

Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem



Philosophy and conceptual framework: collectively structuring nursing care systematization
Filosofía y marco conceptual: estructuración colectiva de la sistematización de enfermería

Eudinéia Luz Schmitz^a
 Francine Lima Gelbcke^b
 Mario Sérgio Bruggmann^c
 Susian Cássia Liz Luz^d

Como citar este artigo:

Schmitz EL, Gelbcke FL, Bruggmann MS, Luz SCL. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e68435. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68435>

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68435>

RESUMO

Objetivo: Construir, com os enfermeiros, a Filosofia de Enfermagem e o Marco Conceitual que servirão como suporte para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital do Sul do Brasil.

Métodos: Pesquisa Convergente Assistencial. A coleta de dados ocorreu de julho a outubro de 2014, através de duas oficinas e quatro encontros, com 42 enfermeiros. Foram criados a filosofia de enfermagem, o marco conceitual e foi feita a escolha da teórica. Para análise de dados foi utilizada a proposta de Morse e Field.

Resultados: A filosofia envolve as crenças de: equipe de enfermagem; trabalho em equipe; cuidado holístico; excelência no atendimento; liderança/coordenação; equipe interdisciplinar, comprometimento. O marco conceitual traz os conceitos de: ser humano; enfermagem; assistência de enfermagem, cuidado seguro. A teórica definida foi Wanda de Aguiar Horta.

Conclusões: Trouxe como contribuição a construção da filosofia de enfermagem e do marco conceitual da instituição e a definição da teoria de enfermagem.

Palavras-chave: Filosofia em enfermagem. Processos de enfermagem. Educação em enfermagem. Teoria de enfermagem. Formação de conceito. Modelos teóricos.

ABSTRACT

Objective: To build the Nursing Philosophy and Conceptual Framework that will support the Nursing Care Systematization in a hospital in southern Brazil with the active participation of the institution's nurses.

Methods: Convergent Care Research Data collection took place from July to October 2014, through two workshops and four meetings, with 42 nurses. As a result, the nursing philosophy and conceptual framework were created and the theory was chosen. Data analysis was performed based on Morse and Field.

Results: The philosophy involves the following beliefs: team nursing; team work; holistic care; service excellence; leadership/coordination; interdisciplinary team commitment. The conceptual framework brings concepts such as: human being; nursing; nursing care, safe care. The nursing theory defined was that of Wanda de Aguiar Horta.

Conclusions: As a contribution, it brought the construction of the institutions' nursing philosophy and conceptual framework, and the definition of a nursing theory.

Keywords: Philosophy in nursing. Nursing processes. Nursing education. Nursing theory. Concept formation. Theoretical Models.

RESUMEN

Objetivo: Construir con enfermeras Filosofía de la Enfermería, el marco conceptual que servirá de apoyo a la implementación de la sistematización de la atención de enfermería en un hospital en el sur de Brasil.

Métodos: Investigación Convergente Asistencial. Los datos fueron recolectados entre julio y octubre de 2014, a través de dos talleres y cuatro reuniones con 42 enfermeras. Se creó la filosofía de la enfermería, marco conceptual y teórico de la elección. Para el análisis de los datos se utilizaron para elaborar Morse y campo.

Resultados: La filosofía implica en la creencia: en el equipo de enfermería; en el trabajo en equipo; en la atención integral; en la excelencia en el servicio; liderazgo / coordinación; en el compromiso del equipo interdisciplinario. El marco conceptual que involucra los conceptos del ser humano; enfermería; cuidados de enfermería, atención segura. La teoría de conjuntos era Wanda de Aguiar Horta.

Conclusiones: traído como contribución a la construcción de la filosofía de enfermería y el marco conceptual de la institución y la definición de la teoría de enfermería.

Palabras clave: Filosofía en enfermería. Procesos de enfermería. Educación en enfermería. Teoría de enfermería. Formación de concepto. Modelos teóricos.

^a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Hospital Regional de São José. São José, Santa Catarina, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

^c Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. São José, Santa Catarina, Brasil.

^d Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Maternidade Carmela Dutra. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

■ INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo implantado desde a década de 1950, tendo como objetivo unir as atividades de enfermagem, para que deixem de ser ações isoladas e passem a fazer parte de um processo. Este processo é denominado Processo de Enfermagem (PE) e é utilizado como método indispensável para um melhor desempenho das atividades assistenciais do enfermeiro. A sua utilização como um método científico de trabalho possibilita melhorias na qualidade da assistência de enfermagem, através do planejamento individualizado de suas ações, que são elaboradas para conferir continuidade e integralidade do cuidado. Portanto deve ser instituído nos serviços de saúde onde existe o cuidado de enfermagem, possibilitando assim a prática clínica do enfermeiro em suas cotidianas⁽¹⁾.

Pensando na assistência de enfermagem prestada na instituição onde ocorreu a pesquisa e onde o PE não está implantado, percebeu-se a necessidade de sua implantação para prestar uma assistência de enfermagem individualizada e segura, e também alicerçar o serviço de enfermagem nesta instituição. Porém, antes de iniciar o processo de implantação é necessário haver um suporte teórico que dê sustentação ao Processo de Enfermagem. Porém, refletindo acerca de sua implantação, e amparado na Resolução COFEN Nº 358/2009⁽²⁾, juntamente com o apoio de *experts* da área, houve a necessidade de antes de propor a implantação do Processo de Enfermagem e estabelecer junto com os enfermeiros da instituição a filosofia e a teoria de enfermagem e o marco conceitual que atendessem às necessidades de todo o hospital em suas especificidades.

É evidenciada na literatura e em experiências do cotidiano de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a necessidade de o enfermeiro estar pautado em um suporte teórico, ou seja, definir uma teoria de enfermagem que seja condizente com a realidade da clientela atendida, no seu ambiente organizacional, para dar sustentação ao Processo de Enfermagem, atribuindo assim um sentido ao universo da Enfermagem. Esse corpo de conhecimentos vem se transformando, assumindo modos de expressão diversos em sua trajetória de construção⁽³⁾.

O processo de construção do marco conceitual e da filosofia de enfermagem bem como a escolha da teoria de enfermagem, emergiu da prática, oportunizou o relacionamento interpessoal e a cientificidade, e assim os conceitos foram elaborados pelos participantes do estudo.

A filosofia significa buscar compreender a realidade, sendo que numa organização, filosofia “significa o conjunto de crenças e valores que direcionam as ações institucionais”, as quais estão relacionadas à realidade⁽⁴⁾.

O Marco é o limite entre aquilo que se pretende fazer no âmbito do conhecimento e da ação. No que tange à enfermagem, é necessário que através do marco se possa identificar os significados favoráveis às buscas da profissão para o presente e para o futuro. Os marcos podem ser: marco referencial, marco filosófico, marco conceitual e marco estrutural. Já o conceito é uma ideia ou construção mental elaborada acerca de um fenômeno. São representações cognitivas, abstratas, de uma realidade compreensível formada por experiências diretas ou indiretas. Os conceitos podem ser empíricos, concretos ou abstratos. Sua função primária é permitir que indivíduos possam descrever situações e comunicar-se efetivamente⁽⁵⁾.

Marco conceitual é o conjunto de conceitos que norteiam as ações a serem tomadas e realizadas, identificando e definindo o método de trabalho, respeitando princípios, crenças e valores. Tem o ser humano como protagonista em todas as suas fases, com atuação consciente e responsável em defesa do desenvolvimento e ações sustentáveis, aliadas a uma visão sistêmica e pensamento complexo. Este deve permitir que a realidade social seja reconstruída enquanto objeto do conhecimento, por meio de um processo de classificação⁽⁶⁾.

A partir da necessidade de se construir coletivamente a filosofia da enfermagem e o marco conceitual, no sentido de dar suporte ao fazer profissional, é que se estabeleceu como objetivo deste estudo: Construir com os enfermeiros a Filosofia de Enfermagem e o Marco Conceitual que servirão como suporte teórico para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital do sul do Brasil.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que utilizou como método a Pesquisa Convergente Assistencial que tem como característica principal manter, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação da prática assistencial, com a intenção de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na assistência⁽⁷⁾.

O estudo foi elaborado como dissertação⁽⁸⁾ de mestrado do curso de pós graduação de enfermagem do Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo desenvolvido em um Hospital Geral do Sul do país. A instituição é referência em Ortopedia/Traumatologia, Oftalmologia, Neonatologia, Cirurgia Bariátrica, Neurocirurgia, Hospital Dia e Internação Domiciliar e é administrado pela Secretaria de Estado da Saúde⁽⁹⁾.

Participaram quarenta e dois enfermeiros, sendo utilizados como critérios de **inclusão**: ser enfermeiro do hospital lotado na Secretaria de Estado da Saúde, bem como ter tempo de serviço na unidade de atuação superior a seis meses. Como critérios de **exclusão** foram estabelecidos: estar de férias ou licença prêmio/saúde/gestação.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 32729314.0.0000.0112), pelo parecer consubstanciado Nº 716.663, além do consentimento formal da instituição participante para a coleta de dados. Previamente à coleta, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, assim como acerca das técnicas de coleta adotadas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a outubro de 2014 e ocorreu em duas etapas. A primeira consistiu com a realização de duas oficinas de sensibilização para preparar o cenário do estudo. As oficinas trataram acerca da filosofia em enfermagem e teorias de enfermagem. Sendo realizadas com a colaboração de docentes convidadas *experts* nas temáticas. Após as oficinas, deu-se início a segunda etapa, que contou com quatro encontros coordenados pela pesquisadora, para a coleta de dados através da realização dos grupos focais para elaboração da filosofia, escolha teoria de enfermagem e construção do marco conceitual para sustentar o Processo de Enfermagem.

Para análise dos dados foram adotadas as etapas propostas por Morse e Field⁽⁷⁾: a) Processo de apreensão: iniciou com a coleta de informações provenientes dos Trabalhos em Grupos; b) Processo de síntese: foi constituído através da organização das informações obtidas nos grupos, analisando as associações, variações de informações e síntese; c) Processo de teorização: nesta fase foi realizada a construção da filosofia e do marco conceitual, a partir da literatura; d) A transferência dos resultados na Pesquisa Convergente Assistencial ocorre pela socialização, o que se deu no momento de apresentação ao grupo do trabalho desenvolvido. A apresentação ao grupo de trabalho deu-se por meio de assembleia geral, cuja convocação foi feita pela Gerência de Enfermagem, para aprovação dos construtos.

Para garantir o anonimato das informações levantadas, os enfermeiros que participaram do estudo foram identificados pela letra E, e os grupos pela letra G, acompanhadas pela sua sequência numérica.

■ RESULTADOS

A partir da leitura atenta do material compilado, percebeu-se que os membros da equipe de enfermagem tinham noção sobre o valor do conhecimento para as ações

de enfermagem, o que foi evidenciado pelo empenho dos participantes durante a realização dos grupos.

Foi a partir de uma tempestade de ideias que surgiram palavras que foram utilizadas para construir a filosofia de enfermagem, quais foram: cuidar, respeito ao ser humano, cuidado holístico, observar, avaliar, segurança, humanização, qualidade e excelência no cuidado, educar, coordenar, orientação, padronização, compromisso, atenção, responsabilidade, lealdade, respeito, ensinar, trabalho em equipe e liderança.

Com estas palavras, em grupos, os participantes deram início ao processo de reflexão e construção da filosofia de enfermagem. Desses grupos emergiram os seguintes conceitos:

Cuidar: *é igual ao cuidado holístico que está dentro de observar, avaliar o paciente, orientar, promover segurança, observar isso, atenção a esse paciente, não só no aspecto da saúde dele que está comprometida naquele momento, às vezes com problema social.* **Trabalho em Equipe:** *é a liderança que é fundamental principalmente para nós enfermeiros, o compromisso com o trabalho e a equipe, a lealdade com a nossa enfermagem, o respeito entre equipe, troca de ensinamento, reponsabilidade de chegar no horário certo (G1).*

Cuidado, cuidado holístico, respeito, responsabilidade e humanização: *é Cuidado humanizado e deve basear-se no respeito e responsabilidade para integralidade da atenção.* **Qualidade, excelência no atendimento, segurança, atenção, compromisso, padronização** *seria proporcionar segurança no atendimento ao cliente e à família. E as palavras, **Coordenar, ensinar, orientar, liderar, educar e avaliação:** a educação permanente torna-se necessária para o aprimoramento profissional, daí englobando todas essas palavras e a avaliação e a orientação. E o **trabalho em equipe e a lealdade** seria o comprometimento profissional que devemos ter (G2).*

Cuidado holístico: *assistência integral e humanizada entendendo o ser humano como um todo e respeitando sua individualidade.* **Excelência no atendimento:** *cuidado de enfermagem pautado em ações padronizadas com qualidade e segurança, baseada na observação e avaliação do paciente com uso dos recursos disponíveis.* **Trabalho em equipe:** *ações desenvolvidas em grupo que visam o cuidado com qualidade, cuidado seguro e responsável.* **Liderança e coordenação:** *a gente colocou como elementos que proporcionam ambiente seguro*

com bom relacionamento interpessoal, mantendo o grupo com foco no atendimento de excelência (G3).

Cuidado Holístico: cuidado integral do ser humano em todas as suas dimensões é nosso objeto de trabalho sistematizado de forma integral que engloba a visão das necessidades humanas básicas que são: psicossocial, psicobiológico e psicoespiritual, e os aspectos culturais e físicos. **Equipe de Enfermagem:** Conjunto de profissionais que atuam em um só objetivo, que é o cuidado holístico, cada qual com sua função em prol de suas necessidades humanas básicas e que prioriza o cuidado profissional do ser humano. É composto pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem. **Lealdade:** surge como maneira de aproximação do paciente/cliente, interação social, onde o profissional enfermeiro atua em prol de sua saúde, sendo justo, honesto e tendo compromisso com todas as pessoas envolvidas em um processo. **Trabalho em equipe:** trabalho resultante de vários conhecimentos, culturas, vivências, no qual cada um expõe a sua ideia que será norteadada para o benefício de todos por um líder. **Comprometimento:** atitude responsável em todo o processo do cuidado, seja com a equipe de trabalho, com o paciente, familiares e seu meio ambiente. **Interdisciplinaridade:** classes de profissionais diferentes que se articulam e dialogam entre si para obter melhores condutas com o objetivo de aprimorar a qualidade da saúde [...]. **Ética:** Conduta do profissional de enfermagem que respeita a moral e bons costumes, que visa a consideração de outras formas culturais do paciente, abandonando o pré-conceito de suas concepções, agindo com responsabilidade, bom senso e de maneira justa. **Multidisciplinar:** cada classe profissional com a sua especificidade trabalha para um bem comum (G4.)

Os conceitos que surgiram dessa primeira análise foram: **Equipe de Enfermagem; Trabalho em Equipe; Cuidado Holístico; Excelência no Atendimento; Liderança/Coordenação; Equipe Interdisciplinar e Comprometimento.** A partir dos conceitos elaborados foi possível construir a filosofia da instituição.

A escolha da teoria deu-se a partir de leituras e reflexões que foram feitas pelos enfermeiros, na busca de fundamentos científicos que auxiliassem no processo de implantação do Processo de Enfermagem. Três diferentes teorias de enfermagem foram analisadas nas seguintes perspectivas: necessidade de uma teoria que explicasse a prática, apontasse para a cientificidade, estivesse coerente com as demandas do hospital, que contemplasse o perfil dos pacientes e da equipe de enfermagem e correspondesse ao nível de conhecimento dos enfermeiros.

Durante o processo de escolha os participantes manifestaram-se, conforme falas transcritas abaixo:

Defendo a Orem porque ela coloca o seguinte: que quando o paciente não tem condição de fazer seu cuidado a enfermagem presta assistência, mas a partir do momento que ela conseguir observar que o paciente tem condições de fazer seu cuidado ele passa a ser estimulado para isso e deve cuidar de si (E12).

... temos que pensar no perfil do paciente e no perfil da equipe de enfermagem (E10).

... eu tenho a experiência do Hospital Universitário que tem quase exatamente o mesmo perfil de paciente, e que dá muito certo, são os pacientes da grande Florianópolis, eu acho que como a gente tem esse exemplo que funciona e dá certo, isso pesa muito na balança da Wanda Horta (E14).

Na portaria 259 da segurança do paciente traz o envolvimento do paciente em todo o processo de cuidado (E10).

... o paciente e família tem que participar do cuidado e que coisa boa que é preparar o paciente para cuidar de si quando vai para casa, só que a Horta traz também na sua teoria a questão do autocuidado e também a questão do respeito à cultura do paciente. Por isso voto na Wanda (E5).

Acho que a Wanda é uma boa escolha só que bato na tecla do autocuidado, é preciso ser mais explorado nessa teoria. Pois quando falamos em Wanda só é lembrado as Necessidades Humanas Básicas (E12).

... é preciso trabalhar o autocuidado até porque nossa maternidade participa da rede cegonha que tem como foco a gestante e família como protagonistas do cuidado (E5).

Após as discussões para a escolha da teoria, elegeram a Teoria das “Necessidades Humanas Básicas” (NHB), de Wanda de Aguiar Horta.

Após a discussão prévia para a escolha da teoria de enfermagem, deu-se início ao processo de construção do marco conceitual, o qual subsidiou a elaboração dos instrumentos para a implantação do Processo de Enfermagem. As reconfigurações respeitaram as crenças e os valores dos enfermeiros. Crenças são consideradas convicções pessoais, fortemente defendidas, enquanto os valores são traços culturais importantes, passados de pais para filhos, são guias para o agir dos enfermeiros⁽⁵⁾.

Os termos escolhidos pelos participantes tiveram como base a teoria de enfermagem que foi definida para dar sustentação a implantação do Processo de Enfermagem os quais são: **Ser Humano, Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Cuidado Seguro e Saúde.**

Com estes termos, os participantes iniciaram o processo de construção do marco conceitual através dos trabalhos em grupo. Desses grupos emergiram os seguintes conceitos:

Os seres humanos são indivíduos que estão inseridos no cuidado, seja ele o que está necessitando, que tenham suas necessidades básicas alteradas ou o responsável por saná-las. Então o ser humano é o usuário e o prestador do serviço. **Enfermagem** equipe responsável em prestar o cuidado profissional embasado cientificamente para recuperar e promover as Necessidades Humanas Básicas do ser humano necessitado e de seu autocuidado [...] que segue uma teoria; promover o autocuidado. **Assistência de enfermagem** é uma prestação de cuidado que precisa ser padronizado, sistematizado e atualizado e que reflita tudo isso na saúde do usuário de modo benéfico. É seguir um cuidado que tenha padrões que tenha uma teoria, um marco científico sistematizado e que isso reflita de maneira muito benéfica para o usuário. **Saúde** é um estado harmonioso. [...] seria um estado harmonioso no qual o ser humano deve permanecer na sua integralidade. **Cuidado seguro** é oferecer essa assistência livre de qualquer dano, baseado em padrões, aí os POPs^e, teoria que a gente está tentando buscar aqui, protocolos com embasamento científico para todos eles (G1).

Ser humano é visto como usuário do SUS^f com direitos e deveres. A gente sabe que tem o idoso, a criança, o adolescente e fora as outras questões; a gente tem a rede cegonha que também tem outras diretrizes, valorizando a cultura desse ser humano, a creche e conhecimento que a gente nunca pode desprezar. A **Enfermagem** é o conhecimento científico baseado em evidência no cuidado e no processo de trabalho. **Assistência de enfermagem** é assistir o usuário, a família, respeitando os valores desses, novamente cultura, crença e conhecimento. **Saúde** é o equilíbrio das Necessidades Humanas Básicas, [...] esta não é só a ausência de doença, mais sim todo o equilíbrio que é transporte, escola, entre outros, e tudo isso faz parte do conceito saúde. **Cuidado seguro** é o envolvimento de todos no processo de cuidar, observando a segurança, os

equipamentos, dispor dos equipamentos, a técnica, a ambiência. Então isso é assim, vários envolvimento, várias ações que trariam esse cuidado seguro (G2).

Para finalizar a produção do marco conceitual foi utilizado o material produzido pelos dois grupos e também o material de áudio.

Os conceitos criados dessa primeira análise foram: **Ser Humano, Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Saúde e Cuidado Seguro.**

A partir dos conceitos elaborados foi possível construir o marco conceitual da instituição.

■ DISCUSSÃO

Durante a realização dos grupos foi possível identificar que a equipe estava preparada, tinha domínio sobre o assunto e estava disposta a colaborar com a construção da filosofia de enfermagem e do marco conceitual. Percebeu-se que os enfermeiros estavam em sintonia quando começaram a trabalhar nos pequenos grupos, pois construiriam conceitos através de suas crenças, que deram base à filosofia da enfermagem e ao marco conceitual.

Os sujeitos do estudo destacaram na filosofia a importância da equipe de enfermagem e do trabalho em equipe, pois acreditam que se a enfermagem trabalhar isoladamente não será uma equipe, e que o trabalho em equipe fortalece a assistência de enfermagem, assegurando um cuidado de enfermagem de melhor qualidade para o usuário/família.

Como se pode evidenciar na literatura, as equipes são formas mais aprimoradas de grupos de trabalhos, pois possuem todas as vantagens deles, além de estabelecer metas com um único objetivo para o trabalho coletivo. O trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas. É importante ter a compreensão do real significado de equipe, para um atendimento adequado em saúde, pois possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns, para que haja qualidade e eficiência na assistência prestada é primordial a concepção coletiva do trabalho em equipe, assim como sua execução. O trabalho em equipe está vinculado à execução de processo de trabalho e vem, portanto, sofrendo transformações ao longo do tempo, caracterizando-se pela

^e Procedimento Operacional Padrão

^f Sistema Único de Saúde

relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação. Para isso, a equipe pode ser instrumento facilitador do cuidado, pois dela espera-se um desempenho e uma eficiência superior à obtida na execução individualizada do trabalho⁽¹⁰⁾.

Para os participantes, o cuidado holístico é a assistência de enfermagem que ocorre de forma profissional, pautada nos princípios da humanização. Para executar o cuidado holístico a enfermagem precisa abranger não somente o biológico, mas a totalidade que o permeia. O profissional de enfermagem não pode limitar sua atenção ao atendimento daquilo que é visível no corpo, mas sim ampliar sua visão para o todo.

Na literatura, o cuidado holístico é visto de maneira filosófica, pois o cuidado é um termo holístico, originário da condição e das suposições filosófico-humanísticas, pertencente à ideia de que as funções do sistema humano são um todo e são mais que a mera soma das partes⁽¹¹⁾.

Os participantes também destacaram a excelência no atendimento, visando uma assistência de qualidade e segura para o usuário e família. Constata-se na literatura trabalhos tratando sobre atendimento de excelência em que é possível observar que o significado empregado está relacionado à qualidade da assistência, humanização, comunicação entre as equipes, padronização de ações e equipamentos, utilização de protocolos e identificação de intercorrências⁽¹¹⁾.

O papel do enfermeiro como líder da equipe foi salientado pelos participantes do estudo, inclusive sendo um dos aspectos destacados na filosofia. A liderança é considerada um dos principais instrumentos do enfermeiro para a gerência do processo de trabalho, pois coordena as atividades que envolvem a produção do cuidado em saúde e enfermagem, bem como dos profissionais que as desempenham⁽¹²⁾.

Sendo assim, a liderança auxilia o enfermeiro no gerenciamento do cuidado, favorecendo o planejamento da assistência, a coordenação da equipe de enfermagem, a delegação e a distribuição de atividades. Ela também é importante para o bom funcionamento da unidade, tendo em vista o papel articulador e integrador exercido pelos enfermeiros.

O trabalho da Enfermagem não ocorre dissociado do trabalho dos demais integrantes da equipe interdisciplinar, nesse contexto a prática de um profissional se restaura por meio da prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos⁽¹³⁾, haja vista que a Enfermagem faz parte do coletivo de trabalhadores da saúde, aspecto também destacado na filosofia, ao apontar a importância do trabalho da enferma-

gem articulando-se ao da Equipe Interdisciplinar. As crenças espelhadas na filosofia construída corroboram com o que traz a literatura ao tratar do trabalho interdisciplinar. O trabalho interdisciplinar é a união dos diferentes saberes de uma equipe de profissionais de várias áreas de conhecimento, que incidirá sobre os resultados da intervenção do processo saúde/doença, ou seja: a integralidade das ações de saúde está condicionada ao trabalho em equipe⁽¹³⁾.

Tendo a Filosofia de Enfermagem da Instituição definida, ou seja, as crenças e valores que darão sustentação à prática da Enfermagem, buscou-se estabelecer a Teoria de Enfermagem que alicerçará a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a operacionalização do Processo de Enfermagem, respondendo ao que foi definido pelo Conselho Federal de Enfermagem em sua Resolução Nº. 358/09⁽²⁾. Há que se salientar que a SAE é um importante instrumento de gestão que permitirá atender a filosofia institucional no que se refere à excelência da assistência, à liderança, ao compromisso.

Observa-se através das falas que os profissionais de enfermagem sabem que é necessário que a teoria escolhida esteja apoiada na filosofia criada para a instituição, pois se não houver essa interação entre filosofia e teoria a implantação do Processo de Enfermagem ficará fragilizada. Para dar sustentação à definição do suporte teórico, vários foram os aspectos avaliados, como o perfil da instituição, os serviços oferecidos, o tipo de usuário atendido. Também foi evidenciado nas falas que os participantes sabiam o que deveria ser avaliado em cada teoria para que se fizesse a escolha adequada e também tinham um bom conhecimento sobre as teorias de Enfermagem.

Estudo⁽¹⁴⁾ aponta que os referenciais teóricos mais utilizados para orientar as etapas do PE, nas experiências encontradas na literatura brasileira, foram: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; seguida da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem; Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e Teoria da Universalidade e da Diversidade de Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Bem como em menor escala também apareceram as seguintes teóricas: Myra Levine, Ida Jean Orlando, Joyce Travelbee, Imogene King e Betty Neuman.

Foi observado durante os encontros que os participantes do estudo tinham como preferências para a escolha da teoria que dará suporte teórico para a implantação da SAE a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e a Teoria do Autocuidado, representando o que vem sendo publicado sobre as teorias no cenário brasileiro.

O processo de construção do marco conceitual emergiu da prática, oportunizou o relacionamento interpessoal e a cientificidade, ancorada pela teoria das Necessidades Humanas Básicas, através do confronto entre os conceitos

da teoria e das concepções dos participantes, o que exigiu reflexão para a sua gradativa evolução, incluiu a compreensão da teoria e pertinência em relação a sua aplicabilidade no hospital. A construção exigiu leituras, reconfiguração de conceitos e redimensionamentos de práticas arraigadas ao modelo biomédico⁽¹⁵⁾.

Durante a realização dos grupos foi possível identificar que a equipe estava preparada, que conhecia a teoria das Necessidades Humanas Básicas, colaborando com a construção do marco conceitual. Corroborando com estudo que afirma que para construir o marco conceitual é necessário conhecer a teoria para buscar as inter-relações entre os conceitos e a prática⁽¹⁶⁾. Destacando assim que os conceitos que se encontram nas teorias de enfermagem representam o contexto histórico, o modelo estruturado pela teórica, suas crenças e valores. Diferenciando assim o marco conceitual dos conceitos expressos em uma teoria, afirmando que num marco conceitual os conceitos estão interligados e definidos de forma abrangente, enquanto na teoria os conceitos se expressam como definições precisas e operacionais.

É possível observar que os participantes não utilizaram todos os conceitos centrais da teoria das Necessidades Humanas Básicas e ainda incluíram o conceito de cuidado seguro, pois se propuseram a trabalhar no marco conceitual embasados na realidade e na necessidade da instituição. Há que se destacar que para se construir um marco conceitual deve-se considerar a realidade vivida, tanto pelos profissionais enfermeiros como pelo usuário dos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Isto se reflete na construção dos conceitos, sendo possível observar que o conceito de ser humano, para os dois grupos difere. Enquanto o grupo 1 deu ênfase ao autocuidado, o grupo 2 definiu ser humano como usuário do Sistema Único de Saúde e enfatizou o respeito a suas crenças e valores.

Os participantes do estudo, ao construírem o conceito de ser humano não o restringiram apenas ao usuário do Sistema Único de Saúde, mas também ao trabalhador que assiste o usuário que está com suas Necessidades Humanas Básicas em desequilíbrio, enfatizando o respeito à diversidade de crenças, raças, faixa etária, ou seja, ao perfil da demanda atendida pela instituição. Este ser humano que cuida, que faz a Enfermagem, não atua de forma isolada. Os participantes do estudo consideram que a assistência de enfermagem deve ser prestada através de um cuidado atualizado, em conjunto com outros profissionais da equipe interdisciplinar.

Em relação ao conceito de enfermagem, o grupo 1 enfatizou enfermagem como uma "equipe" que presta cuida-

dos profissionais com embasamento científico, enquanto o grupo 2 caracterizou enfermagem como conhecimento baseado em evidências.

O que vem ao encontro da literatura de enfermagem segundo o conceito de enfermagem⁽¹⁸⁾, é: "[...] profissão de assistência à saúde fundamentada no conhecimento científico, na sua autorregulação e na autonomia do seu fazer por meio de práticas de cuidado, educação e gestão cooperativa a pessoas, em interdependência com seus pares e demais profissionais da área da saúde."

É possível perceber que os dois grupos enfatizaram a questão do conhecimento científico para prestar o cuidado, o que corrobora com a literatura científica e serve como apoio para o exercício autônomo e desenvolvimento da assistência competente e segura para o usuário.

Para o conceito de assistência de enfermagem, o grupo 1 ressaltou a necessidade de padronização, sistematização e atualização, tendo como base um suporte teórico para a realização dos cuidados. O grupo 2 caracterizou-a como assistir e cuidar respeitando crenças e valores.

Os valores trabalhados pelos grupos vão ao encontro de estudo relevante⁽¹⁹⁾, que diz que assistência de enfermagem é um fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um "saber-fazer" embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.

Os grupos trabalharam com a questão do conhecimento e do suporte teórico, com as padronizações e buscando uma assistência sistematizada, indo ao encontro do que preconiza a literatura. Destaca-se ainda, a importância de se alicerçar o fazer da enfermagem em uma assistência sistematizada, reforçando a necessidade e o compromisso dos profissionais com o processo de construção coletiva, que dará suporte ao Processo de Enfermagem a ser implantado na instituição.

A importância da Teoria de Enfermagem servindo de alicerce ao marco conceitual construído esteve presente quando os grupos discutiram o conceito de saúde, já que nos dois grupos ela está relacionada ao equilíbrio. A autora da teoria das Necessidades Humanas Básica diz que estar com saúde é "estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço", mais cabe ressaltar que tal conceito é da década de 1970. Atualmente, há um entendimento mais amplo de saúde, relacionado às condições para alcançar esse bem-estar, e que devem estar presentes nas políticas públicas. De acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, "saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente,

trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, conceito este que tem sido referendado nas Conferências posteriores.

Quanto ao conceito de Cuidado Seguro, os dois grupos construíram de forma semelhante, relacionando a segurança do cuidado à construção de Procedimentos Operacionais Padrão, à existência de materiais e equipamentos adequados, além do envolvimento do usuário no cuidado. A Organização Mundial de Saúde, considerando o número elevado de eventos adversos, muitos dos quais evitáveis, criou em 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, definindo o conceito de Segurança do Paciente como “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado seguro”⁽²⁰⁾.

No Brasil, entre outras iniciativas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, visando qualificar o cuidado em saúde. Entre os eixos do Programa, define-se que o estímulo a uma prática assistencial segura deve estar alicerçado num conjunto de protocolos básicos a serem elaborados e implantados⁽²⁰⁾. Ou seja, o que os enfermeiros expressam está em consonância com a política pública de saúde nacional.

A construção coletiva do marco conceitual da instituição possibilitou olhar para a prática, refletir acerca da mesma, buscar qualificar a assistência por meio da implantação da SAE, mas acima de tudo, refletir no marco conceitual, o vivido, o experienciado, pautado em fundamentação teórica. Os conceitos elaborados inter-relacionam-se, formando um arcabouço para sustentar a prática de enfermagem da instituição.

■ CONCLUSÃO

A reflexão acerca da prática e da teoria sustentou a construção coletiva da filosofia e do marco conceitual. O ponto central das reflexões foi o estabelecimento da relação entre as concepções do cotidiano e a teoria definida para dar suporte à implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na instituição. O confronto teórico oportunizou a reconstrução de conceitos científicos, contribuindo com um outro olhar para a prática, sempre considerando a diversidade dos seres humanos.

O trabalho de construção coletiva oportunizou o desenvolvimento do pensamento crítico, favorecendo a identificação das dificuldades e das necessidades presentes naquele momento, em relação ao processo de cuidar. Essa foi uma ação que despertou interesse, uma vez que, segundo o grupo, havia carência de aprofundamento teórico e necessidade de trazer cientificidade para o cuidado.

Um elemento importante é o fato da Gerência de Enfermagem apoiar o desenvolvimento deste estudo mediante o estímulo para a participação dos enfermeiros aos encontros, bem como a definição de uma unidade piloto para implantação da Processo de Enfermagem, a qual foi a Unidade de Terapia Intensiva. Também foi criada uma comissão que se reúne mensalmente para discutir e criar os instrumentos para implantação da SAE embasados na teoria escolhida e na filosofia e marco conceitual construídos.

Este estudo trouxe como contribuição para a instituição, a integração dos enfermeiros através da participação dos encontros, bem como despertou a equipe para a importância da implantação do Processo de Enfermagem e também a construção do primeiro instrumento que foi elaborado e aplicado, sendo o mesmo o Histórico de Enfermagem, o qual foi aplicado na Unidade de Terapia Intensiva. Depois de um mês de uso do Histórico de Enfermagem e algumas alterações, o instrumento foi aplicado em outras unidades onde encontra-se em fase de teste. Também estamos em fase de discussão acerca da classificação que será adotada pela instituição, o que vem sendo discutido com a Secretaria do Estado de Saúde, já que o processo de implantação vem acontecendo dentro desta Secretaria.

A metodologia utilizada para a construção coletiva da filosofia e do marco conceitual revelou-se como essencial no processo de construção de saberes, de concepções científicas e do fortalecimento do grupo em torno de objetivos comuns. Esta construção incluiu elementos significativos de outros estudos, os quais foram incorporados pelo grupo, criando uma filosofia e um marco conceitual condizentes com a realidade da instituição e com a proposta teórica de Wanda Horta.

Como limitações pode ser apontada a questão relacionado ao tempo dos participantes para a realização dos encontros, já que na sua maioria têm duplo vínculo e têm dificuldades de participarem fora de seus horários de serviço. O que fez com que os encontros fossem realizados durante o turno de serviço e com curta duração para não interferir na assistência.

■ REFERÊNCIAS

1. Ferreira EB, Pereira MS, Souza ACS, Almeida CCOF, Taleb AC. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia profissional. *Rev Reme*. 2016 jan-fev;17(1):86-92.
2. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [citado 2013 jan 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.

3. Alcântara MR, Silva DG, Freiberg MF, Coelho MPPM. Teorias de enfermagem: a importância para a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Cient Fac Educ Meio Amb.* 2011 mai-out [citado 2014 mai 10];2(2):115-32. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99/317>.
4. Cunha LCKO. Filosofia e política institucional e promoção da gestão do cuidado. In: Harada, MJCS, organizadora. *Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura.* São Caetano do Sul: Yedis Editora; 2011.
5. Fernandes MGM, Nóbrega MML, Garcia TR, Macêdo-Costa KNF. Análise conceitual: considerações metodológicas. *Rev Bras Enferm.* 2011 nov-dez [citado 2013 jun 16];64(6):1150-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600024>.
6. Silva JP, Garanhani ML, Guariente MHD. Sistematização da assistência de enfermagem e o pensamento complexo na formação do enfermeiro: análise documental. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 jun [citado 2014 jul 16];35(2):128-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00128.pdf.
7. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular; 2004.
8. Schmitz EL. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem [dissertação]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
9. Sória LM. Informativo do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes. *Oi São José.* 2011 jun [citado 2013 jan 12];XVII(181). Disponível em: http://www.oisaojose.com.br/site/index.php?ed=181&pag=show_editorial&editorial_atual=10&total=2&materia=1873.
10. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface (Botucatu).* 2013 abr/jun;17(45):327-40.
11. Almeida, ACG, Neves ALD, Souza CLB, Garcia JH, Lopes JL, Barros ALBL. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul. Enferm.* 2012 [citado 2014 mai 16];25(3):471-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>.
12. Santos JLG, Lima MALDS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011 dez [citado 2014 mai 16];32(4):695-702. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a09.pdf>.
13. Duarte MLC, Boeck JN. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab Educ Saúde.* 2015 dez [citado 2016 set 18];13(3):709-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300709&lng=pt&nrm=iso.
14. Cavalcante RB, Otoni A, Bernardes MFVG, Cunha SGS, Santos CS, Silva PC. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. *R. Enferm UFSM.* 2011 set/dez [citado 2013 jun 16];1(3):461-71. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2832/2396>.
15. Martins AR, Pereira DB, Nogueira MLS, Pereira CS, Schrader G, Thoferhn MB. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. *Rev Bras Educ Med.* 2012 [citado 2015 set 18];36(2):6-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a02v36n1s2.pdf>.
16. Pereira JS, Pinho ASDS, Costa MS, Lira ALBC. Saberes de enfermeiros acerca do processo de enfermagem à luz do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta. *Rev Pesq.: Cuid Fundamental.* 2012, abr/jun [citado 2014 Jan 07] 4(2):2437-47. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/11717>.
17. Favero L, Wall ML, Lacerda MR. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. *Texto Contexto Enferm.* 2013 abr-jun [citado 2015 jun 10];22(2):534-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a32.pdf>.
18. Bellaguarda MLR. Nexos e circunstâncias na história do conselho regional de enfermagem em Santa Catarina (1975-1986) [tese]. Florianópolis SC; Universidade Federal de Santa Catarina; 2013 [citado 2015 set 18]. Disponível em: <http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0811-T.pdf>.
19. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Rev Bras Enferm.* 2011 jan-fev [citado 2014 jan 07];64(1):106-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>.
20. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2015 jul 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

■ **Autor correspondente:**

Eudinéia Luz Schmitz

E-mail: eudineia.luz.schmitz@ufsc.br

Recebido: 30.09.2016

Aprovado: 31.01.2017