas e apresentadas na literatura, e a replicação de tais questões, em substituição a apresentação das contribuições dos resultados da pesquisa, pode ser uma das causas do atual quadro dicotômico entre a produção científica e a aplicação prática, aliada à reflexão e atenção diminuídas às implicações reais das pesquisas.

5.2.4 Participação da equipe de enfermagem na apropriação, elaboração e divulgação da produção científica

Apesar da ampla discussão bibliográfica, acerca do Processo de Enfermagem, com relatos de sua implementação, apontamentos de dificuldades, estratégias e motivações para sua implantação e adoção, investigações das percepções de enfermeiras quanto ao processo (CIANCIARULLO et al, 2001; TRUPPEL et al, 2009; NEVES; SHIMIZU, 2010; ALVES; LOPES; JORGE, 2008), que destacam sua relevância para a profissão, parece que essa temática ainda não atingiu o reconhecimento e destaque merecidos no desenvolvimento das atividades profissionais. Cabe refletir as motivações para tal entrave, visando à proposição de estratégias de superação e a identificação de possíveis fragilidades, na atual forma de produzir conhecimentos, já que essa condição tem resultado em um amplo desenvolvimento teórico, mas, ainda, pouco consumido e, com aplicação prática reduzida.

Enfermeiras apontam como barreiras à utilização de pesquisas na prática assistencial a exiguidade de tempo para empenhar esforços na implementação de novas formas de cuidar; a não percepção da pesquisa como parte integrante do seu cotidiano; o pouco conhecimento sobre os resultados de pesquisas desenvolvidas e; a falta de acesso às publicações (CARROLL et al, 1997; FUNK; TORNQUIST; CHAMPAGNE, 1995).

O questionamento sobre a produção científica acerca do Processo de Enfermagem e o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema, nos contexto de trabalho das participantes, corroborou que, muitas vezes, os **trabalhos científicos permanecem apenas no meio acadêmico**. Uma das entrevistadas relata que pesquisas atuais: “*sobre o processo de enfermagem, é pouca coisa, não lembro a última que vi, aqui, no hospital (Enf. 2.4)*”, o que pode ser reiterado por outras duas falas: “*pesquisas sobre Processo de Enfermagem são poucas, aqui, só lembro-me de uma, no ano passado (Enf. 2.2)*” e; “*eu estou bem por fora. Aqui, na [nome da unidade], não vi pesquisa nenhuma (Enf. 1.2)*”.

A ampla produção científica sobre o Processo de Enfermagem parece não atingir os enfermeiros em seus campos de atuação que, embora, algumas vezes, tenham consciência de sua existência, não parecem motivados em consumir tal conhecimento, como pode ser percebido nos relatos das entrevistadas a seguir:

Não tenho contato com a parte científica de trabalhos. Algumas coisas que leio, acho que trabalham muito sobre o Processo de Enfermagem, a assistência. Existem bastante conhecimentos, não meus conhecimentos de ler tantos trabalhos, mas sei que tem bastante publicações sobre o tema (Enf. 1.4).

Tem bastante coisa. É preciso haver mais. Mas não basta ficar fechada no mundo acadêmico, se não chegar aos profissionais. O próprio profissional não está lendo sobre o que está sendo produzido, não sabe o que é o processo porque não conseguiu vivenciar, por meio da leitura. Existem muitos colegas que não conhecem o assunto. Isso mostra que os profissionais acabam se desatualizando, não há motivação (Enf. 1.6).

Cabral (2011) aponta como desafio a ser superado pelos pesquisadores da enfermagem brasileira o consumo da produção científica por seus pares para que, assim, os novos conhecimentos sejam difundidos e aplicados na prática profissional, pois esses permanecem afastados dos contextos assistenciais e, conseqüentemente, têm exercido pouca influência e sustentação ao exercício profissional. Paim et al (2010) apontam para a necessidade de desenvolvimento de estudos que enfoquem as possibilidades de materialização do conhecimento teórico produzido, visando a transposição desse conhecimento para os cenários assistenciais de enfermagem.

A forma como, por vezes, as pesquisas científicas são realizadas nos contextos assistenciais foi contestada por algumas das participantes. A Enf. 1.6 destaca que os

“profissionais que participam como sujeitos não têm retorno dos resultados e isso acaba desmotivando a participação em pesquisas”. A referida desmotivação pode ser um fator que dificulta o compartilhamento dos conhecimentos e a percepção da pesquisa e da prática como complementares, reforçando, em algumas profissionais, a ideia de que existem dois tipos de enfermeiras, as que pesquisam e as que assistem, aumentando a lacuna entre ambas. A participante sugere que *“deve haver o compartilhamento de informação, para os profissionais conhecerem as experiências e os dados levantados, tanto para conhecerem quanto para estimulá-los (Enf. 1.6)”*.

O retorno dos resultados da pesquisa é uma questão ética que precisa ser respeitada pelos pesquisadores, embora, por vezes, tal retorno não aconteça, de forma satisfatória, porque o autor não apresentou seu trabalho concluído, não publicou sua pesquisa ou porque o estudo não implicou mudanças, não causou impacto no contexto e no trabalho dos sujeitos da pesquisa. A referenciada falta de retorno dos resultados das pesquisas, em alguns casos, pode ser consequência de um comprometimento na reflexão e explicitação sobre as implicações específicas da pesquisa e/ou de uma reduzida ou implícita preocupação com os reflexos práticos à população, aos profissionais e à profissão com o seu desenvolvimento. Tais considerações direcionam para a adequabilidade da produção científica, afastando-a da massificação de estudos com pouca aplicabilidade e com finalidades pouco explícitas ou justificáveis.

A forma com que os profissionais recebem/consomem esses resultados, também, precisa ser ponderada, já que a cultura do consumo de novos conhecimentos e sua articulação com a prática parece não ser uma unanimidade entre os profissionais da enfermagem. Figueiredo (2013) relata a dupla tentativa em apresentar os resultados parciais de sua pesquisa para discussão e validação com enfermeiras, que se constituíram sujeitos indiretos de seu estudo, sendo possível a problematização com apenas 62,5% delas, pois as demais não se dispuseram, em decorrência do desenvolvimento do seu trabalho na unidade. No mesmo sentido, estudo que buscou estimular, em profissionais ligados à prática assistencial de enfermagem, o desenvolvimento de pesquisas, por meio de práticas educativas em metodologia de pesquisa, que incluíram o acompanhamento e orientação da produção científica, obteve como resultado: a elaboração de projetos de pesquisa por 81,4% das participantes e; o desenvolvimento e publicação dos resultados por 40% delas. As justificativas apresentadas para a inconclusão dos projetos e/ou seu não desenvolvimento incluíram: a dificuldade em integrar teoria e prática e na redação do projeto; a falta de tempo decorrente de questões institucionais que requeriam maior disponibilidade da enfermeira; a

falta de leitura, tanto do material disponibilizado, quanto de bibliografia relacionada com a indisponibilidade de tempo, fora do ambiente de trabalho, a dificuldade em encontrar literatura, fazer buscas em sites online e para fazer traduções (DYNIEWICZ; GUTIÉRREZ, 2005).

Assim, é preciso ponderar que o comprometimento da utilização da produção de conhecimento, por vezes, resulta de um interesse reduzido de alguns profissionais, os quais, por vezes, parecem não considerar que o processo de cuidar em enfermagem inclui a necessidade de constante atualização, para a garantia da qualidade assistencial. Mas, também, é necessário considerar que, como concluem Dyniewicz e Gutiérrez (2005), no estudo anteriormente apresentado, as políticas institucionais reproduzem o modelo dominante de gestão e, em muitos casos, eximem-se do comprometimento com a qualificação de seus profissionais, pois estão estruturadas de modo a garantir uma cultura organizacional, segundo os interesses do poder, o que dificulta o desenvolvimento e a atualização pela pesquisa, no contexto assistencial da enfermagem.

Além da problemática da falta de retorno das pesquisas desenvolvidas, outra questão apreendida, a partir das entrevistas, é uma sensação e um sentimento de que “[...] *quando o pessoal vem fazer pesquisa, parece que vem mais para criticar, para ver o que não é feito, mas não sabem que existem várias limitações (Enf. 1.2)*”, “[...] *é fácil criticar sem vir fazer, é fácil dizer que a enfermeira da [nome da unidade] não tem autonomia. Então, vem para cá (Enf. 1.4)*”!

Ao que parece, algumas comungam a percepção de que o desenvolvimento de pesquisas, em seus contextos de trabalho, exerce mais um papel de **opositor à sua prática profissional** do que colaborador e propulsor de estratégias para melhorias na assistência, a partir da produção de conhecimentos:

Olha... Vejo muito falar, mas nunca cheguei a pegar para ler. Quando alguém vem perguntar algo, é para saber: por que não fazemos? E não temos retorno de trabalhos. Sempre procuro contribuir, porque trabalho numa instituição de ensino, é minha responsabilidade, mas, nesses 25 anos que estou aqui, nunca tive retorno. E o que tive conhecimento foi, às vezes, pejorativo. Teve trabalho de professoras, aqui, que foi alunos ficarem anotando o que fazíamos, em meia hora, e eu mandava anotar que estava sentada, comendo uma bergamota... São coisas que são feitas contra a própria profissão, tu mesmo contra tua categoria, não que eu ache que tem que fechar os olhos para os problemas, não é isso (Enf. 1.1).

Na instituição, não vejo quase nada. O que vejo, como servidora, é que somos muito sujeitos [de pesquisa]. Mas, publicações vejo muito poucas. E o HU é um grande gerador de conhecimentos, basta que se trabalhe. Aí, tu vais publicar. E não vejo retorno das pesquisas que fazem, aqui dentro. Sempre prometem trazer as respostas. Já fui muitas vezes sujeito, mas não te trazem o resultado. A pesquisa mexe na questão social, tu não seres só a coletora, mas mudar a realidade. Mas, nunca vi o retorno. Acho que falta apoio da academia. Antigamente, tinha mais. O hospital era

gerenciado por professores. Aí, depois, os professores foram para a academia. Deviam pensar em retornar (Enf. 1.4).

Tal percepção agrava, ainda mais, o quadro de distanciamento entre o conhecimento científico produzido e seu consumo e aplicação prática, assim como compromete o reconhecimento da pesquisa em enfermagem, como uma atividade que possibilita à profissão e seus profissionais demonstrarem seu potencial e adquirirem reconhecimento científico e social. Além disso, a falta de interação entre as atividades assistenciais e as de pesquisa contribui para as limitações no aprimoramento e transformações da prática de enfermagem, resultando na estagnação do conhecimento, ao não ser aplicado na prática profissional (PAIM et al, 2010).

Em contrapartida, alguns relatos de enfermeiras do Contexto 2 conduzem para uma **estratégia de união entre a produção científica sobre o Processo de Enfermagem e a prática profissional**: a participação na Comissão do Processo de Enfermagem (COPE), apontada como estimuladora do contato com pesquisas sobre a temática:

Teve uma época em que fui do grupo do processo de enfermagem, a COPE. Lá, estava mais informada, pois convivia com grupo de colegas que fizeram mestrado em diagnósticos. Fizemos dois trabalhos, mas foi naquela época. Agora, estou mais afastada. (Enf.2.1).

Existem cada vez mais pesquisas na área do Processo de Enfermagem. Principalmente, na questão de diagnósticos, resultados [...]. No hospital, também, principalmente, nas intervenções. [...] Em agosto, tem o simpósio de processo de diagnósticos. E os trabalhos foram todos direcionados ao Processo de Enfermagem. Têm incentivos bem grandes. Eu faço parte da comissão do processo, a COPE, então, vejo bastante (Enf. 2.5).

A COPE é uma comissão de caráter permanente e institucional, constituída por enfermeiras representantes dos diferentes serviços de enfermagem da instituição e docentes da Escola de Enfermagem que se reúnem, quinzenalmente (PRUINELLI et al, 2011). Acredita-se que, por possibilitar um contato mais próximo entre enfermeiras assistenciais e docentes e, por fomentar a discussão sobre a temática do Processo de Enfermagem, além de incentivar a participação em eventos científicos e a produção de trabalhos científicos cooperativos entre seus membros, a participação na comissão estimula o contato e a produção científica, o que decorre dos diferentes agenciamentos coletivos que são oportunizados e do papel motivador que desempenha.

Desse modo, a existência de uma comissão responsável pela condução de questões que envolvem o desenvolvimento e aprimoramento do Processo de Enfermagem, que integra enfermeiras assistências e docentes da academia, no contexto da prática profissional, evidenciada no cenário de pesquisa, no qual o processo está implementado, pode ser

considerada uma experiência exitosa a ser reproduzida, como estratégia de integração entre a assistência profissional e a produção e consumo de conhecimentos científicos.

5.3 A IMPLEMENTAÇÃO E A NÃO IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: RELAÇÃO COM A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA.

Nesta seção do estudo, apresentam-se os resultados encontrados em atendimento ao objetivo de **relacionar a produção subjetiva acerca do Processo de Enfermagem de enfermeiras atuantes em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem**. Assim, questiona-se: como a atuação em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem incide sobre a produção subjetiva relacionada ao Processo de Enfermagem de enfermeiras?

5.3.1 Significados atribuídos pelas enfermeiras ao Processo de Enfermagem

Quanto aos significados atribuídos pelas enfermeiras entrevistadas ao Processo de Enfermagem, foi possível perceber, de modo geral, uma sintonia entre as participantes, independentemente de seu contexto de atuação, o que reforça a afirmação de que a adesão ou a negação ao Processo de Enfermagem não está atrelada ao não reconhecimento de sua importância nas atividades profissionais, mas pode ser percebida como uma questão subjetiva, na qual a enfermeira, mesmo parecendo ter consciência e atribuindo valor ao método, reproduz uma dinâmica de trabalho moldada historicamente na enfermagem e pela cultura organizacional das instituições de saúde.

Algumas entrevistadas reconhecem o Processo de Enfermagem como um **instrumento que contribui para a qualidade, integralidade e cientificidade da assistência profissional**:

Acho importante, porque, senão, tu viras muito tarefaira. A implementação do Processo de Enfermagem promove o crescimento pessoal. Tu tens que estar atualizada, tens que entender porque está sendo feito isso, saber qual a parte científica disso. Você é obrigada a acompanhar, senão fica para trás (Enf. 2.2).

Acho que é a forma que tu tens de, realmente, prestar a assistência completa para o paciente. Porque, quando tu fazes o levantamento individual de cada paciente, tu consegues satisfazer as reais necessidades. Por exemplo, em algum momento, o aspecto emocional pode ser a questão principal, naquele momento. Além disso, tu tens a possibilidade de fazer um trabalho multiprofissional, de discutir com o médico, qual a melhor conduta, decidir o que nós, como enfermeiras, podemos fazer para melhorar aquele estado do paciente (Enf. 1.1).

A integralidade da assistência obteve destaque nas falas das entrevistadas, que acreditam que a aplicação do processo “[...] possibilita atender a pessoa, na sua especificidade (Enf. 2.5)”, “visualizar o paciente em todas as dimensões [...] (Enf. 1.6)”, “ter uma visão completa do paciente [...] (Enf 1.4)”, já que “a enfermeira olha o todo, cuida de todo paciente; outros profissionais cuidam de partes, fragmentado (Enf. 2.4)”.

Tais significações vão ao encontro com o apresentado na literatura da área, na qual o Processo de Enfermagem é conceituado como uma metodologia científica de cunho assistencial, direcionada à aplicação do conhecimento científico na prática profissional, que possibilita a organização, humanização, individualização e integralidade do cuidado, conferindo qualidade à assistência prestada e uma maior visibilidade e reconhecimento profissionais (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

O Processo de Enfermagem é apresentado como um **instrumento útil para enumerar, nomear e dar visibilidade às ações de enfermagem e para organizar o trabalho profissional:**

Acho que o Processo de Enfermagem dá um objetivo ao que fazemos, pois a gente acaba realizando vários cuidados, mas, se não existe o Processo de Enfermagem, tudo fica sem nome, flutuando. Com a implementação do Processo de Enfermagem, conseguimos nomear nossas ações (Enf. 2.1).

A aplicação do Processo de Enfermagem ajuda não só a prestar os cuidados de enfermagem, mas também ajuda a desenvolver teu trabalho como enfermeira. Fora, que, se tu não aplicas, tu acabas sendo outra profissional, fazendo função de administrador, almoxarifado. Acho que o Processo de Enfermagem também ajuda a ser enfermeiro. Ajuda não só o paciente como a nossa profissão; senão, o teu trabalho não aparece, isso dá visibilidade ao nosso trabalho (Enf. 2.4).

Acho que Processo de Enfermagem significa cuidado humanizado. [...] Sua implementação significa evolução da profissão e organização. Remete a uma enfermagem que executa e avalia e, principalmente, uma enfermagem que planeja sua assistência. É uma questão de continuidade do trabalho, que tem que estar registrado e planejado (Enf. 1.6).

Eu acho que o Processo de Enfermagem seria muito importante para sistematizar o atendimento. Assim, teria uma forma de organização do atendimento. É uma forma de organização da prática profissional, até mesmo para organizar a parte operacional. Tu vê o paciente, se está apresentando alguma alteração e direciona para isso. Te dá uma visão ampla, tanto do teu serviço, como de que forma tu tens que agir (Enf. 1.3).

Assim, confere maior visibilidade às atividades profissionais, ao nomear e nortear e conferir maior ênfase para a relevância, pertinência e especificidade das ações de enfermagem. Ao não desenvolver seu trabalho profissional, a partir desse método específico para tal ou ao incorporá-lo de forma mecanizada, ritualizada e não reflexiva, a enfermeira pode comprometer a delimitação e valoração da profissão, não configurando seu papel de

responsável pelos cuidados de enfermagem adequados às necessidades dos pacientes e, por vezes, ocupando-se de atividades que não são de competência específica da profissão, para atender as demandas institucionais (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

Outras enfermeiras entrevistadas consideram o Processo de Enfermagem um importante **instrumento para a valorização e delimitação do fazer profissional, mediante o registro dos cuidados e ações de enfermagem:**

Eu, particularmente, gosto de fazer o registro. O Processo de Enfermagem... Acho que é necessário, pois é uma forma de valorização individual; tu viste o paciente, avaliaste, tem mais é que registrar, mostrar que tu viste o paciente. Não adianta só olhar e não registrar. Isso é valorização profissional (Enf. 2.3).

Eu acho que o significado, para mim, é que é importante para valorização do enfermeiro, pois vai valorizar nosso trabalho. É importante porque a enfermagem tem o hábito de fazer e não anotar. Então, é uma maneira de registrar (Enf. 1.3).

Para a profissão, é uma forma de valorização e de evitar que outros entrem em nosso espaço. Por que tu pegas a prescrição médica e vês cuidados de enfermagem. Como a gente não faz por escrito, eles fazem. Por exemplo: curativo. Digo muito que curativo é da enfermagem; quem sabe dizer a forma que tem que ser feito é a enfermeira, mas, ao mesmo tempo, não estou escrevendo. [...] Discutimos sobre o que fazer, mas onde fica escrito? Então, nosso trabalho fica muito vazio, não registramos nada. A gente faz muito. Até o que não é nosso, mas onde está dito que fazemos. Acaba que outros profissionais acabam desvalorizando nossos fazeres. É algo que precisamos ver e refletir (Enf. 1.1)

Tal concepção é replicada em outros estudos, nos quais são considerados, entre outros, como benefícios do Processo de Enfermagem: a conquista de espaço e delimitação das competências profissionais; a valorização da profissão; e a possibilidade de registro das atividades profissionais (LIMA; KURCGANT, 2006; MARQUES; CARVALHO, 2005; MENDES; BASTOS, 2003; PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

O registro da assistência de enfermagem desempenha um papel fundamental no processo de cuidado, além de servir de comprovação do cuidado realizado, demonstrando e delimitando as atribuições profissionais, possibilita a comunicação entre os profissionais e a continuidade da assistência ao paciente, confere aporte jurídico aos profissionais, fornece dados para pesquisas e serve de indicador de qualidade do cuidado prestado (CAIXEIRO; DARGAM; THOMPSON, 2008; PIMPÃO et al, 2010).

No entanto, conforme concluem Pimpão et al (2010) e que pode ser corroborado pelos relatos das participantes desse estudo, embora seja reconhecida a importância da elaboração dos registros, essa prática nem sempre é cumprida. A carência de registros escritos do planejamento e da maior parte das ações desenvolvidas sustenta uma indefinição do campo de atuação profissional, deixando florescer percepções de que o trabalho da enfermagem é

assistemático, rotineiro, tecnicista, mecanizado, imediatista ou mesmo empírico (LUNARDI FILHO, 2004; ANDRADE; VIEIRA, 2005; LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009).

Ainda, são realizados apontamentos referentes ao tempo necessário para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, apresentado como um **instrumento burocrático que demanda tempo, raciocínio clínico e organização do pensamento**.

Entre as enfermeiras atuantes na instituição em que o processo é implementado, algumas comentam que procuram desenvolver o método “[...] dentro do possível, da melhor maneira, mas tem a questão do tempo. Quer queira, quer não, é muita coisa (Enf. 2.2)”. [...] “Existe uma sobrecarga de trabalho, mas não que o processo seja ruim; falta tempo (Enf. 2.5)”. Portanto, acreditam que, além da grande demanda assistencial, é uma atividade que demanda tempo, como destaca a entrevistada em sua fala a seguir:

É uma coisa que toma tempo. Para fazer um registro com qualidade, tu tens que demandar alguns minutos da tua assistência e, às vezes, pela característica da unidade, de atender pacientes instáveis [...], tu acabas atrasando teu registro ou tens que fazer mais rápido, perdendo um pouco da qualidade dos registros. Mas não deixamos de fazer. [...] Ele chegou para o bem. É necessário, mas, às vezes, é dificultado pela característica da unidade. Às vezes, tem que ser mais rápido, mais resumido. [...] E me desagrada não ter o tempo viável (Enf. 2.3).

Já as entrevistadas atuantes na instituição em que o Processo de Enfermagem não está implantado relatam a preocupação com o “[...] tempo gasto para desenvolver o processo (Enf. 1.5)”, acrescentando que, para a viabilidade da implementação do método, há a necessidade da “[...] informatização, pois, na forma como que está na instituição, em papel, não tem condições, consome muito tempo (Enf. 1.6)” e, “[...] o tempo é complicado, tu tens que vencer a demanda (Enf. 1.5)”. Além disso, como é comumente apresentado na literatura da área, ainda persiste a percepção de que o Processo de Enfermagem afasta a enfermeira da assistência direta ao paciente, por ser mais uma tarefa burocrática a cumprir, constituído por muitos registros, alguns desses desnecessários e que demandam muito tempo (ALVES; LOPES; JORGE, 2008; LIMA; KURCGANT, 2006); seu desenvolvimento foi pontuado como **burocrático, complexo e pouco prático**, como pode ser observado no relato apresentado a seguir.

“Acho que é a burocracia dele. Não é tão prático; é complexo. Tu começa a ver o quanto não está acostumado a escrever, é trabalhoso” (Enf. 1.4).

O tempo a ser dispendido para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem é uma preocupação recorrente das enfermeiras, sendo apresentado como fator que dificulta a implantação do método, nos contextos de atuação profissional, na grande maioria dos estudos que investigaram a questão, incluindo estudos internacionais (FIGUEIREDO et al., 2006; GARCIA; NÓBREGA, 2009b; PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004;

KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006; FERNÁNDEZ-SOLA et al, 2011; GRANERO-MOLINA et al, 2012; LEMES, 2009; ROJAS; DURANGO, 2010; JUNTILA; SALANTERA; HUPLI, 2005). Essa carência de tempo comungada pelos profissionais de enfermagem, nos mais diversos contextos de atuação profissional, pode ser mais bem compreendida, se analisada sob a ótica da subjetividade capitalística, a qual incide nos modos de temporalização, impondo um tempo de equivalência que depende da organização social: não se bate o tempo, segundo os mesmos ritmos; e visa a atender as demandas produtivas dominantes (GUATTARI; ROLNIK, 2011).

Para superar essa exiguidade de tempo, podemos dizer crônica da enfermagem, é preciso, então, investir na reapropriação do sistema de temporalização profissional. Isso significa que a determinação do que deve ser produzido e em que tempo, deve ser estabelecido pelos próprios profissionais (GUATTARI; ROLNIK, 2011).

No entanto, cabe acrescentar que a priorização do tempo é facilitada pela existência de um quantitativo adequado de pessoal de enfermagem, que atenda as demandas de cada unidade e assim, subsidie a uma assistência de qualidade. Um dimensionamento adequado de pessoal reduz a sobrecarga e acúmulo de atividades de enfermeiros e fornece condições adequadas para o exercício profissional além de, representar elemento motivador ao cumprimento do legal e eticamente instituído como competência da enfermagem, constituindo-se em fator de relevância para que o Processo de Enfermagem seja implementado nas instituições de saúde. (MAYA; SIMÕES, 2011).

A Resolução COFEN 293/2004 estabelece parâmetros para o dimensionamento quantitativo do quadro de pessoal de enfermagem nas unidades de saúde, considerando a classificação da complexidade assistencial dos pacientes em relação aos cuidados de enfermagem, para a qual cita o instrumento de classificação de pacientes de Fugulin et al (FUGULIN et al, 1994; COFEN, 2004).

Por fim, a constatação de que as significações acerca do Processo de Enfermagem apresentaram consonância, independentemente, do contexto de atuação da enfermeira entrevistada, remete à multiplicidade e heterogeneidade de fatores que mediam a implementação ou a não implantação do processo, nos cenários institucionais, e que interferem na expressão do desejo dessas profissionais. Pois, embora a maioria manifeste percepções positivas e de reconhecimento da importância do método para o desenvolvimento das atividades profissionais, nem todas o adotam, logo, a análise isolada de tais concepções não fornece subsídios suficientes para a compreensão da questão.

Assim, não basta considerar o Processo de Enfermagem favorável para a valoração e delimitação das competências profissionais e propulsor de uma maior qualidade assistencial, se esse reconhecimento não impulsiona a um desejo em efetivar tais possibilidades. O desejo sempre envolve uma vontade, seja qual for ou de que natureza e “é sempre o modo de produção de algo” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p.261) tanto que Rolnik (2011, p.58) apresenta que:

Não existe sociedade que não seja feita de investimentos de desejo nesta ou naquela direção, com esta ou aquela estratégia e, reciprocamente, não existem investimentos de desejo que não sejam os próprios movimentos de atualização de um certo tipo de prática e discurso, ou seja, atualização de um certo tipo de sociedade.

O desejo, por permear projetos ambiciosos no campo social, assim como qualquer outra forma de singularização da subjetividade, é alvo de repressão do sistema dominante que lhe atribui uma concepção utópica e anárquica e busca internalizar a culpabilização nos indivíduos, por desejarem algo diferente do instituído (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Esse processo de castração do desejo instaurado pelo modo de produção de subjetividade capitalista parece ser o motivo pelo qual alguns profissionais não investem em suas concepções e continuam reproduzindo o que foi pensado e instaurado por outros como sendo sua vontade e, mais especificamente, sua competência profissional.

5.3.2 Sentimentos das enfermeiras em relação ao processo de enfermagem

Já, no que diz respeito aos sentimentos desencadeados pelo Processo de Enfermagem nas enfermeiras, foi possível identificar diferenças significativas entre as participantes, de acordo com o seu contexto de atuação. Entre as enfermeiras que vivenciam a implementação do Processo de Enfermagem, os sentimentos que permeiam o método são de **realização pessoal e profissional**, sendo percebido como uma forma de “*valorização pessoal (Enf. 2.3)*” e representando uma “*Gratificação, por ver a evolução da enfermagem (Enf. 2.6)*” ou ainda, de naturalização, como algo essencial ao exercício profissional, como apresentado no relato a seguir:

Faz parte do atendimento do meu dia a dia. Acho bom. Não consigo imaginar fazendo sem ele. É tão natural eu fazer o processo. [...] Como estou acostumada a fazer, é impossível não fazer. Fica que parece que falta um pedaço, sem todos os itens por item. Quando acontece de fazer à mão, eu busco os principais... Porque preciso conhecer o paciente. Como vou fazer diagnóstico, elaborar ou orientar cuidados, sem ter feito isso? Nesses dias, fico angustiada porque quero fazer tudo como sempre faço. Mas, no dia a dia normal, sem intercorrência, é natural (Enf. 2.5).

A expressão de sentimentos de satisfação pela adoção do processo na prática profissional, reconhecendo seu desenvolvimento como fator de realização profissional e sua posição como instrumento de desenvolvimento da assistência de enfermagem e propulsor da almejada evolução e conquista de espaço pela enfermagem denota que essas profissionais delimitaram, pelo menos internamente, as competências da enfermeira e as valorizam. Pois, embora alocadas em um contexto em que o Processo de Enfermagem está implantado como rotina obrigatória, estão sujeitas a uma cultura organizacional e profissional historicamente incorporada aos serviços de saúde e em seus profissionais, da enfermeira como responsável pelo todo e por suprir as demandas institucionais, mas resistem à modelação do instituído e desejam aplicar o processo.

Em uma das categorias de análise de um estudo que buscou identificar o significado da prática do Processo de Enfermagem para enfermeiros, emergiram sentimentos relacionados a ele, semelhantes aos expressados pelas enfermeiras desse estudo e anteriormente descritos, como pode ser observado nos trechos: “faz com que a nossa profissão cresça [...]”; “[...] como um profissional valorizado”; “o processo significa, para mim, a profissão [...]” (ALVES; LOPES; JORGE, 2008, p. 653). O que, foi reproduzido em outro estudo, o qual apresenta entre os sentimentos manifestados: o ápice do trabalho da enfermagem; papel do enfermeiro; evolução necessária e; uma vitória profissional (MENDES; BASTOS, 2003).

Destarte, os sentimentos não são uniformes. Algumas das entrevistadas compartilham sentimentos de aparente ambivalência, como descritos a seguir.

Sentimento ambivalente. Por um lado, te sente importante, valorizada, está aplicando aquilo que aprendeu na faculdade, está conseguindo exercer teu trabalho, da maneira que achas que é certo. Por outro lado, quando tu pensas no acúmulo de coisas que tu tens para fazer, no acúmulo de papéis para preencher e que tu és pouca para fazer, na quantidade e complexidade do trabalho, dá uma aflição: será que vou vencer? (Enf. 2.4).

“Acho que foi uma coisa boa para nós, profissionais de enfermagem, expõe nosso conhecimento” (Enf. 2.2). “Eu gosto de fazer, mas, quando tem mais tempo. Às vezes, complica. Acho que a presença da gente junto do paciente é muito importante e, às vezes, ficamos muito afastados, em função disso. Não tem tempo para tudo; [...] Tu ganhas de um lado, pelo conhecimento, mas, também, perde por outro lado, de estar junto, trocando um curativo, aproveitando para conversar com o paciente” (Enf. 2.2).

Uma vez que o Processo de Enfermagem representa o instrumento metodológico de desenvolvimento das atividades assistenciais de enfermagem, parece oportuno nos questionarmos sobre como esse método exerce a ação de afastar a enfermeira do cuidado ao paciente, se esse se destina justamente a esse fim? Talvez, a explicação possa estar em uma cultura profissional do fazer e a dificuldade em identificar o planejamento e o registro das ações como parte das atividades assistenciais. Ainda, a falta de tempo, algumas vezes, está

associada à mecânica dos afazeres rotineiros, instituídos e incorporados como sendo de competência da enfermagem.

Quando o Processo de Enfermagem não é vivenciado nas atividades assistenciais, pode adquirir, no imaginário profissional, uma posição de referência situada unicamente no campo teórico e, assim, transpô-lo para a prática aproxima-se de um “*um sonho profissional; um sonho distante-próximo (Enf. 1.6)*” (MENDES; BASTOS, 2003; ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

No contexto 1, onde o Processo de Enfermagem não está implantado, os sentimentos das enfermeiras entrevistadas parecem refletir as dificuldades vivenciadas no decorrer dos anos, durante os quais a temática provavelmente representou um problema, embora seja reconhecida sua importância. As repetidas tentativas, sem a efetiva implantação do método na instituição, aparentemente, resultaram em uma descrença nas possibilidades de sucesso de sua implementação:

Hoje, um problema, uma chatice. É uma pena porque, quando se fala em Processo de Enfermagem, pelo amor de Deus! Mas, no íntimo, se parar para pensar, damos valor. Deixaram que virasse um monstro, que se transformasse em um problema (Enf. 1.1).

Uma pena... Porque parece que vai chover no molhado, porque você sabe que é superimportante, que teria que acontecer, mas não acontece (Enf. 1.2).

Difícil, muitas pedras. Isso não é novo. Entrei, em 95. O que tem nesse Processo de Enfermagem que é tão difícil de ser implantado? Se é algo que teria tanto a contribuir... O trabalho é para isso: fazer a gente pensar um pouco mais amplo, organizar. Traria mais trabalho, dispor mais tempo, mas acho que é possível (Enf. 1.4).

Cada indivíduo traz consigo uma cartografia própria, um esquema referencial construído a partir de suas múltiplas vivências e das experiências, afetos e desafetos desencadeados pelas relações (ROLNIK, 2011). A constituição dessas cartografias próprias implica, igualmente, a existência de uma potência de criação, que configura sua singularidade, mediada pelos encontros ou relações e como esses são experienciados pelos indivíduos (DELEUZE; GUATTARI, 2004).

Esses sentimentos de aparente descrença nas possibilidades de uma efetivação da implantação do Processo de Enfermagem na instituição, compartilhados pelas enfermeiras do contexto 1, constituem uma cartografia construída a partir dos processos vivenciados no exercício profissional, a qual incide sobre os processos de subjetivação dessas profissionais, dificultando a emersão do desejo em implantar o processo. Assim, *a priori*, na maioria dos casos, a escolha é por investir nesse circuito fechado de sentidos, já internalizados, que neutralizam as possíveis manifestações de vontade de criar (ROLNIK, 2011).

Os processos de subjetivação que replicam territórios/realidades já existentes, nas quais existe uma crença na impossibilidade de implementação do Processo de Enfermagem representam uma Linha de segmentaridade dura, endurecida e de difícil modificação. Segundo Deleuze e Guattari (2004), os processos de subjetivação podem ser constituídos por três tipos de linhas: de Segmentaridade Dura, em que o início e o fim do segmento parece controlado e previsto, um território fechado e com posições pré-determinadas; de Segmentaridade Maleável, fixada entre as outras duas linhas, oscilando na eterna ambiguidade de tombar para um lado ou para o outro, procedendo por reterritorializações, que remetem à linha dura, ou por desterritorializações, que permitem a construção de novos territórios, remetendo a linhas de fuga e; a de Segmentaridade Flexível, considerada uma espécie de linha de fuga, que representa o rompimento com territórios já estruturados e, conseqüentemente, assumir os possíveis ônus em rachar estruturas, para proceder a uma desterritorialização absoluta e traçar novos territórios.

A implantação do Processo de Enfermagem em contextos nos quais esse ainda não é uma realidade e que possuem estruturas de trabalho sociais já fixadas requer o estabelecimento de linhas de fuga, visando à constituição de novas relações e de outras formas de perceber a situação. As linhas de fuga permitem romper com a modelação do desejo, a qual determina socialmente o que deve ser desejado, libertando o desejo da prisão dos estratos e possibilitando processos de criação (DELEUZE; GUATTARI, 2004).

A enfermagem, ao estabelecer linhas de fuga, constrói novos caminhos para o desenvolvimento de seu trabalho, diferentes dos traçados pela linha de segmentaridade dura, ou em outras palavras, fixados pelo sistema dominante e reproduzidos nas instituições, o que possibilita à enfermeira criar alternativas para um maior protagonismo profissional, no qual sejam priorizadas as competências específicas da profissão às determinações institucionais. Pereira e Mishima (2003), em estudo que descreve como a insatisfação de enfermeiras do contexto da Saúde Coletiva, com o desenvolvimento de ações prescritivas, resultou em um processo de construção e reorientação da prática assistencial, com a implantação do Serviço de assistência domiciliar, destaca a necessidade em se buscar lacunas no instituído e internalizado, que possibilitem a criação coletiva nos espaços de trabalho.

5.3.3 Percepções sobre a enfermagem, o enfermeiro e de como ambos são percebidos na instituição e no contexto social

A partir da análise das informações, verificou-se que a forma como o trabalho da enfermagem está organizado e os recursos que são ofertados incidem na percepção de **valorização pessoal, profissional e da profissão**. Quando são ofertadas condições de trabalho e as competências profissionais são claras e respeitadas, institucionalmente, os profissionais sentem-se respeitados e valorizados:

Já trabalhei em outros hospitais, mas, aqui dentro, a gente é profissional; aqui, tem uma estrutura que viabiliza que você se mostre como profissional, até porque as tarefas são claras entre enfermeiros, técnicos, auxiliares; o administrativo funciona. Aqui, me sinto valorizada. Sinto diferença de outros locais em que já trabalhei. Até porque, aqui, é hospital escola, tem outra estrutura (Enf. 2.1).

Aí fora, em outros empregos que tive, faziam-se muitos serviços que não eram de enfermeira e, aqui, faço o que cabe à enfermeira, aquilo que se aprende em faculdade. Então, eu acho que, aqui na instituição, a enfermeira é muito atuante e a enfermeira faz bem o trabalho que lhe cabe; e acho que, em parte, é relacionado à Escola de Enfermagem, por estar aqui dentro, presente. Aqui, as enfermeiras são mais valorizadas que lá fora. Porque olham para o serviço, te cobram; teu serviço tem que aparecer, a tua evolução, tua prescrição, anamnese, tua assistência ao paciente; [...]. Aqui, na [nome da unidade] eles cobram a presença da enfermeira. É porque nosso trabalho é importante. É mais um olhar, em cima do paciente. Então, acho que valorizam. (Enf. 2.4).

Em contrapartida, o sentimento de **desvalorização profissional e pessoal** pode ser oriundo de uma sobrecarga de atividades e cobranças institucionais aliadas à falta de incentivo para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade:

Acho que a enfermagem é pouco valorizada e os profissionais também não contribuem para valorizar a profissão, seja pela postura, por não divulgar... Os próprios profissionais também não se sentem valorizados, também têm sobrecarga de trabalho, é complicado para se atualizar, fazer pós-graduação, ler um arquivo sobre o que tu estás trabalhando. Às vezes, a Instituição não contribui para isso também, tu vais pedir uma licença para um congresso, [...] é complicado para conseguir uma folga, uma diária, parece que você está pedindo um favor. Eu acho que nem a própria instituição, às vezes, valoriza o trabalho do enfermeiro e o próprio enfermeiro se sente desvalorizado, desmotivado (Enf. 1.2).

A necessidade de maior valorização profissional da enfermagem é questão recorrente entre os profissionais de enfermagem, aliada à demanda por melhores condições de trabalho, Tais reivindicações precisam estar atreladas à demonstração da competência profissional em prestar cuidados de qualidade, pois, conferir visibilidade aos resultados do trabalho profissional é uma forma de atribuir valor social a esse produto (MENDES et al, 2011).

O Processo de Enfermagem possibilita a prestação de cuidados de enfermagem embasados por conhecimentos científicos, planejados e executados de forma individualizada e integrada e direcionados ao alcance de resultados, proporcionando maior qualidade e delimitação às atividades profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, valorização e reconhecimento à profissão. Tal assertiva encontra consonância nos dados das entrevistas

apresentadas, nos quais é possível apreender o sentimento de valorização do trabalho profissional entre as enfermeiras que implementam o processo de enfermagem.

Em outros estudos, a grande demanda de atividades, sob responsabilidade da enfermeira é, igualmente, apresentada como geradora de insatisfação profissional, pela dificuldade em conciliar atividades que não são de sua competência profissional, mas institucional, e o cuidado ao paciente, o qual é prejudicado por essa estrutura rotinizada de cumprimento das tarefas (SANTOS; BRAGA; FERNANDES, 2008; TRAESEL; MERLO, 2011). A falta de reconhecimento e/ou reforço de atitudes positivas no trabalho, principalmente por parte das chefias institucionais, pode conduzir para a insatisfação e sofrimento no trabalho, desmotivando os profissionais para o exercício profissional (SPRANDEL; VAGHETTI, 2012), o que pode engendrar o processo de desvalorização interno à profissão e seu exercício, relatado por uma das entrevistadas:

Acho que já tivemos momentos de muita valorização, aqui, no hospital, mas isso depende de como nós nos vemos. Você vai ser visto como você se coloca. Se os profissionais de enfermagem se valorizam, então, tu és valorizado. Acho que um grande problema que temos na enfermagem é a valorização. Até que ponto somos uma classe unida e que valoriza seu trabalho? Acho que tem muito disso, do nosso próprio olhar. Tivemos tempos fortes de união dos enfermeiros. Houve tempos que a enfermagem foi muito valorizada. Depende muito de nós. Mas tivemos tempos que nos afastamos, dividiu (Enf. 1.1).

A falta de autonomia no e para o desenvolvimento das atividades de trabalho é outra das insatisfações apontadas, conforme relato a seguir, de uma das entrevistadas do contexto 1. A percepção de um exercício profissional não autônomo parece mais saliente, se forem consideradas as atividades de cunho administrativo ou operacional (VARJUS; LEINO-KILPI; SUOMINEN, 2011), as quais, na maioria dos casos, respondem à organização que o sistema dominante impõe ao trabalho da enfermagem, em detrimento da assistência direta ao paciente, que poderia manifestar a interface autônoma do fazer profissional.

Aqui, acho que até pela característica da instituição, acho que a enfermagem tem bastante persistência; pela nossa atuação, nossa autonomia... Acho que é bastante resistente. Acho que uma coisa que dificulta bastante nosso trabalho, é que a enfermeira tem muito pouca autonomia, por exemplo, a gente fica responsável pela organização da escala, no seu turno, mas tem que passar por uma outra coordenação superior a ti e que, muitas vezes, altera o que tu fazes. Acho que é uma maneira, não digo de menosprezar, mas uma maneira de mostrar que, realmente, tu não tens tanta autonomia, assim. [...] Vejo a enfermagem muito restrita, com necessidade de ser enxergada. Aí, quando veio a nova gestão, o discurso era que toda a enfermeira do setor iria ter autonomia, mas não mudou. A coisa é muito de cima para baixo (Enf. 1.4).

O processo histórico e cultural de constituição profissional da enfermagem incorporou à profissão o caráter de dom e ao perfil profissional características como a docilidade, a obediência, a disciplina, a abnegação. Tais constituições atendem, idealmente, à lógica capitalista e, ao que parece, o modo de produção de subjetividade capitalista encontrou um

terreno fértil na enfermagem brasileira, pois, ainda hoje, embora em diferentes intensidades individuais, é possível perceber os resquícios dessa impregnação no comportamento dos profissionais e na valoração social da profissão. A enfermagem enfrenta dificuldades de ordem profissional como a baixa remuneração de seus profissionais, a falta de autonomia e reconhecimento de suas atribuições e, como fator agravante, seus profissionais parecem privados de iniciativa e expropriados do significado e da força política da profissão (CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014; LUNARDI FILHO, 2004). No relato a seguir, a entrevistada manifesta tal percepção, referenciando a pouca participação dos profissionais de enfermagem em atividades políticas e a cultura instituída de não reivindicar por seus interesses:

Valorização, infelizmente, a gente... E autoestima? Acho que é pouca. As pessoas não participam, quando vamos fazer um processo junto ao sindicato. O fato de não participarem me leva a acreditar que elas não valorizam essa profissão, 'não vou participar porque tanto faz, não vai... A gestão não quer dar...' [...] Então, eu penso, quem luta por nós? Ou seja, para mim, é a falta de valorização; fazem só as coisas que tem que fazer. Acho que, realmente, tem que acreditar no que está fazendo (Enf. 2.6).

Como enfermeiras, constituímos uma classe profissional e formamos um coletivo, mas a composição de um coletivo não condiciona a construção de sujeitos políticos. Para tal constituição, são necessários agenciamentos de singularização das subjetividades. Dessa maneira, como nos colocam Guattari e Rolnik (2010, p.42), a subjetividade circula nos grupos sociais em diferentes intensidades: “ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares”. A forma como os indivíduos vivem essa subjetividade pode ser de submissão à subjetividade ofertada, estabelecendo uma relação de alienação e opressão, ou de singularização, com a reapropriação dos componentes da subjetividade, produzindo uma relação de criação e expressão (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Destarte, a constituição de sujeitos sociais políticos perpassa pela singularização da subjetividade, processada por indivíduos dotados de força de criação desejante e vontade política para alterar os arranjos de forças organizados nos contextos de trabalho. Em outras palavras, indivíduos que questionem a inevitabilidade da permanência do instituído, que simulem possibilidades para a sua modificação e que, principalmente, sintam-se no direito de desejar essa mudança, o que possibilita, retomando o grupo social em pauta, aos profissionais da enfermagem, um maior protagonismo de seus problemas, das suas carências e demandas dentro dos serviços em que atuam.

5.4 AS CONFIGURAÇÕES DO DESEJO RELACIONADO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA

Nesta seção, discorre-se sobre os resultados encontrados em atendimento ao objetivo de **analisar a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira**. Assim, questiona-se qual a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira?

O desejo representa um movimento contínuo de desencantamento, que engendra resistências e questionamentos ao instituído, em decorrência da emersão de novas formas de expressão. Essas novas formas de expressão podem ser traduzidas em novos afetos, novos significados, produzidos por novos encontros ou pelos mais diversos fatores que podem levar à incitação do desejo de criação, os quais não encontram espaço nas representações disponíveis ou, em outras palavras, nos territórios constituídos (ROLNIK, 2011).

De acordo com Rolnik (2011), toda a produção de desejo no campo social acontece por meio do exercício ativo e emaranhado de três linhas abstratas ou movimentos de formação do desejo. Tal movimento é influenciado pelos diferentes modos de subjetivação, mas são as diferentes estratégias de entrelaçamento dessas linhas as responsáveis pela constituição ou não, de novos modos de subjetivação (GUATTARI, 1987).

Assim, os três movimentos de produção do desejo, não acontecem segundo uma ordem fixa; o exercício ativo das três linhas abstratas, imanentes entre elas, se organiza segundo os investimentos do desejo. A primeira linha marca o movimento de desterritorialização. No qual, novos sentidos de vida, sentimentos, afetos, significados, entre outros, escapam ao controle do indivíduo, traçando linhas de fuga, pois esses novos sentidos não conseguem expressão nos territórios em que, até então, nos reconhecíamos. Um processo invisível e inconsciente, que desindividualiza o indivíduo e desencadeia processos contínuos e ilimitados (ROLNIK, 2011).

A segunda linha representa um movimento de simulação, que oscila entre duas faces: *“uma face na intensidade (invisível, inconsciente e ilimitada) e, outra na expressão (visível, consciente e finita)”*. Assim, esse movimento de simulação, *“faz um vaivém, um duplo traçado inconsciente e ilimitado”*, um é o trajeto do movimento de territorialização: *“da invisível e inconsciente produção de afetos, para a visível consciente composição de territórios”*, e o traçado inverso, é o do movimento de desterritorialização: *“do visível, consciente, dos territórios, para o invisível, inconsciente, dos afetos escapando”* (ROLNIK,

2011, p.50). Esse segundo movimento, por seu caráter de dupla face e por constituir sua trajetória em um plano instável, parece originar uma ambiguidade inata em seus processos de constituição. Por um lado, pode resultar no desencantamento com o instituído e fazer desabar os territórios previamente estabelecidos, o que gera uma sensação de crise, pela perda de sentido, pelo desconhecido; mas por outro, pode ocasionar a migração em direção ao encantamento, no qual um território ganha novamente sentido, credibilidade, em decorrência da angústia gerada pelo movimento de simulação e busca pela sensação de familiaridade, de alívio. Desse modo, no movimento dessa linha há sempre uma angústia por extinguir sua ambiguidade inerente, o que mudam são as formas de enfrentamento, ou seja, o que difere são as estratégias do desejo (ROLNIK, 2011).

Já a terceira linha caracteriza-se pelo movimento de organização dos territórios, no qual a consciência cria um plano de organização aos sentidos de vida, sentimentos, afetos, significados. Um plano estável constituído por uma linha enrijecida, de segmentação dura, que em seu traçado forma territórios bem estruturados. A mais, além de consciente e visível, essa linha é finita, pois mais cedo ou mais tarde os territórios se tornam obsoletos e findam (ROLNIK, 2011).

O movimento de constituição do desejo corresponde às “estratégias de formação de cristalizações existenciais que vem a ser, exatamente, o desenho de novas configurações no campo social” (ROLNIK, 2011, p. 58). Desse modo, o desejo é propulsor da construção da realidade social e os movimentos de atualização de práticas ou discursos no campo social correspondem a investimentos do desejo (GUATTARI; ROLNIK, 2010; ROLNIK, 2011).

Destarte, um desvelamento da compreensão acerca do Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira, considerando a análise dos movimentos do desejo, possibilita uma maior sustentação à proposição de alternativas de singularização da subjetividade e de incitação de espaços de criação, uma vez que a configuração dos contornos da realidade profissional resulta dos investimentos do desejo, em seus movimentos de criação coletiva, aos quais correspondem tanto os processos de implantação quanto o reconhecimento e a valorização do Processo de Enfermagem.

O processo de implementação do Processo de Enfermagem, a partir dos relatos das enfermeiras participantes do estudo, envolve a **incitação da força de criação do desejo e o investimento na constituição de espaços de expressão**. O despertar do desejo em implementar o Processo de Enfermagem e a efetivação dessa vontade parecem ter como principais mediadores a organização institucional e a instituição do Processo de Enfermagem como rotina de trabalho. Em suas falas, enfermeiras atuantes no contexto de pesquisa em que

o processo é implementado expressam a mediação do seu desejo pela organização institucional e acreditam que sua vontade em adotar o processo seria outra, em uma instituição que não tem esse método implantado:

No início, a gente fazia. Tudo era uma coisa diferente. Agora, já faz parte. Mas acho que, se, na instituição, não tem implantado, a gente acaba se acomodando, se desestimula. Tu fazes as coisas do teu ambiente. Mesmo sabendo que existe, tu não irias estudar e ficar em cima, aprendendo, vendo. No início, não foi fácil. Hoje, é natural (Enf. 2.2).

Acho que a vontade não seria a mesma. Acho que é a organização, daqui de dentro, que faz o processo ser bem natural. É porque a instituição permite e incentiva, principalmente, o grupo de enfermagem, que é ligado à escola de enfermagem. Nunca pensei o contrário, em não fazer. No início, a gente estranha. Tem coisas que tem que se adaptar, mas dá para fazer, depois melhora (Enf. 2.5).

As transformações macropolíticas processadas pela organização institucional ao ofertar possibilidades para a realização e incitar o desejo em implantar o Processo de Enfermagem, possibilitaram a produção de transformações micropolíticas nos processos de subjetivação. A partir do momento em que as enfermeiras experienciam diferentes formas de organização do trabalho ou outras relações profissionais, seus territórios existenciais são alterados e seus investimentos são redirecionados, pela necessidade de atualização da prática profissional. Ao reportarmos-nos à implementação do Processo de Enfermagem, embora em alguns casos o desejo exista previamente, tendo sido mediado pela formação profissional ou por diversos outros fatores, a força de criação do desejo é favorecida por um contexto que privilegia sua expressão:

Desde a graduação, a parte do registro sempre foi valorizada. Me formei, em 2002, entrei, aqui, em 2008, e, aqui, sempre foi mais valorizado que em outros locais que trabalhei. Mas, independentemente de não ser valorizado ou trabalhado, eu sempre fiz questão de fazer o registro, nos outros ambientes do trabalho; sempre tive essa visão, que é a valorização: eu vi o paciente, eu tenho que registrar o que eu vi. Se eu tivesse ido, primeiramente, para um hospital onde não houvesse o Processo de Enfermagem, talvez, essa semente não brotasse, talvez, não ia me estimular... ia cair no esquecimento. Mas, como fui para instituição onde tinha, não tão valorizado como aqui, mas, ao menos, fui praticando. Acho que é uma vontade intrínseca, pessoal, particular... Claro que o hospital colabora, tem o estímulo para continuar fazendo, mas, se eu fosse para uma instituição onde não tem, de repente eu ia querer me meter a iniciar, estimular a fazer naquela instituição (Enf. 2.3).

No entanto, o destino da força de criação, nem sempre é a constituição de novas formas de expressão, podendo reproduzir e fortalecer o mesmo sistema de hierarquização de sentidos e valores, pois a potência criadora dos indivíduos vem sendo esterilizada, desde a infância, pelo sistema de modelação capitalista. Os territórios existentes são reproduzidos como únicos, mesmo que obsoletos, em processos de simulação esvaziados de sentido, que permitem a homogeneização dos territórios e a boa funcionalidade do sistema (ROLNIK, 2011). Um movimento de produção do desejo, no qual:

[...] há uma nítida supervalorização do primeiro movimento, o da desterritorialização, e do terceiro, o da representação e dos investimentos de interesse. E há uma desvalorização do segundo movimento, o das intensidades, buscando simular-se, e dos investimentos do desejo (ROLNIK, 2011, p. 92).

Assim, a captura do desejo pelo modo de produção de subjetividade capitalístico não acontece por meio da repressão. Ao contrário, segundo o sistema capitalista, somos todos trabalhadores 'livres' e a liberdade de criação, além de ser bem recebida, é incitada em nossa sociedade. A captura procede no investimento do desejo, ou seja, o movimento de criação, ao invés de impulsionar a desterritorialização do instituído e a produção de novos territórios, alimenta a reprodução dos mesmos territórios padronizados (ROLNIK, 2011).

Essa configuração dos movimentos do desejo desvela a existência de **instrumentos de captura do desejo**, como pode ser percebido no relato a seguir, no qual a enfermeira entrevistada atua no contexto de pesquisa, em que o Processo de Enfermagem está implantado. Adota-o, mas manifesta a existência de um desejo de mudança e sem que tenha investido em uma simulação para tal desterritorialização, ou seja, pensado possibilidades para a expressão de sua vontade, retoma os territórios já constituídos e padronizados:

Tenho vontade. Mas tenho vontade de fazer aquele processo que comentei, voltado para minha área. Daria mais sentido para o meu trabalho. Mas nunca fiz nada para tentar mudar, realmente (Enf. 2.4).

Os espaços de construção coletiva abrigam, de forma inata, grupos com motivações distintas, constituídos por sujeitos assujeitados ou alienados, que aderem ao instituído e sequer simulam situações diferentes das vivenciadas e; os compostos por sujeitos desejantes, imbuídos de vontade de alterar o instituído, na busca por produzir melhorias nos contextos vivenciados, que permitam a expressão das intensidades de seus desejos (GUATTARI, 1987).

A despreensão em adotar o Processo de Enfermagem, expressa no relato a seguir, por não ser uma rotina institucional, embora não exista uma resistência consciente, em relação a esse instrumento de trabalho, pode ser percebida como resultado desse processo de **alienação**:

Não está na rotina, não está nas normas, não está institucionalizado. Vai ser uma ação isolada. Não me vejo sozinha, desenvolvendo o Processo de Enfermagem. Nunca pensei em organizar o Processo de Enfermagem, aqui. Tenho que pensar. Estou bem aberta para o Processo de Enfermagem. Mas vou te dizer que não tinha vontade. Não sei, nunca foi despertado esse desejo. Não fui instigada, nunca passou pela minha cabeça. Mas acho que, a partir do momento que tu entras numa instituição que já tem o Processo de Enfermagem como rotina, acaba fazendo parte, é mais fácil. Tu não achas tão complicado e vais te habituar a ele (Enf. 1.4).

Uma organização institucional que não estimula a força de criação e não fornece condições para a instalação de melhorias, muitas vezes, apenas exigindo de seus trabalhadores, favorece a formação de profissionais ditos acomodados, mas, algumas vezes,

são sujeitos que não encontram espaços de expressão ou perdem suas forças pelas repetidas vezes em que esbarraram no muro do fracasso e da falta de apoio.

Acho que o que dificulta a implantação do processo é que seria uma coisa a mais, uma nova maneira de atender, assistir. As pessoas têm vícios, acabam se acomodando, não querendo mudar, não querendo o novo. As pessoas têm uma resistência muito grande para o novo. Mas seria viável... Faz dez anos que cheguei aqui. Tinha muita vontade de mudar, de participar. Lembro-me de sugerir reuniões entre enfermeiras do setor, uma vez por mês, mas o pessoal é muito acomodado, estagnados naquelas rotinas. Parece que se sentem ameaçados com o novo que está chegando, com ideias novas que vão chegando. As coisas foram muito barradas. Toda ideia que eu trazia, não era bem vinda, era barrada. [...] Lembro que, quando vim para cá, eu pensava em fazer curso de especialização em [nome do curso], até porque fui alocada aqui, quero saber mais. Mas muito pouco incentivo... Aí, o meu desejo por mudanças foi murchando por não ter apoio, pela falta de valorização das colegas e, mesmo das colegas do setor (Enf. 1.4).

Os sistemas de organização social, instituídos pelos sistemas de dominação, acabam sendo incorporados pelos indivíduos, o que os impulsiona a uma cumplicidade às formatações repressivas, que os levam, mesmo que inconscientemente, a exercer o controle e a repressão sobre si mesmos. Esse culto à obediência é construído ao longo da história social e individual dos sujeitos e a mudança de tal condição depende da emergência do desejo de desobedecer, o qual é concebido, pelos sistemas de dominação, como vergonhoso e imoral, pois não se enquadra em suas normas. Desse modo, o enfrentamento das situações opressoras, por meio do desejo em fazer diferente, pode ser reprimido duplamente, ou seja, pelo sistema e pelo próprio indivíduo (GUATTARI; ROLNIK, 2010; LUNARDI FILHO, 2004).

Essa resistência a mudanças pode significar uma necessidade por espaços de segurança, a partir de referenciais sociais já instituídos (PEREIRA; MISHIMA, 2003), aos quais essas subjetividades imprimem uma espécie de aderência, como se estivessem encantadas/aprisionadas (ROLNIK, 2011). A organização instituída do trabalho da enfermagem representa um território já construído e seguro, o que explica a resistência de alguns profissionais a processos que visam a produzir mudanças no modo de fazer da enfermagem, mesmo que essas sejam revertidas em melhorias na qualidade da assistência e no reconhecimento profissional.

A sobreposição do desejo de mudança a esses processos de resistência é condição essencial para que se construam novos empreendimentos (PEREIRA; MISHIMA, 2003). No relato a seguir, a entrevistada comenta o processo de incitação do desejo e de emersão das formas de expressão, sem os quais, ela acredita, estaria aprisionada à repressão do desejo, procedendo a simulações esvaziadas de sentido, em territórios já constituídos:

Houve um grande incentivo. [...] Senão, eu estava na mesmice de sempre, na unidade. Acho que é isso que acontece com as enfermeiras. Elas acabam entrando na rotina e esquecem de procurar melhorias, falta injeção. Na época, tinha muita injeção e, isso fez com que muita gente voltasse a estudar [...](Enf. 2.6).

Guattari (1987, p. 177) propõe a “conectar uma multiplicidade de desejos moleculares”, para que se interfira ativamente nas máquinas de poder dominante. A construção de mudanças, a exemplo dos processos de implantação do Processo de Enfermagem, adquire maior força de criação, quando realizados e idealizados coletivamente (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009). No relato a seguir, uma das participantes compartilha sua reflexão sobre a força de expressão de movimentos desejantes, por meio de processos de simulação coletivos:

Há pouco tempo, teve a questão da UTI pediátrica, que tinha que ser aberta. Aí, nos reunimos, as diferenças sumiram, porque, ali, somos profissionais iguais que querem construir. Creio que não exista um profissional de enfermagem que não queira construir alguma coisa, mas, individualmente, não consegue. O sistema, a estrutura não te permite, te coloca em conflito. Mas, quando tu sentas numa mesa e fala sobre a enfermagem, aí, os problemas internos somem (Enf. 1.1).

O desejo atua em nossas relações, produzindo-as e, conseqüentemente, sendo produzido, e flui através delas (GUATTARI, 1987). Os movimentos do desejo resultam em uma produção do real social, o desejo é produção social, essa é uma das condições que dá consistência para a sua expansão e sustentação para a sua existência. Quando a representação do desejo é condicionada como interna ao indivíduo, a maior parte de suas conexões é boicotada, assim como são limitados seus agenciamentos (GUATTARI; ROLNIK, 2010; ROLNIK, 2011).

O relato que segue, remete a uma configuração do desejo com **potencial para acolher os três movimentos do desejo**. É possível observar o traçado da linha de fuga, em um primeiro movimento de desterritorialização, já que o desejo de criação não encontra expressão nos territórios constituídos, e um segundo movimento de investimento no desejo, com a simulação das condições necessárias a sua efetivação. Já, para que o terceiro movimento aconteça, são necessárias condições que possibilitam sua criação e, como comumente esses impasses permanecem até que algo rompa o cerco ou até que as condições sejam outras, o mais frequente é recalcar o desejo, até que sua expressão seja possível, ou seja, a constituição de um novo território (ROLNIK, 2011).

Tem momentos que me aflora a vontade de querer fazer. É quando tu paras para falar com alguém que trabalha com isso ou quando da busca, como quando buscava o mestrado. Porque tu imaginas: falar na academia, na sala de aula sobre o Processo de Enfermagem, trazer aqui no hospital e não está aqui. Minha proposta era fazer um mestrado profissional que teria o trabalho direcionado. [...] Algo para colocar em prática. Nós, que somos formadas para a assistência, temos essa necessidade. E as colegas concordaram, íamos trabalhar o monstro de outra forma, e deixar esse legado (Enf. 1.1).

Em outras palavras, é possível perceber a existência do desejo de implementação do Processo de Enfermagem e o processo de simulação das possibilidades que viabilizariam a

sua implantação. No entanto, ao não serem encontradas as condições consideradas necessárias à sua efetivação, o desejo que aflora, novamente recalca, e o movimento de desterritorialização, embora não encontre espaço de expressão nos territórios existentes, não concretiza a constituição de um novo território e retoma os existentes. O desejo recalçado permanece até encontrar ou produzir as condições para a sua expressão ou até a sua morte.

A condição macropolítica apontadas por enfermeiras do contexto 1, como **fator principal que impossibilita a expressão do desejo**, é a forma como o trabalho está organizado na instituição:

Atualmente, a organização institucional incide negativamente. As relações estão muito ruins. Não existe um movimento de valorização. [...] Estivemos em greve. Aí, queríamos aproveitar a greve para construir um modelo de administração mais participativa, fazer uma representação de enfermeiros, mas... Se eu tivesse o apoio da administração, acho que seria a primeira a construir e mudaria, mesmo estando há quinhentos anos fazendo de outra forma (Enf. 1.1).

Seria ótimo implantar o Processo de Enfermagem, mas, na Clínica, por exemplo, como é que tu vais implementar se, às vezes, tu ficas sozinha com 45 pacientes e 5 técnicos, e pacientes crônicos dependentes. Tu passas fazendo trabalho de tarefeiro; tu ficas apagando incêndio; ocupando teu tempo, ao telefone, resolvendo questões com o serviço de apoio: farmácia, lavanderia, o que ocupa muito teu tempo. Seria ótimo fazer registros, controles, mas não tem como, não tem. Eu acho que algumas pessoas ainda têm a vontade; mas a maioria não dá credibilidade. Tipo, já que não vai adiante, não vou nem me empenhar. Deixa a vontade guardada. Já que não vai dar certo, não vou nem me envolver. Tu tentas fazer as coisas, a sistematização valoriza o trabalho do enfermeiro, mas a maioria dos enfermeiros não quer abraçar (Enf. 1.2).

Eu acho que, se fosse melhor organizado... Tivesse melhores condições. Claro que as pessoas querem tudo direitinho, bonitinho, só que tu trabalhas, de acordo com a realidade que te oferecem. Aqui, a gente só apaga fogo. Como que tu vais querer implantar uma coisa que tu sabes que vai te dar trabalho para fazer? Demanda tempo, com a correria que é aqui. Isso desmotiva. Tem que ter mais gente trabalhando para desenvolver, implantar, porque com pouca gente fica difícil (Enf. 1.5).

Uma organização do trabalho institucional que não dá margens à criatividade, seja por uma lógica de gestão pouco flexível ou pela falta de estrutura, imobiliza seus profissionais (SOUZA; LISBOA, 2006). Assim, as tentativas de expressão do desejo esbarram em questões institucionais, como a falta de condições: materiais e humanas e a falta de apoio das chefias, o que, por vezes, resulta em um quadro de aparente acomodação profissional à rotina, mas é fruto de uma insinuação fracassada do desejo. Essa insatisfação com a estrutura institucional, a qual não oferta condições para a implementação do Processo de Enfermagem, engendra sentimentos de frustração e desmotivação pessoal e profissional pela falta de subsídios e perspectivas de melhora no quadro.

Segundo Dejour (1992), uma organização do trabalho que não permite a realização dos projetos e desejos de seus profissionais é fonte de sofrimento individual e, mesmo

coletivo. O sofrimento é uma vivência subjetiva, assim, os mecanismos de defesa e adaptação às situações desencadeadoras são construídos individualmente e, em situações coletivas, como nas vivências do trabalho, podem resultar na comunhão de esforços para a formulação de estratégias coletivas de enfrentamento (SOUZA; LISBOA; CRUZ, 2007).

Destarte, de acordo com os relatos, a organização institucional incide de forma significativa sobre o desejo relacionado ao Processo de Enfermagem, seja incitando-o e ofertando condições para a sua expressão; seja impossibilitando sua expressão, pela carência de condições adequadas de trabalho, falta no quantitativo de profissionais, acúmulo de funções de ordem instituída pela enfermeira, falta de apoio e incentivo da chefia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, evidenciou-se que **diferentes fatores mediam a produção de subjetividade das enfermeiras e, conseqüentemente, sua relação com as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem**. Todavia, a **organização institucional** mostrou ter influência preponderante sobre os processos de subjetivação. A organização institucional e o **posicionamento da gestão** em relação ao Processo de Enfermagem demonstraram relação direta com a implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem no contexto assistencial.

Na instituição em que o Processo de Enfermagem é implementado, a organização institucional é percebida como facilitadora de um trabalho de enfermagem organizado, reforçando o efeito positivo da adoção do método para o desenvolvimento das atividades assistenciais de enfermagem. Em contrapartida, no contexto em que não há a implantação do método, tal organização é considerada ineficiente e geradora de sofrimento no trabalho, além de limitante do potencial profissional, por incidir negativamente na motivação e disposição emocional das enfermeiras para executar seu trabalho.

A busca pela compreensão da forma de organização institucional do trabalho e como esta é percebida, possibilitou apreender o significado que os profissionais imprimem à sua prática e ao seu contexto de trabalho. A mais, o cenário institucional de trabalho e os mecanismos de sociabilidade exercem uma influência modeladora na constituição dos profissionais, por constituírem-se em processos mediadores da produção de subjetividade.

Com referência ao posicionamento da gestão em relação ao Processo de Enfermagem, no contexto em que este está implementado, corroborou-se que a instituição do processo como rotina institucional obrigatória e o envolvimento e participação das chefias de enfermagem são fatores considerados fundamentais para o sucesso dos processos de implantação do método, enquanto que, na instituição em que o Processo não está implantado, a falta de determinação e vontade das chefias para sua implantação é apontada como fator dificultante.

Assim, indiscutivelmente, quando os profissionais e a gestão somam esforços em projetos de transformação da prática, as possibilidades de sucesso são maximizadas, por motivos como a oferta de condições de trabalho necessárias, a inexistência de resistência institucional formal e o mecanismo capitalista de infantilização, caracterizado pela necessidade de mediação/valorização dos processos pelo Estado, no caso, representado pela direção ou coordenação de enfermagem das instituições. De modo geral, identificou-se que a

maioria dos profissionais manifesta uma posição de espera de posicionamento da gestão, em outras palavras, que a organização para a implantação do Processo de Enfermagem seja mediada pelo Estado.

Outros fatores abordados nesse estudo como mediadores da produção de subjetividade de enfermeiras foram a **formação e atualização acadêmica e a produção científica**. A formação acadêmica sobre a temática do Processo de Enfermagem, quando aliada a campos de prática nos quais o método não é implementado, foi apontada, de modo geral, como insuficiente para subsidiar a aplicação prática do método, sendo a diferença entre o aprendido na academia e a realidade assistencial posta como fator agravante para os limites da aprendizagem, os quais incidem sobre a motivação das profissionais em adotar o Processo de Enfermagem no exercício profissional. A atualização profissional, quando existente na instituição, favorece uma produção de subjetividade direcionada à incorporação e valorização do Processo de Enfermagem como parte das atividades profissionais, mas ainda parece haver uma acomodação dos profissionais com relação a sua parcela de responsabilidade no aperfeiçoamento profissional, por vezes, apontando a instituição empregadora como única responsável por tal atualização. E a apropriação da produção científica acerca do Processo de Enfermagem parece exercer pouco impacto na produção das subjetividades das enfermeiras, já que é considerado como pertencente apenas ao meio acadêmico.

Assim, percebe-se a relevância e a necessidade da emergência de subjetividades singulares na enfermagem, dotadas de postura política, crítica e inovadora, imprescindíveis para o rompimento com a servidão às normas e rotinas. As estruturas de formação acadêmica carecem remover da centralidade a execução, quase que mecânica, de atividades práticas e, investir na produção da subjetividade dos profissionais, exaltando a necessidade de valorização das atribuições da profissão, de criação de possibilidades de mudanças e de posicionamento dos profissionais de enfermagem como responsáveis pelo desenvolvimento e visibilidade da profissão.

Já com relação à **atuação em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implantação do Processo de Enfermagem**, identificou-se que tal diferenciação incide diretamente sobre a produção subjetiva de enfermeiras relacionada ao Processo de Enfermagem. Embora os **significados atribuídos**, pelas enfermeiras entrevistadas, ao Processo de Enfermagem tenham apresentado sintonia, independentemente de seu contexto de atuação; o que reforça a afirmação de que a adesão ou a negação ao Processo, não está atrelada ao não reconhecimento de sua importância nas atividades profissionais, mas pode ser percebida como uma questão subjetiva, na qual a enfermeira,

mesmo parecendo ter consciência e atribuindo valorização ao método, reproduz uma dinâmica de trabalho moldada pela história da enfermagem e pela cultura organizacional das instituições de saúde.

Os **sentimentos desencadeados pelo Processo de Enfermagem** nas enfermeiras apresentam diferenças significativas entre as participantes, de acordo com o seu contexto de atuação. Entre as enfermeiras que vivenciam a implementação do Processo de Enfermagem, os sentimentos que permeiam o método são, em sua maioria, de realização pessoal e profissional, já as participantes do contexto em que o processo não é implantado manifestam sentimentos de descrença nas possibilidades de sucesso de sua implementação. Assim como a **percepção sobre o enfermeiro e a profissão** na instituição, que vai de valorização pessoal, profissional e da profissão para a desvalorização profissional e pessoal e falta de autonomia na atuação profissional.

E no que concerne às **configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira**, identificou-se um movimento de **incitação da força de criação do desejo e o investimento na constituição de espaços de expressão**, mediado pela organização institucional do contexto 2, ao instituir o Processo de Enfermagem como rotina institucional e estimular o seu desenvolvimento; o desvelamento de **instrumentos capitalísticos de captura do desejo**, na instituição em que há a implementação do método, a situação organizacional do trabalho da enfermagem é apresentada como ideal, dificultando a emersão de desejos de mudança; a **alienação** decorrente da ausência de desejo em implantar o método por não ser rotina institucional no contexto 1; a organização institucional, no contexto em que o Processo de Enfermagem não é implementado, como fator que **impossibilita a expressão do desejo** e; o **potencial para acolher os três movimentos do desejo** manifesto pelo desejo da implantação e pela simulação de possibilidades, mas recalcado pela presença de instrumentos dificultantes da expressão do desejo e falta de condições necessárias à sua efetivação.

A partir dos achados desse estudo, é possível inferir que a organização institucional incide diretamente nas configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem, assumindo um papel sobressalente ao desejo de delimitação e valorização das atribuições profissionais. É necessário ponderar que um exercício profissional que atribui centralidade às demandas e fragilidades institucionais prejudica a identidade da profissão e dificulta a emersão do desejo de mudança, pela modelação impressa aos seus entes.

Ainda, tal forma de atuação, baseada no cultural e institucionalmente posto como atribuição da enfermeira, parece, por vezes, ser percebida como uma opção e não como uma

determinação organizacional para o trabalho, sublimando as reais motivações para tal postura e um processo de negação, que a protege de possíveis abalos que a mudança e o desconhecido podem provocar, ao alterar uma aparente posição de segurança no exercício profissional.

Nesse sentido, a tese formulada e defendida foi comprovada: *as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem possibilitam identificar questões subjetivas que permeiam as condutas e as percepções das enfermeiras, sendo os modos de produção de subjetividade condicionados pelos contextos de trabalho, de modo que a implementação ou não do Processo de Enfermagem, como instrumento de organização do trabalho da enfermagem, incide sobre tais perspectivas.*

Os achados desse estudo corroboraram que a implementação do Processo de Enfermagem confere às enfermeiras maior satisfação pessoal e profissional, além de, direcionar a organização do trabalho da enfermagem, segundo suas atribuições específicas, afastando da centralidade o rol de atividades histórica e culturalmente instituídas como sendo competência da enfermagem. As atividades que desenvolvem em seu ambiente de trabalho e os comportamentos adotados na prática profissional, aliados aos sentimentos e significados construídos em relação ao Processo de Enfermagem, têm relação direta com a produção de subjetividade das enfermeiras, destarte, ao nortear as condutas profissionais segundo interesses outros, os profissionais de enfermagem acabam por comprometer o reconhecimento e valorização da profissão.

A metodologia do estudo mostrou-se pertinente para responder às questões formuladas e sustentar a tese proposta, especificamente, com relação à técnica metodológica da entrevista, é possível afirmar que a mesma foi adequada ao alcance dos objetivos, favorecendo a busca de respostas para os problemas de pesquisa, uma vez que, a conversação direcionada possibilitou a emersão de sentimentos, expectativas e desejos, e a percepção quanto às estruturas organizacionais dos contextos de trabalho das participantes, suas normas e rotinas.

A sustentação teórica no pensamento filosófico da produção da subjetividade de Félix Guattari e seus seguidores possibilitou uma análise para além do caráter descritivo dos fenômenos, com o desvelamento de diferentes facetas que permeiam a constituição profissional e, de alternativas de singularização da subjetividade, visando a viabilizar transformações, que podem resultar em estratégias de superação da modelação instituída e produzir expressões do desejo. Pois, a partir da força de criação que impulsiona o desejo, oriunda do desencantamento pelo instituído, que acomoda e modela os trabalhadores, é possível que se estabeleça a ruptura com as determinações que vêm ditando a que e a quem a enfermagem deve se submeter e a partir do que deve orientar seu exercício profissional.

Na caracterização das participantes da pesquisa constatou-se que as enfermeiras participantes do contexto em que o Processo de Enfermagem não é implementado, concluíram, em sua totalidade, a graduação em enfermagem na universidade a qual o hospital está vinculado academicamente, o mesmo não foi constatado no contexto em que o método é adotado, no qual tal relação esteve presente em apenas 33% das participantes; além disso, o percentual de enfermeiras com pós-graduação *stricto e lato sensu* foi maior entre as participantes atuantes no contexto em que o método não está implantado. Tais achados remetem a alguns questionamentos, os quais carecem maior investigação e reflexão: Qual está sendo o impacto da formação acadêmica na universidade vinculada ao contexto em que o Processo de Enfermagem não é implementado, com relação à importância e necessidade de sua implantação? Quanto ter como campo de atividades práticas um cenário em que o Processo de Enfermagem não é implantado influencia a produção de subjetividade dos futuros profissionais, em período de formação acadêmica? Quais as reais repercussões da pós-graduação, na atuação profissional da enfermagem?

Por fim, acredita-se que os resultados desse estudo possibilitam a proposição de melhorias e transformações nos contextos de trabalho da enfermagem, em especial os de pesquisa, por apresentar um desvelar múltiplo das construções subjetivas das enfermeiras com relação ao Processo de Enfermagem. O contexto em que o Processo de Enfermagem está implementado proporciona a avaliação de seu processo e a replicação de uma experiência exitosa. O contexto em que o Processo de Enfermagem não está implantado possibilita a identificar fragilidades e estabelecer estratégias fundamentadas na construção científica.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. Trad. Regina Garcez. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALVES, Albertisa Rodrigues; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas; JORGE Maria Salete Bessa. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Rev Esc Enferm USP**, São Carlos/SP, v.42, n.4, p.649-55, dez. 2008.

AMANTE, Lúcia Nazareth et al. A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. **Rev. Eletr Enf [Internet]**, Goiás, v. 12, n.1, p.201-207, 2010. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>>. Acessado em 27 agosto 2013.

AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev Esc Enferm USP**, São Carlos, v. 43, n. 1, p. 54-64, mar. 2009.

ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jéssia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun. 2005.

AQUINO, Daise Ribeiro. **Protocolos assistenciais de enfermagem na unidade de internação materno-infantil**. 2002. 57f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

AQUINO, Daise Ribeiro. **Construção e Implantação da prescrição de Enfermagem Informatizada em uma UTI**. 2004. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande.

ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e Protocolos**. Revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina de Souza. Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

AZAMBUJA, Eliana Pinho de et al. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.4, p.658-66, out./dez. 2010.

AZEREDO, Lidiane Grutzmacher; SILVA, Rosângela Marion da; LIMA, Ana Amélia Antunes. Nurses and implementation of the Nursing Care Systematization: descriptive study. **Online braz. j. nurs.** (Online), Niteroi, v. 9, n. 1, apr. 2010.

AZZOLIN, Gabriela Marchiori Carmo; PEDUZZI, Marina. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, n. 28, v. 4, p. 549-55, dez. 2007.

BACKES, Dirce Stein et al. Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto - SP, v.16, n.6, p.979-85, nov-dez 2008.

BAGGIO, Maria Aparecida; MONTICELLI, Marisa; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidando de si, do outro e do “nós” na perspectiva da complexidade. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.4, p.627-31, ago. 2009.

BAPTISTA, Cleide Maria Caetano, et al. Evolução de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3º ed. São Paulo: Ícone, 2001. p. 165-84.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BECCARIA, Lúcia M.; TREVIZAN, Maria A.; JANUCCI, Michele Z. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, alunos e enfermeiros. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 13, n. 3, p. 61-69, jul./set. 2006.

BELLATO, Rosenev; PEREIRA Wilza Rocha. As Potencialidades da Enfermagem na Gestão do Cuidado em Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília/DF, v.56, n.1, p.61-6, jan.-fev. 2003.

BELLATO, Rosenev; PEREIRA Wilza Rocha. Enfermagem: da cultura da subalternidade a cultura da solidariedade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis/SC, v.15, n.1, p.17-25, 2006.

BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BRASIL. Lei n. 5.604, de 2 de setembro de 1970. Autoriza o Poder Executivo criar a empresa pública “Hospital de Clínicas de Porto Alegre” e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2 set. 1970.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Disponível em: <http://ebserh.mec.gov.br/ebserh-gestao/aghu> . Acesso em: 27 de julho de 2013a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Hospital Universitário Prof. Miguel Riet Corrêa Jr. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/hmigu.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2013b.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Brasília, 2012.

BUENO FMG, QUEIROZ MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev Bras Enferm**, Brasília/DF, v.59, n.2, p.222-7, mar-abr 2006.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Trad. Soraya Imon de Oliveira et al. 5. ed. Rio de Janeiro/RJ: Elsevier, 2010.

BUSANELLO, Josefina. **Produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em enfermagem**. 2012. 136 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

CABRAL, Ivone Evangelista. As superações da Ciência de Enfermagem e os novos desafios. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 551-2, jun. 2011.

CAIXEIRO, Sandra Maria Oliveira; DARGAM, Bianca; THOMPSON, Grace Nascimento. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 218-23, abr./jun. 2008.

CAMPOS, Juliana Faria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; SOUZA, Norma Valeria Dantas de Oliveira. Prazer e Sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 90-5, jan.-mar. 2014.

CARRARO, Telma Elisa; KLETEMBERG, Denise Faucz; GONÇALVES, Luciana Maria. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 499-501, set/out. 2003.

CARROLL, Diane L. et al. Barriers and facilitators to the utilization of nursing research. **Clinical Nurse Specialist**. Indianapolis, v. 11, n. 5, p. 207-12, sep. 1997.

CARVALHO, Emília Campos de et al. Obstacles for the implantation of the nursing process in Brazil. **Rev enferm UFPE on line**, Pernambuco, v. 1, n. 1, jul./set. 2007. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/17-8781-1-/pdf_172 . Acesso em 04 jan. 2014.

CARVALHO, Emília Campos de; MELO, Alexandra de Souza. O significado do processo de enfermagem para quem o ministra. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.13, n.3, p.352-60, jul./set. 2008.

CASSIANO, Marcella; FURLAN, Reinaldo. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. **Psicol. Soc.** Belo Horizonte, v.25, n.2, p.373-378, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200014&lng=en&nrm=iso . Acesso em 04 jun. 2014

CAVALCANTE, Fabiana. **A Prescrição de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral**: ações necessárias para a sua consolidação. 2006. 75f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2006.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. 3 ed. São Paulo: Ícone, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de enfermagem, e dá outras providências, Brasília - DF, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html. Acesso em 18 ago. 2014.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Título original: ICNP® Version 2 – International Classification for Nursing Practice].

CORONA, M. Brenda Eugenia Franco; CARVALHO, Emilia Campos de. Significado de la enseñanza del proceso de enfermería para el docente. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 929-36, nov/dic. 2005.

CUBAS, Marcia Regina; EGRY, Emiko Yoshikawa. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®. **Rev Esc Enferm. USP**, São Carlos, v. 42, n. 1, p. 181-86, mar. 2008.

CUBAS, Marcia Regina; SILVA, Sandra Honorato da; ROSSO, Mariângela. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr Enf [Internet]**, Goiás, v. 12, n. 1, p.186-94, 2010. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>>. Acessado em 23dezembro2013.

CROSSETTI, Maria da Graça; D'ÁVILA, Myrna Lowenhaupt; DIAS, Vera Lúcia Mendes. Construção do Processo de Enfermagem no HCPA e sua informatização. In: ALMEIDA, Miriam de Abreu et al. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 41-52

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. A inserção do Diagnóstico de Enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3. ed. São Paulo: Ícone, 2001. p.63-84.

DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34; 2004. 1 v.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. e col. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Trad. Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2006.

DRIESSNACK, Martha; SOUSA, Valmi D.; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.4, p.684-8, 2007.

DYNIWICZ Ana Maria; GUTIÉRREZ Maria Gagy Ribeiro de. Metodologia da pesquisa para enfermeiras de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p. 354-63, maio-jun. 2005.

ELIZALDE, Alexandra Curtis; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre/RS, n.27, v.4, p.564-74, dez. 2006.

FELIX, Natália N; RODRIGUES, Cléa D. S.; OLIVEIRA, Viviane D. C. Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 16, n. 4, p. 155-160, out./dez. 2009.

FERNÁNDEZ-SOLA, Cayetano et al. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia. **Int Nurs Rev**, v. 58, n. 3, p.392-9, sep. 2011.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de. **Estratégias de implementação do processo de enfermagem**: contribuições de estudantes de enfermagem nos ambientes de prática de ensino e assistência. 2013. 175 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

FIGUEIREDO, Rosely Moralez de, et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Carlos/SP, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Rev Esc Enferm USP**, São Carlos/SP, v.39, n. especial, p. 597-602, 2005.

FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUZA, Jacy Aurélio Vieira de. O Processo de Enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 207-12, mar./abr. 2007.

FRIEDLANDER, M. R. O Processo de Enfermagem ontem, hoje e amanhã. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Carlos/SP, v.15, p. 129-34, 1981.

FUGULIN, F.M.T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na clínica médica do hospital universitário da USP. **Rev de Med HU-USP**. São Paulo, v. 4, n. ½, p. 63-8, jan./dez. 1994.

FULY, P.S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 883-7, 2008.

FUNK, Sandra G.; TORNQUIST, E.M.; CHAMPAGNE, Mary Thomson. Barriers and facilitators of research utilization: an integrative review. **Nursing Clinics of North America**. North Carolina, v. 30, n.3, p. 395-407, sep. 1995.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. especial - 70 Anos, p. 875-9, 2009a.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-93, jan.-mar. 2009b.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, Iraci dos, et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo-SP, 2004, v. 2, p. 37-63.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima; CARVALHO, Emília Campos de. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing** (OBJN – ISSN 1676-4285), v. 3, n. 2, 2004 [Online] Available at: www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; COLER, Marga Simon. Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 888-91, nov.-dez. 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANERO-MOLINA, José et al. Proceso de enfermería: ¿qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? **Rev Esc Enferm USP**, São Carlos – SP, v. 46, n. 4, p. 973-9, 2012.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. 20. ed. Campinas: Papirus; 2009.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

GUATTARI, Félix. Linguagem, consciência e sociedade. **Saúdeloucura**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, n.2, 1990, p. 3-17.

GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. 3. ed. São Paulo: editora brasiliense; 1987.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 10. ed. Petrópolis/RJ: Vozes; 2010.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello, et al. Histórico de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow, et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3. ed. São Paulo: Ícone, 2001, p. 131-164.

HCPA/UFRGS. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Histórico. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/>. Acesso em: 28 de julho de 2013.

HELDT, Elizeth. Serviço de enfermagem em saúde pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: 40 anos de história. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre/RS, v.33, n.3, p.8-9, 2012.

HOLMES, Dave; GASTALDO, Denise. Rhizomatic thought in nursing: an alternative path for the development of the discipline. **NursingPhilosophy**, Malden, v.5, p. 258-67, 2004.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU – editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1979.

HU/FURG. Hospital Universitário Prof. Miguel Riet Corrêa Jr. História. Disponível em: http://www.hu.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=2. Acesso em: 28 de julho de 2013.

HU/FURG. Hospital Universitário Prof. Miguel Riet Corrêa Jr. Conheça o HU. Disponível em: http://www.hu.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=1. Acesso em: 05 de julho de 2014.

JANSSON, I.; PILHAMAR, E.; FORSBERG, A. Factors and conditions that have an impact in relation to the successful implementation and maintenance of individual care plans. **Worldviews EvidBased Nurs**, v.8, n.2, p. 66-75, June 2011.

JUNTILA, K.; SALANTERÄ, S.; HUPLI, M. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. **J AdvNurs**, v.52, n.3, p. 271-80, 2005.

KLETEMBERG, Denise Faucz; SIQUEIRA, Márcia Dalledone; MANTOVANI, Maria de Fátima. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 478-86, dez. 2006.

KOERICH, Magda Santos et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 446-51, out./dez. 2007.

LEDESMA-DELGADO, Ma. Elena; MENDES, Maria Manuela Rino. The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 328-334, May/June 2009.

LEMES, Óscar Gutiérrez. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia, 2008. **Av enferm**, Colombia, v. 27, n.1, p. 60-8, 2009.

LIMA, Antônio Fernandes Costa; KURCGANT, Paulina. Meanings of the nursing diagnosis implementation process for nurses at a university hospital. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 666-73, sept./oct. 2006.

LONGARAY, Vanessa Kenne; ALMEIDA, Miriam de Abreu; CEZARO, Paula de. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 150-157, jan./mar. 2008.

LUIZ, Flavia Feron et al. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Rev. Eletr Enf [Internet]**, Goiás, v. 12, n. 4, p. 655-9,

out./dez. 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8642>>. Acessado em 18 agosto 2013.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2. ed. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária - UFPel, 2004.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch; SPRICIGO, Jonas. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p. 91-6, 2001.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; MAÇADA, Antônio Carlos Gastaud; LUNARDI, Guilherme Lerch. Sistema de apoio à decisão no planejamento e prescrição de cuidados de enfermagem (SAD-PPCE). **Revista Bras. Enferm**, Brasília/DF, v. 48, n.1, p. 66-67, jan.-mar. 1995.

MACHADO, Aline Pereira. **Construção de uma proposta: o processo de enfermagem informatizado em uma unidade de internação cirúrgica**. 2008. 78f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, Lene Valentina Pedrosa; CARVALHO, Daclé Vilma. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. **REME Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p. 199-205, jul./set. 2005.

MARQUES, Soraia Matilde et al. Sistematização da assistência de enfermagem na UTI: perspectivas dos enfermeiros da cidade de Governador Valadares. **REME Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 469-76, out./dez. 2008.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MAYA, Camila Mequi; SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 898-904, set./out. 2011.

MCGUIRE, A.D. The genesis and nature of nursing diagnosis. In: CARLSON, J.H. et al. **Nursing diagnosis: a case study approach**. Philadelphia/USA: W. B. Saunders, 1991. p.3-19.

MENDES, Isabel Amélia Costa Mendes et al. Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.4, p.788-95, out.-dez. 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out/dez. 2008.

MENDES, Maria Angélica; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Processo de enfermagem: sequências no cuidar, fazem a diferença. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 271-6, maio/jun. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012a.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2012b.

MOORHEAD, Sue et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. Trad. Regina Machado Gaecez et al. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MOURA, Ana Carolina Floriano; RABÊLO, Cristiane Borges de Moura; SAMPAIO, Maria do Rozário de Fátima Borges. Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 4, p.476-81, jul./ago. 2008.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação** 1999-2000. Porto Alegre: Artmed, 1999.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação** 2012-2014. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm USP**, São Carlos, v. 42, n. 4, p. 643-648, dez. 2008.

NEVES, Rinaldo de Souza; SHIMIZU, Helena Eri. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p.222-9, mar./abr. 2010.

OLIVEIRA, Célia Maria de et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **REME Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 258-263, abr./jun. 2012.

PAIM, Lygia et al. Desafios à pesquisa em enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 386-90, abr./jun. 2010.

PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins. Revisitando a prática assistencial: a subjetividade como matéria para a reorganização do processo de trabalho na enfermagem. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v.7, n.12, p.83-100, fev. 2003.

PESUT, Daniel J, HERMAN, JoAnne. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Albany (NY): Delmar; 1999.

PIMPÃO, Fernanda Demutti et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-10, jul./set. 2010.

PIRES, Ariane da Silva et al. The subjectivity in the work world under the perspective of the nursing worker with possibility of retirement. **R. pesq.: cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3767-79, abr./jun. 2013. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2157/pdf_776. Acesso em 12 jan. 2014

PIVOTO, Flávia Lamberti. **Protocolos assistenciais de enfermagem direcionados à terapêutica medicamentosa: construindo a implementação da prescrição de enfermagem informatizada**. 2005. 53f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

PIVOTO, Flávia Lamberti. **Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica**. 2008. 116p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande - RS, 2008.

PIVOTO, Flávia Lamberti; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 32-42, jul./dez. 2004.

PIVOTO, Flávia Lamberti; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SANTOS, Silvana Sidney Costa; ALMEIDA, Miriam de Abreu; SILVEIRA, Rosemary Silva da. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.23, n.5, p. 665-670, 2010.

PIVOTO, Flávia Lamberti; VETTORELLO, Joice Simionatto; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. A Prescrição de Enfermagem na Terapia Medicamentosa: elaboração de protocolos de cuidados. **Enfermagem Brasil**, v.7, p.273-9, 2008.

POLIT; Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell. 5. ed., Porto Alegre/RS: Artmed. 2004.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 3. Ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2009.

PRUINELLI, Lisiane et al. Operacionalização do Processo de Enfermagem no HCPA. In: ALMEIDA, Miriam de Abreu et al. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 53-66

RAMOS, Luciana Aparecida Ribeiro; CARVALHO, Emília Campos de; CANINI, Silvia Rita Marin da Silva. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Eletr Enf [internet]**, Goiás, v. 11, n. 1, p. 39-44, 2009.

RIFATTI, Solange. **Protocolos Assistenciais de Enfermagem: elementos para a organização do trabalho em uma UTI Geral**. 2003. 45 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2003.

ROJAS, Juan Guillermo; DURANGO, Pilar Pastor. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. **Invest Educ Enferm**, Colombia, v. 28, n. 3, p. 323-35, 2010.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. reimpressão. Porto Alegre: Sulina, editora da UFRGS; 2011.

ROSSI, Lúcia Aparecida; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. Processo de Enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3 ed. São Paulo: Ícone, 2001, p. 41-62.

SANGSTER-GORMLEY, E. et al. Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. **J Adv Nurs**, v. 67, n. 6, p. 1178-90, 2011.

SANTOS, Fernanda de Oliveira Florentino dos; MONTEZELI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. **REME Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 251-257, abr./jun. 2012.

SANTOS, Miria Conceição Lavinias; BRAGA, Violante Augusta Batista; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. **R Enferm UERJ** [online], Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p.101-5, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/revista/v16n1/v16n1a16.pdf>. Acesso em 05 jul. 2014.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a interação. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. **Regimento do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.**, Rio Grande, 02 de outubro de 2007. Disponível em: <http://www.conselhos.furg.br/converte.php?arquivo=estatuto/regimhu.htm>. Acesso em 21 jun. 2014.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2007.

SILVA, Elisama Gomes Correia et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, São Carlos, v. 45, n. 6, p. 1380-86, dez. 2011.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Rev Eletr Enf [internet]**, Goiás, v. 12, n. 3, p. 483-90, set. 2010.

SILVA, Rudval Souza da et al. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 267-73, abr./jun. 2012.

SILVEIRA, Thaís Serafim da. **Construção de um instrumento de coleta de dados na unidade de terapia intensiva neonatal**. 2009. 45 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2009.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 429-37, dez. 2004.

SOUSA, Lenice Dutra de. **A clínica como instrumento do trabalho do enfermeiro na produção de cuidados**. 2013. 120 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; LISBOA, Marcia Tereza Luz. Os múltiplos e contraditórios sentidos do processo de trabalho para as enfermeiras: repercussões da organização e do processo laboral. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.5, n.3, p.326-34, set./dez. 2006.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; LISBOA, Marcia Tereza Luz; CRUZ, Éliessa Jôse Erhardt Rollemberg. Collective defense strategies: tactics to mitigate suffering in nurse's hospital work. **Online braz. j. nurs.** (Online), Niterói, v.6, n.3, 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2007.994/265>. Acesso em: 10 jul. 2014.

SOUZA, Telma Moreira et al. Prescrição de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3º ed. São Paulo: Ícone, 2001. p. 185-200.

SPRANDEL, Lucila Isabel Schwertner; VAGHETTI, Helena Heidtmann. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiás, v.14, n.4, p.794-802, out./dez. 2012. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a07.htm>. Acesso em 27 jul. 2014.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TEIXEIRA, Enéas Rangel. Transversalidades políticas no processo de subjetivação do cuidado em saúde. **Entrelugares: Revista de sociopoética e abordagens afins**, v.1, n.1, p. 1-10, set. 2008.

THOFEHRN, Maira Buss et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Rev Enferm Saúde**, Pelotas, v.1, n.1, p. 190-8, jan./mar. 2011.

TRAESEL, Elisete Soares; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.** [online], São Paulo, v.36, n. 123, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a05v36n123.pdf>. Acesso em 29 jun. 2014.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUPPEL, Thiago Christel et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p.221-27, mar./abr. 2009.

VARGAS, Rosimeire da Silva; FRANÇA, Fabiana Cláudia de Vasconcelos. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de Cirrose Hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Revista Bras Enferm**, Brasília/DF, v. 60, n.3, p. 348-352, maio/jun., 2007.

VARJUS, S.L.; LEINO-KILPI, H.; SUOMINEN, T. Professional autonomy of nurses in hospital settings – a review of the literature. **Scand J CaringSci**. v. 25, p.201–207, 2011.

VETTORELLO, Joice Simionato. **Protocolos assistenciais de enfermagem**: elementos para a prescrição de enfermagem informatizada em uma unidade de internação cirúrgica. 2006. 77f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

VIEIRA, Alcivan Nunes; SILVEIRA, Lia Carneiro; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. The production of subjectivity in the nurse's training. **Rev enferm UFPE on line**, Pernambuco, v. 6, n. 1, jan. 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/FI%C3%A1via/Downloads/2115-18471-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/FI%C3%A1via/Downloads/2115-18471-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 10 jan. 2014.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-553, dec. 2005.

YURA, Helen; WALSH, Mary B. **The nursing process**: assessment, planning, implementation and evaluation. New York/USA: Appleton-Century-Crofts, 1967.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - Autorização para a realização do estudo à Direção do Hospital
Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior**

Ilma, Sra.
Helena Heidtmann Vaghetti
M.D. Diretora do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior
Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

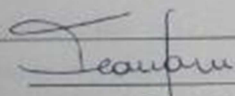
Ao cumprimentá-la cordialmente, como doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, venho por meio deste solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: "**PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA**", de minha autoria, sob orientação do Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

Este estudo tem como objetivo geral analisar os significados atribuídos ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira. A proposta é de realização em dois contextos hospitalares: o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Córrea Junior e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para a coleta dos dados pretende-se a realização de entrevistas com as enfermeiras das unidades, que serão gravadas e transcritas na íntegra.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. E assumo o compromisso de devolver-lhe os resultados deste estudo, tão logo se finde.

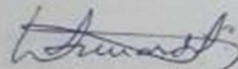
Desde já agradeço e coloco-me a disposição para possíveis esclarecimentos, deixando em vosso poder uma cópia do projeto de pesquisa referido.

Atenciosamente,



Dda. Flávia Lamberti Pivoto

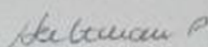
Filho



Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi

Ciente. De acordo.

Data: 04/04/2014



Helena Heidtmann Vaghetti

Diretora do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Córrea Junior

**APÊNDICE B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da
Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA

Pesquisador: Flávia Lamberti Pivoto

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30710614.0.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 681.854

Data da Relatoria: 22/05/2014

Apresentação do Projeto:

O Processo de Enfermagem, apesar da ampla produção literária disponível, continua representando um desafio à produção científica, ao ensino e à prática profissional, considerando sua compreensão e implementação ainda reduzidas. A partir das diferentes realidades profissionais vivenciadas e estudos previamente desenvolvidos, e de reflexões e inquietações relacionadas ao saber e ao fazer da enfermagem em contextos distintos, a presente proposta de tese busca responder a seguinte questão de pesquisa: como se configura o desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira, em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implementação do Processo de Enfermagem como instrumento de organização do trabalho da enfermagem?

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados e adequados

Endereço: Rua Visconde Paranaguá, 112/Hospital Universitário
Bairro: Campus Saúde **CEP:** 96.201-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3233-0235 **Fax:** (53)3233-6822 **E-mail:** cepas@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 681.854

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa de reflexões profundas sobre a perspectiva do trabalho em enfermagem

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PARECER Nº 051/ 2014

CEPAS 023/2014

CAAE: 30710614.0.0000.5324

Título da Pesquisa: PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA

Pesquisador: Flávia Lamberti Pivoto

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de APROVADO para o projeto "PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório semestral de acompanhamento ao Comitê

Endereço: Rua Visconde Paranaguá, 112/Hospital Universitário
 Bairro: Campus Saúde CEP: 96.201-900
 UF: RS Município: RIO GRANDE
 Telefone: (53)3233-0235 Fax: (53)3233-6822 E-mail: cepas@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 681.854

de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 01/09/2014

Rio Grande, RS, 02 de junho de 2014.

Profª. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

RIO GRANDE, 10 de Junho de 2014

Assinado por:
Eli Sinnott Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua Visconde Paranaguá, 112/Hospital Universitário
Bairro: Campus Saúde CEP: 96.201-900
UF: RS Município: RIO GRANDE
Telefone: (53)3233-0235 Fax: (53)3233-6822 E-mail: cepas@furg.br

APÊNDICE C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA)

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA ENFERMEIRA

Pesquisador: Flávia Lamberti Pivoto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30710614.0.3001.5327

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 713.708

Data da Relatoria: 18/06/2014

Apresentação do Projeto:

O Processo de Enfermagem, apesar da ampla produção literária disponível, continua representando um desafio à produção científica, ao ensino e à prática profissional, considerando sua compreensão e implementação ainda reduzidas. A partir das diferentes realidades profissionais vivenciadas e estudos previamente desenvolvidos e de reflexões e inquietações relacionadas ao saber e ao fazer da enfermagem em contextos distintos, a presente proposta de tese busca estudar como se configura o desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira, utilizando o referencial teórico de Feliz Guatari. A apropriação desse referencial permite tanto o reconhecimento da subjetividade capitalista que permeia a interface do trabalho e modela a compreensão e a atuação profissional da enfermagem, quanto a possibilidade de produção de transformações, por meio do desejo e dos processos de singularização da subjetividade. O estudo propõe entrevistar enfermeiros em contextos de trabalho diferenciados, considerando a utilização do Processo de Enfermagem como instrumento de organização do trabalho da enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359-7640 **Fax:** (513)359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 713.708

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto a estimativa dos riscos da pesquisa, não é identificada a possibilidade de riscos potenciais. Não haverá riscos à integridade física e/ou profissional dos participantes, tampouco algum constrangimento, sendo a participação voluntária e sigilosa. Os benefícios do desenvolvimento do estudo estão relacionados à produção de conhecimento científico acerca do Processo de Enfermagem, método que qualifica a Enfermagem. Além disso, o conhecimento produzido poderá fomentar novos estudos, trazendo benefícios à comunidade científica e aos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de proposta de tese de Doutorado que busca responder como se configura o desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira. É uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório cujos cenários de pesquisa serão dois Hospitais Universitários, nos quais a pesquisadora já desenvolveu atividades assistenciais, diferenciadas pela implantação e a não implementação do Processo de Enfermagem. Para sujeitos da pesquisa serão convidadas 6 enfermeiras de cada instituição, totalizando uma amostra de doze enfermeiras que trabalhem há no mínimo 05 anos nas instituições e manifestem anuência em participar da pesquisa. Os dados serão coletados por entrevistas semiestruturadas e analisados pela técnica de análise temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados estão adequados, o TCLE está redigido em linguagem clara e acessível, de acordo com as diretrizes vigentes. Entretanto, recomenda-se a inclusão do contato do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (telefone 51-3359-7640, atendimento de segunda à sexta-feira, das 8 às 17 horas) e outras adequações às normas da instituição. Para isso, convidamos os pesquisadores a realizar consultoria com a UARP/GPPG, a qual pode ser agendada pelo telefone (51)3359-8304.

Recomendações:

Recomendamos que o cadastro na Plataforma Brasil seja alterado de modo que o professor orientador conste como Pesquisador Responsável pelo projeto.

Recomendamos adequação do TCLE às normas do CEP/HCPA. Para ser novamente avaliado por este CEP, a nova versão do TCLE precisará ser encaminhada como emenda à instituição proponente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendência e está em condições de aprovação.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 7.13.708

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 28/04/2014, TCLE 15/04/2014 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Os autores deverão preencher o documento de Delegação de Funções para atividades do presente projeto (disponível na página da internet do HCPA - Pesquisa - GPPG - Formulários - Formulário de Delegação de funções para membros de equipe de pesquisa). Uma vez preenchido, o documento deverá ser enviado ao CEP como Notificação, através da Plataforma Brasil.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

PORTO ALEGRE, 09 de Julho de 2014

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7640 **Fax:** (51)359-7640 **E-mail:** oephcpa@hcpa.ufrgs.br

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**CEPAS****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG**www.cepas.furg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Como Pesquisadora do Projeto de Pesquisa, intitulado: **Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira**. Venho convidá-la (lo) a participar de forma voluntária desse estudo que tem como *objetivo geral*: analisar a configuração do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira e *objetivos específicos*: compreender a relação entre as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem e os modos de produção de subjetividade da enfermeira e; relacionar as configurações do desejo relacionado ao Processo de Enfermagem e os modos de produção de subjetividade de enfermeiras atuantes em contextos de trabalho diferenciados pela implementação e a não implementação do Processo de Enfermagem.

A coleta dos dados, que representa sua participação na pesquisa, acontecerá por meio de entrevistas semiestruturadas, que serão realizadas em seu próprio local de trabalho, em horário agendado conforme sua disponibilidade, podendo ser reagendado. Estas serão gravadas e transcritas na íntegra, e analisadas sob a perspectiva da análise temática. Todos esses dados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, resguardados na área acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, por cinco (05) anos, e incinerados após esse período.

Comprometo-me que serão cumpridas as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término desta pesquisa. A identidade dos participantes e a privacidade individual serão preservadas. O material transcrito será utilizado unicamente para fins dessa pesquisa, tendo caráter anônimo e sigiloso. A investigação não tem relação com sua vinculação empregatícia; em nenhum momento irá exercer influência prejudicial em sua vida pessoal, uma vez que os

dados serão de uso da pesquisadora e; não acarreta custos ou compensações financeiras, e caso existir qualquer despesa adicional ela será absorvida pela pesquisadora. A sua integridade tanto física como psicológica será mantida e não há riscos previstos em razão da sua participação no estudo, espera-se que tragam benefícios para o seu processo de trabalho, mas o estudo não lhe trará benefícios diretos. Os resultados do estudo serão repassados aos sujeitos, e lhes serão asseguradas condições de acompanhamento dos resultados parciais durante a sua realização.

Sua participação nesta pesquisa, embora de suma importância, é completamente voluntária. A opção por não participar, recusar-se a responder qualquer pergunta ou retirar-se em qualquer momento não terá nenhuma implicação. Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, deseje acompanhar os resultados parciais, ou desistir, em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável é a **Doutoranda Flávia Lamberti Pivoto**. Contato telefônico: (51) 9464 0488. E-mail: flaviapivoto@yahoo.com.br. Endereço: Rua Tomaz Flores, n.192, ap. 502, Porto Alegre/RS. Orientador: **Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho**. Contato telefônico: (53) 3233 0310. E-mail: lunardifilho@terra.com.br.

Atenciosamente agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Eu, _____, abaixo assinado, de acordo com o presente consentimento livre e esclarecido concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada: **Processo de Enfermagem na perspectiva da subjetividade da enfermeira**. Eu fui devidamente informado, esclarecido e compreendi, pela pesquisadora responsável, a Doutoranda Flávia Lamberti Pivoto, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis desconfortos, riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o anonimato, a confidencialidade, o sigilo das informações, o esclarecimento permanente e que minha participação é isenta de despesas. Ficou igualmente claro que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza.

Assinatura do participante

Local e Data

_____ ; ___/___/___.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta Enfermeira para a participação na pesquisa.

Assinatura da responsável

_____ ; ____/____/____.
Local e Data

Data da saída do estudo: ____/____/____.

Nota: O presente Termo tem duas vias de igual teor, uma destinada a pesquisadora e outra a participante, ambas devem ser assinadas e rubricas em todas as páginas.

APÊNDICE E – Roteiro para a Entrevista

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SUBJETIVIDADE DA
ENFERMEIRA
ROTEIRO DA ENTREVISTA**

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA						
Data da entrevista: ___/___/2014						
Instituição	<input type="checkbox"/> 1			<input type="checkbox"/> 2		
Identificação do Sujeito	<input type="checkbox"/> Enf1	<input type="checkbox"/> Enf2	<input type="checkbox"/> Enf3	<input type="checkbox"/> Enf4	<input type="checkbox"/> Enf5	<input type="checkbox"/> Enf6
Idade: _____ anos	Sexo:		<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Masculino	
Ano de Graduação em Enfermagem:			Instituição:			
Pós- Graduação	<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado		
Ano de ingresso na instituição:						
Tempo de atuação na unidade:						
Caracterização da Unidade de Trabalho	<input type="checkbox"/> Unidade de Internação		<input type="checkbox"/> Unidade de Emergência		<input type="checkbox"/> Unidade Ambulatorial	
	<input type="checkbox"/> Unidade Terapia Intensiva		<input type="checkbox"/> Unidade de Centro Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Setor de Educação	
Possui outro emprego?	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ____		

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Como você percebe a enfermagem e como você acha que a profissão é percebida em seu contexto de trabalho? 2. Como você percebe seu trabalho profissional (organização, direcionamento da assistência, limites, potencialidades)? 3. Qual o significado do Processo de Enfermagem para você? 4. Como foi sua formação para o (desenvolvimento/implementação) Processo de Enfermagem? 5. Que sentimentos lhe vem a cabeça quando você pensa/reflete acerca do Processo de

Enfermagem (desenvolva-os)?

6. O que te parece agradável e o que te desagradou em relação ao desenvolvimento prático do Processo de Enfermagem?
7. O que você pensa sobre a produção científica acerca do Processo de Enfermagem? Como você percebe o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema em seu contexto de trabalho?
8. Que diferenças você acredita existirem, ou já vivenciou, entre contextos de trabalho que implantam e não implementam o Processo de Enfermagem?
9. Como você descreve a percepção e o posicionamento da direção e chefias da instituição e dos demais profissionais da equipe de enfermagem e de saúde em relação ao Processo de Enfermagem?
10. Você tem vontade de desenvolver (implementar) o Processo de Enfermagem? (comente alguns desejos/vontades ou ações/mudanças suas e de suas colegas de trabalho) Como a organização institucional (sua rotina de trabalho) incide sobre seus desejos? O que você desejaria mudar em seu contexto/rotina de trabalho?