

FATORES QUE INFLUENCIAM NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – UMA PROPOSTA ALTERNATIVA

Solange Sánchez¹, Eva Maria Costa¹, Wiliam Cesar A. Machado¹
Yone Alves A. Sampaio¹

SÁNCHEZ, S. et alii. Fatores que influenciam na implementação de um modelo de assistência de enfermagem – uma proposta alternativa. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 195-204, jul./dez. 1984.

RESUMO. A conotação empírica da Assistência de Enfermagem ainda predominante nas instituições de saúde vem preocupando os profissionais de enfermagem, ao tempo que também tem contribuído para indefinição do espaço do enfermeiro na sociedade. Isto vem de alguma forma reforçar as constantes dificuldades que têm os enfermeiros recém-formados, diante da prática de assistência, face a divergência de padrões entre o órgão formador e a prática desenvolvida nas unidades de saúde. Preocupados com tal problemática, os autores têm o propósito de apresentar alternativas que possam contribuir para eficácia dos projetos de implementação de modelo de Assistência de Enfermagem Sistematizada. O estudo consta de um levantamento dos fatores considerados como obstáculos e barreiras que poderão estar influenciando nos resultados da prática da assistência de enfermagem desenvolvida no Rio de Janeiro.

ABSTRACT. The empirical connotation of Assistance in Nursing that still predominates in Health Institutions has been a worrying factor for professionals within the nursing area, while, at the same time, it has contributed to a lack of definition of the role of the nurse within society. This only emphasizes the constant difficulties that recently graduated nurses have faced, in the assistance practice, due to the divergences of standards between the formative organ and the practice carried out in the health units. The authors, worried with the problem in question, propose to present alternatives that may contribute to the efficiency of the projects of implementation of the model of Assistance in Systemized Nursing. The study is composed of an examination of the factors considered to be obstacles that could be influencing the results of the practice of assistance in Nursing developed in Rio de Janeiro.

1. Docentes do Departamento de Enfermagem Fundamental do CCBS da Universidade do Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem vem hoje sofrendo influências do mundo moderno, principalmente face ao desenvolvimento da tecnologia, o que tem trazido benefícios que nos levam ao aprimoramento técnico. Não obstante, estes benefícios tendem a distanciar a tão valorada aproximação humana, que constitui fator primordial na atuação do enfermeiro. Portanto, os aspectos humanísticos não podem ser descuidados, considerando que o objeto da enfermagem é o assistir ao homem em toda sua plenitude. A enfermagem acompanha, passo a passo, o desenvolvimento científico e tecnológico, mormente no que concerne à evolução da profissão nos seus aspectos globais. Sendo ela um subsistema do sistema integrador de saúde, utiliza métodos, normas e procedimentos específicos que se fundamentam nos objetivos e filosofia por ela dirigidos, com o propósito de identificar e atender as necessidades básicas do homem. Assim sendo, preocupados com a situação existente nas instituições prestadoras de serviços de saúde, os enfermeiros mobilizam-se para a melhoria deste quadro, embora os meios utilizados, até o momento, não tenham sido de comprovada eficácia. Constatada esta situação no exercício do ensino, os docentes também demonstram preocupação com os resultados desta assistência, o que motivou os autores deste trabalho a investigar os fatores que poderão estar originando esta problemática. Estes fatores foram diagnosticados, com auxílio de um instrumento, entre profissionais que atuam na assistência, aplicado em instituições consideradas de bom padrão, em razão dos serviços oferecidos à comunidade. A opção por estas instituições foi em decorrência da utilização destas, por universidades, como campo de aprendizado, para alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia.

Após a aplicação do instrumento, que foi acompanhado pelos autores, ocorreu o tratamento estatístico para tabulação e representação por meio de tabelas. Em função dos resultados foram formuladas propostas alternativas, como sugestão no âmbito da assistência e do ensino.

I – DESENVOLVIMENTO.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A assistência de enfermagem

Atualmente, a assistência de enfermagem compreende a ação realizada pela(o) enfermeira(o), como sua função primordial e responsabilidade fundamental no âmbito de profissão. Esta ação naturalmente consiste em prevenir a enfermidade, fomentar a saúde e promover meios para que os portadores de alguma enfermidade atinjam seu nível de equilíbrio, limitando danos futuros.

Faz-se mister lembrar, que no passado, a função da(o) enfermeira(o) era a de cuidar, no hospital ou no domicílio, de pessoas com alguma enfermidade. Dividia com o profissional médico o tratamento mais estritamente curativo da doença, sem, no entanto, atentar para as causas ou efeitos sócio-econômicos da mesma. O ambiente social era relativamente simples, compreendendo-se assim, por equipe de saúde, o cliente, o médico e a(o) enfermeira(o). Este ambiente, no entanto, foi se tornando bem mais complexo na medida em que a referida equipe foi sendo integrada por outros profissionais, os quais têm assumido a responsabilidade de preservar a saúde e não apenas cuidar da enfermidade. A enfermagem se propõe, no momento, a evitar a ocorrência e a recorrência da enfermidade. Uma vez a doença instalada, o objetivo consistirá em reabilitar na maior extensão possível a pessoa no seu todo ou seja: corpo, mente e espírito. Através de estudos, vem se tentando mudar a conotação antiga da enfermagem, procurando definir mais claramente a autonomia da(o) enfermeira(o) na assistência de enfermagem. A ação eficaz deste profissional se traduz pelo retorno do cliente ao espaço que este ocupa na comunidade. Isto ocorre de maneira não estática senão sensível às forças que atuam sobre a sociedade. Esta atenção se traduz ainda pelo alcance dos seguintes fatores: desenvolvimento ético e cultural, social, profissional e intelectual.

Da(o) enfermeira(o) exige-se, nos dias de hoje, uma atitude de tomada de decisão, seja no hospital, no domicílio ou na comunidade, o que dela(o) requer uma função mais completa com características multidisciplinares e uma linha definitiva diante dos problemas sociais existentes.

Embora a assistência de enfermagem tenha raízes no passado, vem se tornando cada vez mais complexa ao tentar ajustar-se às rápidas mudanças sociais. O sistema Florence Nightingale foi introduzido no Brasil, na década de vinte, e tomou tal denominação para diferenciar a enfermagem de ocupações que, há séculos, vinham sendo exercidas por pessoas sem preparo formal e com conhecimento e habilidades adquiridos pelo sistema de aprendizes. Desta forma, a enfermagem moderna tem sido proposta como Ciência e como Arte que se caracterizam numa profissão que existe e subsiste a serviço do bem-estar do homem, visando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a reabilitação e a manutenção da vida. A prática profissional diz respeito ao atendimento de necessidades e cuidados humanos dirigidos a cada um dos membros da comunidade, quer no hospital, no lar, na escola ou no trabalho.

Entende-se, portanto, a Enfermagem, como um “processo sistemático e dinâmico necessitando disciplina intelectual que requer estudo e domínio de conhecimentos e habilidades próprias (HORTA)⁴.

HORTA⁵ considera Assistência de Enfermagem como a aplicação do Processo de Enfermagem pela(o) enfermeira(o) a fim de justificar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano (indivíduo, família e comunidade). Este conjunto de medidas é mais significativo, segundo DICHTER⁸, no aspecto de atitude da enfermeira ao prestá-las do que em relação ao número e à efetuação dos procedimentos.

A assistência de enfermagem sistematizada

Apesar do progresso que a enfermagem vem sofrendo nos últimos trinta anos, existe uma divergência entre o acervo de conhecimentos científicos disponíveis e a utilização dos mesmos nas unidades de saúde. Também se observa que as ações de enfermagem são transferidas aos auxiliares de enfermagem e até mesmo aos estudantes graduados face ao número insuficiente de profissionais de enfermagem.

Portanto, faz-se mister melhorar as perspectivas do próprio campo de prática através da formação de novos profissionais capazes e interessados na mudança no sistema. “Se formarmos hoje profissionais capazes de implementar o processo de enfermagem, teremos o campo de prática de amanhã garantido” (CIANCIARULLO)².

Com auxílio dos elementos básicos da metodologia científica, a enfermagem pode elaborar seu plano terapêutico, com o objetivo de conhecer melhor o cliente, identificar suas realidades e determinar quais as providências que a enfermagem indica para atender às necessidades biopsicossociais específicas do seu cliente.

As vantagens desta assistência, além do atendimento no âmbito individualizado, são a de aproximação da(o) enfermeira(o) com o cliente, participando mais de suas realidades e favorecendo o relacionamento entre o agente receptor do cuidado de enfermagem. Ainda, podemos citar como vantagem do sistema, o favorecimento para o relacionamento interpessoal enfermeira(o) e cliente. OREM diz que a Enfermagem é um processo interpessoal desde que exija encontro social do enfermeiro com o paciente e envolva transição entre eles. Também representa uma condição essencial para o progresso e autonomia da profissão futuramente, sem falar que, segundo HORTA⁴, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem serão obrigações legais da profissão em futuro bem próximo.

Reflexos no ensino e na prática

É notória a dificuldade de aprendizagem do processo de enfermagem pelos alunos de graduação. Dificuldade esta, demonstrada pela atuação não significativa destes egressos como agentes de mudança quando profissionais. O processo de enfermagem dirige os enfermeiros para uma sistematização de assistência de enfermagem humanizada, atuando como agente de mudança, no contexto atual da assistência de enfermagem, definindo desta forma, o espaço do enfermeiro entre os demais profissionais. Os docentes de enfermagem, segundo documento do I Encontro Nacional de Docentes de Introdução e Fundamentos de Enfermagem (ENDIFE) são de opinião que o processo de enfermagem, como metodologia científica, contribui para caracterizar a enfermagem como ciência e oferece ao aluno uma visão da assistência holística ao homem, promovendo interação entre o aluno-cliente e equipe disciplinar, levando os enfermeiros do campo a utilizarem tal método (CIANCIARULLO)².

Observamos ainda que a aplicação do processo de enfermagem propicia a compatibilização do ensino com a prática do processo de enfermagem

nos campos que as escolas utilizam. Podemos ainda referenciar que a dissociação teórico-prática da aplicabilidade do processo de enfermagem, no campo, pelos alunos de graduação, vem sendo evidenciada pela inadequação dos campos de ensino clínico que por sua vez ainda não operacionalizam um modelo de assistência de enfermagem sistematizada.

Acreditamos que as dificuldades para operacionalização de um modelo de assistência estejam fundamentadas na inexistência de um suporte legal da instituição que assegure a autonomia do enfermeiro para o desenvolvimento de suas atividades específicas. Este suporte legal partindo da administração da instituição de saúde como empresa, contribuirá certamente para a definição do espaço do enfermeiro e conseqüentemente independência de ação no exercício da prática profissional. Observa-se também que, naquelas instituições onde existe um modelo de assistência em operacionalização, mesmo que parcial, mas com base legal, deparam-se com barreiras pela não adequação aos objetivos dos serviços prestados e as características da clientela.

Destarte, considerando os aspectos abordados, salientamos que se faz necessária a integração docente-assistencial, desde os projetos de Sistematização da Assistência de Enfermagem assegurando assim a operacionalização adequada dos objetivos propostos. Para isto, é indispensável que se determinem padrões mínimos para aplicação efetiva do Processo de Enfermagem nos campos de prática, segundo recomendação do I ENDIFE realizado em São Paulo, em 1978.

METODOLOGIA

Para o levantamento de informações sobre a experiência vivencial dos profissionais em relação à assistência de enfermagem sistematizada desenvolvida nos diversos campos de prática, elegeu-se a formulação de questionamentos para a elaboração de um instrumento a ser aplicado entre os profissionais em exercício. O referido instrumento teve como objetivo levantar informações de ordem específica no que concerne à prática efetiva da assistência de enfermagem. Como conseqüência, levantar ainda os envoltivos gerados pela adequação ou não, de uma sistematização da assistência prestada.

Do instrumento

O instrumento foi representado por um questionário contendo dados de identificação relativos à formação profissional, faixa etária, instituição e função exercida especificamente. Constatou também de abordagens com referência à assistência de enfermagem sistematizada a saber:

- Fatores que influenciam na implementação de um modelo de assistência de enfermagem;
- Bases teóricas do modelo de assistência de enfermagem e sua implementação:
- Evolução do sistema;
- Participação do cliente e família no planejamento da assistência de enfermagem;
- Avaliação da assistência de enfermagem.

As perguntas formuladas no instrumento foram construídas para respostas fechadas e abertas.

Da população

A população constou de enfermeiros, em exercício das atividades profissionais em hospitais e centros médicos, no âmbito da universidade, da previdência social e rede municipal de saúde, localizados no Município do Rio de Janeiro.

Técnica utilizada

Para a obtenção de resultados mais representativos, optamos pela orientação dos profissionais no decorrer do preenchimento e respostas aos questionários aplicados.

Utilizou-se o vocábulo Enfermeiro com base em aceção legal ou seja: “Profissional de nível universitário, formado em cursos regulares, nos termos da legislação específica vigente” (BOR-GES)¹.

Coleta de dados

O instrumento foi aplicado pessoalmente pelos autores, nos campos eleitos e o universo representado pelos profissionais que atuam em unidades de saúde pertencentes aos sistemas previdenciário, universitário e rede municipal.

Os dados foram coletados preferencialmente durante o plantão do enfermeiro, o que facilitou o ajuste das respostas à sua prática diária. A tabulação destes dados foi manual.

Todos os profissionais incluídos na amostra selecionada, foram orientados quanto aos obje-

tivos do questionário. Para os casos omissos, ocorreu desconhecimento do fato abordado.

Para a demonstração dos parâmetros levantados como críticos após a aplicação do instrumento, elegemos um quadro demonstrativo, a partir das realidades constatadas, que estabelece confronto entre o pressuposto e as alternativas para a assistência e o ensino, com as respectivas propostas.

De início questionamos a argumentação *modelo inoperante* o que sugere como pressuposto a adequação do modelo às características da clientela, aos objetivos e filosofia da instituição. A alternativa para a assistência é favorável à determinação das circunstâncias para a elaboração de um projeto de assistência sistematizada, com levantamento de dados, análise dos elementos essenciais, plano piloto e validação do modelo proposto. Quanto ao ensino, sugere o estabelecimento do marco conceitual e estrutural no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, através da revisão de currículos e programas.

A *incompatibilidade entre a teoria e a prática* vem demonstrar a necessidade da integração docente-assistencial, isto porque facilitaria a utilização de uma linguagem única em termos de assistência à saúde. Para que isto ocorra, é necessária a participação mais efetiva do docente nos estudos e projetos relativos à assistência de enfermagem, junto às instituições de saúde e aos órgãos responsáveis pela prática da assistência à saúde em seus diversos âmbitos. Da mesma forma, os programas das disciplinas, no que se refere ao desempenho prático, deveriam ser adequados às características e peculiaridades dos campos e participação dos docentes nos conselhos técnicos e administrativos das instituições de assistência à saúde.

Quanto à *inobservância de padrões mínimos para assistência*, utilizamos o Informe Final da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em Santiago do Chile, outubro de 1972, como recomendação para que as unidades assistenciais possam utilizar estes parâmetros associando-se aos programas de formação de maneira adequada, às finalidades e objetivos da instituição formadora, sem descuidar das expectativas da clientela.

Com referência à situação *resistência a mudanças*, partimos do pressuposto que outros profissionais da equipe de trabalho devem conhecer o perfil do enfermeiro, para que este tenha dentro da equipe o seu espaço definido. Este esclareci-

mento deverá atingir a todos os membros da equipe, multidisciplinar, com a exposição de argumentos programados e debates relacionados aos limites de atuação de cada categoria profissional. Também sugere que a instituição formadora deva ser efetivamente representada junto aos órgãos de decisão, contribuindo na elaboração de instrumentos normativos concernentes à prática da assistência à saúde.

O *hábito vicioso* no desempenho das atividades profissionais em decorrência da ação intuitiva no atender, o enfermeiro age involuntariamente nos níveis de sensação, percepção e suposição, embora o pressuposto seja a ação voluntária compreendendo realização, critério, intenção e decisão. Para tanto, o enfermeiro deverá ter um conhecimento profundo da ação planejada, a qual está fundamentada pelos teóricos da enfermagem reconhecidos e estudados através de seus trabalhos. Este estudo deverá ser desenvolvido com a participação do órgão formador na promoção de curso de atualização ou aprimoramento profissional, contribuindo também na formação para enfermeiros com a inclusão nos programas de ensino do ciclo profissional, de tópicos concernentes sobre as concepções teóricas da enfermagem.

Questiona-se também o *déficit de pessoal*, aspecto bastante defendido como obstáculo para a assistência sistematizada. É preciso lembrar que o quantitativo e o qualitativo de pessoal disponível são a base para a elaboração de um modelo de assistência viável para aplicação. Desta forma se faz necessária a utilização do recurso disponível, trabalhando-o para as metas e objetivos do modelo. No ensino, recomenda-se a elaboração de miniprojetos para as instituições de assistência com acompanhamento docente com a disciplina Administração Aplicada à Enfermagem.

Observou-se, ainda, que o *processo de comunicação*, com sua tendência ao informal na assistência à saúde, contribui para os desencontros e interpretações diversas das diretrizes, para o pessoal em geral. Partimos do pressuposto que se faz imprescindível a participação formal de todos os elementos envolvidos na prática do modelo, para que todos possam desenvolver o trabalho de forma sincrônica e dinâmica. Nas instituições de saúde, os esclarecimentos seriam através de cursos e reuniões integradoras para todo o grupo, com a participação de docentes para exposições referentes às bases teóricas em que se fundamenta o modelo, assim como da proposta de utilização de métodos adequados de comunicação.

Temos como exemplos vívidos, experiências frustrantes e tentativas para a implementação a curto prazo, de modelo de assistência sistematizada de enfermagem, razão pela qual acreditamos que a implementação a *longo prazo* seja viável de aprovação e alcance dos objetivos traçados. Cada etapa sendo aprazada quando da implementação, possibilitará a revisão e reavaliação das dificuldades surgidas nos campos de aplicação. Como estratégia para o ensino, propomos a simulação de situações que requeiram do aluno atenção para o tempo.

Interpretação dos dados

Na Tabela 1 consta a opinião de cem enfermeiros com relação ao modelo de Assistência Sistematizada de Enfermagem nas instituições em que trabalham. Os números indicam o percentual de respostas afirmativas, negativas, falta de conhecimento e omissões entre o total.

Podemos observar que boa margem de respostas afirmativas refere-se à existência de um modelo de Assistência Sistematizada de Enfermagem,

porém, associada a subsistência do projeto de implementação em fase inicial ou tardia de testagem.

Percebe-se que do total de métodos existentes, boa margem está sendo aplicada parcialmente, em função das dificuldades para implementação, demonstradas no quadro de propostas alternativas para implementação de um modelo de assistência sistematizada de enfermagem. Atribui-se, também, ao processo de comunicação falho, que não atinge a todos os elementos envolvidos na aplicação do modelo proposto, assim como, não está direcionado à mudança de comportamento cognitivo tão importante para a utilização do modelo.

É importante ressaltar que a intenção de incluir o cliente e família na programação de sua assistência, constitui um aspecto relevante para o alcance dos objetivos da assistência continuada. Porém, as tentativas em agir desta forma, não estão estimuladas à definição de atividades que facilitem a determinação dos objetivos do autocuidado.

TABELA 1 – Informações sobre a situação do modelo de assistência sistematizada de enfermagem. Hospitais e CMS do Rio de Janeiro, maio, 1984.

Situações	Sim		Não		Desconhece		Omissão		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Existência do modelo	73	73	18	18	05	05	04	04	100	100
Existência de projeto de implementação	65	65	18	18	05	05	12	12	100	100
Houve comunicação para implementação	58	58	12	12	—	—	30	30	100	100
Está sendo aplicada integralmente	28	28	51	51	09	09	12	12	100	100
Houve dificuldade para implementação	63	63	15	15	—	—	22	22	100	100
Há participação do cliente no planejamento da assistência	41	41	34	34	—	—	25	25	100	100
O cliente do ambulatório é orientado quanto ao proc. saúde-doença	58	58	06	06	18	18	18	18	100	100
Ocorre informação à família sobre a problemática do cliente	68	68	12	12	—	—	20	20	100	100
Existe avaliação do modelo implementado	02	02	74	74	—	—	24	24	100	100

Avaliar, constitui passo definitivo na validação de uma experiência colocada em prática, oferecendo o perfil dos resultados a serem trabalhados e realimentados em novas experimentações. Todavia, constatamos que era método de avaliação dos modelos implementados, representando um percentual mínimo de 2% do total. Os resultados apresentados pela Tabela 2 demonstram grande incidência para a opção teórica das Necessidades Humanas Básicas, fato que pode ser atribuído à influência exercida pela sugestão da Dra. Wanda Horta tão divulgada pelos órgãos formadores como tendência renovadora da assistência de enfermagem sistematizada.

TABELA 2 — Informações sobre a teoria em que se fundamenta a assistência de enfermagem sistematizada em aplicação. Hospitais e CMS do Rio de Janeiro, maio, 1984.

Teorias	Informações	
	Nº	%
Holismo	—	—
Sinergismo	—	—
Adaptação	—	—
Autocuidado	14	14
Ambiental	02	02
Necessidades humanas básicas	77	77
Omissos	07	07
Total	100	100

A Tabela 3 representa as técnicas utilizadas como estratégias para a comunicação e integração dos elementos que participam da aplicação do modelo proposto. A ordem de opções ficou assim demonstrada: reuniões, treinamento e cursos. Boa margem se mostrou omissa e outra por desconhecimento.

Entre os profissionais respondentes, 71% graduaram-se após 1970 e os mesmos 71% têm hoje entre vinte e quarenta anos de idade, o que pode ser comparado pelo estudo das Tabelas 4 e 5, respectivamente. Ficamos muito preocupados com estes dados e sabemos que esta faixa etária constitui a massa da força de trabalho lotada na assistência. Desta forma, encaramos a realidade frontalmente com propósito de mudança para este quadro.

TABELA 3 — Informações relacionadas com a técnica de comunicação utilizada na implementação do modelo de AES. Hospitais e CMS do Rio de Janeiro, maio, 1984.

Técnicas	Nº	%
Treinamento	24	24
Curso	18	18
Reuniões	31	31
Desconhece	05	05
Omissos	22	22
Total	100	100

TABELA 4 — Distribuição dos enfermeiros segundo o ano em que concluíram o curso de graduação. Hospitais e CMS do Rio de Janeiro, maio, 1984.

Década	Nº	%
1951 — 1960	09	09
1961 — 1970	15	15
1971 — 1980	47	47
Após 1980	24	24
Omissos	05	05
Total	100	100

TABELA 5 — Distribuição dos enfermeiros segundo faixa etária. Hospitais e CMS do Rio de Janeiro, maio, 1984.

Faixa etária (anos)	Nº	%
20 — 30	42	42
30 — 40	29	29
40 — 50	17	17
+ de 50	07	07
Omissos	05	05
Total	100	100

QUADRO 1 — Propostas alternativas para implementação de um modelo de assistência de enfermagem sistematizada.

Realidade	Pressuposto	Alternativas			
		Assistência		Ensino	
		Proposta	Estratégia	Proposta	Estratégia
Modelo inoperante	Adequação às características do cliente, aos objetivos da instituição e à filosofia do SE.	Determinação das circunstâncias. Avaliação da situação de fato. Elaboração do projeto. Implementação.	Levantamento de dados. Análise dos elementos essenciais. Plano Piloto. Validação do modelo proposto.	Estabelecimento do marco conceitual e estrutural, no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia.	Procedendo revisão de currículos e programas.
Incompatibilidade entre a teoria e a prática	Integração docente assistencial.	Participação efetiva nos estudos e projetos relativos à assistência de enfermagem.	Ação conjunta através de reuniões, cursos e intercâmbio de informações. Estimular a participação do enfermeiro de campo nas atividades de ensino.	Adequação dos programas à realidade assistencial. Participação do órgão formador nas decisões relativas à assistência do enfermeiro do órgão utilizador.	Levantando as características e peculiaridades dos campos. Integrando os Conselhos Técnicos Administrativos das instituições de saúde.
Inobservância dos padrões mínimos para assistência	Integração entre o órgão formador e o utilizador.	Estabelecimento de padrões mínimos para a assistência de enfermagem.	Utilização dos parâmetros propostos pelo Plano Decenal de Saúde para as Américas.	Associação dos programas de formação aos parâmetros propostos pelo PDSA.	Adequando as finalidades e objetivos do órgão formador às expectativas da clientela.
Resistência a mudanças	Esclarecimentos pelos membros da equipe multidisciplinar sobre o perfil do enfermeiro.	Definição do papel e posicionamento do enfermeiro pela instituição.	Exposição e debates sobre o perfil do enfermeiro com elementos manipuladores do conhecimento científico em saúde.	Representação da instituição formadora junto aos órgãos de decisão; no que concerne à prática da assistência à saúde.	Contribuindo na elaboração de instrumentos normativos.

(continuação) – QUADRO 1 – Propostas alternativas para implementação de um modelo de assistência de enfermagem sistematizada.

Alternativas					
Realidades	Pressuposto	Assistência		Ensino	
		Proposta	Estratégia	Proposta	Estratégia
Hábito vicioso por ação intuitiva no atender.	Ação planejada do enfermeiro a partir da percepção.	Conhecimento do valor da ação planejada.	Promover meios e oportunidades para que os enfermeiros aprofundem seus conhecimentos sobre as Teorias de Enfermagem.	Incrementação gradativa, no Curso de Graduação em Enfermagem e Obsterícia, do ensino sobre concepções teóricas da Enfermagem, aplicando-as de acordo com o nível de complexidade. atingido pelo aluno.	Incluindo concepções teóricas de enfermagem no programa das Disciplinas Fundamentais de Enfermagem.
Queixas relativas ao déficit de pessoal.	O método de assistência deve ser adequado ao número e qualificação de pessoal.	Elaboração do modelo de assistência adequado aos recursos disponíveis.	Avaliar o qualitativo e quantitativo de pessoal.	Elaboração de miniprojetos à instituição de assistência com acompanhamento docente.	Formando grupos de trabalho na Disciplina Administração Aplicada à Enfermagem.
Processo de comunicação ineficaz	Participação formal a todos os elementos envolvidos na operação modelo.	Promoção de orientação e esclarecimentos a todos que de forma direta ou indireta venham a participar da aplicação do modelo.	Promover cursos e reuniões integradoras com orientação de docentes.	Enfatização do processo de comunicação como aspecto importante para o alcance da assistência sistematizada.	Utilizando métodos adequados de comunicação.
Insuficiência de tempo para operacionalização	Implementação a longo prazo.	Determinação de prazo necessário à experimentação das etapas do projeto.	Analisar e avaliar a extensão de cada etapa.	Demonstração da importância do aprazamento adequado ao desenvolvimento científico.	Simulando situações.

II – CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem sistematizada, tão preconizada em nossos meios há algumas décadas, ainda não se constitui em procedimento dinâmico dos profissionais no âmbito da assistência, devido a empecilhos de ordem técnica e administrativa, decorrentes de falhas no processo de implementação de projetos ou mesmo, projetos de infra-estrutura frágil. Em decorrência desta problemática, torna-se real, a descrença por parte dos profissionais, com referência à exequibilidade do modelo, evoluindo para frustrações sucessivas, que dificultarão naturalmente, novas tentativas.

Acredita-se que com a determinação ajustada das circunstâncias próprias de cada instituição, não ocorrerão grandes dificuldades, como ameaça ao êxito de programas, uma vez que o modelo atenderá às características e peculiaridades daquela instituição.

SÁNCHEZ, S. et alii. Factors which influence the implementation of a model of assistance in nursing – an alternative approach. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 195-204, Jul./Dec. 1984.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORGES, M.V. Normas de assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 32 (2): 139-147, 1979.
2. CIANCIARULLO, T.I. I Encontro Nacional de Docentes de Introdução de Fundamentos de Enfermagem: documento básico. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 5 (1): 56, 1979.
3. DICHTER, E. The hospital-patient relationship. *Mod. Hosp.*, Chicago, 83 (4): 56-134, 1954.
4. HORTA, W. de A. Os novos papéis do(a) enfermeiro(a): editorial. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 2 (1): III, 1976.
5. HORTA, W. de A. Teoria das necessidades humanas básicas. *Ci. e Cult.*, São Paulo, 25 (6): 568-569, 1973.