

## EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO ACCIONES DE CUIDADO RUTINARIAS: CONSTRUYENDO SU SIGNIFICADO EN LA PERSPECTIVA DE LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES<sup>1</sup>

Ma. Elena Ledesma-Delgado<sup>2</sup>

Maria Manuela Rino Mendes<sup>3</sup>

---

*Este estudio de naturaleza cualitativa tuvo como objetivo comprender los significados atribuidos al proceso de enfermería por enfermeras de una unidad clínica de un hospital de México. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas, complementada con la observación participante y la consulta documental. Los datos fueron analizados bajo el marco teórico y metodológico del Interaccionismo Simbólico y la Teoría Fundamentada en los Datos, que posibilitaron la comprensión de la experiencia y significado atribuido por las enfermeras, al proceso de enfermería en su práctica cotidiana asistencial, que se desvela como acciones de cuidado rutinario, aplicados de forma diferente a lo enseñado y aprendido en la escuela.*

*DESCRITORES: enfermería; procesos de enfermería; atención de enfermería*

---

## O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO AÇÕES DE CUIDADO ROTINEIRO: CONSTRUINDO SEU SIGNIFICADO NA PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS

*Este estudo, de natureza qualitativa, teve como objetivo compreender os significados atribuídos ao processo de enfermagem por enfermeiras da unidade clínica em um hospital do México. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestructuradas, complementada por observação participante e consulta documental. Os dados foram analisados tendo como referenciais teóricos e metodológicos o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados, possibilitando a compreensão da vivência e o significado atribuído pelas enfermeiras ao processo de enfermagem, na prática cotidiana assistencial, que se desvela como ações de cuidado rotineiro, aplicados de forma diferente daquilo que é ensinado e aprendido na escola.*

*DESCRITORES: enfermagem; processos de enfermagem; cuidados de enfermagem*

---

## THE NURSING PROCESS PRESENTED AS ROUTINE CARE ACTIONS: BUILDING ITS MEANING IN CLINICAL NURSES' PERSPECTIVE

*This qualitative study aimed to understand the meanings attributed to the nursing process by clinical nurses at a Mexican hospital. Data were collected through semi-structured interviews, participant observation and document research. Symbolic Interactionism and Grounded Theory were the theoretical and methodological frameworks for data analysis, which permitted understanding the experience and meaning nurses attributed to the nursing process in their daily care practice, which was unveiled as routine care actions, performed differently from what they had learned in school.*

*DESCRIPTORS: nursing; nursing process; nursing care*

---

<sup>1</sup>Artículo parte de Tesis de Doctorado; <sup>2</sup>Alumno tesistas de la Escuela de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, Profesor de la Escuela de Enfermagem de Irapuato de la Universidade de Guanajuato, México, e-mail: meld\_82@hotmail.com; <sup>3</sup>Profesor Doctor de la Escuela de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: mendes@eerp.usp.br.

## INTRODUCCIÓN

Considerando a la enfermera dedicada al ámbito educativo, encontramos que la experiencia con la enseñanza del proceso de enfermería ha originado relaciones frecuentes con la práctica asistencial en el contexto hospitalario. En esa condición, fue posible constatar que las actividades de enfermería junto al paciente focalizaban los procedimientos y rutinas establecidos, sin haber referencia a los fundamentos teóricos y a la operacionalización del proceso de enfermería en la práctica.

La inquietud con los motivos que contribuían para esa situación dirigió la atención para la manera como los profesionales experimentaban y percibían la utilización del proceso de enfermería en lo cotidiano del trabajo hospitalario.

El proceso de enfermería es considerado como la metodología propia que permite hacer explícita la esencia de la enfermería, sus bases científicas, tecnologías y conceptos humanistas, que estimulan el pensamiento crítico y la creatividad, permitiendo la solución de problemas de la práctica profesional<sup>(1-2)</sup>. Esa metodología representa la intención de colocar en evidencia y comprender el trabajo de enfermería, dirigido al cuidado como práctica reflexiva.

El desarrollo del proceso de enfermería en México tuvo como referencia el trabajo de la Asociación Nacional de Enfermería en los años 70, con la preocupación de reunir a las enfermeras del país para reflexionar y exponer estrategias sobre los nuevos escenarios y cambios de la profesión. Una de las estrategias destacada fue la capacitación sobre la enseñanza y asistencia de enfermería, basados en el enfoque de esa metodología<sup>(3)</sup>.

A partir de esa iniciativa, fueron desarrolladas estrategias de enseñanza y de práctica para instrumentalizar el uso del proceso de enfermería en los currículos de los cursos de graduación y en las instituciones de salud, con el objetivo de incorporarlas como metodología de la asistencia de enfermería, dirigida al cuidado, y, también, viabilizar su inserción en el movimiento de construcción de la atención a la salud como un bien social y colectivo.

En la última década, algunos estudiosos hacen explícito las inversiones realizadas para la utilización del proceso de enfermería en la práctica asistencial, proporcionando informaciones sobre lo que las enfermeras conocen, opinan y adoptan en

diversas realidades y las dificultades enfrentadas en el contexto hospitalario<sup>(4-8)</sup>. Esos estudios indican la potencialidad de efectuar inversiones en su implementación en la práctica, aproximando el ejercicio de enfermería de la atención a la salud, educación e investigación.

Delante de lo expuesto, se reafirma la perspectiva de los investigadores de que el proceso de enfermería se constituye de una acción revestida de significados, posible de ser utilizada por las enfermeras en la práctica, como metodología para la prestación de cuidados, que presenta desafíos tanto en la enseñanza como en la asistencia, con la necesidad de profundizar el contexto hospitalario, a partir de la percepción de las enfermeras que en él actúan, destacando las dudas, inseguridades y cuestiones sobre su operacionalización.

En la búsqueda por realizar la aproximación entre esas cuestiones, los objetivos de este estudio son: comprender el significado atribuido al proceso de enfermería por enfermeras de una unidad de internación hospitalaria en México y describir las acciones realizadas por ellas en esa unidad, de acuerdo con el significado atribuido al proceso de enfermería.

## MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

Las bases conceptuales del Interaccionismo Simbólico orientaron esta investigación cualitativa, por enfatizar la naturaleza de la interacción social, la dinámica y actividad social, con los actores, bajo la perspectiva que considera al ser humano activo en su medio ambiente, como un organismo que interactúa con otros y él mismo. Interacción significa que los actos de cada ser humano son construidos continuamente, dependiendo en parte de lo que los otros hacen, influenciándose unos a los otros y, al actuar e interactuar, utilizan el lenguaje derivado de la intersubjetividad, operando fundamentalmente dentro de realidades simbólicas ahí sustentadas<sup>(9)</sup>. El Interaccionismo Simbólico es una perspectiva de la ciencia social delineada para producir conocimiento sobre la vida humana en grupo y sobre su conducta, focalizando en los significados que los eventos tienen para los seres humanos y en los símbolos que usan para atribuir aquellos significados. Esos símbolos son desarrollados socialmente en la interacción y son validados dentro de los grupos.

El Interaccionismo simbólico se basa en las siguientes premisas: los seres humanos actúan en relación a los objetos con base en los significados que aquellos tienen para sí, el significado atribuido a los objetos/cosas se deriva de la interacción social entre seres humanos, los significados son manipulados y modificados a través del proceso interpretativo, desarrollado por el ser humano al confrontarse con objetos y consigo mismo<sup>(10)</sup>. La interacción humana es mediada por el uso de símbolos, por la interpretación y averiguación del significado de las acciones de los otros.

Esta investigación tuvo como marco metodológico la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) que tienen raíces en el Interaccionismo Simbólico, y su propósito es generar teorías a partir de los datos obtenidos, sometidos a análisis sistemático y comparativo, organizados en categorías conceptuales que explican el fenómeno de interés.

La TFD es un método en que existe una estrecha relación entre la recolección de datos de manera sistemática, el análisis y la teoría que emergen durante la investigación; la teoría surge de la realidad y no es solamente la unión de conceptos basados en la experiencia, o conceptos sobre como las cosas deberían ser o funcionar<sup>(11)</sup>.

Ese delineamiento metodológico exige la comparación constante de los datos, la sensibilidad teórica del investigador, el muestreo teórico de la realidad empírica, la indicación de memorandos que corroboren en el proceso de codificación abierta, axial y selectiva, de modo a asegurar el desarrollo y la densidad conceptual. El resultado de esa codificación e integración de los datos contribuye para la construcción de la teoría.

En la TFD, la recolección de datos, codificación y análisis ocurren simultáneamente, permitiendo al investigador el entendimiento y comprensión de los significados bajo la perspectiva de los sujetos participantes.

## METODOLOGÍA

Este estudio fue realizado en la Unidad de Medicina Interna, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, de Irapuato, Guanajuato, México, institución de porte medio, articulada al sistema de salud y seguridad social para trabajadores de economía

formal. Capacidad instalada de 110 camas operacionales y 52 esporádicas (extras), contando con 327 enfermeras.

La Unidad de Medicina Interna posee dos alas (sur y norte), con capacidad para 25 camas y tres designados para cirugía. El equipo de enfermería cuenta con 36 enfermeras generales y auxiliares, y cuatro enfermeras jefe. El promedio de permanencia es de cuatro a nueve días.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato, y por el Comité de Investigación del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Irapuato, Guanajuato. El término de consentimiento libre y esclarecido que hace explícitos los objetivos y procedimientos metodológicos, respetando los principios éticos en investigación y preservación del anonimato, fue presentado y firmado por todos los profesionales que aceptaron participar de la investigación.

Por ser un estudio de naturaleza cualitativa, basado en la TFD, el número de sujetos no fue predeterminado, resultó del proceso de muestreo y saturación teórica. Eso significa que el número de enfermeras participantes fue delimitado de acuerdo con la representatividad de los conceptos que emergieron durante el análisis de los datos.

Las estrategias de recolección de datos utilizadas fueron: entrevista semiestructurada, observación participante y consulta documental; la recolección se realizó en el período de marzo a septiembre de 2007. La entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas, dirigidas al objeto de interés, fue grabada, mediante autorización previa de los enfermeros. El tenor de las grabaciones fue transcrito y sometido a la validación del contenido por los entrevistados, sin modificaciones.

La observación participante fue realizada por la investigadora en la Unidad de Medicina Interna, en los tres turnos, conforme escala de trabajo de los profesionales entrevistados, en su cotidiano, dirigido al método de trabajo, identificando acciones, interacciones, procedimientos y anotaciones, entre agosto y septiembre de 2007, permaneciendo cerca de ocho horas con cada participante, en dos ocasiones. Los registros en el diario de campo fueron hechos a seguir.

La consulta documental fue realizada en las fuentes oficiales del Departamento de Enfermería en

la institución de salud seleccionada para el estudio, así como en los registros de acciones de enfermería en instrumentos definidos por la Unidad de Medicina Interna, donde actúan los profesionales entrevistados y observados, después del consentimiento de las autoridades.

El análisis de los datos ocurrió, inicialmente, durante su recolección, haciendo comparaciones entre las informaciones obtenidas en las entrevistas, observaciones y consultas documentales frente a indagaciones centrales sobre el objeto de interés, considerando ser la comparación constante la premisa básica del método escogido. Después de la transcripción de los datos, fue realizada a lectura atenta de las entrevistas y de las observaciones, para viabilizar la codificación (abierta, axial y selectiva), y permitir la delimitación de la teoría<sup>(12)</sup>.

La codificación abierta se inició desde la lectura de la primera entrevista, con un examen minucioso del texto, descompuesto en fragmentos denominados incidentes, los cuales fueron examinados y comparados buscando similitudes y diferencias, generando códigos. Después de esa acción, lo mismo se repitió con las otras entrevistas, una a una, tratando de definir las categorías, profundizar los códigos identificados y formar grupos, para tratar de explicar los significados que emergían de los datos, realizando una reducción del número de los códigos y con el objetivo de categorizarlos.

La construcción de las categorías, en términos de sus propiedades y dimensiones, fue realizada por medio de un análisis detallado de los códigos encontrados en los datos, tanto de las entrevistas como de las observaciones. Ese proceso permitió identificar y nombrar las categorías, dándoles especificidad por medio de las características particulares.

La codificación axial implica en un análisis profundo y denso de las categorías que emergieron del proceso de codificación abierto, comprende la relación de las categorías y subcategorías, siguiendo las líneas de sus propiedades y dimensiones. En esa codificación, fueron relacionadas y agrupadas categorías y subcategorías apoyados en el paradigma de codificación, de acuerdo con sus componentes que incluyen las condiciones, acciones/interacciones y consecuencias, orientando y auxiliando al investigador a formular cuestionamientos, generar hipótesis y hacer comparaciones constantes, útiles en la composición del cuerpo de la teoría<sup>(11)</sup>.

En la codificación selectiva, las categorías fueron integradas y refinadas hasta identificar la categoría central y las subcategorías, en un proceso interactivo del investigador con los datos.

## RESULTADOS

Participaron del estudio 16 enfermeros de los tres turnos de trabajo, siendo 14 mujeres y dos hombres, con edades entre 30 y 48 años. Entre ellos, había seis enfermeras con licenciatura y 10 con nivel técnico. Tiempo de experiencia entre 10 y 20 años de actuación profesional en la institución hospitalaria y en la enfermería.

El proceso de análisis permitió la construcción de la categoría central el *proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinario*, representando el significado atribuido al fenómeno investigado por las enfermeras en la práctica cotidiana en el contexto hospitalario, categoría esa constituida por las subcategorías: *diferente de lo aprendido, con pérdida de continuidad en su quehacer; investigación de las necesidades y condiciones de los pacientes, basada en el tratamiento médico y percepciones de incomodidad; realización de las acciones/interacciones de cuidado, basadas en las necesidades del paciente, indicaciones médicas y rutinas establecidas y registro de las acciones/interacciones de cuidado y de las prescripciones médicas*, que permiten entender la vivencia de las enfermeras en el uso del proceso de enfermería.

Las enfermeras expresan que, en el trabajo cotidiano, en la referida unidad de medicina interna, el proceso de enfermería utilizado es *diferente del aprendido, con pérdida de continuidad en su quehacer*, estableciendo comparaciones con experiencias en la graduación, cuando fue enseñado con enfoque individual, en pocos pacientes, haciéndolo paso a paso en situaciones escogidas, diferente de la diversidad que experimentan. Lo que fue enseñado en la escuela es colocado como un saber como siendo limitado en su aplicación a la realidad profesional, llegando a idealizar el conocimiento teórico aprendido que subsidiaba la práctica, *...es muy diferente de lo que aprendemos en la escuela, yo le estoy hablando de hace más de 20 años cuando terminé, con el paso del tiempo, se va perdiendo esa continuidad, vamos dejando cosas que son importantes, ya en él lo manejamos como cuando vamos a la escuela, con más detención porque sí se nos deja un paciente o máximo dos, aquí estamos manejando 13 (E10)*.

El significado que las enfermeras atribuyen al proceso de enfermería se hace presente cuando expresan elementos que lo integran durante los cuidados en el trabajo cotidiano, como se fuese una actividad rutinaria y mecanizada, ya sabiendo con antelación lo que realizaran, como se ilustra a seguir. *...Usamos el proceso de enfermería pero en él lo hacemos notar, ya llevamos una rutina de trabajo y en él nos damos cuenta, en lo pensamos que estamos poniéndolo en práctica, pero se hace porque estamos planificando las actividades y realizamos las acciones, pero es como si fueran nuestras actividades rutinarias* (E10).

La *investigación de las necesidades y condiciones de los pacientes, basada en el tratamiento médico y percepciones de incomodidad*, es realizada como acciones de cuidado rutinarias, las enfermeras expresan que evalúan las necesidades y condiciones del paciente por medio de un proceso de recolección de información, en diferentes momentos del turno, es asistemática, con mayor o menor detalle, no sigue un estándar determinado y prioriza datos del tratamiento médico que orientan los aspectos a evaluar y observar. *...se recibe el turno, nos dicen el nombre del paciente, el diagnóstico, se revisa que la venoclisis tenga todos los datos, que no pase de tres días, que el paciente tenga su suero y que corresponda a lo que está en las indicaciones* (E13).

Esa investigación también es realizada basándose en las percepciones y relatos de las incomodidades de los pacientes, que manifiestan la potencialidad de autonomía de la enfermera en la búsqueda para obtener información a fin de dirigir su respuesta profesional a las demandas del cuidado. *...En el momento de la recepción me enfoco en observar al paciente, reviso si se le repite la solución, que este bien su venoclisis, si tiene algún drenaje, si está seco, le pregunto si hubo algún percance en el turno anterior, veo si tiene algo pendiente, entonces esa sería mi valoración...* (E8).

A partir de la investigación de las necesidades y condiciones del paciente, la enfermera identifica las situaciones que requieren planificación de las acciones/interacciones de enfermería, priorizando las condiciones críticas de los pacientes y aplicaciones medicamentosas. La priorización implica en la atención inmediata, alterando la secuencia de sus actividades cotidianas que exigen la interpretación de las informaciones recolectadas, con base en sus conocimientos, experiencia clínica y valores instituidos en el hospital. *...en la mañana llego y empleo a ver a los pacientes para conocerlos, veo sus diagnósticos médicos, que características puede tener en cuanto a síntomas o algo que esté inquietándolo y con base en eso, voy dando prioridad, si hay*

*algún paciente que tiene algún cuidado que es más urgente, le doy más atención a ese paciente* (E3).

En la organización de su trabajo, la enfermera da privilegio a las aplicaciones de medicamentos en la regulación del tiempo disponible, conforme al número de pacientes y a las prescripciones medicamentosas. Esa actividad, relacionada a la indicación médica, se revela un elemento central del cotidiano de las enfermeras en el contexto hospitalario.

*Primero, veo cuantos pacientes tengo y de acuerdo a eso me voy con mi carrito, preparo mis jeringas con solución fisiológica; después me voy paciente por paciente, porque si no lo hago así, eso es pérdida de tiempo para aplicación de medicamentos* (E1).

Y, también, la *realización de las acciones/interacciones de cuidado, basadas en las necesidades del paciente, indicaciones médicas y rutinas establecidas* siguen, a veces, protocolos de atención interiorizados por las enfermeras en su cotidiano. La autonomía de la enfermería en la institución se refleja en esas acciones/interacciones que resultan del juzgamiento profesional que tienen como finalidad satisfacer las necesidades del paciente, dando valor a su tomada de decisiones.

*...no solo hacemos los cuidados siguiendo las indicaciones médicas, generalmente el médico pasa visita y se va y nosotros somos las que nos damos cuenta si el paciente tiene cambios, problemas o necesidades, entonces nosotros tomamos decisiones sobre que hacerle al paciente* (E9).

En la estructura hospitalaria, las acciones/interacciones de cuidado también siguen las rutinas estandarizadas y funciones instituidas, para disciplinar el trabajo, mostrándose como elementos orientadores.

*...siempre va uno nuevamente a lo mismo, a tomar signos, a pasar registros de enfermería, a continuar con los cuidados que indica el médico que trata a cada paciente, lo que ya está establecido en el servicio* (E7).

El *registro de las acciones/interacciones de cuidado y de las prescripciones médicas* es considerado una herramienta valiosa de la profesión, un instrumento para el cuidado y requisitos legales, sin embargo, las enfermeras lo perciben poco importante y desvalorizado por los otros profesionales en el ámbito de sus acciones, alegando falta de tiempo para realizarlo. Así, los registros se muestran imprecisos, poco detallados, incompletos, repetitivos y no ponen en evidencia su quehacer.

*No registramos todo lo que hacemos porque siento que hay falta de tiempo, hay turnos que yo solo pongo lo mismo del*

*otro turno "todo igual", creo que no tenemos tiempo para hacer un registro detallado de nuestras acciones (E13).*

Entre tanto, establecen una diferencia cuando se trata de registros relacionados a las prescripciones médicas, a las cuales dedican gran parte del tiempo, confrontándolos y actualizándolos en diferentes momentos del turno, sobre todo aquellos que se refieren a cambios en los medicamentos.

*...vamos revisando que coincidan las indicaciones médicas con el registro de enfermería, ya que administro los medicamentos vuelvo a revisar las indicaciones para ver si se cambió algún tratamiento o si están pendientes indicaciones transcribimos lo mismo (E2).*

## DISCUSIÓN

*El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinario* representa la vivencia de las enfermeras al prestar el cuidado orientado por la evaluación de las necesidades y condiciones de los pacientes, planificando las acciones/interacciones de enfermería, haciendo las acciones/interacciones de cuidado con más o menos autonomía, y registrándolas parcialmente. Esas acciones/interacciones de naturaleza prescriptiva, la mayoría de las veces, tienen solución inmediata, priorizadas en relación a las condiciones pendientes, a las necesidades y condiciones de riesgo, habiendo poco tiempo para escuchar con atención o tener una relación de proximidad con los pacientes.

Así, predominan las acciones/interacciones rutinarias de las enfermeras en lo cotidiano de un complejo hospitalario, tratando de responder por su quehacer ritualista, incorporado a la cultura institucional como una práctica normal, aprendida y adaptada<sup>(12)</sup>. Las enfermeras, delante de las condiciones de la estructura organizacional, se convierten en organismos activos capaces de modelar su línea de actuación, basándose en lo que consideran importante y significativo<sup>(10)</sup> y realizan el proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinario, cumpliendo las tareas habituales establecidas en la organización<sup>(7)</sup>.

Sin embargo, el proceso de enfermería en lo cotidiano hospitalario, pasa desapercibido en la expresión de las enfermeras entrevistadas, en la mayoría de las veces, como sí existiese apenas en su imaginación, ya que lo realizan de modo diferente a lo aprendido, habiendo pérdida de continuidad en

su quehacer, no siendo un quehacer viable, sistemático e individualizado, para todos los pacientes bajo su responsabilidad. La dicotomía entre la enseñanza y la práctica de esa metodología de asistencia, al utilizarla, genera inseguridad y negación en los estudiantes y profesionales<sup>(13)</sup>.

Esa situación representa un desafío para la profesión, generando cuestionamientos sobre la forma más adecuada de enseñanza del proceso de enfermería, sus estrategias de operacionalización en la enseñanza de campo e integración en los programas académicos, además de la ideología y sistemas de valores de los docentes. De esa forma, se torna explícita la necesidad de obtener una mayor interacción entre escuelas y servicios, articulando la formación profesional a las prácticas profesionales en la salud<sup>(7-8)</sup>. El descompás entre la práctica de la enfermería en lo cotidiano hospitalario y la propuesta de enseñanza del proceso de enfermería precisa ser enfrentado, en la búsqueda de estrategias viables para su utilización efectiva en los servicios de salud, de modo a apoyar las acciones de cuidado de las enfermeras. La formación crítica de los enfermeros debe elegir como elementos esenciales el dimensionamiento de la ciencia aplicada, el conocimiento y la práctica de enfermería<sup>(14)</sup>.

La enfermería enfrenta problemas de sobrecarga de tareas y falta de tiempo, siendo oportuno realizar el proceso de enfermería más práctico y reducido, que focalice las necesidades actuales del paciente, asunto ese a ser reflexionado por las enfermeras, docentes y estudiantes para encontrar caminos viables en su práctica<sup>(15)</sup>.

En ese contexto, las enfermeras reconocen que sus acciones de cuidado y uso del proceso de enfermería en lo cotidiano hospitalario está siendo comprometido, reflexionando sobre la evaluación focalizada en señales, síntomas y necesidades del paciente, con foco en los aspectos físicos y situaciones críticas del paciente, mediada por los conocimientos adquiridos, valores interiorizados y significados atribuidos al acto de cuidar.

La planificación de las acciones e interacciones de cuidado, que ocupa parte importante del tiempo de las enfermeras en su cotidiano, es apenas percibido, orientado por protocolos y rutinas establecidas en el servicio, que han sido interiorizadas y seguidas como líneas de acción, a través del proceso de interpretación.

La enfermera, como actor social, interactúa con sus pares, otros profesionales de la salud, pacientes y familiares del contexto hospitalario, y formula indicaciones de conducta a partir de las normas institucionales y, de ese modo, orienta su interacción con otros, alienándose cuando realiza tareas definidas por la institución de salud, factor determinante de sus acciones/interacciones de cuidado, basadas principalmente en las prescripciones médicas.

Además de eso, las enfermeras ejecutan acciones/interacciones de cuidado, dirigidas a las necesidades del paciente, mostrando ejercicio autónomo, fundamentado en conocimientos y saberes, en el raciocinio crítico y toma de decisiones, que ponen en evidencia la superación del modelo normativo instituido, fortaleciendo su naturaleza de agente<sup>(10)</sup>. De esa manera, el proceso de enfermería proporciona una acción autónoma delante de los demás trabajadores de la salud<sup>(7)</sup>.

Las enfermeras experimentan la autonomía cuando cumplen las metas del cuidado del paciente, utilizando conocimientos y habilidades, dentro del contexto de la comprensión y contribución al plano de cuidados, evaluando sus necesidades y condiciones, comunicando preocupaciones y prioridades, coordinando los recursos del equipo multidisciplinar<sup>(16)</sup>.

El proceso de enfermería se caracteriza como *rutina* en un contexto de interacciones limitadas para el cumplimiento de tareas, revelándose como una actividad mecánica, donde la prescripción de enfermería no refleja la evaluación individual del paciente<sup>(4)</sup>. Ese contexto indica la perspectiva de discusión crítica del proceso de trabajo, en la búsqueda de los beneficios que el proceso de enfermería podría introducir en la estructuración de la práctica asistencial en equipo, fortaleciendo la interacción social en el trabajo.

Se verificó, en las observaciones y entrevistas, que las acciones/interacciones de las enfermeras pueden ser caracterizadas como orientadas, principalmente, a la atención física del paciente, a los procedimientos de rutina y protocolos de atención establecidos en la unidad, siguiendo la prescripción médica, centrados en la recepción/ entrega de turno, administración de medicamentos, mensuración de señales vitales, registros clínicos de enfermería y encaminamientos<sup>(17)</sup>.

## CONSIDERACIONES FINALES

El conocimiento producido en este estudio, así como ya ha sido citado en la literatura, permitió describir el proceso social presente en la experiencia de enfermeras clínicas, en lo que se refiere al proceso de enfermería. Para ellas, ese proceso está integrado a su práctica cotidiana y es realizado como acciones de cuidado rutinario y desapercibido, diferentemente de lo que fue aprendido en la escuela, incorpora protocolos de atención establecidos en el hospital y muestra la disociación y falta de correspondencia entre lo preconizado en la enseñanza formal y lo realizado en el trabajo cotidiano, indica la necesidad obtener una articulación entre la teoría y la práctica y la búsqueda de estrategias que minimicen ese distanciamiento, incorporando la formación continua al proceso de trabajo, desafío ese que se presenta para enfermeros de la academia y de la asistencia, a partir del paradigma crítico y reflexivo.

Se considera que este estudio contribuye para comprender el significado atribuido al proceso de enfermería por un grupo de enfermeras del contexto hospitalario, que puede ser objeto de reflexión e incentivo para presentar propuestas de cambios en la formación y práctica de la enfermería.

## REFERENCIAS

1. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000.
2. Thomaz VA, Guirardello EB. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. Rev Nursing 2002 novembro; 5(54):28-33.
3. Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C. (MX). Proceso de atención de enfermería: documento básico. México (DF): Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C.; 1976.
4. Rossi LC, Casagrande RL. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. Rev Latino-am Enfermagem 2001 setembro/outubro; 9(5):39-46.
5. Lima AFC. Significados que as enfermeiras assistenciais de um hospital universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do Sistema de Assistência de Enfermagem - SAE. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2004.
6. Pérez-Rodríguez MT, Sánchez-Piña S, Franco-Orozco M, Ibarra A. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria comunitaria en instituciones Del Distrito Federal.

Rev Enferm IMSS 2006 enero/abril; 14(1):47-50.

7. Nascimento K, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev Esc Enferm USP 2008 dezembro; 42(4):643-8.

8. Carvalho EC, Souza AM. O Significado de processo de enfermagem para quem o ministra. Cogitare Enferm 2008 julho/setembro; 13(3):352-60.

9. Charon MJ. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, and integration. 8ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 2004.

10. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1998.

11. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín (CO): Universidad de Antioquia; 2002.

12. Mantzoukas S, Jasper M. Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. J Clin Nurs 2004; 13:925-33.

13. Freitas MC, Queiroz AT, Souza VJA. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. Rev Bras Enferm 2007 março/abril; 60(2):207-12.

14. Santos SR, Nobrega MML. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem - enfoque na teoria fundamentada nos dados. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio/junho; 12(3):460-8.

15. Waldow VR. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. Rev Enfermagem UERJ 2001 setembro/dezembro; 9(3):284-93.

16. Gomes AMT, Oliveira DC. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. Rev Bras Enferm 2008 março-abril; 61(2):178-85.

17. Costa R, Shimizu HE. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro/outubro; 13(5):654-62.