



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR –  
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGSTEH)

**CÁSSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: “Fazer ou não fazer” -  
Dilemas de uma prática complexa: Proposta de vídeo educativo para o aprimoramento dos  
cuidados de enfermagem.

RIO DE JANEIRO

2023



CÁSSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: “Fazer ou não fazer” -**  
Dilemas de uma prática complexa: proposta de vídeo educativo para o aprimoramento dos  
cuidados de enfermagem.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar como requisito para a obtenção do título de mestre.

**Orientadora:** Prof. Dra. Nébia Maria A. de Figueiredo.

RIO DE JANEIRO

2023

### Catálogo informatizada pela autora

F736 FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA, CÁSSIA  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:  
FAZER OU NÃO FAZER - DILEMAS DE UMA PRÁTICA  
COMPLEXA: PROPOSTA DE VÍDEO EDUCATIVO PARA O  
APRIMORAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. / CÁSSIA  
FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA. -- Rio de Janeiro,  
2023.  
171

Orientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação  
em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2023.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Filme e Vídeo  
Educativo. 3. Pediatria. 4 Recursos Audiovisuais.  
4. Urgência e Emergência. 5. Pediatria.  
I. Maria Almeida de Figueiredo, Nébia, orient. II.  
Título.

CÁSSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA

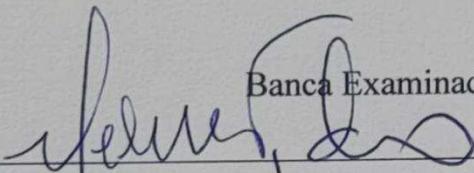
**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: “Fazer ou não fazer” -**  
Dilemas de uma prática complexa: proposta de vídeo educativo para o aprimoramento dos cuidados de enfermagem.

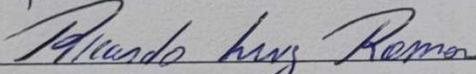
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar como requisito para a obtenção do título de mestre.

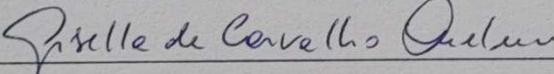
Orientadora: Prof. Dra. Nébia Maria A. de Figueiredo.

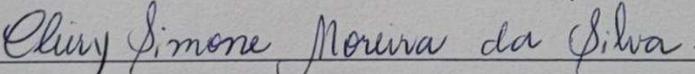
Aprovada em: 06 de junho de 2023.

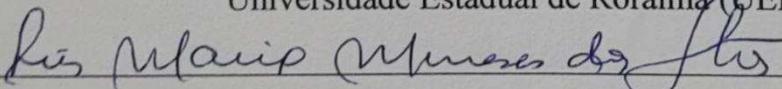
Banca Examinadora:

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nébia Maria Almeida de Figueiredo - Presidente  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO)

  
Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Ricardo Luiz Ramos - 1<sup>o</sup> Examinador  
Universidade Estadual de Roraima (UERR)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gisella de Carvalho Queluci - 2<sup>o</sup> Examinador  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cleiry Simone Moreira da Silva - Suplente  
Universidade Estadual de Roraima (UERR)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inês Maria Meneses dos Santos - Suplente  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Ele que é digno de toda honra e louvor: DEUS. Sem Ele eu não teria capacidade para desenvolver este trabalho. “Pois Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele seja a glória para sempre! Amém” Romanos 11:36 NVI.

À minha querida família, base da minha existência, que tanto admiro e dedico o resultado do esforço deste trabalho e sonho realizado ao longo deste percurso. Ao meu amado esposo, Diego que sempre esteve ao meu lado, meu motivador e jamais perdeu as esperanças em mim, cumprindo fielmente o voto feito a mim. “Marido, ame a sua esposa, assim como Cristo amou a Igreja e deu a sua vida por ela” Efésios 5:25 NTLH.

Ao meu filho Davi, que muitas vezes teve que compreender a importância de ajudar a “mamãe a fazer a sua pesquisa” e me auxiliava com os cálculos de estatística (matemática). A minha filha Sofia, que tão pequena, chorava a beira da porta do quarto querendo atenção materna e por diversas vezes ficou ao meu lado nos momentos de aula e da escrita desse projeto.

Aos meus pais, Raimundo e Antônia que sempre foram os meus motivadores e auxiliaram de forma sobrenatural nesse processo, dando todo apoio emocional, psicológico e cuidando da minha família nos momentos da minha ausência. “Honra teu pai e tua mãe” —este é o primeiro mandamento com promessa— para que tudo te corra bem e tenhas longa vida sobre a terra” Efésios 6:2-3 NVI. Aos meus irmãos Anderson e Adriana pela força e animo, elevando minha autoestima para prosseguir nessa caminhada.

Dedico a minha orientadora e professora Dra. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo por ter aceitado acompanhar-me nesta aventura de desenvolvimento e crescimento pessoal, impactando em minha vida de forma admirável.

O seu empenho foi essencial para a minha motivação à medida que as dificuldades iam surgindo ao longo do percurso. Jamais esquecerei da sua frase “manda ver” vindo em mim um potencial a ser desenvolvido, que aos meus olhos não era capaz, mostrando-me em cada orientação que o mundo poderia ser visto de outras formas e que podemos melhorar cada dia mais como profissionais e seres humanos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desaminar e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo dessa caminhada.

A minha família, por todo apoio e ajuda, que muito contribuíram para a realização desse sonho e compreenderam, ou muitas vezes não compreendiam, (como era o caso dos meus filhos), mas conseguiam lidar com a minha ausência, enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho e sonho. Aos meus pais, meus incentivadores de sonhos e aos meus irmãos e sobrinhos pelo encorajamento e estímulo.

A professora Dra. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nébia Maria Almeida, por ter sido a minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e leveza.

As minhas amigas de oração, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período em que me dediquei a este trabalho, o meu muito obrigada, vocês fazem parte dessa caminhada. “Algumas amizades não duram nada, mas um verdadeiro amigo é mais chegado que um irmão” Provérbios 18:24 NTLH.

Aos professores e orientadores pelas correções, conselhos, paciência e ensinamentos que guiaram o meu aprendizado, permitindo-me apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista/RR (SMSA) e Direção Geral do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), que autorizaram e proporcionaram a realização dessa pesquisa, fazendo imergir conhecimentos fundamentais da assistência de enfermagem.

As Enfermeiras que participaram diretamente da pesquisa, por sua dedicação à pesquisa, dedicando seu tempo e registrando os fatos da sua rotina em meio ao ambiente de tantos encontros e desencontros, que é a urgência e emergência. Por acreditar que através deste instrumento, sua prática será estudada, com o objetivo de proporcionar melhorias. O meu muito obrigada!

Aos meus colegas da turma do PPGSTEH 2021.1, que convivi intensamente durante os últimos dois anos, por tornar esse caminhar leve, com humor e agradável, não permitindo com quem a “loucura do desespero” tomasse conta dos nossos pensamentos. Aqueles que tocaram em minha vida e deixaram sua marca, através das suas ações e atos de carinho, bondade e ensinamento, tornaram-se mais que um colega, um amigo de caminhada do mestrado para a vida, obrigada!!

A toda a equipe do Coren/RR pela iniciativa em promover parceria com a UNIRIO e proporcionar a oportunidade de realizar esse mestrado. A UNIRIO e ao PPGSTEH por conduzir esse processo e abrir as portas da Universidade para o extremo Norte do Brasil.

A secretaria do Curso PPGSTEH por todo empenho e atenção, por ser sempre pontual em responder os questionamentos e auxiliar no processo administrativo desse trabalho.

A todos que participaram, direta ou indiretamente e contribuíram no desenvolvimento deste trabalho, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

OLIVEIRA, Cássia Fortaleza de S. **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: “FAZER OU NÃO FAZER” - DILEMAS DE UMA PRÁTICA COMPLEXA: PROPOSTA DE VÍDEO EDUCATIVO PARA O APRIMORAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.** 2023. 171 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

## RESUMO

**Objetivos:** Criar e apresentar uma tecnologia educacional, vídeo educativo e materiais didáticos, que indiquem elementos para uma prática clínica visando melhorar as atenções no espaço de cuidar. Rastrear e classificar signos e indicadores clínicos, no ato de cuidar. **Método:** Aborda-se, primeiramente, a caracterização da pesquisa que teve um caráter quantitativo e qualitativo. Em seguida, consideramos a cartografia, técnica de análise de dados para atingir os objetivos propostos pelo estudo. Inclui o uso de três pistas da cartográfica: pista 2: o funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo; pista 3: cartografar é acompanhar processos e, por fim, a pista 7: cartografar é habitar um território existencial. O desenho do estudo traz como cenário de investigação o único Hospital Infantil do Estado de Roraima, onde estão inseridos os atores, as enfermeiras, na Urgência e Emergência. A produção de dados foi realizada por meio de questionário eletrônico individual com a participação de 21 enfermeiras, que gerou discussão sobre a realização da SAE. Todos os princípios éticos e legais foram atendidos e o projeto foi submetido no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro aprovado sob o nº 55800822.50000.5285. **Resultados:** O estudo permitiu a organização dos dados, em gráficos, que ditam a avaliação das enfermeiras em consideração a instituição e os meios (espaço de atuação profissional), além de estabelecer o perfil das participantes, tabelas, que representam as unidades de registros no rastreo da SAE e a síntese do checklist (prioridade dos indicadores) e quadros, com as “falas das enfermeiras”, descrevendo suas expectativas, anseios, vivência e dificuldades em fortalecer a SAE no seu cotidiano. O texto foi recortado em unidades de análise e de registro consoante as questões do estudo para rastrear e classificar os signos sobre o uso ou não da SAE, produzindo três categorias sobre significado, o porquê e o fazer ou não fazer a SAE. 1ª Categoria: prioridades baseadas em atenções. 2ª Categoria: signos do reconhecimento da SAE. 3ª Categoria: dificuldades das enfermeiras em realizar a SAE. A pesquisa elucidou a elaboração de dezessete produtos, sistematizados em: artigo, produção técnica principal e secundária. **Conclusão:** O fluxo dos depoimentos captados fez uma peregrinação para ver o cenário do cotidiano das enfermeiras, apresentando a identificação do perfil das participantes, observando a não implementação da SAE de forma sistemática e individualizada. O reconhecimento da SAE de maneira dúbia, evidenciando o verbo faltar (tempo, de pessoal e de gestão) como responsável para a implementação da SAE. Proporcionou a oportunidade de aprofundar o estudo dos passos metodológicos da investigação em enfermagem com método cartográfico. As ocorrências das falas e os destaques de unidades de registro, proporcionaram a criação do vídeo educativo. A produção técnica ajudar a identificar o rastreo de signos (atos, ações e atenções) e indicadores de problemas para uma clínica sistematizada em um ambiente que exige da enfermagem uma disciplina do saber/fazer cujo objeto é o cuidado aos clientes/familiares, ambiente e profissionais, sendo o sujeito que cuida na emergência a enfermeira para sustentação da vida, segurança, conforto ou morte “serena”.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem. Filme e Vídeo Educativo. Pediatria. Recursos Audiovisuais. Urgência e Emergência.

OLIVEIRA, Cássia Fortaleza de S. **SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE: "TO DO OR NOT TO DO" - DILEMMAS OF A COMPLEX PRACTICE: EDUCATIONAL VIDEO PROPOSAL FOR THE IMPROVEMENT OF NURSING CARE.** 2023. 171 f. Dissertation (Professional Master in Health and Technology in the Hospital Space) - Postgraduate Program in Health and Technology in the Hospital Space, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

### ABSTRACT

**Objectives:** To create and present an educational technology, educational video and teaching materials, which indicate elements for a clinical practice aimed at improving attention in the care space. To screen and classify clinical signs and indicators in the act of caring. **Method:** First, the characterization of the research is addressed, which had a quantitative and qualitative character. Then, we consider cartography, a data analysis technique to achieve the objectives proposed by the study. It includes the use of three cartographic clues: clue 2: the functioning of attention in the work of the cartographer; clue 3: mapping is following processes and, finally, clue 7: mapping is inhabiting an existential territory. The study design brings as a research scenario the only Children's Hospital in the State of Roraima, where the actors, the nurses, are inserted in the Urgency and Emergency. Data production was carried out through an individual electronic questionnaire with the participation of 21 nurses, which generated discussion about the realization of SNC. All ethical and legal principles were met and the project was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio de Janeiro approved under No. 55800822.50000.5285. **Results:** The study allowed the organization of the data, in graphs, which dictate the evaluation of the nurses in consideration of the institution and the means (space of professional performance), besides establishing the profile of the participants, tables, which represent the units of records in the screening of the SNC and the synthesis of the checklist (priority of the indicators) and tables, with the "nurses' speeches", describing their expectations, desires, experience and difficulties in strengthening the SNC in their daily lives. The text was cut into units of analysis and registration according to the study questions to track and classify the signs about the use or not of the SNC, producing three categories on meaning, why and doing or not doing the SNC. 1st Category: priorities based on attention. 2nd Category: signs of recognizing SNC. 3rd Category: nurses' difficulties in performing SNC. The research elucidated the elaboration of seventeen products, systematized in: article, main and secondary technical production. **Conclusion:** The flow of the statements captured made a pilgrimage to see the scenario of the nurses' daily lives, presenting the identification of the profile of the participants, observing the non-implementation of the SNC in a systematic and individualized way. The recognition of SNC in a dubious way, highlighting the verb lack (time, personnel and management) as responsible for the implementation of SNC. It provided the opportunity to deepen the study of the methodological steps of nursing research with cartographic method. The occurrences of the speeches and the highlights of registration units, provided the creation of the educational video. The technical production helps to identify the screening of signs (acts, actions and attentions) and indicators of problems for a systematized clinic in an environment that requires nursing a discipline of knowledge/doing whose object is the care of clients/family members, environment and professionals, being the subject who cares in the emergency the nurse to sustain life, safety, comfort or "serene" death. **Descriptors:** Nursing Care. Instructional Film and Video. Pediatrics. Audiovisual Aids. Emergencies.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Dilemas de uma prática complexa: ações e atos de cuidar.....	19
<b>Figura 2</b> - Gerenciamento sistematizado das ações do cuidar.....	20
<b>Figura 3</b> - Raciocínio clínico como processo de ações e atos de cuidar dos clientes.....	26
<b>Figura 4</b> - Pensamentos da SAE.....	28
<b>Figura 5</b> - Situações que demandam os atos e ações.....	29
<b>Figura 6</b> - Estruturação e organização da SAE.....	30
<b>Figura 7</b> - Organização do trabalho de cuidar.....	31
<b>Figura 8</b> - SAE - Passos, Percorrer, Caminhar e Crescer.....	35
<b>Figura 9</b> - Mapa de Roraima.....	40
<b>Figura 10</b> - Hospital da criança Santo Antônio - entrada para os blocos.....	42
<b>Figura 11</b> - HCSA e a urgência e emergência.....	43
<b>Figura 12</b> - Entrada para o pronto atendimento (PA).....	44
<b>Figura 13</b> - Recepção do PA.....	45
<b>Figura 14</b> - Entrada para atendimento, acolhimento 01 e trauma mediante a recepção do PA do HCSA.....	45
<b>Figura 15</b> - Acolhimento 01 do PA.....	46
<b>Figura 16</b> - Acolhimento 02 do PA.....	47
<b>Figura 17</b> - Recepção interna do PA.....	48
<b>Figura 18</b> - Corredor do atendimento do PA.....	49
<b>Figura 19</b> - Sala de medicação do PA.....	49
<b>Figura 20</b> - Sala de nebulização/hidratação/realização de exames respiratórios do PA.....	50
<b>Figura 21</b> - Sala de sutura e/ou curativo do PA.....	50
<b>Figura 22</b> - Consultórios médios do PA.....	51
<b>Figura 23</b> : Área verde do PA.....	51
<b>Figura 24</b> - Área amarela do PA.....	52
<b>Figura 25</b> - Área azul.....	53
<b>Figura 26</b> - Trauma.....	54
<b>Figura 27</b> - Entrada externa do trauma.....	54
<b>Figura 28</b> - Organização dos dados.....	65
<b>Figura 29</b> - Rastreamento, tocando, pousando e reconhecendo os cuidados de enfermagem no HCSA.....	74
<b>Figura 30</b> - Unidades de registro: ações e atos de cuidar.....	78
<b>Figura 31</b> - Metodologia para a criação do vídeo educativo. Boa Vista/RR, 2023.....	100
<b>Figura 32</b> - Identidade visual - modo on da SAE - Boa Vista/RR, 2023.....	102
<b>Figura 33</b> - Imagens criadas e desenvolvidas na pesquisa.....	116

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Perfil dos participantes - Sexo.....	67
<b>Gráfico 2</b> - Perfil dos participantes - Idade.....	67
<b>Gráfico 3</b> - Perfil dos participantes - Turno de trabalho.....	68
<b>Gráfico 4</b> - Perfil dos participantes - Qualificação profissional. ....	68
<b>Gráfico 5</b> - Perfil dos participantes - Tempo de formação da graduação .....	69
<b>Gráfico 6</b> - Perfil dos participantes - Experiência profissional.....	69
<b>Gráfico 7</b> - Perfil dos participantes - vínculo de trabalho.....	70
<b>Gráfico 8</b> - Perfil dos participantes - Tempo de trabalho na Instituição.....	70
<b>Gráfico 9</b> - Capacitação para conhecer os indicadores.....	71
<b>Gráfico 10</b> - Experiência com o uso de indicadores.....	71
<b>Gráfico 11</b> - Local de trabalho x meio.....	72
<b>Gráfico 12</b> - Familiaridade com os indicadores - Os 3 mais utilizados.....	72
<b>Gráfico 13</b> - Familiaridade com os indicadores - Os 3 mais utilizados.....	79

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1</b> - Roteiro de observação não participante. ....	56
<b>Quadro 2</b> - Avaliação dos indicadores assistenciais e de gestão de pessoas na qualidade da assistência de enfermagem, na concepção das enfermeiras.....	83
<b>Quadro 3</b> - Avaliação para mensurar o grau de prioridade dos indicadores assistenciais e de gestão, na perspectiva das enfermeiras. ....	84
<b>Quadro 4</b> - Avaliação das enfermeiras em relação a SAE na sua prática diária - signos do reconhecimento da SAE. ....	85
<b>Quadro 5</b> - Avaliação das enfermeiras em relação a sae na sua prática diária - dificuldades. ....	87
<b>Quadro 6</b> - A avaliação das enfermeiras em relação a SAE na sua prática diária - implantação da SAE. ....	91
<b>Quadro 7</b> - Roteiro do vídeo educativo “Modo On da SAE”. Boa Vista/RR, 2023. ....	106

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Unidade de registro das ações e atos. ....	77
<b>Tabela 2</b> - Avaliação das enfermeiras em relação aos indicadores de qualidade (assistenciais e de gestão). ....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ANCINE:** Agência Nacional do Cinema.  
**ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária.  
**AVP:** Às Vezes é Prioritário.  
**CEP:** Comissão de Ética Pública.  
**CC:** Centro Cirúrgico.  
**CME:** Central de Material e Esterilização.  
**CNES:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.  
**CNS:** Conselho Nacional de Saúde.  
**COFEN:** Conselho Federal de Enfermagem.  
**CONEP:** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.  
**COREN:** Conselho Regional de Enfermagem.  
**DOI:** Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital).  
**EPI:** Equipamentos de Proteção Individual.  
**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
**HCSA:** Hospital da Criança Santo Antônio.  
**MP:** Muito Prioritário.  
**MS:** Ministério da Saúde.  
**NBZ:** Nebulização.  
**NTLH:** Nova Tradução na Linguagem de Hoje.  
**NVI:** Nova Versão Internacional.  
**P:** Prioridade.  
**PA:** Pronto Atendimento.  
**PC:** Personal Computer - Computador Pessoal.  
**PM:** Prioridade Moderada.  
**PP:** Pouco Prioritário.  
**PPGSTEH:** Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço.  
**RH:** Recursos Humanos.  
**RR:** Roraima.  
**SAE:** Sistematização da Assistência de Enfermagem.  
**SECNS:** Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.  
**SMSA:** Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista/RR.  
**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.  
**UA:** Unidade de Análise.  
**UCP:** Unidade de Cuidados Prolongados.  
**UERR:** Universidade Estadual de Roraima.  
**UI:** Unidade de Internação.  
**UNIRIO:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.  
**UR:** Unidade de Registro.  
**UTI:** Unidade de Tratamento Intensivo.

## LISTA DE SÍMBOLOS

- (des) CUIDADO COM O CORPO FÍSICO
- (des) CUIDADO COM AD. DE MEDICAMENTOS
- ◆ (des) CUIDADO COM OS MATERIAIS DE PROCEDIMENTOS SUJOS
- ❖ HORAS DE (des) CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UI E UTI
- ✧ TREINAMENTO DE PESSOAL, TAXAS DE ACIDENTE DE TRABALHO E DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR
- TAXA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E ACOMPANHANTE.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 Contextualizando o tema e fazendo emergir o objetivo de estudo a partir da problemática .....	16
1.2 Problema da pesquisa .....	20
1.3 Objeto do estudo .....	23
1.4 Questões norteadoras do estudo .....	23
1.5 Objetivos do estudo .....	23
<b>1.5.1 Geral</b> .....	<b>23</b>
<b>1.5.2 Operacionais</b> .....	<b>24</b>
<b>1.6 Justificativa e relevância</b> .....	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>26</b>
2.1 Bases teóricas: que fundamenta uma clínica própria para a enfermagem .....	26
2.2 Conhecimento científico e a sistematização da assistência de enfermagem .....	27
2.3 Indicadores de qualidade nos processos de cuidado .....	34
<b>CAPÍTULO III - ABORDAGEM METODOLOGIA E O MÉTODO</b> .....	<b>36</b>
3.1 O método .....	36
3.2 Sobre as pistas da cartografia assumidas neste estudo .....	38
<b>3.2.1 Segunda Pista: o funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo e o desenho do estudo - A buscar em fazer a SAE</b> .....	<b>38</b>
3.2.1.1 <i>O rastreamento dos territórios envolvidos na pesquisa: voando por cima do estado de Roraima para o ambiente do HCSA</i> .....	39
3.2.1.1.1 <i>DE ONDE FALAMOS: RORAIMA</i> .....	39
3.2.1.1.2 <i>O AMBIENTE: HCSA</i> .....	41
3.2.1.1.3 <i>O RASTREIO DOS ATORES ENVOLVIDOS NA PESQUISA</i> .....	55
3.2.1.2 <i>O toque para a produção de dados: instrumentos para reconhecer o meio</i> .....	55
3.2.1.3 <i>O pouso: modos de fazer a pesquisa - convite, coleta e levantamento dos dados (atos e ações)</i> .....	58
3.2.1.4 <i>Reconhecimento dos dados: organização, tratamento e análise dos dados</i> .....	60
3.2.2 Terceira pista: cartografar é acompanhar processos .....	61
3.2.3 Sétima pista: cartografar é habitar um território existencial; a importância da imersão do cartógrafo no território e seus signos .....	61
3.3 Benefício e risco da pesquisa .....	62
3.4 Conflitos de interesse .....	62
3.5 Financiamento .....	62
3.6 Produtos da pesquisa .....	62
<b>CAPÍTULO IV - RESULTADOS, DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES DAS CATEGORIAS NA CONSTRUÇÃO DA PLATAFORMA DIGITAL - O RECONHECIMENTO</b> .....	<b>65</b>
4.1 Apresentação da organização, análise e categorização dos dados .....	65
4.2 Dados quantitativos: caracterização dos participantes .....	67
4.3 Dados qualitativa: falas das enfermeiras .....	72
<b>4.3.1 As ocorrências das falas e os destaques de unidades de registro - categorias que norteiam a produção tecnológica</b> .....	<b>77</b>
<b>4.3.2 1ª Categoria: prioridades baseadas em atenções</b> .....	<b>79</b>
<b>4.3.2.1 Falas que conduzem as prioridades dos cuidados</b> .....	<b>83</b>
<b>4.3.3 2ª Categoria: signos do reconhecimento da SAE</b> .....	<b>85</b>
<b>4.3.4 3ª Categoria: dificuldades das enfermeiras em realizar a SAE</b> .....	<b>86</b>
4.3.4.1 <i>Dificuldades das enfermeiras para implementação da SAE na sua instituição de</i>	

<i>trabalho</i> .....	90
<b>CAPÍTULO V - PRODUÇÃO TECNOLÓGICA</b> .....	<b>94</b>
5.1 Produção Técnica Principal: Proposta de Vídeo Educativo para o Aprimoramento dos Cuidados de Enfermagem.....	94
<b>5.1.1 A escolha do produto: vídeo educativo (VE)</b> .....	<b>96</b>
<b>5.1.2 O produto: proposta de vídeo educativo para o aprimoramento dos cuidados de enfermagem</b> .....	<b>98</b>
<b>5.1.3 Etapas para produção do vídeo educativo</b> .....	<b>98</b>
5.1.3.1 Edição.....	99
5.1.3.2 Escolha da plataforma digital .....	100
5.1.3.3 Proteção dos direitos autorais e registro da produção.....	100
5.2 Produção Técnica Secundária: Identidade visual, personagem do vídeo educativo “Modo On da SAE” .....	101
5.3 Produção Técnica Secundária: Roteiro do Vídeo Educativo “Modo On da SAE” .....	103
5.4 Produção Técnica Secundária: Imagens Criadas e Desenvolvidas na Pesquisa.....	114
5.5 Produção Técnica Secundária: Roteiro de Observação .....	117
<b>CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>119</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>122</b>
<b>APÊNDICE A - CARTA CONVITE</b> .....	<b>126</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIBRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>127</b>
<b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE PESQUISA</b> .....	<b>131</b>
<b>APÊNDICE D - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b> .....	<b>136</b>
<b>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA</b> .....	<b>137</b>
<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>138</b>
<b>ANEXO C - ARTIGO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS SUAS VARIÁVEIS NO ESTADO DE RORAIMA</b> .....	<b>147</b>
<b>ANEXO D - PRODUTO: ARTIGO 2 - DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – FAZER OU NÃO FAZER - VIVÊNCIA DE UM HOSPITAL INFANTIL</b> .....	<b>159</b>

## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualizando o tema e fazendo emergir o objetivo de estudo a partir da problemática

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo dinâmico de discussões com o objetivo pautado em atender os princípios legais da profissão e de melhorar a assistência e a experiência do cotidiano.

É, ainda uma ferramenta essencial para o gerenciamento da assistência de enfermagem, para alcançar a visibilidade de suas práxis no processo de trabalho e o reconhecimento social, mediante a contribuição do exercício de uma prática oferecida para todas as pessoas, sem interrupções que se sustente no máximo Nightingaliano de “ALIAR” o sofrimento humano e “NUNCA COLOCAR” sua vida em risco, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.

Nesses dois princípios estão toda essência e natureza da Enfermagem para dar conta do discurso de qualidade e reconhecimento social que passa pelo reconhecimento científico de uma prática clínica - sua - que dever ser sistematizada, planejada para a organização do que faz representada por ATOS e AÇÕES e que envolve todos que cuidam com autonomia para garantir o exercício do direito de decidir e propor sobre o cuidado proveniente das necessidades dos clientes<sup>1</sup>, com independência intelectual, técnica e científica que é decidido por ela e/ou autorizado por seu representando próximo.

A SAE apresenta diferentes nomenclaturas para sua denominação dependendo do referencial adotado, da finalidade e da área a que se destina. Os mais conhecidos e utilizados são: Metodologia da Assistência e Sistematização da Assistência. Ainda são mencionados os termos: Processo de Enfermagem (PE), Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir e Consulta de Enfermagem (CRUZ; ALMEIDA, 2010).

As autoras sustentam que essa organização nada mais é do que a gestão do cuidado, onde a enfermeira deve se valer de seu conhecimento científico, aliá-lo aos conceitos de gestão,

<sup>1</sup>A palavra cliente tem sua origem etimológica no latim, *cliens*, *entis*, que significa ouvir, atender, obedecer. O termo cliente na saúde é uma denominação mais atual, uma forma moderna de chamar a pessoa que utiliza o serviço de saúde, nesse sentido utilizaremos nesta dissertação a denominação cliente, para conotar a pessoa que está sendo cuidada pela equipe de saúde.

conhecer e entender o perfil de sua equipe e clientela, valorizando e avaliando seu atendimento e serviços.

O trabalho contínuo de cuidar de clientes diversos, a carga horária em excesso, a falta de condições adequadas para exercer o trabalho, pouco pessoal para dar conta das ações de cuidar, dois ou mais empregos, sempre foram as maiores justificativas de não fazer uma prática sistematizada do modo que nossos órgãos orientadores desejam e da emergente necessidade da enfermagem de ampliar seus conhecimentos técnicos científicos, registrando o que a enfermagem faz, eliminando riscos e especificando de fato o que a enfermagem faz como uma clínica própria, com tratamentos e prescrições com autonomia.

Esse é um problema de conhecimento de todos e um dilema que é “shakespeareano” ou “descartesiano”: “Fazer ou não fazer ou penso o cuidado, logo devo registrar o diagnostico”. Todavia há mais de 50 anos (1970), que vem sendo exigido da enfermagem a prática do diagnostico para prescrições de cuidados, porém não se consegue implantar o plano de descrições nos prontuários dos clientes.

O viver e o trabalhar, exigem uma sistematização, que é própria de cada família, de cada indivíduo e de cada instituição, que são cheios de AÇÕES e ATOS que exigem conhecimentos, práticas, técnicas e tecnologias que estão sempre em constante mudanças, novas siglas, novas orientações, causando impactos diversos no meio que será inserida, a fim de acompanhar os avanços que vão surgindo e não param de surgir.

A sistematização da enfermagem buscar sua cientificidade e o se empodera de um saber que é dela. É uma forma de reconhecer a complexidade do cuidar, que é do FAZER SABENDO, SENTINDO, VENDENDO, ESCUTANDO, TOCANDO em todos os sentidos.

Ações e Atos atribuem qualificação e sensibilidade necessários para que cuidemos das pessoas sadias ou não, independente de crenças, ética, costumes e posições políticas e ideológicas.

A Enfermagem vem se desenvolvendo com base em conhecimentos empíricos e teóricos fundamentados em múltiplas atividades profissionais voltadas para a assistência, o ensino, o gerenciamento e a pesquisa. No desenvolvimento dessa especialidade, considera-se o processo de trabalho da equipe de enfermagem, fundamental para propiciar ações de cuidar de forma segura (FREITAS; OGUISSO, 2008).

As ações da equipe de enfermagem devem estar pautadas nos valores da profissão e nas diretrizes do Código de Ética dos profissionais de enfermagem, assegurando a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, respeitando os preceitos éticos e legais. Assim,

os princípios e valores éticos devem nortear as nossas decisões na condução das atividades diárias, como profissionais, ao mesmo tempo, em que tais valores nos oferecem uma estrutura para dar suporte à nossa autonomia (TREVIZAN et al., 2002).

Do ponto de vista ético, é esperado que a enfermeira<sup>2</sup> utilize sua criatividade ao gerenciar as ações assistenciais, ao tomar decisões e ao adequar os recursos humanos e materiais de que dispõe, garantindo um atendimento das necessidades dos clientes com isenção de riscos, quando estes forem previsíveis, portanto, passíveis de prevenção (FREITAS; OGUISSO, 2008).

No cuidar em enfermagem, não podemos ignorar as emoções, gerada pelo resultado do sentir (sensações) e dos SENTIDOS do ser humano, que envolve um grama de complexidade, por seu um SER único, singular, por isso complexo. Esse tipo de atenção (cuidado) é conhecido como atividade e/ou ação técnica, mas também sensível, envolve um encontro entre pessoas – a que cuida e aquela que é cuidada – onde as pessoas se disponibilizam com órgãos de sentido e emoção.

É nestas diversas questões que surge a indagação: “a enfermagem está tão envolvida pela sistematização da prática médica, onde sua clínica é baseada nos sinais e sintomas da doença, não vislumbrando um raciocínio clínico e diagnóstico, próprio da enfermagem. Continuamos a questionar o que é mesmo essa enfermagem que fazemos há mais de 100 anos?!”

Sem respostas, ainda, para essas e outras indagações, a enfermagem procura “atalhos” centrados nas pessoas e suas imensas dificuldades de que não estão fazendo a SAE. Não por que não conseguem fazer e nem compreender a importância dela como registro, memória e cuidado do que fazem, mas refletir o que de fato é a enfermagem?!

É a pronta resposta é o CUIDADO exigindo raciocínio clínico, que é um processo mental complexo e dinâmico, que ocorre tanto na identificação de situações que requerem ATENÇÕES de enfermagem, quanto na seleção de ações necessárias para esse atendimento, para o alcance de resultados de saúde pelos quais a enfermagem é responsável.

Esses são “DILEMAS” que estão imersos em um sistema complexo de AÇÕES e ATOS de CUIDAR, que se infiltram na dinâmica do trabalho diário que são encontrados num primeiro

<sup>2</sup>Para melhor compreensão, utilizaremos nesta dissertação a denominação enfermeiras para designar o profissional enfermeiro (a). Profissional que atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, segundo o Código de Ética e Legislação da Enfermagem, com amparo na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Ministério da Saúde, 1987 e Resolução Cofen Nº 564/2017.

atalho-problemas que envolve, nós, os clientes, a equipe de saúde, a família que exigir de nós ações rápidas e resolutivas e o ambiente, conforme ilustrado na Figura 1:

**Figura 1** - Dilemas de uma prática complexa: ações e atos de cuidar.



Fonte: Autor próprio 2022.

Não conseguimos, ainda, nem compreender e muito menos reconhecer o quão nossa prática é complexa, embora empiricamente saibamos o que fazemos, por que temos centrado, ao longo da história um saber manual, um saber de passos de processos de fazer procedimentos sem uma produção científica, um conhecimento clínico científico.

Mais complexo ainda o seu objetivo de estudo o “SER HUMANO” é impreciso, não é da ciência mensurável, mostrada em sua inteireza. Principalmente se consideramos nossos pequenos clientes, que envolve razão, emoções, espiritualidade e corpo doente.

Estamos apreendendo a olhar para nossa prática como científica e na luta pela organização do cuidado, um modo científico de fazer-sabendo. Temos repensado qual é o SENTIDO de tudo isso, e que sentido tem para nós, clientes e sua família. Florence conseguiu a sua época, nós dizer o que é e o que não é Enfermagem, será que conseguimos nos dias de hoje, responder a essas questões?

E, nós, na maioria das vezes, seguindo objeto tradicional de atenção, que é a doença; ainda marcadamente pela atuação em nosso pensar e fazer médico, desenvolvendo e sendo implementadores do que eles prescrevem. No entanto, os avanços são significativos no caminho de uma ciência do cuidado e nós já sabemos que a prática, o que fazemos, conforme ilustração na Figura 2 que segue:

**Figura 2** - Gerenciamento sistematizado das ações do cuidar.



Fonte: Autor próprio 2022.

Compreender o que é problema para a enfermagem e para os clientes, visando aliviar seus sofrimentos, através das AÇÕES; e nunca colocar suas vidas em risco, com bases fundamentais de uma sistematização.

Este atalho desemboca no GERENCIAMENTO do CUIDADO que tem como maior problema a falta de SISTEMÁTICA de CUIDAR que envolve complexidade e que considere o “ser humano” em suas dimensões tridimensionais - FÍSICO, EMOCIONAL e ESPIRITUAL que se encontra num ESPAÇO que é estimulador de saúde e/ou doença que precisamos manter “acesa a chamar” para enxergar indicadores de risco.

## 1.2 Problema da pesquisa

A bastante tempo a comunidade brasileira de enfermagem tem se debruçado sobre uma sistematização da enfermagem e tem encontrado muitos desafios para que ela seja objetiva na prática que consideramos os aspectos específicos da profissão no que diz respeito aos CUIDADOS DE ENFERMAGEM, considerando a implementação das prescrições médicas e condições de saúde e/ou doenças dos clientes.

Necessário e fundamental, não só manter a memória da profissão, uma sistematização

do que fazemos deve ser eficiente, para o melhor controle da qualidade do cuidado que fazemos.

No entanto, existem diversos problemas preexistentes no ambiente hospitalar para a implementação da SAE, como revela estudo de Calderaro; Santos; Farias (2017), onde os autores afirmam que durante a implementação da SAE, as enfermeiras se deparam com adversidades, como o número reduzido de profissionais e a sobrecarga do trabalho, necessitando de uma adequação à realidade da instituição de saúde, uma vez que muitas apresentam problemas administrativos e assistenciais.

Outros desafios incluem: A falta de reconhecimento do trabalho da enfermeira por parte da equipe, o envolvimento da equipe com o processo de implementação, a valorização do trabalho da enfermagem por parte da administração das instituições, bem como os indicadores de resultado da assistência (SANTOS et al., 2014). O desconhecimento científico, falta de tempo e de motivação, deficiência dos registros, insegurança nos procedimentos preconizados pela SAE.

Dentre outros que devemos considerar, diz respeito a políticas públicas de admissão de pessoal, fortalecer uma cultura do exercício de leitura e qualificação profissional com o exercício de seus profissionais, cuja eficiência depende de conhecimentos diversos para SABER-FAZER.

A SAE foi criada para oferecer melhor qualidade na prestação de assistência em enfermagem à clientela nos estabelecimentos de saúde. Porém, para efetivação desse sistema é necessário, o envolvimento e comprometimento de todos os profissionais da enfermagem e dos gestores das unidades de saúde, ou seja, um sinergismo capaz de superar as dificuldades na implementação da sistematização da assistência, que não depende apenas da necessidade de implementar, mas do desejo profissional de fazer isso.

Além das dificuldades supramencionadas para implementação da SAE nas unidades de saúde, a Urgência e Emergência do HCSA está inserida em um contexto de grande diversidade étnica, econômica, sociocultural e faixa etária diferenciada.

Outrossim, torna-se problemático o desprovimento de protocolos específicos no HCSA para a implementação da SAE e avaliação da qualidade do cuidado e segurança do paciente o que exige mais profissionais e condições de trabalho adequadas, uma vez que, a Enfermaria de Emergência são as mesmas que atende as crianças internadas (dois espaços contíguo), isto é, tem um olhar agudo e aguçado para duas situações que acontecem ao mesmo tempo e sem possibilidade de optar por um ou por outro.

Assim, com o intuito de superar esses desafios, sabe-se que a implementação da SAE

nas instituições de saúde requer ações de diferentes naturezas, que impliquem na mudança dos processos de trabalho, fluxos e rotinas que envolvem os profissionais de enfermagem (JUNIOR et al., 2017), e que podem ser realizadas por meio do compartilhamento de experiências, vivenciadas durante o processo de implementação.

O nosso pressuposto é de que as enfermeiras não sabem ou não conseguem identificar signos nos corpos dos seus clientes, que possam ser indicadores de saúde (a ser mantido), de doença a ser tratado e/ou reabilitada/restaurada que pode induzi-los um DIAGNOSTICO de necessidade de cuidados a serem prescritos, realizados e avaliados por elas ou por sua equipe, não porque não querem, mas porque não podem fazer isso por suas limitações (fatores internos e externos).

Nesse sentido, reconhecendo os desafios para a implementação da SAE, surge a necessidade de criar um “PRODUTO TECNOLÓGICO”, um vídeo educativo, que seja orientado de métodos e mecanismos que ajudem os profissionais de Enfermagem à superação as dificuldades mencionadas, através das AÇÕES e ATOS de CUIDAR no seu cotidiano.

Tecnologias educacionais em saúde são capazes de gerar conhecimentos e potencializar o processo das relações: estimulam as vivências e esclarecem dúvidas, mitos e curiosidades, além de ser um direcionar de transformação e promover mudanças no estilo de vida.

As tecnologias em saúde podem ser: medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2010).

A tecnologia é capaz de vincular a cultura aos saberes e conhecimentos utilizados na solução de problemas. Portanto, ajuda a produzir conhecimento, que devem ser socializados nos espaços educativos, incluindo o cotidiano, o aprendizado formal e informal, podendo ser útil como instrumento para o trabalho (BAGGIO; ERDMANN; SASSO, 2010).

Merhy e Onocko (2006) classificam as tecnologias na área da saúde em três categorias: a) tecnologia dura: representadas por materiais concretos como equipamentos e móveis permanentes ou de consumo; b) tecnologia levedura: incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e; c) tecnologia leve: que se manifesta como um processo da comunicação, nas relações, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, conexões que levam o usuário e conduzem ao encontro das necessidades de intervenções e ações em saúde. Acredita-se que as três categorias delineadas estão intimamente interligadas e presentes

no agir da Enfermagem, embora nem sempre de forma transparente.

De igual maneira, a classificação da tecnologia proposta por enfermeiras baseia-se em: tecnologia gerencial, composta por ações teórico-práticas utilizadas no gerenciamento da assistência; tecnologia educacional, caracterizada pelos conhecimentos científicos que cercam o processo educativo; e tecnologia assistencial, apresentada de forma sistemática, estruturadas por ações, para fornecer assistência qualificada (STRAGLIOTTO et al., 2017).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a tecnologia educacional é uma ferramenta útil e importante para o uso no processo de aprendizagem sobre o trabalho da enfermagem e são utilizadas na educação em saúde como facilitadora e auxilia para prover conhecimento e saúde à população (SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017).

### **1.3 Objeto do estudo**

Criação de produtos rastreadores de SIGNOS e INDICADORES de problemas de Enfermagem para um Clínica Sistematizada.

### **1.4 Questões norteadoras do estudo**

As questões norteadoras das capturas de signos e indicadores de cuidados preventivos de riscos são:

- 1.O que e como a Enfermagem faz nestes dois espaços de cuidar de seus pequenos?
- 2.As capturas que fazem sobre problemas instalados como indicadores de saúde ou não estão veladas numa prática “escondida” (não registrada).
- 3.Como é possível ou não pensar que um indicador exige uma clínica ou um raciocínio clínico das situações rastreadas para implantação da SAE?

### **1.5 Objetivos do estudo**

#### **1.5.1 Geral**

Criar uma TECNOLOGIA EDUCACIONAL, VÍDEO EDUCATIVO, como produto principal e materiais didáticos, como imagens e roteiros, como produtos secundários, que indiquem elementos para uma prática clínica na URGÊNCIA E EMERGÊNCIA visando

melhorar as atenções no espaço de cuidar.

### 1.5.2 Operacionais

RASTREAR durante as ações de cuidar signos e indicadores clínicos, possíveis de minimizar problemas aqui destacados;

CLASSIFICAR, tocando os sinais, signos como indicadores do processo de cuidar, como postura clínica própria da Enfermagem; e

APRESENTAR o produto produzido considerando que ele deve ser testado na prática para avaliações e implantações reconhecida.

## 1.6 Justificativa e relevância

A expectativa é de que tanto INSTITUIÇÕES como profissionais despertem para a importância de uma prática qualificada que possa estimular estudantes ao exercício que considere segurança, conforto e prevenção de risco das pessoas que dependem dos cuidados de enfermagem, através da SAE.

A enfermagem é uma prática científica, em expansão baseado na ciência do impreciso, na construção da ciência do cuidado porque contribuí com a cura, que pode ser mensurada, que envolve objetividades e subjetividades que são das dimensionalidades do ser humano.

Queremos que o HCSA seja um exemplo em Roraima capaz de receber estudantes de graduação e pós-graduação para desenvolver estudos de interesses diversos na área da enfermagem, objetivando melhorar a qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilitar o uso de conhecimento e incorporação de novas tecnologias e contribuir para a qualidade do cuidado e segurança das crianças, nossos pequenos clientes.

Acreditamos instituir uma linguagem específica para a clínica de Enfermagem em pediatria no espaço no qual este estudo se insere, e, também que temos um processo de cuidar instituindo, no entanto, ele precisa ser objetivado através da SAE, destacando ações e atos realizados.

O que exigirá de nós o uso de todos os sentidos corporais que objetiva ações e atos nunca compreensão racional-subjetiva para dar conta do SER que cuidamos, do CUIDADO que fazemos e do ESPAÇO no qual trabalhamos.

Sabemos o quão complexo é pensar essa clínica que é fisiológica, anatômica, biológica,

espiritual emocional e cognitiva, o conjunto de suas conexões é que mostra o molar e molecular do corpo que cuida e das crianças que recebem o cuidado.

## CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Bases teóricas: que fundamenta uma clínica própria para a enfermagem

Quando pensamos em uma clínica do raciocínio-clínico como processo de Ações e Atos de cuidar dos clientes, cuja características já estão aqui desenhadas nos diversos problemas que demandam deste estudo, precisamos (re) afirmar que nosso raciocínio emerge do desenho acerca do conhecimento que devemos ter (Figura 3).

**Figura 3** - Raciocínio clínico como processo de ações e atos de cuidar dos clientes.



Fonte: Autor próprio 2022.

A enfermagem durante toda a sua história está em constante desenvolvimento de conhecimento técnico científico, qualificando-se e (re)descobrimo-se a sua PRÁTICA o CUIDADO, utilizando-se da CRIATIVIDADE para desenvolver o seu CUIDAR, crescendo profissionalmente, observando os fundamentos CULTURAIS na prática do cuidado, convergindo a sua IDENTIDADE PROFISSIONAL, em um AMBIENTE, ESPAÇO ou TERRITÓRIO, que é fator contribuinte no processo saúde doença, local de saberes e práticas de cuidar.

## 2.2 Conhecimento científico e a sistematização da assistência de enfermagem

Diante do exposto, é possível considerar que a Enfermagem é uma profissão rica e complexa de ações e atos por que está inserida em todas as práticas de profissões da saúde, principalmente à medicina, quando é a única profissão que participa diretamente no diagnóstico e tratamento, por que é a IMPLEMENTADORA de prescrições de outros profissionais, não como “submissa”, ela é uma profissão autônoma, mas sua natureza de trabalho é a de permanecer 24hrs por dia como o cliente, em permanente vigília, atenção se utilizando o tempo e todos os seus sentidos (olhar-ver, tocar-sentir, ouvir-escutar, se comunicar, sentir odores no cliente e no ambiente e tomar as devidas providências).

O corpo da enfermeira é o instrumento básico do cuidado em Enfermagem, é uma ferramenta que possibilita a interação com o cliente, ambiente e equipe de cuidados. Cada gesto, cada ação do corpo se configura em uma forma de comunicação não verbal durante os cuidados realizados, ou seja, cada som emitido pelo aparelho fonador, cada expressão facial, o toque, as distâncias assumidas entre o corpo das enfermeiras e do cliente configuram-se em expressões que indicam a tipologia dos cuidados de Enfermagem na emergência.

Para Collière (2003) Cuidar da vida é a primeira arte, tal cuidado se estende do nascimento até a morte. A vida do ser humano exige cuidado constante e de todas as formas possíveis. Nesse sentido, todas as pessoas, não importando o sexo, idade, condição econômica, social ou saúde, necessitam de alguém, profissional ou não, que domine a arte de cuidar de vidas.

A inquietação por uma SAE é nacional e em muitas “ilhas de exigência” de CUIDAR conseguem fazê-las, mas não é uma maioria em um país do tamanho do BRASIL, mesmo que o COFEN esteja se empenhando para que isto aconteça através da Resolução 358/2009 e a necessidade é inquestionável, mesmo sabendo que o mundo está em profundas mudanças é o que parecia “o novo” já não é mais.

Hoje sabemos que pode se acabar, mas quem modifica o mundo é o corpo, espaço mínimo da vida rica de emoções (que tudo mundo, que cria e descreia afetos, que age, que cuida, que reage, que tem sua história e ideologia de viver), corpo que faz arte de cuidar e cria técnicas, tecnologias modelos, processos etc.

Pensar em QUALIDADE fundamentado numa clínica é preciso está muito atendo ao que ela significa não só para nós, mas, também para aqueles que cuidados, conforme exemplificado na Figura 4.

**Figura 4 - Pensamentos da SAE.**

Fonte: Autor próprio 2022.

Pensar na clínica é pensar a emergência, os saltos de mudanças, do não pensar que nos impulsiona construir e/ou desconstruir passos, processos, pensamentos do que fazemos.

Em muitos momentos, nós confundimos com as definições da SAE, ora instrumento, ora processo, ora fundamentos teóricos, ora uma metodologia. Essa polissemia, nos ajuda muito, mas implica reflexões diversas para dar conta dela no espaço de cuidar.

A SAE organiza as ações a partir de atos próprios de trabalho dos profissionais de enfermagem, possibilita a organização eficiente da assistência em enfermagem, pois delibera pontualmente as ações de cada setor e de seus profissionais, sendo o seu desenvolvimento, obrigatório, em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado.

A figura 5 apresenta situações que demandam os atos e as ações e enfermagem e orientam o raciocínio clínico e cuidados de enfermagem.

**Figura 5 -** Situações que demandam os atos e ações.

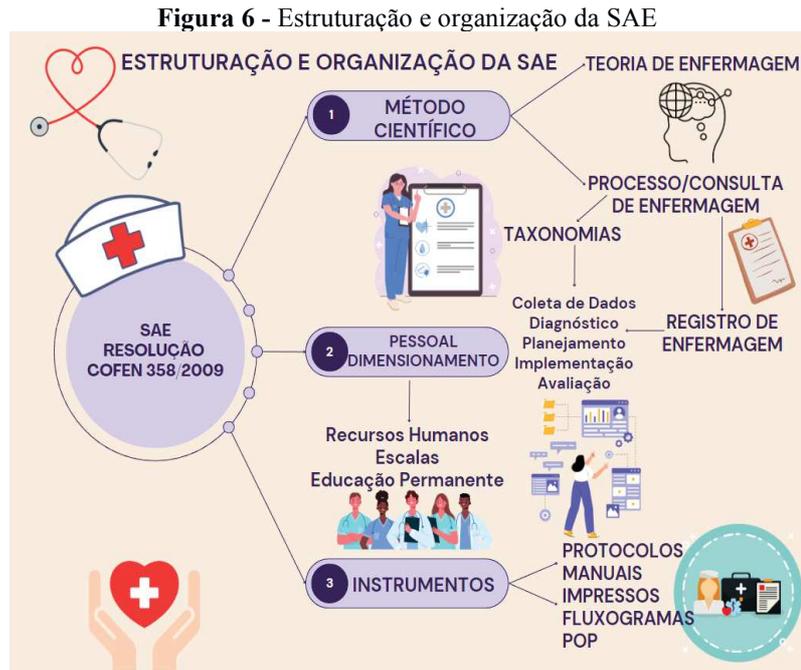


Fonte: Autor próprio 2022.

Não há exigência para cuidar que envolva qualquer situação, ainda sob risco de preconceitos que envolva: etnias, sexualidades, responsáveis por crimes e imigrantes. O compromisso de cuidar é para todos, independentemente do que eles representam sócio culturalmente.

A SAE é uma metodologia científica de cuidar, pensar, que organiza, direciona o cuidado integral e individual e melhora a qualidade da assistência, através de métodos (gestão de processo de trabalho), pessoal (sistematiza a assistência) e instrumentos para tornar possível a operacionalização e implementação do processo de enfermagem, promovendo maior segurança aos clientes e maior autonomia aos profissionais de enfermagem.

A resolução nº 272/2002 do COFEN considerava o PE e a SAE como sinônimos. Entretanto, essa foi revogada pela resolução 358/2009, que faz a distinção entre SAE e PE. Nesse sentido, conforme as orientações do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, a SAE ultrapassa o Processo de Enfermagem (PE), pois é uma metodologia técnica e científica norteadora que direciona as ações da enfermagem para o cuidado individual e integral dos clientes.



Fonte: Autor próprio 2022.

Para Tannure e Pinheiro (2011) a metodologia:

Compreende-se o caminho percorrido para se concretizar os objetivos propostos. Além disso, por requerer que as ações realizadas por esses profissionais sejam respaldadas cientificamente, essa metodologia confere maior segurança aos pacientes e contribui para o aumento da credibilidade da enfermagem, maior visibilidade, autonomia e satisfação profissional.

Daí a responsabilidade da enfermagem ser extensa e complexa e as dificuldades da operacionalização, o que aumenta a responsabilidade que exige conhecimentos e práticas científicas diversas. A Figura 7 apresenta a organização do trabalho de cuidar para os clientes nos ambientes interno (intra-hospitalar) e externo (pré-hospitalar).

**Figura 7 - Organização do trabalho de cuidar.**



Fonte: Autor próprio 2022.

A assistência prestada à clientela em Roraima exige uma atenção diferenciada e especializada, visto que, é um estado amazônico do extremo norte do Brasil, com cerca de 224.298 km<sup>2</sup> de área territorial, 4% da Amazônia Legal e 2,6% da superfície do Brasil, com uma população de 636.303 mil habitantes, segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

Não é possível esquecer de Nightingale; Castro e Carvalho (1989) e suas permanentes preocupações com a edificação desta profissão que afirmavam: “A enfermagem necessita de conhecimentos distintos, diferentes da medicina” (luta que muitas enfermeiras brasileiras já se preocupam) e segundo (para acrescentar autoras que as reconhece), como Tannure; Pinheiro (2019, p. 7) afirmam:

Que ela definiu as premissas em que a profissão deveria se basear estabelecendo um conhecimento de enfermagem direcionado à pessoa às condições nas quais ela vivia e em como o ambiente poderia atuar, positivamente ou não, sobre a saúde das pessoas [...]

Nós corroboramos com os ditos de NIGHTINGALE, mas não significa que outros teóricos não possam ser utilizados desde que possa se adequar as resoluções de problemas de enfermagem, na situação estabelecida, e os avanços que são reais no plano de agora.

Embora a enfermagem tenha sido fortemente influenciada por NIGHTINGALE, acabou por assumir uma orientação profissional dirigida para o imediatismo, baseando-se em ações e atividades práticas de forma intuitiva e não sistematizado. No passado, acostumaram-se a

exercer a profissão, sob a ótica médica, centralizado na doença e não no cliente. Com isso, a enfermagem permaneceu estagnada por muitos anos, com foco no modelo biomédico, que persiste até os dias de hoje.

A enfermagem por muito tempo habitou-se a depender de conhecimentos e de conceitos preexistentes que lhe ditassem o que fazer e como fazer, mas que na maioria das vezes não refletia sobre o porquê fazer e quando fazer. Todavia com o passar da história, as enfermeiras começaram a “questionar” e refletir as práticas de enfermagem.

“Dessa forma, surgiu a consciência da necessidade de os enfermeiros serem mais bem preparados por meio do aprimoramento da educação em enfermagem, de modo a alcançarem a melhoria da qualidade do cuidado prestado à população” (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Quando falamos anteriormente e está em nossos objetivos e texto sobre raciocínio clínico de enfermagem, como uma questão central de nosso estudo que é, sempre, uma tentativa nossa de dizer as enfermeiras que o CORPO do cliente nos mostram signos e indicadores de diagnóstico, que estão para além dos estabelecidos pela ANVISA como indicadores de qualidade já estabelecidos e que a enfermagem conhece.

Mas, quando estamos interessados nos clientes, neles como seres ÚNICOS e especiais, nunca iguais fisiologicamente (DNA) e ou quesitos que estão no corpo, nos faz trazer de volta a Collière, (2003, p. 7) quando fala das tentativas de recuperar fundamentos dos cuidados quando pergunta:

[...]como encontrar cuidados vitais, os que restauram as forças e o desejo de viver? Apesar da invasão do tecnicismo, muitas enfermeiras, conduzidas pela intuição pelo seu “bom senso”, pelo desejo de aliviar, pela sua paixão, pela sua consternação e aprenda das pelas suas capacidades de observação e experiência de adultas o tentam, mas serve que tal fosse reconhecido e muitas vezes contracorrente, não podemos assim implantar de forma durável o que tenham tentado. Efetivamente isso não só exige uma utilização de conhecimento excluídos do campo do que é definido como “eficaz” e “aceitável”, mas ainda é necessário demonstrar os resultados [...]

Continuamos afirmando em trabalhos científicos e teses ou dissertações que é necessário fazer isso, buscar à cientificidade requerendo que produz ciência a partir de um fazer concreto, registrado e avaliando, balizando em teorias em quanti-qualitativo dos dados produzidos.

Tendo como balizador não só encontrar uma objetividade, mas buscar em sua dinâmica os fluxos subjetivos do gerenciamento do cuidado da equipe de enfermagem na Urgência e Emergência do HCSA em Roraima, em um cenário demográfico singular de grande diversidade cultural e particularidade de faixa etária de atendimento. Apresentar um produto de orientações

com base na SAE, visando contribuir para aprimoramento da assistência prestada pela equipe de enfermagem e minimizar os problemas enfrentados por esses profissionais no desenvolvimento da SAE, é a proposta deste trabalho.

Ao seu final indicar que teorias são possíveis ou estão sendo utilizadas (sem que seja percebida no cotidiano) por nós, que tem um processo e um caminho a seguir. Não há dúvidas de que as enfermeiras têm sua própria sistematização e que necessitam de teorias que a sustentem, que muitas vezes percebemos em conversas informais ou falando de seu trabalho, elas sinalizam que existem um fazer organizado e um pensar sobre sua cientificidade.

Tannure e Pinheiro (2019, p. 10) falam sobre a função das Teorias quando dizem:

[...] as teorias são compostas de conceitos (e suas definições) que visão a descrever fenômenos, correlacionar fatores, explicar situações, prever acontecimentos e controlar resultados obtidos a partir das ações de enfermagem [...], devem direcionar as ações dos enfermeiros, de modo a responsabilizá-los pelos cuidados a prestar aos clientes, não mais executados de maneira empírica e que as teorias se acertam em: Contexto - ambiente no qual ocorre a assistência de enfermagem; Conteúdo - o assento da Teoria; e Processos - método pelo qual a enfermagem age [...]

Por isso é fundamental explicar que a maioria das equipes de enfermagem que atuam diretamente nos cuidados aos clientes e desempenham papel fundamental na assistência à saúde, seja no âmbito hospitalar, como no extra-hospital, exercem essa função.

A SAE representa a organização do trabalho segundo as etapas de seu desenvolvimento. É uma ferramenta essencial que deve ser utilizada para planejar, organizar e prestar cuidados, bem como gerenciá-los.

Além disso, promover a assistência individual, a visibilidade e a autonomia da enfermagem, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, que caracteriza a enfermagem enquanto disciplina e ciência com saberes próprios e específicos (TRUPPEL et al., 2009).

Com objetivo de melhor assistir a clientela dos estabelecimentos de saúde, foi elaborada a Resolução do CONFEN 358/2009. Tal normativa ampliou a abrangência da SAE e definiu o Processo de Enfermagem, pois especificou as condutas/ações de cada profissional de enfermagem (enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem) e procedimentos a serem observados, tais como; coleta de dados, diagnóstico clínico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, das intervenções instituídas pelo enfermeiro.

Assim, o que queremos dizer é que essa pesquisa tem importância de analisar e avaliar o que fazemos como cuidado a de enfermagem prestada na urgência e emergência do HCSA -

Boa Vista/Roraima devido seu contexto étnico, social e econômico, pois nossa pretensão foi de mergulhar na prática. Utilizar nossas observações-ações como uma “antena” (encontrar como) a encontrar “pepitas de ações” que indicam os cuidados que fazemos e como estamos, além de pensar que é possível contaminar as enfermeiras e sua equipe para pensar em estudos sobre a prática, divulgar o que sabem fazer; e assim propor um processo de sistematização que dê conta da nossa realidade temporal e espacial.

Ao pensar no Gerenciamento do cuidado vamos objetivar melhorais na sua qualidade e prevenções de riscos e conseqüentemente garantir acesso integral e a saúde a comunidade considerando o que é real e subjetivo.

Nesse sentido, analisar a prática da assistência de enfermagem (cuidados aos clientes, através dos atos e ações de enfermagem), sua organização, dinâmica, estrutura física, gerenciamento de recursos (humanos e materiais), filosofia da instituição e problemas existentes no espaço hospitalar, são passos fundamentais para o desenvolvimento e operacionalização da SAE.

### **2.3 Indicadores de qualidade nos processos de cuidado**

Os indicadores são utilizados na gestão de serviços, com foco em qualidade e gerenciamento de risco, o alinhamento de processos, práticas assistenciais e tecnologias utilizadas em serviços de saúde, são necessários para mensurar as metas estabelecidas e verificar os resultados alcançados, se isso é proposto.

Indicador é uma medida conceitual do desempenho a que se refere, ou mesmo uma medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço (JCHO, 1989 apud Manual de Indicadores de Enfermagem, 2012, p.11).

Os indicadores são, ainda, compreendidos como dados numéricos ou informações que visam quantificar as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho dos processos, produtos e das organizações na totalidade, ou seja, tudo o que pertence ao cuidado.

Assim, por meio de indicadores, os profissionais de saúde podem monitorar e avaliar eventos que afetam clientes, trabalhadores e organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos usuários (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2016).

A melhoria contínua da qualidade dos serviços assistenciais deve ser conduzida como

um processo dinâmico e aberto, e os resultados observados servirão de base para a reformulação de estratégias, para atender às demandas do mundo moderno.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002), estabelece que os serviços hospitalares devam fazer uso de indicadores capazes de analisar seu desempenho, permitindo a adoção de decisões corretivas, há melhorias dos processos e a comparação com referenciais adequados.

Não apenas a elaboração de indicadores, mas a disponibilização dos resultados e a capacitação dos recursos humanos também são partes fundamentais para que a avaliação do processo de assistência se realize de forma sistemática e efetiva, respeitando os pressupostos de um gerenciamento participativo, imprescindível ao sucesso da gestão da qualidade, que está no plano teórico.

Os indicadores são importantes porque mostram aspectos da assistência que podem e aprimorados para reduzir os riscos aos clientes e que não estão nos registros de Enfermagem, e por isso não sabemos se existe uma garantia segura, adequada e de alívio dos sofrimentos por meio de AÇÕES e ATOS de CUIDAR, até porque temos consciência de que não é um processo fácil de fazer, de testar e de saber quanto custa tudo isso.

**Figura 8** - SAE - Passos, Percorrer, Caminhar e Crescer.



Fonte: Autor próprio 2022.

PASSOS - que devem ser instituídos para cada um, considerando a especificidade individual de cada um deles e de seus diagnósticos (doença).

## CAPÍTULO III - ABORDAGEM METODOLOGIA E O MÉTODO

O método é de grande importância na pesquisa científica por ser uma etapa dominante e integrada em direção ao objetivo proposto. Descrevem-se, neste capítulo, a abordagem metodológica que nortearam esta pesquisa. Aborda-se, primeiramente, a caracterização da pesquisa que teve um caráter quantitativo e qualitativo, no cenário da cartografia, técnica de análise de dados para atingir os objetivos propostos pelo estudo. A análise de conteúdo, baseou-se no referencial teórico-analítico de Laurence Bardin.

### 3.1 O método

É qualitativo e quantitativo na perspectiva da CARTOGRAFIA apoiado no método dos teóricos Guilles Deleuze e Félix Guattari utilizado por Passos; Kastrup e Escóssia, (2017) e daquilo que Minayo e Deslandes (2008, p. 205-207) expõem como uma hibridez possível do uso dos dois métodos e falam o seguinte:

Apesar do uso dos dois métodos articulados na área da saúde ainda está longe de constituir um exercício científico cotidiano porque ainda existem muitas discussões principalmente se tornar a ótica da epidemiologia. No entanto a articulação entre as duas abordagens já existe o exercício delas em diversas pesquisas e o debate que já produziu uma massa crítica, reconhecendo a importância dessa interação metodológica para pesquisar [e construir] o complexo objeto saúde-doença-atenção e indicando as diversas possibilidades ou modalidades de diálogo que aí se vislumbram. A contribuição dessa interação provém, justamente, de suas diferenças: a ‘compreensão/explicação em profundidade’ dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde; a ‘explicação em extensão’ de como esses sujeitos, agregados num nível populacional, tornam-se expostos/vulneráveis a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde, como adoecem, como demandam tratamento/atenção. Não se trata de opor, superficialmente, micro a macro, profundidade a superficialidade ou particular a geral. Mais que oposições binárias [portanto, simplórias], o quantitativo e o qualitativo traduzem, cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos de saúde doença. A única linha que os une é a pretensão de trabalhar com o significado (de cuidar, de ser doente ou sadio, do tratamento, do processo de cuidar) atribuído pelos sujeitos [as enfermeiras]. aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas [na perspectiva da SAE].

O que é diferente é que pesquisas “quantitativas” nós dar pistas sobre qual o tipo de estudo epidemiológico e as técnicas estatísticas utilizadas, como uma mera distribuição de frequências, incidência, prevalência, coorte ou caso controle; quanto a qualitativa é preciso estar

atento o que dizem, Minayo e Deslandes (2008, p. 214):

Um subjetivismo estéril, essencialmente baseado nas evidências imediatas das falas ou práticas que pretende analisar. A diferença é que o pesquisador e o ponto forte, trabalham com alicerces diferentes daqueles dos estudos quantitativos. Uma vez que trabalham com a inserção direta e contínua do pesquisador no cotidiano de grupos e instituições, o qualitativo permite uma fidedignidade maior de seus constructos à realidade empírica e à experiência dos sujeitos pesquisados.

Para Franco e Dantas (2017) “buscar compreender o processo social da problemática do seu estudo sendo (re)direcionado e avaliado ao longo de seu desenvolvimento.”

Quanto a CARTOGRAFIA é um método que tem nos facilitado fortalecer as diferenças aqui colocadas e porque se distingue em incluir objetividade e subjetividades no processo de pesquisar. Aqui explicamos o que é esse método e em que espaço nossa pesquisa se insere ampliando essa hibridez de métodos.

A escolha pela cartografia sua dimensão qualitativa o indutor de viabilizar a realização dos objetivos propostos pelo estudo e ressaltando que a fundamentação teórica se apoia nos teóricos Gilles Deleuze e Felix Guattari, compreendendo novos desenhos, discursos e modos de fazer e entender as pesquisas, atuando nesse trabalho de forma paralela ao método qualitativo.

Para Passos; Kastrup e Escóssia, (2017, p. 10), “o sentindo da cartografia é: acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas”. É um método que nos desafia pensar, nós colocar em caminhos com direções de pesquisa e segundo os autores:

Consiste numa aposta na experimentação do pensamento - um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida ou da normatividade do vivo. A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção.

Na cartografia nada se decalcar, sua experimentação não tem o mesmo sentindo, e são muitos elementos, daí que ela tem uma proximidade com o método qualitativo. É um estudo interventivo que requer a orientação do trabalho do pesquisador, que não se dá segundo prescrições, por regras, com objetivos pré-determinados. No entanto, não se trata de uma ação sem direção, o pesquisador utiliza pistas que orientam o percurso da pesquisa considerando os efeitos do processo do pesquisador sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2017).

É assim que mergulhamos no território do HCSA, nos implicar acompanhar os processos de organização e fazer da enfermagem. Também, não é método que tem que resgatar, seguir umas PISTAS a serem trilhadas e buscada no processo das pesquisas, mas PISTAS guiam o trabalho da pesquisa, sabendo que para acompanhar os processos não podemos ter predeterminada de atenção a totalidade dos procedimentos.

Os fundamentos da cartografia pertencem aos Teóricos Gilles Deluze e Felix Grattari, baseados há mais de 30 anos num dos principais trabalhos de Grattari O Inconsciente Maquínico (1988) e Ensaio de Esquizoanálise (1979, p. 14). A apresentação das pistas segundo Passos, Kastrup, Escóssia (2017):

A leitura da primeira pista não é pré-requisito para a leitura da segunda e assim sucessivamente. A organização do livro corresponde a um rizoma. O leitor pode iniciar pela pista que julgar mais conveniente ou interessante e ler as outras na sequência que lhe aprouver. Como não poderia deixar de ser, elas remetem umas às outras. Ainda como um RIZOMA, as PISTAS aqui apresentadas não formam uma totalidade, mas um conjunto de linhas em conexão e de referências, cujo objetivo é desenvolver e coletivizar a experiência do cartógrafo [o pesquisador].

As pistas orientam o cartógrafo como referência, ajudam a manter a mente aberta sobre o que está acontecendo, produzindo, pesquisado, criado, calibrando a coordenar os passos do próprio caminho da pesquisa (investigação). A cartografia é composta por oito pistas, desse modo, as pistas propostas por Passos, Kastrup e Escóssia (2017) que respondem às questões do problema, estão nas orientações das pistas dois, três e sete, apresentadas a seguir.

### 3.2 Sobre as pistas da cartografia assumidas neste estudo

3.2.1 Segunda Pista: o funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo e o desenho do estudo - A buscar em fazer a SAE.

Nº 2	<b>São definidos os quatro gestos da atenção cartográfica: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento.</b>
------	--

Trata-se de estudar o processo de produção e envolve a pesquisa no campo da subjetividade, afastando-se do objeto e definir um conjunto de regras abstratas a serem aplicadas. É uma busca não linear para atingir um fim, sua construção é de caso a caso, o que nos impede de estabelecer algumas pistas que têm em vista descrever, discutir e coletivizar a experiência do cartógrafo em quatro variedades de atenção: o rastreio, o toque, o pouso e o

reconhecimento.

Para se envolver totalmente no processo de agência de habitar os corpos dos clientes, as quatro variações da segunda pista envolvem a colaboração com os participantes da pesquisa. Esta exploração conjunta das suas realidades vividas, práticas em dispositivos criativos (práticas que os cercam), comunidades, famílias, trabalho e lazer, permite a produção de dados valiosos.

A atenção é uma função complexa que vai além da mera seleção e localização de informações. Em vez disso, envolve a distorção de signos e forças rotacionais no auge dos processos em andamento, como perceber e compreender cenas e discursos materiais, inerentemente desarticulados.

Deve-se notar que a atenção não é um processo unidimensional e pode servir a várias funções que nem sempre envolvem a seleção de elementos de um campo de visão. A operação de atenção ocorre após o processo de seleção, incide sobre as etapas de pré e pós-seleção que destacam a complexidade e a densidade da aquisição de dados.

### *3.2.1.1 O rastreio dos territórios envolvidos na pesquisa: voando por cima do estado de Roraima para o ambiente do HCSA*

O RASTREIO é uma varredura (passagem) pelo campo do HCSA no macro espaço do atendimento, visando um alvo no micro espaço, a emergência. Para o cartógrafo (a pesquisadora) o importante é a localização de pistas, de signos, de processualidade, acompanhando mudanças de posição, de aceleração, de velocidade, de ritmo. O cartógrafo nesse momento tem a atenção aberta e sem foco, com uma sintonia fina com o problema. Trata-se “de uma atitude de concentração pelo problema e no problema” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2017)

Para os autores Passos, Kastrup e Escóssia (2017) “ATENÇÃO se desdobra na qualidade de encontro, de acolhimento. As experiências vão então ocorrendo, muitas vezes fragmentadas e sem sentido imediato. Pontas de presente, movimentos emergentes, signos que indicam que algo acontece, que há uma processualidade em curso”.

#### *3.2.1.1.1 DE ONDE FALAMOS: RORAIMA*

A ação inicial, conhecida como rastreamento, apresenta-se como um método para traçar

rotas, insinuar a criação de produtos, detectar as relações entre redes ou rizomas, possibilitar o rastreamento de movimentos e construir representações visuais. Como resultado, permite detectar diferenças sutis tanto de intensidade quanto de caráter ao longo da duração do fenômeno investigado (KASTRUP; BARROS, 2010).

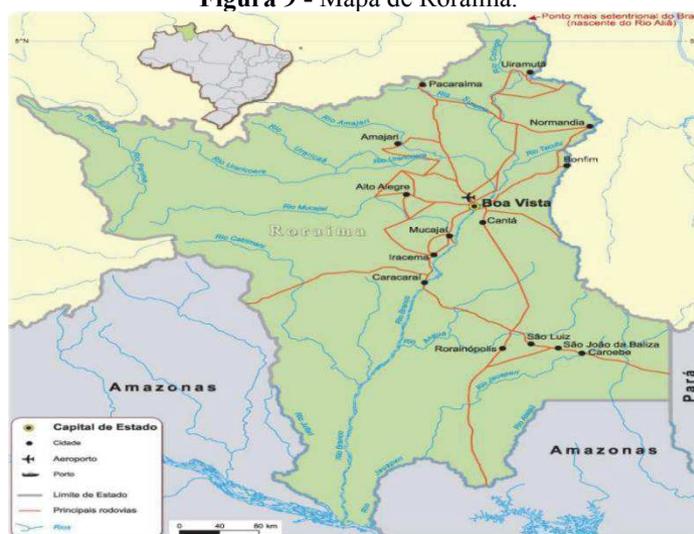
É preciso entender o contexto de inserção do local de estudo para analisar e rastrear sua rede e o rizoma ao qual pertence e desenvolver sua função.

O Estado de Roraima está localizado no extremo-norte do Brasil predomina a floresta amazônica, havendo ainda uma enorme faixa de savana no centro-leste. É delimitado geograficamente pela fronteira com dois países, a saber, Venezuela ao norte e noroeste e Guiana Inglesa ao leste, além de fazer divisa com os estados brasileiros, ao sudeste Pará e ao sul e oeste Amazonas, seu ponto culminante é o Monte Roraima que lhe empresta o nome.

É o estado da Federação Brasileira menos populoso, com uma população de 636.303 mil habitantes, segundo o censo de 2022 realizado pelo IBGE. Ocupa uma área da unidade territorial de 223.644,530 km<sup>2</sup>, sendo o décimo quarto maior estado brasileiro, desta, aproximadamente 104.018 km<sup>2</sup> são áreas indígenas, representando quase metade do território da unidade (46,37%) (IBGE, 2022).

O Estado dispõe de apenas quinze municípios, a menor quantidade dentre os estados brasileiros. A sua capital é Boa Vista, que está localizada na margem do Rio Branco e é a única capital brasileira situada totalmente no hemisfério norte, concentra 64,9% da população do estado, fica próxima dos parques nacionais da Serra da Mocidade, a sudoeste, e do Monte Roraima, a norte (IBGE, 2022). A economia local é baseada principalmente no funcionalismo público, setor terciário e no mercado informal.

**Figura 9 - Mapa de Roraima.**



Fonte: IBGE, 2022.

A população indígena corresponde a 15,29% do total de 636.303 habitantes do estado. Com isso, Roraima é o estado brasileiro com mais indígenas na comparação com o total da população (IBGE, 2022).

Possui uma diversidade étnica muito grande, com aproximadamente 97.320 mil de pessoas que se autodeclaram indígenas das principais etnias Yanomami, Yekuana, Ingarikó, Macuxi, Taurepang e Wapichana, 73,38% dessa população, no total de 71.412 mil vive em terra indígena (IBGE, 2022).

Além dos grupos nativos, o estado é constituído por migrantes de outras regiões do Brasil, principalmente, advindos da região do nordeste brasileiro. A partir do ano de 2015, também é destino de milhares de refugiados e migrantes venezuelanos indígena e não indígenas, devido à grande crise humanitária que se encontra a Venezuela.

### 3.2.1.1.2 O AMBIENTE: HCSA

O cuidado com o meio ambiente é considerado um dos pilares da enfermagem. Segundo Nightingale (1989), o corpo do cliente gasta mais energia para equilibrar os desequilíbrios ambientais quando um ou mais aspectos do ambiente estão desequilibrados; por isso, deve proporcionar conforto, segurança e privacidade para possibilitar recuperação do quadro de doença.

O estudo foi realizado no Hospital da Criança Santo Antônio, localizado em Boa Vista-Roraima, nos meses de junho a agosto de 2022. Construído nos anos 2000, é a única unidade hospitalar pediátrica de referência em saúde de média e alta complexidade do Estado.

Atende crianças (clientes) de 29 dias de vida a 12 anos, em situações de urgência e emergência dos quinze municípios do estado, acolhendo e atendendo crianças dessas localidades e de áreas indígenas adiante do seu território estadual, mas pautadas em requisitos legais e técnicos (BRASIL, 2017), além das regiões de fronteiras com a Guiana e a Venezuela (crianças indígenas e não indígenas). Nessa conjuntura observamos, as particularidades da assistência de enfermagem, desenvolvidas no Estado.

A unidade conta com uma estrutura totalmente modernizada, equipamentos novos e de última geração e profissionais de saúde qualificados para receber toda a demanda. As crianças internadas contam com um ambiente, aconchegante, diferenciado, com paredes decoradas com desenhos infantis e de super-heróis que ajudam a estabelecer um vínculo de confiança entre profissionais e clientes, que auxiliam na reabilitação, através das imagens.

Ao todo, são dez blocos no hospital: Bloco A serviço administrativo (direções e as coordenações) e o ambulatorial (especialidades médicas); Bloco B abriga os setores de exames de imagens, o laboratório de análises clínicas e a agência transfusional.

**Figura 10** - Hospital da criança Santo Antônio - entrada para os blocos.

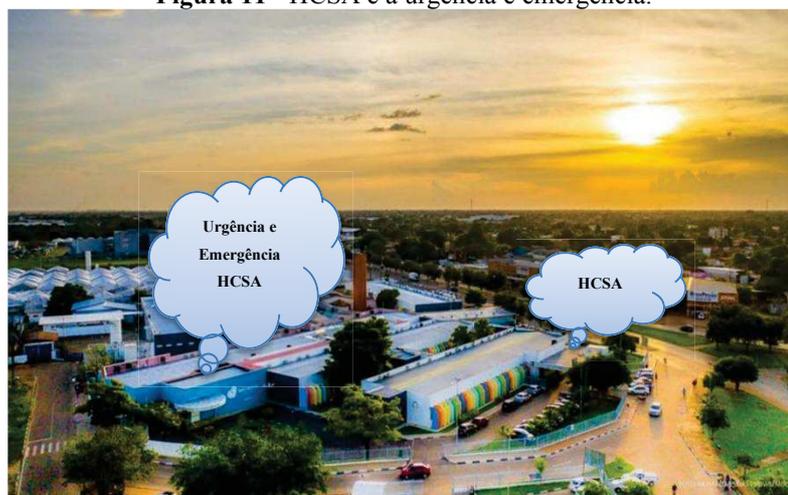


Fonte: Página Web da Prefeitura de Boa Vista/RR<sup>3</sup>

O Bloco C é a Emergência, Trauma, Pronto Atendimento, UTI, além das áreas de internações (amarela e verde).

<sup>3</sup> Disponível em <https://bit.ly/3krfnCt> (Fernando Teixeira). Acesso em: 20 de dez. 2022.

**Figura 11 - HCSA e a urgência e emergência.**



Fonte: Adaptado de Página Web da Prefeitura de Boa Vista/RR<sup>4</sup>

O Bloco D compreende o faturamento, a manutenção predial e almoxarifado. A farmácia, a cozinha, o refeitório, a lavandeira estão no Bloco E. O Bloco F corresponde ao Centro Cirúrgico (CC), Centro de Material e Esterilização (CME) e os leitos para as crianças do pré e pós-operatório; Bloco G mais da metade do bloco é direcionada para atendimentos a clientes indígenas, tendo assim, um redário, podendo manter a cultura dos índios de dormir nas redes. No bloco G além das enfermarias, funciona o lactário e uma unidade de serviço de Nutrição e de Dietética para a demanda do hospital; Os Blocos H e I são de internações clínicas; e o Bloco J está localizado a unidade de cuidados prolongados (UCP).

A opção por esse cenário decorreu por ser um espaço onde se encontram enfermeiras, que realizam atividades de assistência em emergência pediátricas, inexplorado no que diz respeito ao estudo de ações e atos de cuidar das enfermeiras, como percursos do uso de indicadores para nortear seu comportamento, ainda pela relação da pesquisadora principal com a instituição (servidora estatutária) em almejar melhorias na prestação dos cuidados em pediatria, através dos atos e ações das enfermeiras assistencialistas e gerencialistas, propondo condições para esse propósito.

A Pesquisa teve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista/RR (SMSA) e Direção Geral do HCSA Boa Vista - SMSA BV, através da carta de anuência (Anexo A).

O setor de emergência e urgência atendem clientes com constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte

<sup>4</sup> Disponível em: <https://bit.ly/3krfnCt> (Fernando Teixeira). Acesso em: 20 de dez. 2022.

exigindo, portanto, tratamento médico imediato, são clientes que têm um problema de saúde inesperado, com ou sem risco potencial a vida, porém requer atenção médica imediata (BRASIL, 2020).

Em uma emergência, o cliente se vê em um ambiente extremamente agitado e lotado com outros clientes com diferentes diagnósticos, um cenário repleto de tecnologias, barulho de respiradores, nebulizadores, gritos, berros, barulhos e sirenes de ambulâncias e a movimentação constante dos corpos dos profissionais nele atuantes, isso pode promover um quadro de ansiedade e angústia do mesmo.

Ao planejar a produção de dados neste espaço de movimentos diversos de cuidar de clientes em situações de risco teve se a percepção de que as ações e os atos de cuidar seriam para salvar, estabilizar, manter sob controle e vigilância não só deles, mas da espera de novos clientes que poderiam chegar.

A cor da parede, o posicionamento dos objetos, a iluminação, o ruído, a temperatura, a ventilação e o projeto arquitetônico contribuem para o atendimento emergencial e devem ser considerados.

**Figura 12** - Entrada para o pronto atendimento (PA)



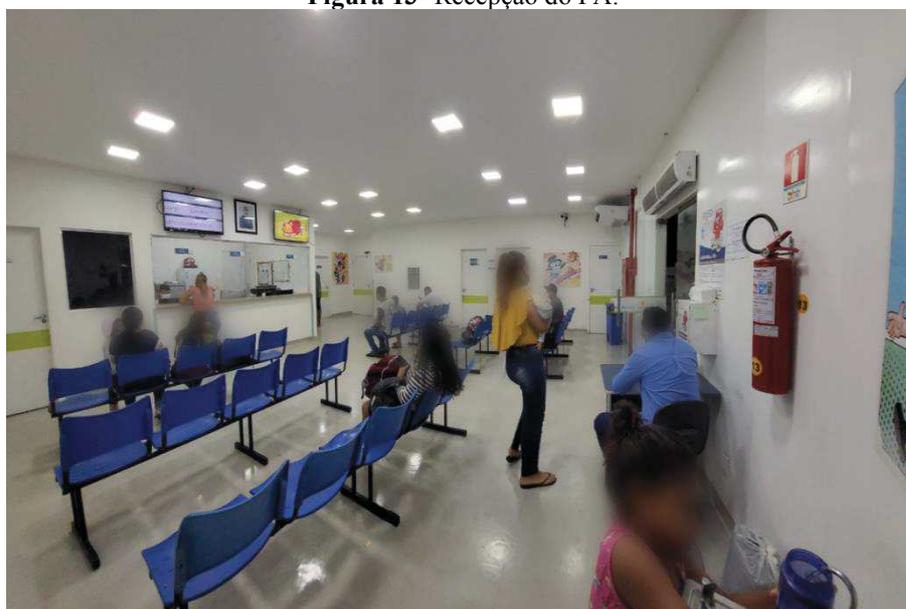
Fonte: Página Web da Prefeitura de Boa Vista/RR<sup>5</sup>

A unidade de saúde é dividida em duas grandes áreas, pronto atendimento e trauma, e por subdivisões para melhor dinamizar o atendimento. O pronto atendimento é subdividido em: 01 recepção, 02 acolhimentos (classificação de risco), 05 consultórios médicos, 01 sala de nebulização/hidratação, 01 sala de sutura e curativo, 01 sala da medição, 01 área verde, 01 área amarela e 01 área azul.

<sup>5</sup> Disponível em <https://bit.ly/3krfnCt> (Fernando Teixeira). Acesso em: 20 de dez. 2022

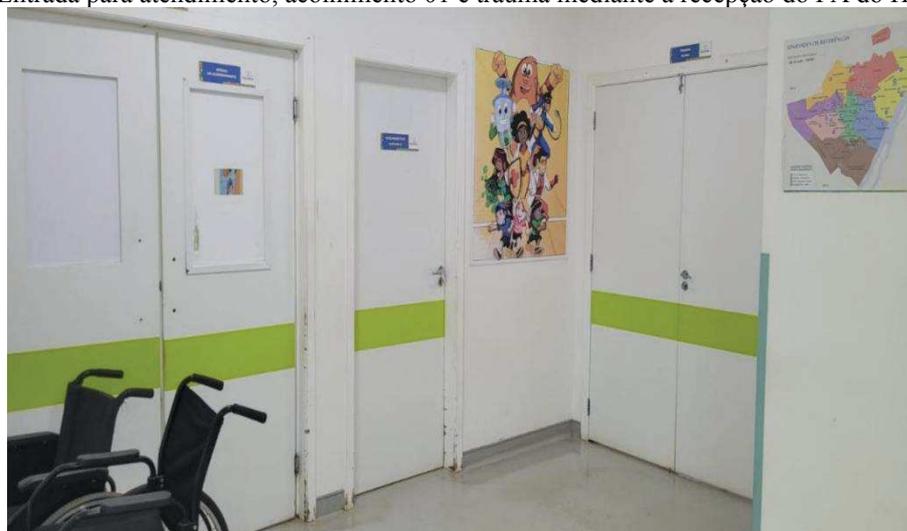
A emergência conta com uma recepção, para o registro dos clientes que dão entrada para atendimento, local onde é feito o primeiro contato do cliente e do seu acompanhante com a instituição (funcionários da unidade). Apresenta uma sala de acolhimento, com várias cadeiras, como se vê na Figura 13, apresenta central de ar-condicionado e televisão (para acompanhar o atendimento) o que proporciona uma espera para o atendimento de forma mais confortável e segura. Constitui de uma entrada principal para proporcionar a entrada do fluxo, outra para chamar ao atendimento e uma que liga diretamente ao trauma (área vermelha) e apresenta banheiros feminino e masculino próximos para uso dos clientes.

**Figura 13-** Recepção do PA.



Fonte: Autor próprio 2023.

**Figura 14 -** Entrada para atendimento, acolhimento 01 e trauma mediante a recepção do PA do HCSA.



Fonte: Autor próprio 2023.

A sala de classificação de risco, o acolhimento 01 (Figura 15), apresenta uma porta de entrada e uma de saída que conduz os clientes para atendimento e recebe os pacientes para uma nova reavaliação, caso haja necessidade. Apresenta computador, mesa, balanças, pia para higienização, bancada e armários para os insumos, cadeiras para as enfermeiras do setor e para os clientes.

**Figura 15** - Acolhimento 01 do PA



Fonte: Autor próprio 2023.

Apresenta ventilação com ar-condicionado, boa iluminação artificial e temperatura. É importante salientar que ela não apresenta janelas e a circulação do ar tem que ser realizada de forma adequada por método artificial, pois nela são avaliados clientes com distúrbios respiratórios e com patógenos diversos o que poderia culminar com o “envenenamento do ar” como já discutia Nightingale (1989).

A adequada iluminação auxilia no processo de exame clínico do cliente e a temperatura adequada proporciona um ambiente mais confortável. A ventilação compatível, iluminação e temperatura dessa sala proporciona também conforto e segurança para a enfermeira que permanece longas horas laborais nesse ambiente.

O acolhimento permite uma melhor gestão de intervenções dos serviços de urgência e emergência, uma vez que garante o acesso aos clientes, diminui os tempos de espera e melhora a qualidade do atendimento.

Com isso, é possível avaliar o cliente logo após sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento, resolvendo a emergência, abreviando o tratamento, garantindo a

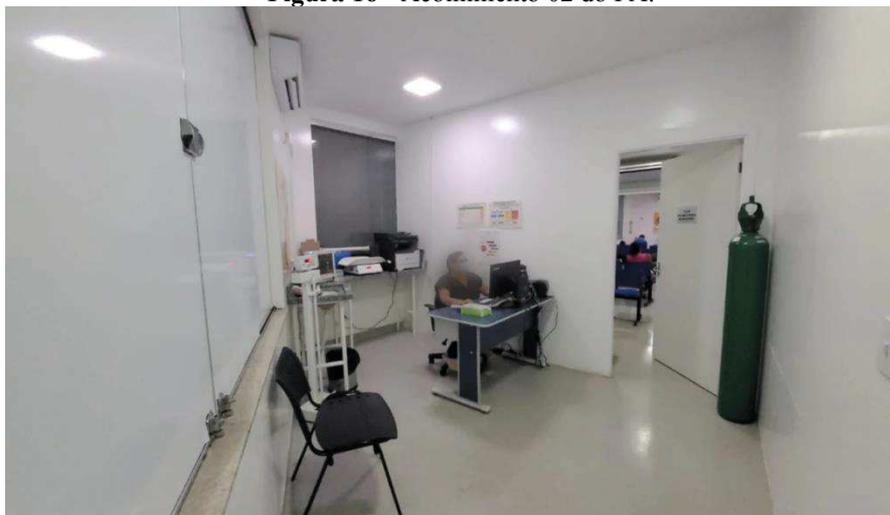
visão precoce do cliente conforme o grau de gravidade, determinando a área de serviço, tempos de espera segundo o protocolo anunciado (SOUZA; BERALDO, 2015).

É o local do primeiro atendimento assistencial, composto por uma equipe de enfermeiras, a cada turno de trabalho há duas enfermeiras realizando a dinâmica do acolhimento, avaliação individualizada com escuta qualificada, com base na queixa principal do cliente, nos sinais vitais, no histórico e exame físico.

Realizada o direcionamento dos clientes conforme a classificação da gravidade do quadro, seguindo a padronização por cor estabelecida pela instituição com base o protocolo de Manchester, que utiliza cinco cores para identificar o grau de cada cliente: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

O acolhimento 02 (Figura 16), é a sala separada para atender e direcionar clientes com suspeita de doenças infectocontagiosas. Tem as mesmas características do acolhimento 01, porém apresenta janela para favorecer a circulação do ar.

**Figura 16** - Acolhimento 02 do PA.



Fonte: Autor próprio 2023.

O fluxograma para emergências é o seguinte: Os clientes classificados como vermelho, que indica casos graves que requerem atenção imediata, serão encaminhados para atendimento na sala do trauma. Os classificados como laranja requerem atendimento urgente e devem ser atendidos o mais rápido possível. Eles serão encaminhados para atendimento nos consultórios, conforme Figura 22, e terão prioridade sobre os classificados como amarelos. Os pacientes classificados como amarelos estão em situação de urgência, mas não correm risco imediato de morte. Eles aguardarão na recepção interna, conforme ilustrado na Figura 17. Os pacientes que

aguardam resultados de exames, avaliações, reavaliações ou consultas de acompanhamento também estão localizados na recepção interna.

**Figura 17 - Recepção interna do PA.**



Fonte: Autor próprio 2023.

Os classificados nas cores verde e azul, são os casos considerados não urgentes e de baixa complexidade, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social, esses são encaminhados para o anexo do hospital, uma unidade básica de saúde que funciona das 7h às 24h todos os dias da semana, dentro da abrangência do hospital.

As enfermeiras atuantes no acolhimento com classificação de risco apresentam autonomia na emergência e apresentam iniciativa, conhecimento científico e humanização para avaliar os casos com base em seu julgamento clínico e encaminhá-los prontamente para as especialidades específicas (unidade básica de saúde anexo do hospital ou para a urgência e emergência).

Esse local é onde ocorre as primeiras ações e atos de cuidar e gerenciar da enfermagem, salvo nos casos emergências que dão entrada diretamente pelo trauma. Os órgãos dos sentidos são percebidos e utilizados nas suas mais diversas formas, observa-se o falar e o ouvir, para entender as queixas dos clientes, o toque para verificar os sinais vitais e realizar o exame físico, a visão para ver a situação como um todo do cliente e a compreensão do estado de saúde e o reconhecimento das gravidades (urgências/emergências) e quadros crônicos, realizando os seus devidos encaminhamentos e orientações aos acompanhantes (pais e/ou responsáveis) e clientes.

O pronto atendimento ainda conta com 01 sala de medicação (Figura 19), 01 sala de nebulização e hidratação (Figura 20), 01 sala de sutura/curativo (Figura 21) e 05 consultórios médicos (Figura 22).

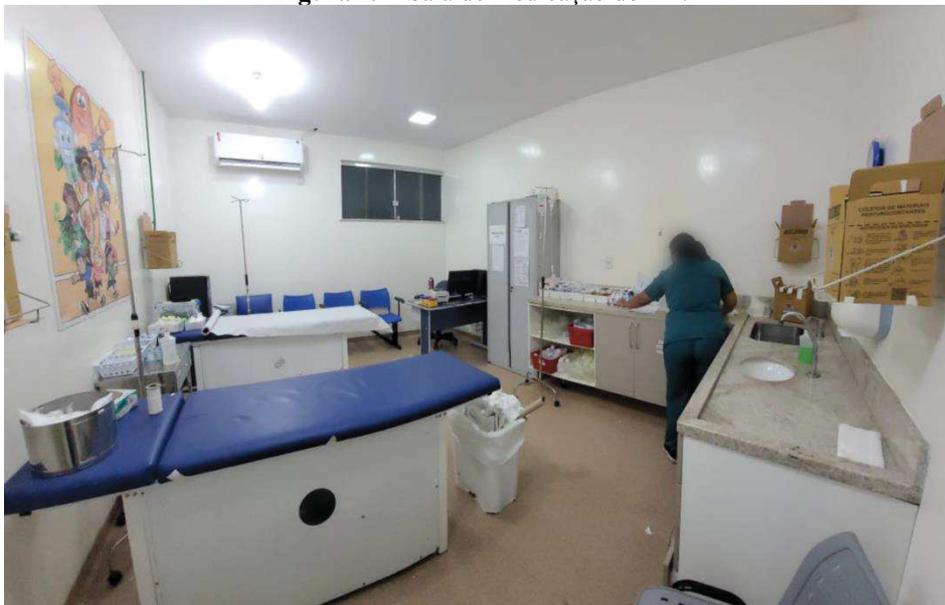
**Figura 18** - Corredor do atendimento do PA.



Fonte: Autor próprio 2023.

O corredor dá acesso para a sala de medicação, sala de nebulização, hidratação e realização de exames respiratórios, sala de sutura/curativo, aos consultórios médicos e para as áreas de internações (verde, amarela e azul).

**Figura 19** - Sala de medicação do PA.



Fonte: Autor próprio 2023.

**Figura 20** - Sala de nebulização/hidratação/realização de exames respiratórios do PA.



Fonte: Autor próprio 2023.

**Figura 21** - Sala de sutura e/ou curativo do PA.



Fonte: Autor próprio 2023.

Os consultórios médicos são locais onde acontece o atendimento médico. A sala de nebulização e/ou hidratação é o setor onde é realizado as nebulizações, coleta de alguns exames respiratórios e hidratação dos clientes, possui cadeiras para atendimento de clientes, com pontos de oxigênio e ar comprimido, bancada e armários para insumos, suportes de soro e pia para higienização. A sala de sutura/curativo é usada para fazer curativos necessários aos clientes e a sala de medicação é o lugar que são aplicadas as medicações prescritas pelo médico.

**Figura 22** - Consultórios médios do PA.



Fonte: Autor próprio 2023.

Área de internação é dividida em três Subáreas, representadas por cores alusivas, são elas: subárea verde, amarela e azul destinados aos clientes internados, aguardando vaga para os blocos de internação.

A subárea verde (Figura 23) conta com um posto de Enfermagem em formato L, encontra-se na parte da frente dos leitos, com armários para guarda materiais, insumos e medicamentos, pia para higienização das mãos, bancada para preparo rápido dos medicamentos e balcão, mesas e cadeiras para recepção de prescrições, para dar apoio aos profissionais escreverem evoluções e ocorrências, além de uma maca para realizar procedimentos, como por exemplo, acesso venoso e exames.

Apresenta vinte leitos para acomodar os clientes, com boa iluminação, banheiros próximos, suporte de soro, pontos de oxigênio e ar comprimido, com ventilação mantida por ar-condicionado e janelas, entretanto a sala é geograficamente longe da sala do trauma.

**Figura 23:** Área verde do PA.





Fonte: Autor próprio 2023.

A subárea amarela compreende vinte e sete leitos, sendo um isolamento, conta com um posto de Enfermagem em formato U (Figura 24) localizado ao centro dos leitos, com uma pequena sala de medicação, com armários para guarda de materiais, medicamentos e insumos, pia para higienização das mãos, bancada para preparo rápido dos medicamentos e balcão, mesas e cadeiras para recepção de prescrições, para dar apoio aos profissionais escreverem evoluções e ocorrências, além de uma maca para realizar procedimentos, como por exemplo, acesso venoso e exames.

Apresenta boa iluminação, banheiros próximos, suporte de soro, pontos de oxigênio e ar comprimido, com ventilação mantida por ar-condicionado e janelas, entretanto a sala é geograficamente longe da sala do trauma.

**Figura 24 - Área amarela do PA.**



Fonte: Autor próprio 2023.

A subárea azul (Figura 25) encontra-se em outro bloco da unidade, atende os clientes que não necessitam de oxigenoterapia, pois não conta com esse suporte. Foi criada com o objetivo de “diminuir a sobrecarga” das áreas verde e amarelas. O local possui um posto de enfermagem, com uma pequena sala de medicação, uma maca para realizar procedimentos, como por exemplo, acesso venoso e exames, armários para guarda de materiais, medicamentos e insumos, pia para higienização das mãos, bancada para preparo rápido dos medicamentos e

mesas com cadeiras para recepção de prescrições, que estão localizadas no corredor para dar apoio aos profissionais escreverem evoluções e ocorrências.

Apresenta cerca de vinte leitos para acomodar os clientes, todavia conforme a necessidade, poderá ser acomodado “leitos extras” nos corredores. Apresenta iluminação adequada, banheiros próximos, suporte de soro, com ventilação mantida por ar-condicionado e janelas, entretanto a sala é geograficamente longe da sala do trauma.

**Figura 25 - Área azul.**



Fonte: Autor próprio 2023.

A unidade de emergência conta com o trauma, sala vermelha (Figura 26), destinadas as estabilização e recuperação de clientes graves, que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, composto por cinco leitos.

É área ampla, permite fácil acesso a equipe multidisciplinar da emergência e das equipes de pré-hospitalar, equipada com materiais e medicamentos para o rápido atendimento dos clientes. Apresenta boa iluminação, suporte de soro, pontos de oxigênio e ar comprimido, com ventilação mantida por ar-condicionado e janelas, todavia não possui banheiros, os mais próximos são os da recepção e os acompanhantes têm que se deslocarem até o local.

**Figura 26 - Trauma.**



Fonte: Autor próprio 2023.

O trauma possui três acessos, o primeiro como já mencionado, pela recepção/acolhimento (Figura 13), o segundo pela área externa (Figura 27) que apresenta fácil acesso para a população e é destinada à entrada de ambulâncias e carros de passeio que trazem os clientes e a terceira entrada é dentro da unidade, que faz conexão com as enfermarias.

**Figura 27 - Entrada externa do trauma.**



Fonte: Autor próprio 2023.

### *3.2.1.1.3 O rastreamento dos atores envolvidos na pesquisa*

Participaram deste estudo 21 profissionais selecionados por meio dos seguintes critérios de inclusão: enfermeiras, servidores ativos do quadro permanente (estatutários) ou do processo seletivo (temporários), atuantes na unidade de urgência e emergência do HCSA. Foram excluídos aqueles que seguem em férias ou licenças durante o período de coleta de dados que ocorreu entre 22/06 e 16/08/22.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário eletrônico individual, que em média, era finalizado em 15 minutos, após contato prévio do rastreamento dos sujeitos, mediante o recrutamento em lista de contatos telefônicos (WhatsApp), fornecido pela instituição proponente.

Após o recebimento da carta convite (Apêndice A) e do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Apêndice B), as participantes deram seu consentimento para a pesquisa e procederam ao preenchimento do questionário.

A identificação das enfermeiras manteve-se no anonimato, identificadas apenas por códigos, utilizou-se aleatoriamente a letra “C” acompanhada de um numeral relativo à ordem da realização do questionário a fim de assegurar o sigilo das respostas e a não identificação, desse modo, as informações foram confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos.

Ainda, foi informado aos participantes sobre sua participação no estudo de caráter voluntário, a importância e as formas de aquisição, cópia e armazenamento (download) ou impressão do TCLE, assinada pela pesquisadora e a relevância do consentimento para a realização da pesquisa.

### *3.2.1.2 O toque para a produção de dados: instrumentos para reconhecer o meio*

O TOCAR é a percepção háptica, ela mobiliza a atenção e requer uma ampla memória de trabalho para que, ao fim da exploração, haja uma síntese, cujo resultado é um conhecimento do objeto. O toque é o notar algo que se destaca e ganha relevo no conjunto. Algo acontece e exige atenção. Sua importância para o desenvolvimento da pesquisa de campo indica que ela possui múltiplas entradas e não segue um único caminho para atingir seus objetivos.

Trata-se de uma atitude de concentração pelo problema que vai muito além da busca por informações. Para Passos, Kastrup e Escóssia (2017, p. 41):

TOQUE é a percepção háptica, uma modalidade sensorial do domínio do tato, cujos receptores estão espalhados por todo o corpo e que possui a qualidade de ser uma próximo-recepção, sendo seu campo perceptivo equivalente a zona de contato. É um bloco tátil sinestésico que envolve uma construção a partir de fragmentos sequências. O olho tateia, explora, rastreia e o mesmo pode ocorrer com os outros sentidos. O toque é o gesto de pensar em qualquer dos sentidos.

A cartografia nos força a pensar no toque como meios, instrumentos e estratégias para definir a produção dos dados, pois o ambiente hospitalar é complexo, dinâmico e necessita descrever e compreender suas características peculiares, para assim analisar e avaliar os dados. Pois o mesmo apresenta fundamental importância para o acolhimento, estabilização e recuperação dos clientes que nele adentram e para o cotidiano dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

Essa foi à tentativa possível, quando se produziu dados no espaço hospitalar, a emergência, nos auxiliando a realizar no toque, o conhecimento do ambiente e dos sujeitos que nele integram e que fizeram parte da pesquisa: levantamento de informações e o plano de gestão de dados, como subcategoria a construção e testagem do instrumento (questionário para a produção de dados).

- O levantamento das informações:

Permitiu entender (tocar) o ambiente, para pousar nesse local para observar, sem interagir, mas atuando somente como analisadora e compreendendo o contexto do gerenciamento do cuidado da equipe de enfermagem e a sua interação com o meio e o cliente.

Durante 02 (dois) meses de observação, foram registrados dados visíveis e de interesse da pesquisa, durante o processo de cuidar dos clientes. As anotações foram realizadas consoantes as situações apresentadas nas enfermarias do hospital. A observação dos fatos precisa e os registros feitos é uma combinação confiável, havendo concordância entre os dois.

**Quadro 1 - Roteiro de observação não participante.**

Roteiro para o levantamento das informações – Observações não participantes. No espaço onde a pesquisa foi desenvolvida:

Observar e ver os fluxos (macro e micro):

- ❖ O local e ambiente, adequações, segurança e conforto;
- ❖ O contexto socioambiental, cultural, demográfico e econômico;
- ❖ Os problemas existentes enfrentados pela equipe de enfermagem que envolve diretamente o seu fazer (atos e ações);
- ❖ Existência de política pública, para desenvolver no enfrentamento dos problemas (projetos, protocolos, normas e rotinas, procedimentos operacionais padrões-POP, entre outros.);
- ❖ Indicadores de saúde, instituídos e os que a enfermagem faz no seu cotidiano de cuidar.

Fonte: Autor próprio 2022.

- Planos de gestão de dados:

Antes que o pouso fosse realizado, foi necessário utiliza-se de estratégias no plano de gestão dos dados, para auxiliar no tratamento e proteção. Realizado o cuidado desde o enviar, coletar, manusear, armazenamento até o arquivamento dos dados, utilizando-se de sistemas de segurança eficazes (antivírus) com o propósito de preservação, proteção e sigilo dos dados.

Em todas as fases da pesquisa até a sua publicação, foram tomadas todas as providências e cautelas para assegurar a não identificação nominal no questionário ou em banco de dados, ou seja, certificar o anonimato, a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e consequentemente a minimização significativa de riscos ou danos advindos da pesquisa, observando o dispositivo na Resolução.

Os arquivos da pesquisa ficarão sob responsabilidade da pesquisadora e serão armazenados, por um período de cinco anos, conforme inciso XI.2 f) da Resolução do CNS Nº 466, DE 12 de dezembro de 2012.

Construção e testagem do instrumento (questionário - Apêndice C: Instrumento de Pesquisa):

Em meio à atual pandemia, o desenvolvimento do instrumento para engajar o público-alvo foi alterado. O objetivo desta modificação foi de garantir que a pesquisa fosse acessível as enfermeiras, dada a atual situação de saúde pública que tornou a participação e a pesquisa mais desafiadoras.

Para realizar esta investigação, foi utilizada uma plataforma digital gratuita denominada “Google Forms” para a produção de dados. Esse questionário consistia em uma combinação de perguntas fechadas que testavam o conhecimento e a compreensão das enfermeiras, bem como perguntas abertas que permitiam aos participantes conversarem sobre o assunto em questão. Além disso, os questionários consistiam em perguntas alternativas e utilizavam escalas que determinavam a importância das informações fornecidas.

Assim, “em uma pesquisa qualitativa o ambiente é uma fonte direta de geração de dados, pois lidamos diretamente com os sujeitos que tiveram experiência com o problema (ou objeto) pesquisado”<sup>6</sup>.

A construção e o desenvolvimento do questionário foram auxiliados pelo escrutínio e

<sup>6</sup> FRANCO, M. V. A. DANTAS, O. M. A. N. Pesquisa exploratória: aplicando instrumentos de geração de dados – observação, questionários e entrevistas. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. 13. Curitiba. Anais.Curitiba: PUCPRESS. 2017. p. 14846.

dissecação de documentos legais, que englobavam leis, pareceres, regulamentos e normas técnicas.

Após ser montado a partir de quatro componentes distintos, o instrumento passou por extensos testes. O objetivo deste teste foi examinar cada pergunta que contribuiu para os dados qualitativos e quantitativos produzidos pelo instrumento, com a intenção de revisar, modificar, adicionar ou remover perguntas conforme necessário para garantir a adaptabilidade ideal.

Os participantes tiveram acesso ao conteúdo do instrumento (que incluía os tópicos abordados) antes de responder ao questionário. Isso foi feito de maneira a respeitar seus valores, cultura e crenças, além de estar atento à sua individualidade; sem qualquer viés em relação à pesquisa ou aos próprios participantes; não houve consequências adversas para os participantes como resultado de suas respostas.

- O segmento inicial do estudo concentrou-se em traçar o perfil e caracterizar os participantes. Nessa seção, foram feitas uma série de perguntas que forneceram informações de identificação, como gênero e idade, além de dados relativos à experiência profissional, incluindo tempo de formado e de exercício profissional, tempo de atuação na instituição e seu nível de qualificação profissional.
- As experiências das enfermeiras com indicadores de qualidade em seus locais de trabalho foram exploradas por meio de inquéritos fechados e abertos na segunda parte do estudo.
- A terceira parte mensura os indicadores de qualidade, como sua capacidade de prestar assistência e gerenciar pessoas, na perspectiva das enfermeiras. Esses indicadores são utilizados como ferramentas para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e foram avaliados por meio da utilização da escala Likert. O objetivo dessa avaliação foi de atribuir uma pontuação numérica aos fatores que foram analisados.
- O componente final envolve a avaliação das enfermeiras em relação a SAE na sua prática diária: Fazer ou não fazer a SAE?

Após o término do período de produção de dados, foi realizado o download dos dados para uma planilha no Excel em dispositivo eletrônico local, de acesso restrito à pesquisadora da pesquisa. Sucedendo à extinção de todos os registros vinculados a plataforma digital e ao ambiente compartilhado/nuvem, para manter a confidencialidade e sigilo quanto às informações de todos os participantes da pesquisa.

### *3.2.1.3 O pouso: modos de fazer a pesquisa - convite, coleta e levantamento dos dados (atos e*

*ações).*

O pousar é um gesto que indica que a percepção, seja visual, auditiva ou outra, realiza uma parada e o campo se fecha, numa espécie de zoom. Assim um novo território é formado e o campo de observação se reconfigura.

Quando estávamos prontas para iniciar as produções de dados, um inesperado surgiu diante de nós, a PANDEMIA DE COVID 19, quando tudo se fechou diante de todos, principalmente nos Hospitais que limitou em muito a circulações de pessoas. Então pensou-se como realizar a produção dados em um momento tão distinto e sem ter uma postura mais acertada sobre os pressupostos.

Para os estudos presenciais, foram adotadas estratégias, como conjunto de medidas de vigilância sanitária, visando a prevenção da propagação no novo corona vírus (Covid 19) e de outras doenças infectocontagiosas e minimizando os riscos de infecção, como o uso de equipamentos de proteção individual (EPI – máscara, gorro, propõe, capote/avental), álcool 70% e distanciamento social.

O que dificultou, muito, a utilização dos sentidos nos aspectos observacionais, uma vez que o rosto é o que mais mostra e indica subjetividade.

Em um primeiro momento houve a divulgação da pesquisa, logo após a aprovação do Comitê de Ética, por meio virtual de comunicação, aplicativos de mensagens (WhatsApp).

A carta convite e o TCLE foram entregues individualmente e virtual, não permitindo que terceiros possam ter acesso à visualização dos dados, para apreciação, em cumprimento na Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde: “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Cabe destacar neste desenho do estudo que a presente investigação atendeu a todos os critérios da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) relativas à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil, e foram cumpridos todos os preceitos ético-legais, garantindo os direitos de anonimato e sigilos dos participantes.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro - (CEP UNIRIO) e aprovado em 01 de abril de 2022 com parecer de numeração 5.325.445 e CAAE: 55800822.50000.5285, conforme Anexo B.

Ao chegar, é fundamental reconhecer a importância de gerenciar os dados pela lente dos critérios de organização e análise. Esses critérios são baseados no referencial teórico-analítico de Laurence Bardin (1977) para análise de conteúdo, que é uma coleção de técnicas de análise de comunicação que se esforçam para alcançar uma descrição sistemática e objetiva do conteúdo da mensagem.

Essas técnicas também visam identificar indicadores, quantitativos ou qualitativos, que permitam derivar conhecimento sobre as condições de produção e recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Transcrição de material e tabulação dos dados para organização do material das falas e de ações/atos de cuidado – é o momento da organização da análise segundo orientação de Bardin (BARDIN, 2015).

#### *3.2.1.4 Reconhecimento dos dados: organização, tratamento e análise dos dados.*

Reconhecer atentamente – o fenômeno do reconhecimento é o ponto de interseção entre a percepção e memória. O presente vira passado, o conhecimento, reconhecimento, memória e percepção passam então a trabalhar em conjunto, numa referência e contrarreferência, sem a interferência dos compromissos da ação.

Após todo o trabalho realizado nos momentos de Rastrear, Pausar e Toque que estão na produção, o conhecimento dos dados produzidos, olhando para os dados de modo fluente, nos utilizando da Análise de Conteúdo - queremos dizer, que fizemos a pré-análise nos reportando reflexivamente do que queríamos e ao que conseguimos fazer no momento da pandemia, porque ainda em pleno século XXI, de 100 anos de uma enfermagem moderna e em tempo em constantes mudanças, retornamos a cartografia para pulsar os caminhos que fizemos e as pessoas envolvidas nesse caminhar.

Optamos por apresentar os dados em dois momentos (quanti e quali - gráficos e fala das enfermeiras), acompanhando a análise e a compreensão do que foi produzido, seguidos da informação e leitura da plataforma digital aqui pretendida como um produto.

Um conjunto cada vez melhor de ferramentas metodológicas aplicadas a uma variedade de discursos, que se aperfeiçoa constantemente, especialmente nas ciências sociais, com

objetivo, claramente definidos, de revelar o que está oculto nos textos por meio da decodificação de informação (BARDIN, 2015).

Os aspectos do trabalho das enfermeiras na emergência e de suas interações quando cuidam de seus clientes puderam ser anotados pelo cartógrafo (pesquisadora), registrados e decodificados através do questionário e organizados e identificados para mostrar as ações das enfermeiras e de suas articulações com o tempo, espaço da emergência e os cuidados (transcrever o conhecimento produzido).

### 3.2.2 Terceira pista: cartografar é acompanhar processos.

<b>Nº 3</b>	<b>Cartografar é acompanhar processos (SAE). Analisar, acompanhar e fazer a distinção dos objetos ao longo do percurso, possibilitando a (re)invenção metodológica dos processos (“caminhar” da SAE).</b>
-------------	---

Conduzir o processo é saber que, na entrada ao campo, existem processos em curso, o que requer habilitação de um território, que, em princípio, o pesquisador não habita. Lançar mão da observação participante, estando em campo, ele põe os pés no chão e entra em contato direto com as pessoas e suas esferas de existência.

O propósito da cartografia não é isolar ou separar algo de sua representação histórica, ou relação com o mundo. Ao contrário, seu objetivo é justamente modelar com precisão a rede à qual um objeto ou fenômeno está associado, considerando tanto sua modificação quanto seu movimento constante.

### 3.2.3 Sétima pista: cartografar é habitar um território existencial; a importância da imersão do cartógrafo no território e seus signos.

<b>Nº 7</b>	<b>A compreensão, o entendimento do cartógrafo com o território existencial habitado (sujeito a modificações, desvios, recriações e relação com outros territórios em movimento). O entendimento da SAE com o espaço, clientes e seus signos.</b>
-------------	---

Com esta escolha, uma vez que estaremos nos territórios de cuidar enfermarias e emergências pediátricas, podemos acompanhar seu processo de trabalho, rastreando materiais que envolvem a orientação da SAE, materiais signos, escritos sobre a ausência da SAE ou que fenômenos influenciam as enfermeiras além dos que falamos aqui em não instruir numa

sistematização do que fazer cartografaremos o ambiente e seus fixos e fluxos.

No desenvolvimento do cuidado encontramos pistas que auxiliam na intervenção ou compreensão do significado do cuidado para quem cuida e para quem recebe o cuidado.

### **3.3 Benefício e risco da pesquisa**

A pesquisa teve como principal benefício, proporcionar um produto de orientação científica com base na SAE com a pretensão de gerar novos conhecimentos e melhorias na qualidade da assistência.

De acordo com a Resolução do CNS nº 466/12 inciso V, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, em tipos e gradações variadas, mesmo que mínimos. Os eventuais riscos inerentes a essa pesquisa foram relacionados: a possível desconforto durante o preenchimento do questionário pelas perguntas estarem relacionadas as suas competências e atuações profissionais; disponibilidade de tempo para responder ao questionário, interferindo na vida e na rotina dos sujeitos; invasão de privacidade; divulgação de dados e confidenciais (estigmatização); queda de internet durante a resposta ao questionário, sendo necessário reiniciar o preenchimento.

A pesquisadora ofereceu apoio assistencial para o enfrentamento de desconforto ou situação desagradável, caso surgisse no decorrer do preenchimento das respostas, todavia, nenhum participante utilizou-se dessa ferramenta.

### **3.4 Conflitos de interesse**

A autora do presente estudo declara não haver conflitos de interesse.

### **3.5 Financiamento**

O presente estudo contou com o financiamento próprio da autora.

### **3.6 Produtos da pesquisa**

Os produtos elaborados a partir da análise dos dados obtidos na pesquisa, foram 17 (dezessete), sistematizados em:

- Artigos intitulados:

1: “*Distribuição da equipe de enfermagem e as suas variáveis no Estado de Roraima*”, submetido na *Revista Norte Mineira de Enfermagem – RENOME (2317-3092) Qualis B3 CAPES* em 23.08.2022 (Anexo C).

2: “*Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem – fazer ou não fazer - vivência de um hospital infantil*”, aceito em 18.08.2023 e publicado em 21.08.2023 na *Revista Concilium (0010-5236) Qualis A2 CAPES*. O artigo foi publicado com o DOI: <https://doi.org/10.53660/CLM-1760-23M14> (Anexo D). (Classificação: Produção Técnica Capes: T2).

A Produção Principal e Secundárias foram registradas na Plataforma ZENODO.

- Produção Técnica Principal: proposta de vídeo educativo para o aprimoramento dos cuidados de enfermagem, com o tema “*Modo On da SAE*”, produto da pesquisa (Classificação: Produção Técnica Capes: T1).
- Produção Técnica Secundária: “*Identidade visual*”, personagem do vídeo educativo “*Modo On da SAE*” (Classificação: Produção Técnica Capes: T1).
- Produção Técnica Secundária: “*Roteiro do vídeo educativo Modo On da SAE*”, para a realização da produção técnica principal (Classificação: Produção Técnica Capes: T1).
- Produção Técnica Secundária: “*Roteiro de observação*”, elaborado no decorrer da pesquisa (Classificação: Produção Técnica Capes: T1).

Produção Técnica Secundária: doze imagens produzidas no decorrer da elaboração e produção da pesquisa (Classificação: Produção Técnica Capes: T1), intituladas: “*Imagens criadas e desenvolvidas na pesquisa*”:

- *Dilemas: Ações e Atos de Cuidar;*
- *Gerenciamento Sistematizado das Ações do Cuidar;*
- *Raciocínio Clínico como Processo de Ações e Atos de Cuidar dos Clientes;*
- *Pensamentos da SAE;*
- *Situações que Demandam os Atos e Ações;*
- *Estruturação e Organização da SAE;*
- *Organização do Trabalho de Cuidar;*
- *SAE - Passos, Percorrer, Caminhar e Crescer;*
- *Organização dos Dados;*
- *Rastreamento, Tocando, Pousando e Reconhecendo os Cuidados de Enfermagem no*

*HCSA;*

- *Unidades de Registro: Ações e Atos de Cuidar; e*
- *Metodologia para a Criação do Vídeo Educativo.*

## CAPÍTULO IV - RESULTADOS, DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES DAS CATEGORIAS NA CONSTRUÇÃO DA PLATAFORMA DIGITAL - O RECONHECIMENTO.

### 4.1 Apresentação da organização, análise e categorização dos dados.

O tratamento dos dados ocorreu em dois momentos, no primeiro houve a análise quantitativos, produção de dados sociodemográficos e dados estatísticos, com recurso à análise estatística descritiva. No segundo, os dados qualitativos (“FALAS DAS ENFERMEIRAS”), neste momento optamos pela organização da análise por Bardin (2015), quando sugere uma leitura geral, seguida de uma mais detalhada, isto é: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, constituíram a continuidade da avaliação e tratamento dos dados. Como procedemos a partir do texto bruto produzido pelos respondentes.

Figura 28 - Organização dos dados.



Fonte: Autor próprio 2022.

A organização dos dados durante a produção de dados, gerou treze gráficos, que ditam da avaliação das enfermeiras em consideração a instituição e os meios (espaço de atuação profissional), além de estabelecer o perfil das participantes, com as variáveis: sexo, idade, turno de trabalho, qualificação profissional, tempo de formação acadêmico, experiência profissional, vínculo de trabalho, tempo de trabalho na instituição, conhecimento, experiência e uso de indicadores.

A construção de duas tabelas representando as unidades de registro no rastreo da SAE

e avaliação das enfermeiras em relação à prioridade de indicadores de qualidade como instrumentos na avaliação da assistência da enfermagem, além de cinco quadros, com as “FALAS DAS ENFERMEIRAS”, descrevendo suas expectativas com indicadores, anseios, vivência e dificuldades em fortalecer a SAE no seu dia a dia, corroboram no processo do desenvolvimento da pesquisa em tela.

Esses achados sugerem que observar os resultados práticos é um meio mais eficaz de identificar as unidades de registro do que apenas discutir se a SAE está sendo implementada ou não. Este último implica apenas que o sistema é funcional e coloca a responsabilidade sobre os outros. Por outro lado, os dados que incluem recursos visuais ou exemplos práticos oferecem mais informações sobre a prática e estão intimamente alinhados com o significado pretendido.

Florence Nightingale tinha como ideal uma profissão embasada em questionamentos e reflexões, seu objetivo era construir um trabalho de enfermagem baseado no conhecimento científico. No trabalho da enfermagem, a orientação profissional voltada ao imediatismo, as atividades práticas vêm sendo adotadas intuitiva e não sistematicamente ao longo dos anos (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Tannure e Pinheiro (2011) afirmam que em meados do século passado, a enfermagem passou a ser enfatizada como um processo interpessoal. Assim surgiu a enfermagem centrada na pessoa e na promoção da sua integralidade, não mais na patologia, dessa forma, surgiram cuidados que reconhecem que os pacientes têm necessidades a serem atendidas pelas enfermeiras. Sugerido, na época, que os diagnósticos de enfermagem fossem diferentes dos diagnósticos médicos.

As diversas teorias de enfermagem, foram assim sendo desenvolvidas, adaptado às capacidades de cada instituição, como, por exemplo, número de funcionários, horas semanais de serviço, dentre outros, conforme Amante et al (2009).

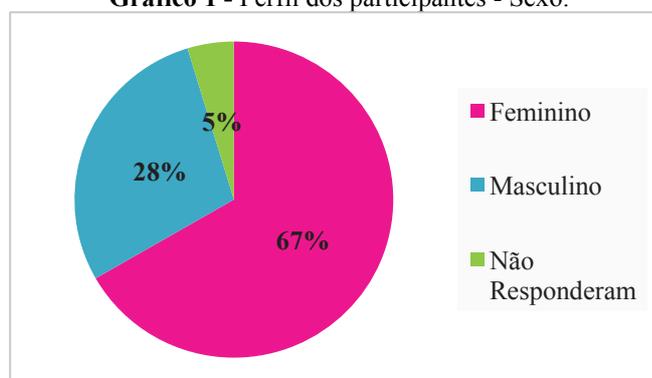
Wanda de Aguiar Horta influenciou a aplicação do processo de enfermagem tanto nas instituições de saúde quanto no ensino de enfermagem através da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, baseia-se na implantação das etapas da sistematização de enfermagem em diversas instituições de saúde e de ensino (SOUZA et al., 2021).

## 4.2 Dados quantitativos: caracterização dos participantes.

Poderíamos analisar juntos com os qualitativos, afinal de contas modo na vida é uma coisa só, o QUANTI pode ser discutido como quali e o QUALI como quanti, mas nossa habilidade (de não estatísticos) está em construção e para não sofrermos com os metodólogos já instituídos e não normalmente referenciados pela ciência tradicional, é melhor caminhar devagar.

Apresentamos as enfermeiras que participaram do estudo, nos gráficos que seguem:

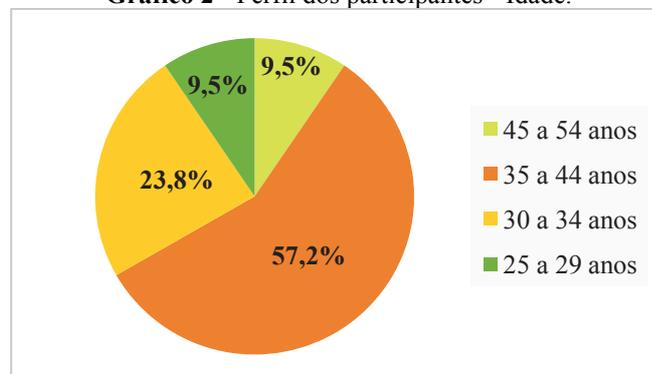
**Gráfico 1 - Perfil dos participantes - Sexo.**



Fonte: Autor próprio 2022.

As mulheres representaram 67% do universo estudado (Gráfico 1). Além disso, percebe-se no estudo em tela, predominância da faixa etária entre 35 e 44 anos (57,2%), seguida pela faixa etária entre 30 e 34 anos (23,8%), a faixa etária mais jovem compreende entre 25 e 29 anos (9,5%) e a faixa etária mais velha compreende entre 45 e 54 anos (9,5%) (Gráfico 2).

**Gráfico 2 - Perfil dos participantes - Idade.**

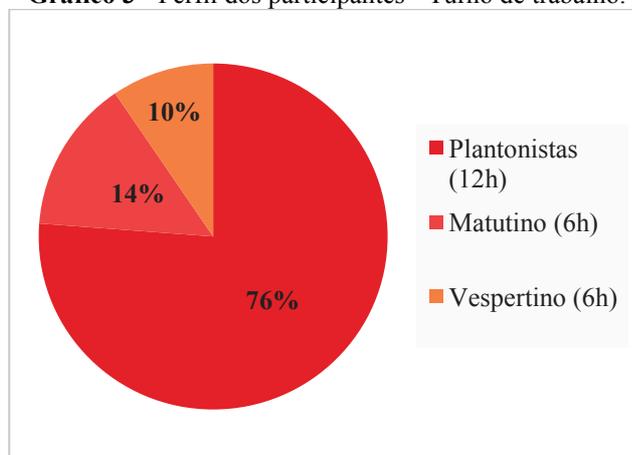


Fonte: Autor próprio 2022.

Observar-se que 76,2% dos participantes atuam em turno de trabalho noturno e/ou

diurno, como plantonista de 12 horas corridas, subsequente o turno matutino com 14,3% e vespertino com 9,5%. (Gráfico 3).

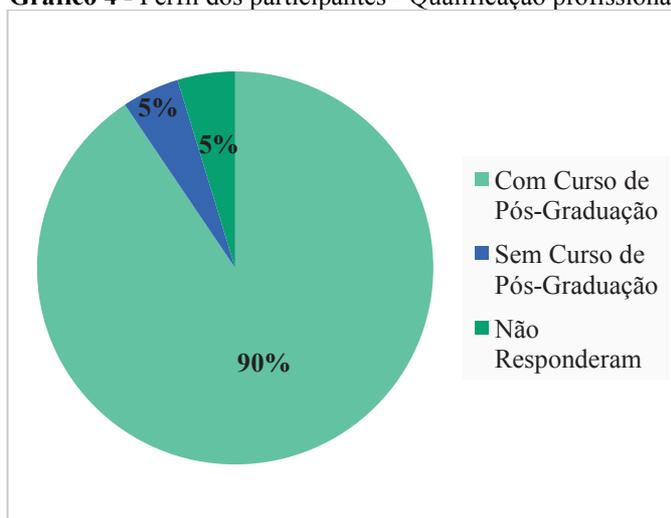
**Gráfico 3** - Perfil dos participantes - Turno de trabalho.



Fonte: Autor próprio 2022.

O perfil da formação profissional das enfermeiras (Gráfico 4), em relação a educação, qualificação profissional é de 5%, ou seja, 1 enfermeira declarou não ter curso de pós-graduação, configurando-se com o perfil da enfermagem no Brasil, onde a maioria dos profissionais fizeram ou estão fazendo algum curso de pós-graduação (FIOCRUZ; CONFEN, 2017).

**Gráfico 4** - Perfil dos participantes - Qualificação profissional.



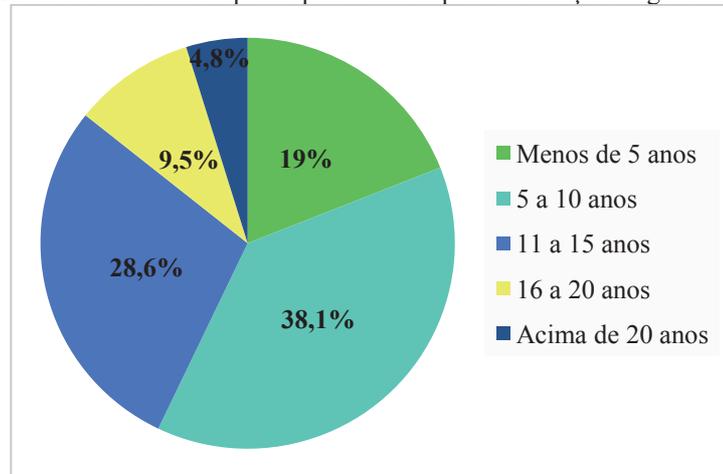
Fonte: Autor próprio 2022.

O progresso do desenvolvimento científico e tecnológico requer uma ampla abertura à diversidade e interdisciplinaridade do conhecimento, bem como um ambiente científico que

favoreça as relações e interações dos atores sociais, centrados na construção de saberes e práticas que levem à criação em novas tecnologias e conhecimentos pela melhor viver humano.

Quanto ao tempo (ano) de formação da graduação em enfermagem, segundo Gráfico 5, houve uma variação, prevalecendo um número maior de profissionais de 38,1% que se formaram entre 05 e 10 anos, seque de 28,6% entre 11 e 15 anos e 19% dos participantes tem menos de 5 anos de formados, o que pode nos remeter a pensar que estes tiveram um estudo, um conhecimento ou uma experiência prévia sobre a SAE durante a graduação. Seguido de 9,5% entre 16 e 20 anos e apenas 4,8% têm acima de 20 anos de formados.

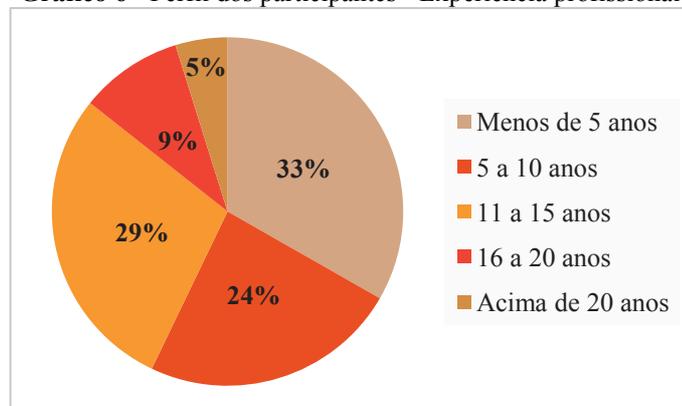
**Gráfico 5** - Perfil dos participantes - Tempo de formação da graduação



Fonte: Autor próprio 2022.

No tocante a experiência profissional (gráfico 6), 33,3% dos participantes têm menos de 5 anos, 28,6% têm entre 11 e 15 anos, seguidos de 23,8% entre 5 e 10 anos, 9,5% acima de 16 a 20 anos e 4,8% acima de 20 anos de experiência profissional.

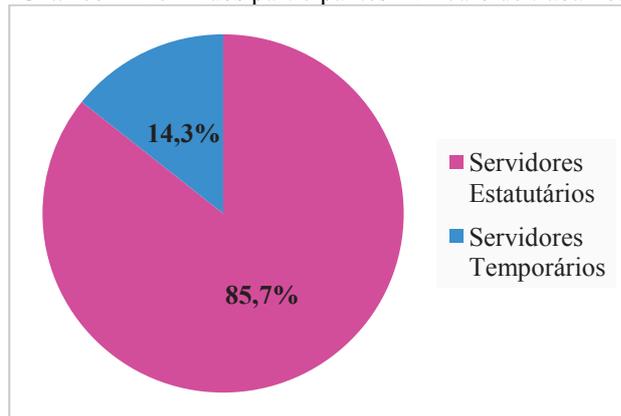
**Gráfico 6** - Perfil dos participantes - Experiência profissional



Fonte: Autor próprio 2022.

No que diz respeito ao vínculo de trabalho, Gráfico 7, estabelecido com o hospital onde as enfermeiras desenvolvem suas funções, constatou-se que a maioria dos participantes 85,7%, foram contratados mediante concurso público, sob o regime estatutário e enquanto apenas 14,3% apresentam contrato temporário como forma de vinculação ao hospital, o que em “tese” melhora para a implementação de protocolos, rotinas e metas para melhorar a assistência.

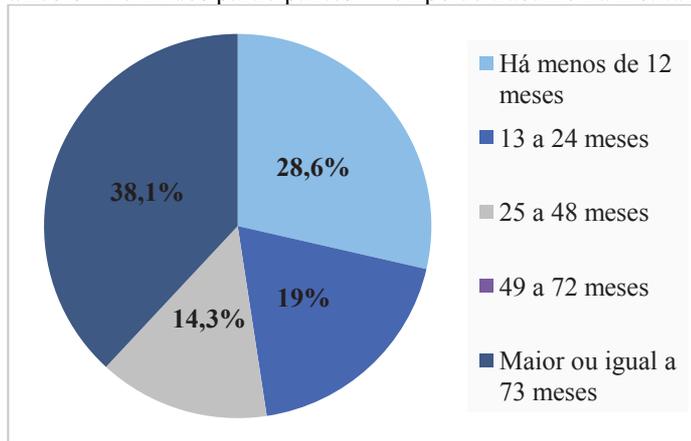
**Gráfico 7-** Perfil dos participantes - vínculo de trabalho.



Fonte: Autor próprio 2022.

Na análise da variável tempo de serviço na instituição, nota-se que 8 (38,1%) dos participantes trabalhavam na instituição há mais de 73 meses (6 anos), entretanto 6 (28,6%) apresentam tempo de serviço há menos de 12 meses (1 ano) e 7 (33,3%) entre 13 e 48 meses (entre acima de 1 a 4 anos) de atuação na instituição atual, de acordo com o Gráfico 8, a seguir:

**Gráfico 8 -** Perfil dos participantes - Tempo de trabalho na Instituição.

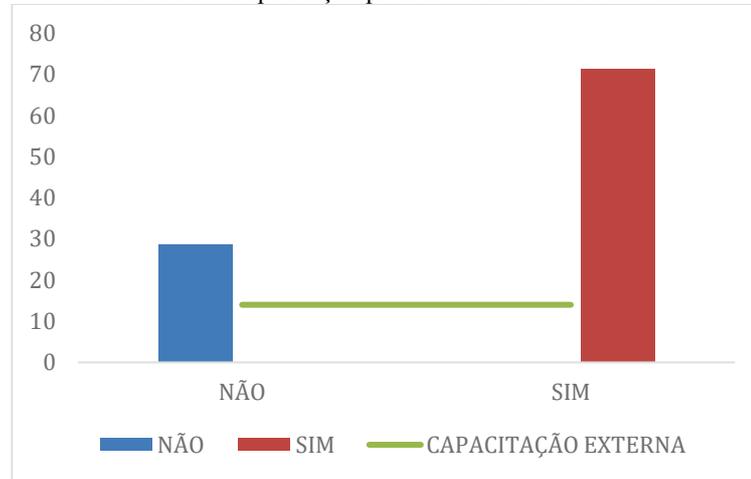


Fonte: Autor próprio 2022.

Identificou-se que 71,4% dos participantes realizaram algum tipo de treinamento/capacitação/palestra, voltado para conhecer os indicadores de qualidade na

assistência de enfermagem, todavia 14,3% declararam que os cursos não foram realizados na atual instituição de trabalho (pediatria), mostrado no Gráfico 9.

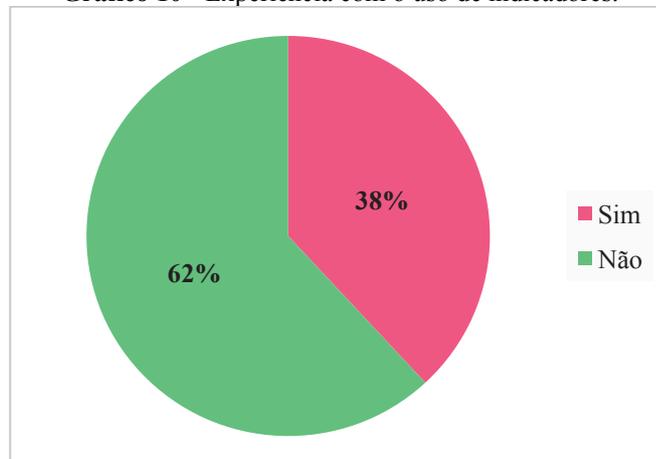
**Gráfico 9 - Capacitação para conhecer os indicadores.**



Fonte: Autor próprio 2022.

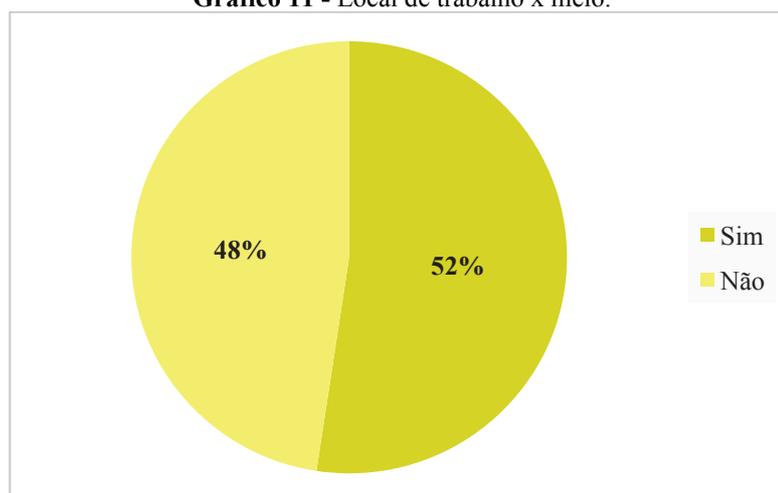
Cerca de 62% dos participantes expressaram ter experiênciam com o uso de indicadores de qualidade da assistênciam de enfermagem (Gráfico 10).

**Gráfico 10 - Experiência com o uso de indicadores.**



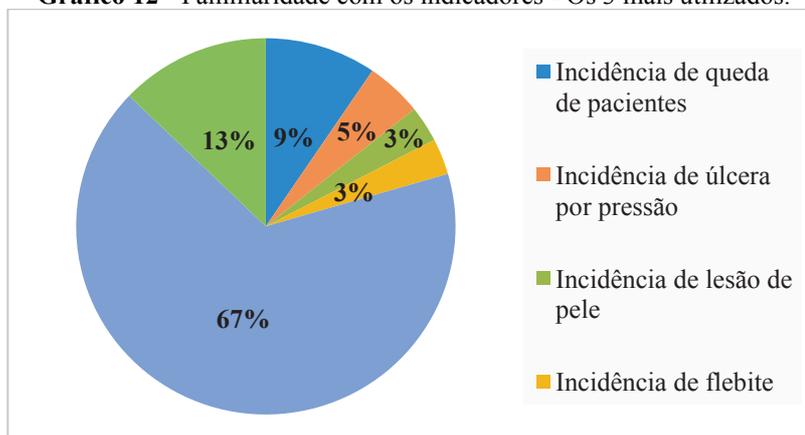
Fonte: Autor próprio 2022.

O local de trabalho proporciona meios para conhecer e utilizar os indicadores de qualidade (Gráfico 11), com 52% dos participantes declarando tal afirmativa, porém um percentual significativo de 48% declara não está de acordo com a afirmativa, ou seja, acreditam que o local de trabalho não disponibiliza de meios para conhecer e utilizar os indicadores de qualidade.

**Gráfico 11 - Local de trabalho x meio.**

Fonte: Autor próprio 2022.

Avaliação dos indicadores pelas enfermeiras, com distribuição de grau de prioridade para avaliação da qualidade da assistência da enfermagem. Com o uso de variáveis entre 5 (cinco) a 1(um), estabelecidos aleatoriamente por nós, quanto mais próximo de cinco, maior o grau de prioridade, conforme Gráfico 12, apresentou um resultado de quatro indicadores principais, como: incidência de queda de pacientes (9%), incidência de úlcera por pressão (5%), incidência de lesão de pele (3%) e incidência de flebite (3%).

**Gráfico 12 - Familiaridade com os indicadores - Os 3 mais utilizados.**

Fonte: Autor próprio 2022.

#### 4.3 Dados qualitativa: falas das enfermeiras.

A pesquisa qualitativa envolve explorar os aspectos não quantificáveis de um assunto, como seus significados, motivações, crenças, valores e atitudes. Ela investiga as profundas

reações, processos e fenômenos que não podem ser medidos por operacionalização e variáveis, (MINAYO et al, 1995), esses aspectos se refletem em discursos e ações relacionadas ao cuidado.

Leitura, organização para análise e apresentação para o encontro das categorias fizeram parte do desenvolvimento da coleta, análise dados e discussão das falas com a implicações das categorias. O texto foi recortado em unidades de registro de acordo com as questões do estudo para encontrar SIGNOS sobre o uso ou não da sistematização; significados que entendam sobre a SAE e o porquê fazer ou não.

É nestes dados qualitativos que se insere a análise de conteúdo, cujo contexto construído pelas enfermeiras em suas “falas” tratam da SAE e INDICADORES, embora tenhamos, aqui, também dados que estão no qualitativos que achamos prudente dissentir porque VERBOS, SUBSTANTIVOS e ADJETIVOS são palavras planas portadoras de SENTIDOS e/ou SIGNIFICADOS. E achamos por bem inserir uma descrição/informação que chamamos de ATENÇÃO: CUIDADOS SITEMATIZADOS a partir do que nos diz.

Segundo Santaella, “É importante dizer que o cliente passa por uma imagem mental, a partir de uma situação silenciosa do seu corpo, e nos obriga a utilizarmos a cognição para processar os signos que ele expressa por meio de uma linguagem não verbal (SANTAELLA, 2007)”. Para que possamos captá-los e melhor cuidar deles sistematicamente, embora sua área seja da semiótica da Enfermagem, a trouxe menos aqui para mostra como o método de objetiva tanto em dados objetivos como subjetivos neste estudo.

Vale lembrar que o estudo de ATENÇÃO se iniciou e desenvolveu-se nas ciências cognitivas e tem contribuído para o atendimento do cartografo, pois ela exige mobilidade da atenção, flutuações das cognições e de interesse de estudos de consciência.

Flutuaremos pelo tema SAE e pelas práticas de cuidar que envolve ações-movimento, pessoas, documentos e os processos, e assim nos colocamos dentro da experiência de pesquisa.

Para melhor esclarecimento apresentamos uma imagem síntese para maior compreensão e objetivo da cartografia a produções de subjetividades que se encontram nos 4 tipos de atenção envolvidos de fenomenologia, de cognição, de linguagens, de modos de ser. Aqui colocamos um exemplo imaginário, conforme demonstrativo na Figura 29:

Figura 29 - Rastreamento, tocando, pousando e reconhecendo os cuidados de enfermagem no HCSA.



Fonte: Autor próprio 2022.

A Águia em seu voo examina suas metas, RASTREANDO exatamente o que deseja alcançar, planeja e definir a forma de atingir os seus objetivos. Em seu sobrevoo utiliza-se da sua visão de longo alcance, para observar o seu macro espaço, o território de Roraima.

O TOQUE é notar algo e exige atenção, mantém o foco, escolhendo exatamente o seu alvo, todavia não segue um caminho unidirecional para chegar a sua meta, restringir o seu território, para o micro espaço, o HCSA, observando as sensações, percepções e das subjetividades ao longo do seu curso, caminho.

Sempre preparada e apta para ação, permanece concentrada, paciente e com senso de oportunidade, aguardando a hora certa, para realizar o seu POUSO, agindo com desembaraço, leveza e vivacidade, com velocidade, força, técnica tendo capacidade de atingir o objetivo com precisão, determinação, surpreendendo o seu alvo, ENFERMARIAS DO HCSA.

O POUSO indica uma percepção visual, analítica ou reflexiva, há uma delimitação no campo de estudo, sendo possível a formação de um novo território, não confundindo com focalização total, mas uma reconfiguração do campo de observação, esculpindo dinamicamente o trabalho.

Descobrimo no seu pouso que o seu alvo possui muito além do observado no seu esvoaçar, uma vez que, os cuidados nas enfermarias vão além da realização/administrações das

prescrições médicas, procurando Signos da existência da SAE.

A Águia RECONHECER que foi atraída por algo que a obrigou a realizar o pouso, exigindo a reconfiguração do território da sua observação. O seu alvo de atenção, seu objetivo torna-se agora a SAE, que irá se debruçar e servir-se dela. Ela faz um trabalho de construção, a percepção se expande, se movimenta, flutua para gerar dados, produzindo informações que brevemente já estavam na área.

É como “turistar” por uma cidade que conhecemos, onde nos deslocamos com eficiência sem prestar atenção ao caminho percorrido, pois o objetivo do cartografo foi cartografar um território que, em princípio, não se habitava.

Finalmente quando falamos de percepções nestas quatro Atenções, não seguimos um caminho associativo operando por adições sucessivas e lineares, pois ela aciona conceitos, se afastando do presente em busca de imagens e sendo novamente relacionada à imagem atual que progressivamente se transforma.

Agora nossa ATENÇÃO se volta para os dados QUALITATIVOS que envolvem as falas das enfermeiras sobre o mesmo tema SAE e INDICADORES, quando realmente a análise de conteúdo é utilizada para mostrar que de fato, o que as falas das enfermeiras significam.

Segundo BARDIN (2015):

É um conjunto de técnicas de análise das comunicações [contidas nas respostas das enfermeiras] não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com mais rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto [enfermaria e emergência em pediatria e suas sistematizações] as comunicações, diferentes os procedimentos de análise, sê-lo-ão, obrigatoriamente conforme se trata de: [destacamos algumas]: Por em evidência a “respiração” de uma entrevista não diretiva; Medir implicação do político nos seus discursos; Radiografar a rede das comunicações formais e informais de uma empresa (enfermagem e sistematizações); Encontrar o inconsciente coletivo, por detrás da aparência incoerência dos gráficos inscritos em locais públicos, etc.

O estudo descreveu os conteúdos das mensagens dos profissionais de enfermagem sobre a SAE, a partir de das regras, às quais devem obedecer às categorias de fragmentações das comunicações para que a análise seja válida e as regras devem ser, conforme Bardin (2015):

- HOMOGENIDADE - “não misturar alhos com bugalhos”.
- EXAUSTIVIDADE - “esgotar a totalidade do texto”.
- EXCLUSIVIDADE - “um mesmo elemento do estudo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes”.

- ADEQUAÇÃO OU PERTINENTES - “adapta lá ao conteúdo e aos objetivos.”

Vale destacar, para melhor compreensão que o que fizemos está assim implícito pela autora, Bardin (2015, p.37):

Qualquer análise de conteúdo visa, não o estudo da língua ou da linguagem, mas sim da determinação mais ou menos parcial do que chamaremos as condições de produções de texto, que são o seu objeto. O que tentamos caracterizar são estas condições de produção e não os próprios textos. O conjunto das condições de produções constitui o campo das determinações dos textos.

Fizemos análise dos conteúdos do texto produzido pelas enfermeiras para encontrar fragmentos para autora a análise documental (2015, p. 51):

É uma operação ou um conjunto de operações visando representar conteúdo de um documento sob uma forma diferente do original a fim de facilitar um estado ulterior, sua consulta e referência e tem o objetivo de dar forma conveniente e representar de outro modo essas informações. [...]

Para o momento de agora apresentaremos o exercício de análise que faremos dos dados produzidos.

Consideramos que neste momento, o conjunto das respostas (organizadas) pela regra da exaustividade (respostas a um questionário), onde todas as palavras são consideradas, todos os verbos no procedimento de exploração.

Os resultados foram tratados a partir do texto bruto, produzidos das respostas (dos falantes). A operação trata de uma estatística simples (percentagens, que permitiu estabelecer quadros de resultados, gráficos, figuras, modelos, que condensam e põem em relevo as informações de Bardin).

Colocar em relevo as respostas dos clientes sobre as questões feitas, respondidas e apresentadas em gráficos-quadros. É fundamental lembrar que as respostas de cada pergunta indicam significados fortalecedores das respostas que iam dando às questões seguintes. Ao levá-las íamos descobrindo situações que nos interessam como ações para a prática de enfermagem; também fizemos muitas reflexões no percurso da descoberta.

Optamos por apresentar o texto bruto, seguido de unidades de análise (UA) que emergia deles, destacadas no próprio texto. São nestes momentos que elas são fundamentais, como percebem a SAE em seu trabalho e se utilizam INDICADORES instituídos para fazer o que tem que fazer.

#### 4.3.1 As ocorrências das falas e os destaques de unidades de registro - categorias que norteiam a produção tecnológica.

As 21 enfermeiras primeiramente fazem a decodificação de ocorrências, em seguida a pré-análise, encontramos 27 unidades de análise que após a primeira busca das OCORRÊNCIAS encontramos 1883 unidades de registro, ou seja, o que compõe os temas encontrados nas respostas feitas para as enfermeiras que trabalham assim durante ações e atos de cuidar, conforme Tabela 1 a seguir:

**Tabela 1 - Unidade de registro das ações e atos.**

TEMA (Unidades de Análise U.A.)	UNIDADE DE REGISTRO (U.R.)	CLASSIFICAÇÃO (U.R.)
Incidência de queda de pacientes	85	●
Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	71	●
Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastrointestinal para aporte nutricional	69	●
Incidência de úlcera por pressão	70	●
Incidência de lesão de pele	71	●
Incidência de erro de medicação	82	● ■
Incidência de não conformidade na administração de medicamentos	74	● ■
Incidência de quase falha relacionada ao processo de administração de medicação	69	● ■
Incidência de flebite	70	● ■
Incidência de extravasamento de contraste	57	● ■
Incidência de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorio	49	● ■
Incidência de droga antineoplásica em pacientes internados	51	● ■
Incidência de perda de cateter central da inserção periférica	76	● ■
Incidência de perda de cateter venoso central	65	● ■
Incidência de instrumentais cirúrgicos com sujeidade	63	● ◆
Horas de assistência de enfermagem UI / UTI	73 / 72	● ◆
Horas de enfermeiro UI / UTI	73 / 73	● ◆
Horas de técnicos/auxiliares de enfermagem UI / UTI	71 / 73	● ◆
Índice de treinamento de profissionais de enfermagem	69	● ◇
Taxa de absenteísmo de profissionais de enfermagem	72	● ◇
Taxa de rotatividade de profissionais de enfermagem	71	●

		■
Taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem	64	◇
Taxa de ocupação hospitalar	80	◇
Satisfação do paciente/acompanhante	70	➤
<b>TOTAL DAS UNIDADES DE REGISTROS</b>	<b>1883</b>	

Fonte: Autor próprio 2022.

Legenda:

- (des) CUIDADO COM O CORPO FÍSICO
- (des) CUIDADO COM ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- ◆ (des) CUIDADO COM OS MATERIAIS DE PROCEDIMENTOS SUJOS
- ❖ HORAS DE (des) CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UI E UTI
- ◇ TREINAMENTO DE PESSOAL, TAXAS DE ACIDENTE DE TRABALHO E DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR
- TAXA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E ACOMPANHANTE.

Tendo convertido esses dados QUALITATIVOS, nem tudo é SAE e 100% é RISCO devido às diversas incidência do CORPO FÍSICO, que transcende todos os dados do olhar a prática, que apresentamos em uma IMAGEM/SIGNIFICADO ORIENTADORA, Figura 30.

**Figura 30 - Unidades de registro: ações e atos de cuidar.**



Fonte: Autor próprio 2022.

São informações estatísticas que nos espantam pela quantidade de descuido aqui e nos encantam porque nunca foi e nem é o que a enfermagem se propõe e, se isso acontece, tem um POR QUE que sempre parece ser uma moeda cunhada que é:

**POLÍTICO-ECONOMICA:**

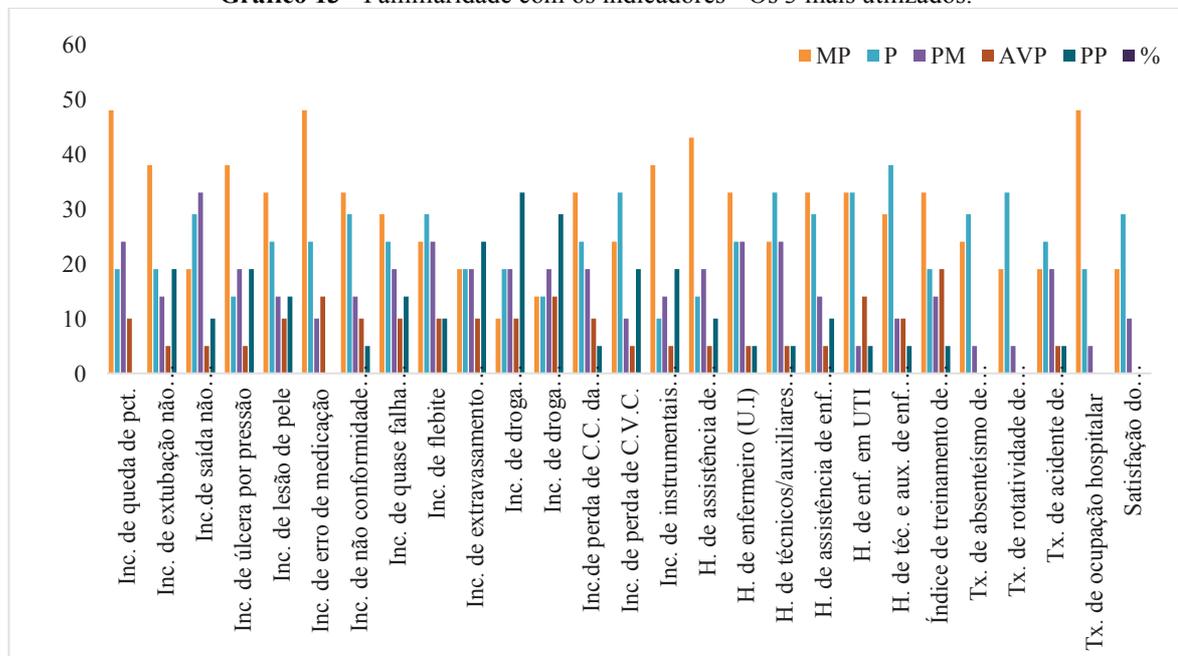
- Falta de pessoal;
- Condições de trabalho;
- Falta de recursos
- Falta de material;

- Salários baixos
- Excesso de trabalho;
- Adoecimentos que aumentam o absenteísmo;
- Falta de autoestima e reconhecimento;
- Falta de cuidado com seus profissionais.

#### 4.3.2 1ª Categoria: prioridades baseadas em atenções.

E é nessas condições que elas continuam trabalhando, abrindo mais o foco REVEMOS o que elas complementaram quando falam sobre a SAE e INDICADORES, Gráfico 13:

**Gráfico 13** - Familiaridade com os indicadores - Os 3 mais utilizados.



Fonte: Autor próprio 2022.

Legenda:

MP: Muito Prioritário

P: Prioridade

PM: Prioridade Moderada

AVP: Às Vezes é Prioritário

PP: Pouco Prioritário

Os critérios da escala de Likert se referiam aos indicadores de qualidade (assistências e de gestão de pessoas), com grau de prioridade e importância, as variáveis foram pontuadas de 5 (cinco) a 1 (um), quanto mais próximo de cinco, maior o grau de prioridade.

Receberam pontuações seguindo a legenda: (1) ponto = pouco prioritário; (2) ponto = às vezes é prioritário; (3) pontos = prioridade moderada; (4) pontos = prioritário; (5) pontos = muito prioritário.

A análise deste gráfico nos obrigou a organizar uma pontuação a partir das cinco respostas para cada item do checklist, nos orientando para uma nova reorganização sobre os níveis de importância e prioridade pelas enfermeiras. Este quando foi decodificado em uma matemática simples, a partir do número de vezes que as enfermeiras indicam as respostas das legendas, temos, consoante a Tabela 2:

**Tabela 2 - Avaliação das enfermeiras em relação aos indicadores de qualidade (assistenciais e de gestão).**

<b>TABELA DE SÍNTESE (n 21)</b>						
<b>INDICADORES</b>	<b>PP</b>	<b>AVP</b>	<b>PM</b>	<b>P</b>	<b>MP</b>	<b>NR</b>
Incidência de queda de pacientes	0	2	5	4	10	0
Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	4	1	3	4	8	1
Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral para aporte nutricional	2	1	7	6	4	1
Incidência de úlcera por pressão	4	1	4	3	8	1
Incidência de lesão de pele	3	2	3	5	7	1
Incidência de erro de medicação	0	3	2	5	10	1
Incidência de não conformidade na administração de medicamentos	2	2	3	6	7	1
Incidência de quase falha relacionada ao processo de administração de medicação	3	2	4	5	6	1
Incidência de flebite	2	2	5	6	5	1
Incidência de extravasamento de contraste	5	2	4	4	4	2
Incidência de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorial	7	2	4	4	2	2
Incidência de droga antineoplásica em pacientes internados	6	3	4	3	3	2
Incidência de perda de cateter central da inserção periférica	1	2	4	5	7	2
Incidência de perda de cateter venoso central	4	1	2	7	5	2
Incidência de instrumentais cirúrgicos com sujidade	4	1	3	2	8	3
Horas de assistência de enfermagem (unidades de internação)	2	1	4	3	9	2
Horas de enfermeiro (unidades de internação)	1	1	5	5	7	2
Horas de técnicos/auxiliares de enfermagem (unidade de internação)	1	1	5	7	5	2
Horas de assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva	2	1	3	6	7	2
Horas de enfermeiros em unidade de terapia intensiva	1	3	1	7	7	2
Horas de técnico e auxiliares de enfermagem em unidade de terapia intensiva	1	2	2	8	6	2
Índice de treinamento de profissionais de enfermagem	1	4	3	4	7	2
Taxa de absenteísmo de profissionais de enfermagem	0	1	7	6	5	2
Taxa de rotatividade de profissionais de enfermagem	0	1	7	7	4	2
Taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem	1	4	5	5	4	2
Taxa de ocupação hospitalar	0	1	4	4	10	2
Satisfação do paciente/acompanhante	0	2	6	7	4	2
<b>SUBTOTAL DAS UNIDADES DE REGISTROS</b>	<b>57</b>	<b>49</b>	<b>109</b>	<b>138</b>	<b>169</b>	<b>45</b>
<b>TOTAL GERAL DAS UNIDADES DE REGISTROS DAS PRIORIDADES DOS INDICADORES</b>						<b>567</b>

Fonte: Autor próprio 2022.

Legenda:

MP: Muito Prioritário

P: Prioridade

PM: Prioridade Moderada

AVP: Às Vezes é Prioritário

PP: Pouco Prioritário

NE: Não Responderam

Nas vinte e sete unidades de análise descobertas, foram identificadas outras 6 unidades de análise distintas, que norteiam a prioridade das atenções, que registam a ocorrência de 567 unidades de registro. Essas unidades de registro determinam a ordem de importância dos indicadores utilizados pelas enfermeiras.

A importância desses indicadores, se ancora nas possibilidades de prevenção desses eventos, por meio de uma atuação profissional atenta, a despeito de vários fatores que podem contribuir para a ineficiência da assistência de enfermagem, como estrutura física, número reduzido de profissionais e sobrecarga de trabalho.

- **Pouco Prioritário - PP**

Incidência de extravasamento de contraste

Incidência de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorial

Incidência de droga antineoplásica em paciente internados

- **Às Vezes é Prioritário - AVP**

Não houve relevância

- **Prioridade Moderada - PM**

Incidência de saída não planejada de sonda ORO/NGE para aporte nutricional

Taxa de absenteísmo de profissionais de enfermagem

Taxa de rotatividade de profissionais de enfermagem

Taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem

- **Prioridade - P**

Incidência de flebite

Incidência de perda de cateter venoso central

Horas de técnicos/auxiliares de enfermagem (U.I)

Horas de enfermeiro em UTI  
 Horas de técnico e auxiliar de enfermagem em UTI  
 Taxa de rotatividade de profissionais de enfermagem  
 Taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem  
 Satisfação do paciente/acompanhante

- **Muito Prioritário - MP**

Incidência de queda de paciente  
 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal  
 Incidência de úlcera por pressão  
 Incidência de lesão de pele  
 Incidência de erro de medicação  
 Incidência de não conformidade na administração de medicamentos  
 Incidência de quase falha relacionada ao processo de administração de medicação  
 Incidência de perda de cateter central da inserção periférica  
 Incidência de instrumentais cirúrgicos com sujidade  
 Horas de assistência de enfermagem (U.I.)  
 Horas de enfermeiro (U.I.)  
 Horas de assistência de enfermagem em UTI  
 Horas de enfermeiro em UTI  
 Índice de treinamento de profissionais de enfermagem  
 Taxa de ocupação hospitalar

Em se tratando de Indicadores Assistenciais as enfermeiras apontaram o indicador de incidência de queda de pacientes e de incidência de erro de medicação como as principais prioridades para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem.

Dez dos vinte e um participantes trouxeram o indicador taxa de ocupação hospitalar em relação à Gestão de Pessoas. Este indicador é supervisionado pelos gerentes dos serviços de enfermagem e não pelos enfermeiros assistenciais. No entanto, é fundamental considerar, pois informa ações que visam a melhoria dos processos internos, bem como estabelece um referencial confiável para a capacidade de atendimento do local.

Observa-se que os principais indicadores tomados como prioritários pelas enfermeiras do presente estudo denotam grande valorização dos processos assistenciais peculiares à enfermagem, os quais estão estreitamente vinculados às ações cotidianas da enfermagem e são, portanto, elegíveis para avaliação da qualidade da assistência.

#### 4.3.2.1 Falas que conduzem as prioridades dos cuidados.

Parece procedente assumirmos as categorias aqui já quantificadas e qualificadas, para a escolha do conteúdo tecnológico, vídeo educativo, para a implantação da SAE, conforme as falas das enfermeiras, em suas avaliações dos indicadores assistenciais e de gestão de pessoas na qualidade da assistência de enfermagem, Quadro 2, e na visão ampla das enfermeiras na validação para mensurar o grau de prioridade dos indicadores assistências e de gestão, Quadro 3.

No Quadro 2, há 3 unidades de análise e 21 unidades de registro. Essas unidades são categorizadas em três áreas distintas: a) cuidados de enfermagem para o bem-estar físico e emocional dos clientes atendidos em casos de urgência e emergência, b) gestão de recursos humanos, materiais de enfermagem, ambiente hospitalar e trabalho de enfermagem e c) conhecimento, treinamento, comunicação, preparação, satisfação no trabalho e acidentes de trabalho. Todos esses indicadores são considerados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem e da gestão de pessoas, na perspectiva das enfermeiras.

**Quadro 2** - Avaliação dos indicadores assistenciais e de gestão de pessoas na qualidade da assistência de enfermagem, na concepção das enfermeiras.

OS FALANTES	QUESTÕES - AVALIATIVAS (UA)	UNIDADES DE REGISTRO
<b>Avaliação dos indicadores assistenciais e de gestão de pessoas na qualidade da assistência de enfermagem, na concepção das enfermeiras.</b>		
06	<b>Existem outros indicadores que você utiliza na sua prática, que não estão mencionados nessa pesquisa? Cite os três principais.</b>	1. Não;
01		2. Não sabe informar;
01		3. Não utiliza;
01		4. Tempo de esperar para atendimento médico;
		5. Identificação do paciente;
		6. Incidência de queda;
01		7. Necessidades fisiológicas;
		8. Autonomia para autocuidado;
		9. Orientações para prevenções de HAS/CC;
01		10. Taxa de infecção hospitalar;
06	<b>Explique o motivo que fez você destaca os três principais indicadores.</b>	11. Falta de atenção dos pais e responsável, mesmo tem sido orientado;
		12. Segurança do Paciente.
		13. Convívio profissional.

		14. Pela superlotação do Hospital necessitamos destes indicadores atualizados; 15. Pela relevância para continuidade da assistência de enfermagem; 16. Não sabe informar;
01	<b>Caso você não utilize os indicadores na sua prática de trabalho, descreva os motivos, seja por falta de tempo, de conhecimento técnico, incentivo da gestão ou outros.</b>	17. Não é rotina;
10		18. Por falta de tempo/Falta de tempo;
05		19. Conhecimento/Falta de conhecimento;
05		20. Falta de incentivo da gestão/incentivo da gestão para implantação na unidade;

Fonte: Autor próprio 2022.

No Quadro 3, apresenta-se uma única unidade de análise que engloba 19 unidades de registro, esta análise de unidade se concentra em vários aspectos. Em primeiro lugar, enfatiza a importância de reconhecer os riscos potenciais e eventos adversos que podem ocorrer, como quedas, úlceras por pressão, perda de veias e sondas nasogástricas, erros de administração de medicamentos e falha na administração de medicamentos.

Em segundo lugar, destaca o aumento das demandas de clientes NATIVOS e ESTRANGEIROS, incluindo horas de enfermagem, cuidado excessivo, absenteísmo e taxas de rotatividade. Por fim, a avaliação considera o impacto da política, da economia, dos interesses pessoais e das bases científicas sobre o nível de prioridade do cuidado e os indicadores gerenciais na perspectiva da enfermagem.

**Quadro 3** - Avaliação para mensurar o grau de prioridade dos indicadores assistenciais e de gestão, na perspectiva das enfermeiras.

OS FALANTES	QUESTÃO - JUSTIFICATIVA (UA)	UNIDADES DE REGISTRO
<b>Justificar o grau de prioridade dos indicadores assistenciais e de gestão, na perspectiva das enfermeiras.</b>		
01	<b>Justificativa das enfermeiras para a escolha dos três indicadores com maior prioridade</b>	1. São procedimento que precisa de ajuda dos pais e muitos; 2. São indígenas; 3. Venezuelano; 4. De difícil comunicação; 5. Por isso a orientação fica muito mais difícil;
01		6. Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral; 7. Para aporte nutricional; 8. Índice de treinamento de profissionais de enfermagem; 9. Incidência de erro de medicação;
01		10. As prioridades escolhidas. 11. Evitar o agravamento da patologia pelo qual o paciente foi internado;
01		12. Demora no atendimento;

01		13. A maior parte desses indicados; 14. É colocado em prática; 15. Mas não com tanto afinco;
01		16. Todas as áreas têm sua prioridade; 17. Precisamos ser mais capacitados; 18. E assim fazer; 19. E dar um melhor atendimento na assistência ao paciente;

Fonte: Autor próprio 2022.

#### 4.3.3 2ª Categoria: signos do reconhecimento da SAE.

Essa categoria contém as falas das enfermeiras que indicam o reconhecimento da SAE no seu dia a dia, nota-se que das 21 enfermeiras, 19 (90,5%) reconhecem a SAE, todavia, isso não significa que corroboram ou acreditam que ela possa melhorar no desenvolvimento, da prática do serviço da enfermagem, como é possível observar nas falas no Quadro 4.

Ao longo do estudo, a pesquisadora acompanhou de perto a unidade singular de análise sobre o reconhecimento da SAE, concluindo, por fim, que as 22 ocorrências de unidades de registro desempenharam um papel importante em como o reconhecimento da SAE se manifestava no cotidiano das enfermeiras participantes (Quadro 4).

**Quadro 4** - Avaliação das enfermeiras em relação a SAE na sua prática diária - signos do reconhecimento da SAE.

OS FALANTES	QUESTÕES Unidade de Análise	UNIDADES DE REGISTRO
<b>Avaliação das enfermeiras em relação a SAE na sua prática diária – RECONHECIMENTO DA SAE</b>		
04	<b>No seu processo de cuidar, pensou ou exercitou utilizar a SAE?</b>  <b>SIGNOS DO RECONHECIMENTO DA SAE - NA VISÃO DAS ENFERMEIRAS</b>	1. Sim;
01		2. Sim, exercitei a SAE;
01		3. Exercitei;
01		4. Não;
01		5. No momento, não uso;
01		6. Algumas vezes;
01		7. Na promoção de medidas terapêuticas e de conforto, principalmente;
01		8. Para visão holística do paciente;
01		9. Sim, acho moroso, complexo, subjetivo demais;
01		10. A SAE é uma ferramenta extremamente necessária;
01		11. Autonomia do enfermeiro baseada em conhecimento científico;
01		12. Somente algumas partes da SAE, como evolução de enfermagem;
01		13. Já pensei em utilizar;
01		14. Mas a demanda de paciente é grande;
01		15. E há muita rotatividade;

		16. Vários procedimentos a serem realizados; 17. Assim o tempo não permite;
01		18. Usei a SAE pela praticidade e economia de tempo; 19. Principalmente por causa das múltiplas atividades da função;
01		20. Pensar sim, porém devido a demanda; 21. E atividades atribuídas não se torna possível;
01		22. Sim, mas não sei em qual momento proceder;

Fonte: Autor próprio 2022.

Para as enfermeiras do HCSA a SAE está diretamente envolvida:

*[...] Na promoção de medidas terapêuticas e de conforto, principalmente. C4.*

*[...] Visão holística do paciente. C6.*

*[...] A SAE é uma ferramenta extremamente necessária, para a autonomia do enfermeiro baseada em conhecimento científico. C9.*

*[...] Praticidade e economia de tempo, principalmente por causa das múltiplas atividades da função e alta quantidade de pacientes a serem assistidos. C13.*

*[...] Somente algumas partes da SAE, como evolução de enfermagem. C11.*

O reconhecimento das enfermeiras em relação a SAE, como forma de gerenciar e melhorar a sua assistência, envolvendo metodologias que compreendem diversos conhecimentos, para tornar possível o cuidar dos clientes é observada, todavia, por que então tão poucos conseguem colocá-la em prática após ingressarem na vida profissional? Por que apenas algumas enfermeiras ou instituições de saúde têm sua assistência de enfermagem sistematizada registrada e, principalmente, reconhecida?

#### 4.3.4 3ª Categoria: dificuldades das enfermeiras em realizar a SAE.

Das 2 unidades de análise examinadas, 55 unidades de registro foram reveladas nesta categoria específica, que traz a posição das enfermeiras sobre o que realmente impede as enfermeiras de introduzir a SAE no dia a dia em que trabalham? Quais dificuldades existentes? As enfermeiras do HCSA, relatam em suas falas, as suas dificuldades e desafios para tornar a SAE sistematizada no seu dia a dia, e não apenas uma parte dela, mais na sua totalidade (Quadro 5).

É de extrema importância identificar as dificuldades das enfermeiras em relação a SAE, o que possibilita uma assistência competente, humanizada e voltada para as necessidades individuais do cliente (SOUZA; BERVALDO, 2015)

**Quadro 5** - Avaliação das enfermeiras em relação a sae na sua prática diária - dificuldades.

<b>OS FALANTES</b>	<b>QUESTÕES</b>	<b>UNIDADES DE REGISTRO</b>
<b>Avaliação das enfermeiras em relação a SAE na sua prática diária – DIFICULDADES</b>		
01	<p><b>Quais dificuldades você tem em sistematizar a SAE?</b></p> <p><b>DIFICULDADES DAS ENFERMEIRAS PARA REALIZAR A SAE</b></p> <p><b>No seu modo de pensar, por que os profissionais têm dificuldade de instituir a SAE?</b></p> <p><b>DIFICULDADES DAS ENFERMEIRAS PARA REALIZAR A SAE</b></p>	1. Muita;
01		2. Matérias de utilização ao paciente;
01		3. RH suficiente para executar;
01		4. Superlotação;
01		5. A chatice que é preencher o que não interessa na clínica do paciente;
01		6. An alta demanda;
01		7. Dimensionamento com déficit. 8. Falta de apoio da gestão; 9. Ausência de capacitação dos profissionais;
05		10. Falta de tempo/Tempo/Tempo hábil para realizar o processo;
01		11. Complexidade da SAE;
01		12. Grande demanda de paciente. 13. E procedimentos a se realizar;
01		14. Nenhuma;
01		15. Muitos parabéns para pouco enfermeiro. Ultrapassa o dimensionamento;
01		16. No momento aprendendo como usar;
01		17. Adesão;
01		18. Formulário adequados;
01		19. A SAE é um processo de cuidado; 20. Que implica em diagnosticar; 21. E orientar o paciente; 21. No meu setor de trabalho, consigo fazer identificar rapidamente as necessidades da criança; 22. E orientar seus genitores de maneira simples;
01		23. Não instituição de um formulário padrão;
01		24. Em saber em qual procedimento realizar;
01		25. Porque muitos não sabem nem ligar o computador;
03		26. Falta de treinamento;
01		27. Por falta de incentivo. 28. E recurso humano limitado;
01		29. Superlotação 30. Porque não tem finalidade, é chato, moroso e muitas vezes apresenta itens que não tem nada a ver com o quadro do paciente;
01		31. Alguns por falta de conhecimento mesmo;
03		32. Na minha opinião, por falta de tempo/Falta de tempo;
01	33. Carga de trabalho; 34. Priorização das atividades assistenciais a serem realizadas; 35. Falta de incentivo da gestão; 36. Dimensionamento de pessoal e;	

		37. <i>Complexidade da SAE;</i>
01		38. <i>Dimensionamento incorreto de pacientes.</i> 39. <i>Diversas outras atribuições a serem realizadas;</i>
01		40. <i>Por causa da alta demanda de pacientes a serem assistidos;</i> 41. <i>E o número reduzido de enfermeiros para desenvolver essas atividades;</i>
01		42. <i>Sobrecarga de trabalho.</i>
01		43. <i>Falha da gestão no dimensionamento;</i>
01		44. <i>Acredito que a maioria já faz o seu melhor;</i>
01		45. <i>Falta de fiscalização;</i>
01		46. <i>Grande demanda.</i> 47. <i>E recurso pessoal insuficiente;</i>
01		48. <i>Para instituir a SAE, você precisa ter conhecimento sobre como funciona o corpo humano;</i> 49. <i>A partir disso, podemos identificar e elaborar cuidados de Enfermagem;</i> 50. <i>Que restauram ou melhoram o funcionamento do organismo;</i>
01		51. <i>Complexo e demorado;</i>
01		52. <i>Para muitos é a falta de prática como instrumento;</i>
01		53. <i>O profissional tem que primeiro ler e entender a SAE;</i> 54. <i>E assim começar a realizar com segurança nos procedimentos;</i>

Fonte: Autor próprio 2022.

É possível identificar nas falas delas de que a SAE é importante, mas são “dúbias” nesta afirmativa. Por isso identificamos os MOTIVOS de se colocarem, quase em sua totalidade, que acham IMPOSSÍVEL implantar a SAE, destacando muitos MOTIVOS e destacam o verbo FALTAR como responsável como FALTA DE TEMPO, de PESSOAL e de GESTÃO para que isso possa acontecer e que todos os termos envolvidos no tema FALTA transversalizam Horizontal e Verticalmente o CORPO do CUIDADO, sem modos de fazer, suas técnicas, os conhecimentos sobre ele que envolve:

- Informações/comunicações
- Incidência de erros
- Treinamento

*[...] Falta de treinamento. C2.*

*[...] Por falta de incentivo. C4.*

*[...] Falta de incentivo da gestão. C11.*

*[...] No momento aprendendo como usar. C15.*

*[...] Para muitos é a falta de prática como instrumento. C20.*

- Quantidade e qualidade profissional

*[...] Dimensionamento com déficit, falta de apoio da gestão, ausência de capacitação dos profissionais. C9.*

*[...] Tempo hábil para realizar o processo. C4.*

*[...] Falta de tempo. C10 E C11*

*[...] Tempo. C19.*

*[...] Na minha opinião, por falta de tempo. C20.*

- Gestão de pessoal, espaços e materiais

*[...] Matérias de utilização ao paciente. C2.*

*[...] Falta de fiscalização. C16.*

*[...] Formulário adequados. C17.*

*[...] Falha da gestão no dimensionamento. C14.*

*[...] Não instituição de um formulário padrão. C20.*

- Riscos diversos nos corpos dos clientes

*[...] A SAE é um processo de cuidado que implica em diagnosticar e orientar o paciente. No meu setor de trabalho, consigo fazer é identificar rapidamente as necessidades da criança e orientar seus genitores de maneira simples. C18.*

*[...] Para instituir a SAE, você precisa ter conhecimento sobre como funciona o corpo humano, a partir disso, podemos identificar e elaborar cuidados de Enfermagem, que restauram ou melhoram o funcionamento do organismo. C18.*

*[...] O profissional tem que primeiro ler e entender a SAE e assim começar a realizar com segurança nos procedimentos. C21.*

- Desinteresse profissional/pessoal

*[...] Porque muitos não sabem nem ligar o pc (computador). C1.*

*[...] Alguns por falta de conhecimento mesmo. C9.*

*[...] Adesão. C16.*

- Dificuldades próprias de categorias

*[...] Porque não tem finalidade, é chato, moroso e muitas vezes apresenta itens que não tem nada a ver com o quadro do paciente. C7.*

*[...] Chatice que é preencher o que não interessa na clínica do paciente. C7.*

*[...] Complexidade da SAE. C11.*

*[...] Complexo e demorado. C19.*

- Falta de incentivo de recursos humanos

*[...] RH (recurso humano) suficiente para executar. C4.*  
*[...] E recurso humano limitado. C4.*  
*[...] Dimensionamento de pessoal. C11.*  
*[...] Dimensionamento incorreto de pacientes. C12.*  
*[...] Falha da gestão no dimensionamento. C14.*  
*[...] E recurso pessoal insuficiente. C17.*

- Demanda em excesso de clientes a serem atendidos e de procedimentos para serem realizados.

*[...] A alta demanda. C8.*  
*[...] Superlotação. C6.*  
*[...] Carga de trabalho, priorização das atividades assistenciais a serem realizadas. C11.*  
*[...] Diversas outras atribuições a serem realizadas. C12.*  
*[...] Já pensei em utilizar, mas a demanda de paciente é grande, e há muita rotatividade, vários procedimentos a serem realizados e assim o tempo não permite. C12.*  
*[...] Grande demanda de paciente e procedimentos a se realizar. C12.*  
*[...] Por causa da alta demanda de pacientes a serem assistidos. C13.*  
*[...] Número reduzido de enfermeiros para desenvolver essas atividades. C13.*  
*[...] Sobrecarga de trabalho. C14.*  
*[...] Grande demanda. C17.*  
*[...] Devido a demanda e atividades atribuídas não se torna possível. C20.*

Poderíamos dizer que estamos no tempo de SENTIR o que as Enfermeiras pensam sobre a SAE, um sentir que exige saber o que ela é e qual sua função para nós, saber sobre a consciência acerca de nossa prática e de sua organização, que fusão a SAE faz entre o que é possível e impossível que abranda e flexibiliza o lado racional da prática, que exige de nós: **VISÃO de mundo e de nossas profissões; FUNCIONALIDADE; REQUISITOS; PLANO, ANÁLISE, INTERVENÇÃO, TEMPO, ESPAÇO E CUIDAR.**

#### *4.3.4.1 Dificuldades das enfermeiras para implementação da SAE na sua instituição de trabalho.*

Essa categoria rastreia além do significado da SAE, traz a possibilidade de compreender para pode implementar a SAE de forma sistemática. Faz o estudo de uma única unidade de análise e apresenta 24 unidades de registros que determinam as dificuldades dessa implementação e incorporação.

**Quadro 6** - A avaliação das enfermeiras em relação a SAE na sua prática diária - implantação da SAE.

OS FALANTES	QUESTÕES	UNIDADES DE REGISTRO
<b>Avaliação das enfermeiras em relação a SAE na sua prática diária – IMPLANTAÇÃO DA SAE</b>		
01	<b>Faça um comentário sobre a real possibilidade da implantação e/ou implementação da SAE, no seu dia a dia na prática</b>	<i>1. Tem quer disponibilizar o curso para todos;</i>
01		<i>2. É essencial e de suma importância;</i>
01		<i>3. Se houvesse mais enfermeiros disponíveis por setor;</i> <i>4. Seria viável a implantação;</i> <i>5. Na nossa atual realidade é quase impossível cumprir as etapas rotineiras;</i> <i>6. Imagina conseguir implementar plano para cada paciente;</i>
01		<i>7. Melhorar o quantitativo de profissionais para a implantação;</i>
01		<i>8. Se depender de mim, voto contra;</i>
01		<i>9. Realizar fichas direcionadas para cada setor de forma otimizar;</i> <i>10. E contribuir para realizar a SAE;</i>
01		<i>11. Apesar das dificuldades, depende do interesse da própria categoria;</i>
01		<i>12. Só seria possível, se o dimensionamento de enfermagem;</i> <i>13. Fosse aplicado corretamente;</i>
01		<i>14. Acredito que todas a implantação de todas as etapas da SAE no dia a dia será inviável;</i> <i>15. Devido à quantidade de atribuições do enfermeiro e a carga de trabalho;</i>
01		<i>16. Apenas implementar corretamente;</i>
01		<i>17. Incentivar o profissional seria um bom começar;</i>
01		<i>18. A implantação faz-se necessária de maneira simples e rápida;</i> <i>19. Pois é um instrumento que norteia os cuidados de enfermagem;</i>
01		<i>20. Hoje impossível, devido grande demanda;</i>
01		<i>21. Para implantação, necessita de mais profissionais;</i> <i>22. para poder instituir e manter como rotina;</i>
01		<i>23. Primeiro o profissional tem que se interessar na SAE;</i> <i>24. Pois ele é importante para a assistência e cuidado do paciente.</i>

Fonte: Autor próprio 2022.

Fazer ou não a SAE desperta sentimentos diversos em nós e aqui nos lembramos do que Damásio (2022, p.62) quando diz que:

A variedade mais simples de afeto (AFETA sentimentos pela SAE) começa no interior de um organismo (a enfermagem) vivo. Surge de maneira vaga e difusa, gerando sentimentos que não podem ser descritos ou situados com facilidade. O termo “sentimentos primordiais” capta essa ideia. Em contrapartida, “sentimentos maduros” fornecem imagens vívidas e assertivas dos objetos que guarnecem nosso “interior” — vísceras como coração, pulmões e intestino — e das ações que eles executam, como bater, respirar e contrair [...]

Parece que é isso que devemos pensar, quando falamos de SAE.

RECONHECER a necessidade de sua implementação da SAE, exige compreender primeiramente do que tratamos o que é diferente de reconhecer, como uma pré-base de estruturação da SAE, o que exige de nós o desenvolvimento de nossa própria “ciência”, mudar o pensamento, novos ângulos de visão bem mais amplo do que temos Hoje e conhecimento profundo sobre nossos próprios problemas que está a atravessar nossas fronteiras.

Implantar a SAE, ainda soa INCERTEZA, de modo nacional e no continente Sulamericano. E, como afirma MORIN a “incerteza está no cerne da ciência e evidenciá-la pesa sobre suas origens, seus constituintes e seu futuro” (2015, p. 40).

Trazemos de volta Morin (2015, p.71), quando estamos tentando compreender os resultados para reconhecê-los, por que foram produzidos pelo “SER HUMANO”. Para o autor existem duas compreensões:

a primeira é a compreensão INTELECTUAL e a compreensão do sentido do outro [das Enfermeiras], de suas ideias, de sua visão de mundo [da SAE], uma compreensão sempre ameaçada pelo “ruído” que parasita a comunicação entre emissor e receptor [...], cria o mal-entendido ou não entendido e pode ignorar o subentendido [...] e a segunda compreensão é a HUMANA o que implica a parte subjetiva irredutível, que é ao mesmo tempo meio e fim da Comunicação humana. neste caso é, preciso considerar a diferença entre explicar e compreender. Explicar é considerar uma pessoa (que aceita ou não a SAE) ou um grupo como objeto e aplicar-lhe todos os meios objetivos do conhecimento [...]

Tannure; Pinheiro, (2011) apontam que não basta enfatizar e escolher uma teoria que sustente a implementação da SAE. A enfermeira deve estudar intensamente a teoria escolhida e adotar condutas condizentes com o referencial teórico escolhido como base científica para a prestação da assistência de enfermagem.

Florêncio (2009 apud BARROS et al., (2021)), afirma que a SAE só é implementada nas instituições se a enfermagem estiver ciente da importância desse tratamento e tiver iniciativa e condições necessárias para implementá-la em seu ambiente de trabalho.

Horta (2005), diz que diferentes formas de tratamento são necessárias visando o bem-estar e a completa recuperação do cliente. Esses clientes são pessoas doentes, com medos, dificuldades e problemas emocionais graves que precisam ser avaliados e tratados. Para que estes cuidados sejam avaliados, é preciso um atendimento mais humano, podendo tratar, cuidar e observar cada caso.

Para Smeltzer e Bare (2005), o papel da enfermagem na assistência ao ser humano é importante, pois cabe à enfermeira o cuidado do cliente como um todo, compreendendo as suas necessidades, auxiliando assim, na sua recuperação.

É provável que os dados possam ser reorganizados de forma diferente por outros pesquisadores que não os nossos. Dado o rigor que vem com esta opção, a mobilidade e a flexibilidade da organização de dados tornam isso possível.

É importante que docentes, pesquisadores e profissionais com conhecimento na área de saúde, devem ter a responsabilidade de estimular reflexões dos profissionais de enfermagem que propiciem mudanças na prática de cuidado aos pequenos clientes (pediatria), tornando-se necessário o envolvimento profissional e da instituição na qual que exercem as suas funções.

## CAPÍTULO V - PRODUÇÃO TECNOLÓGICA

Os resumos dos produtos acadêmicos seguiu a normatização do PPGSTEH, segundo modelo estabelecido <http://www.unirio.br/ppgsteh/normas-e-procedimentos-1/formularios-e-modelos-1/modelo-de-resumo-do-produto-academico>.

Esta obra se encontra licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional.



### 5.1 Produção Técnica Principal: Proposta de Vídeo Educativo para o Aprimoramento dos Cuidados de Enfermagem

#### Resumo do Produto Acadêmico

##### Proposta de Vídeo Educativo para o Aprimoramento dos Cuidados de Enfermagem

**Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira<sup>1</sup>; Nébia Maria Almeida de Figueiredo<sup>2</sup>.**

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Professora e Pesquisadora Visitante Emérita, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENFBIO-UNIRIO) e Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH-UNIRIO).

**Objetivo:** criar e apresentar uma tecnologia educacional, vídeo educativo, que indique elementos para uma prática clínica visando melhorar as atenções no espaço de cuidar. **Tipologia/Estratificação do produto:** caracteriza-se pelo desenvolvimento de material didático/instrucional, com estrato T1 (100 pontos), segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com multimídia, corresponde à produção de recursos que facilitam o

aprendizado voltado à formação/instrução de recursos humanos, por meio da criação, uso e organização de processos e produtos tecnológicos. Produto de apoio/suporte com fins didáticos na mediação de processos de ensino e aprendizagem em diferentes contextos educacionais. **Método:** o vídeo educativo desenvolvido a partir de uma pesquisa descritiva com caráter quantitativo e qualitativo, considerando a cartografia, técnica de análise de dados para atingir os objetivos propostos pelo estudo. A produção do produto foi dividida em duas etapas: a primeira constituiu na descrição e análise da pesquisa, na qual foram extraídas as informações necessárias para elaboração do conteúdo do produto e a segunda correspondeu ao desenvolvimento e construção do vídeo educativo. A criação e a organização do vídeo foi realizada com o auxílio de um programa de animação (Animaker), cuja licença foi adquirida pelo período de 30 dias. **Resultados:** os significados sobre a sistematização assistência em enfermagem (SAE) foram identificados e categorizados e, a partir disso, desenvolvidos o vídeo educativo, cujo conteúdo foi apresentado em linguagem simples de fácil compreensão em formato de animação. **Conclusão:** desenvolvido vídeo educativo, para utilização gratuita, com o tema “Modo On da SAE” após investigação e discussão das falas dos enfermeiros em relação a SAE, podendo assim, contribuir para o aprimoramento da assistência prestada pela equipe de enfermagem e minimizar os problemas enfrentados por esses profissionais no desenvolvimento da SAE, proporcionando a difusão de orientações e informações em saúde. O produto foi registrado na plataforma Zenodo, obtendo o Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital) DOI 10.5281/zenodo.8039201 podendo ser acessado através do site <https://zenodo.org/record/8039201>.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Filme e Vídeo Educativo; Recursos Audiovisuais; Sistematização.

### **Instructional Video Proposal for the Improvement of Nursing Care**

**Objective:** to create and present an educational technology, an educational video, which indicates elements for a clinical practice aimed at improving attention in the care space. **Product typology/stratification:** characterized by the development of didactic/instructional material, with stratum T1 (100 points), according to the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), with multimedia, corresponds to the production of resources that facilitate learning aimed at the training/instruction of human resources, through the creation, use and organization of technological processes and products. Support product for didactic

purposes in the mediation of teaching and learning processes in different educational contexts. **Method:** the educational video developed from a descriptive research with quantitative and qualitative character, considering cartography, data analysis technique to achieve the objectives proposed by the study. The production of the product was divided into two stages: the first was the description and analysis of the research, in which the necessary information was extracted to elaborate the content of the product and the second corresponded to the development and construction of the educational video. The creation and organization of the video was carried out with the help of an animation program (Animaker), whose license was acquired for a period of 30 days. **Results:** the meanings about the systematization of nursing care (SAE) were identified and categorized and, from this, the educational video was developed, whose content was presented in simple language of easy understanding in animation format. **Conclusion:** an educational video was developed, for free use, with the theme "Mode On of the SNC" after investigation and discussion of the nurses' statements regarding the SNC, thus contributing to the improvement of the assistance provided by the nursing team and minimizing the problems faced by these professionals in the development of the SNC, providing the dissemination of health guidelines and information. The product was registered on the Zenodo platform, obtaining the Digital Object Identifier DOI 10.5281/zenodo.8039201 and can be accessed through the website <https://zenodo.org/record/8039201>.

**Keywords:** Nursing Care; Nursing; Instructional Film and Video; Audiovisual Aid; Systematization.

### 5.1.1 A escolha do produto: vídeo educativo (VE)

Reconhecendo a necessidade de políticas com propostas para os cuidados em saúde no espaço hospitalar é imprescindível para desenvolver projetos que possam intervir em seus resultados ou melhorar a assistência em saúde. Sendo assim, a unidade hospitalar é um local de produção de conhecimento e conseqüentemente também é um ambiente que possibilita a produção de tecnologias para possíveis soluções dos problemas enfrentados.

Nesse cenário apontamos a criação de uma plataforma como produto tecnológico, em formato de vídeo educativo, relacionados as atenções (atos e ações) de enfermagem na urgência e emergência do Hospital da Criança Santo Antônio.

Conforme o manual Considerações sobre a Classificação de Produção Técnica e Tecnológica (PTT) Enfermagem: esse produto é do tipo material didático, com subtipologia no

desenvolvimento de material didático/instrucional, com estrato T1 (100 pontos), corresponde à produção de recursos que facilita o aprendizado, voltado à formação/instrução de recursos humanos, por meio da criação, uso e organização de processos e produtos tecnológicos, para a implantação da SAE.

Impactando nas rotinas, normas, protocolos e procedimentos que envolvem o gerenciamento e assistência no cuidar em pediatria no estado de Roraima e inovação em modelos de tecnologia de gestão, educação e assistência à saúde.

As tecnologias de comunicação e informação atravessam a vida social cotidiana. Entre outras coisas, a televisão, o rádio e a tecnologia da informação aproximaram as pessoas de mundos antes inimagináveis por meio de imagens e sons. Os autores apontam que recursos pedagógicos e tecnológicos como vídeos e outros dispositivos devem ser utilizados para mudar esse cenário (BENTO; MODENA; CABRAL, 2018).

Dentre as tecnologias em saúde, destaca-se o vídeo, do latim vídeo (eu vejo), com a função de representar imagens em movimento, facilitando, assim, o aprendizado do telespectador, por ser atrativo e chamar a atenção (CAMPOY et al., 2018). Vídeos constituem um tipo de tecnologia provocativa e um convite para o diálogo, uma estratégica que fomenta a participação multiprofissional.

A educação em saúde na era digital exige mudança nos métodos tradicionais de ensinar/aprender. A construção de um material audiovisual se apresenta como um meio contemporâneo e acessível de divulgar informações a partir de um formato interativo e capaz de inspirar um público amplo.

Os resultados apresentados em um estudo evidenciam que o Vídeo Educativo contribui para melhorar o conhecimento cognitivo e proporcionar uma mudança comportamental imediata, pois se trata de uma mídia de fácil acesso e de retorno rápido (STINA; ZAMARIOLI; CARVALHO, 2015).

Especificamente no campo da educação, a utilização de recursos tecnológicos audiovisuais, com destaque para os vídeos, tem contribuído, sobremaneira, para a otimização dos processos de ensino e aprendizagem, uma vez que possibilita a assimilação dos temas de uma maneira mais dinâmica e ativa. Assim, os vídeos educativos são capazes de agregar valor à sua audiência, ao entregar conhecimento, sem que esta, por vezes, perceba o processo de aprendizagem em que está envolvida.

As intervenções de enfermagem, por meio de ações educativas, constituem uma possibilidade de viabilizar condições para que as pessoas desenvolvam habilidades para o

cuidado e o autocuidado. A intervenção de enfermagem pode ser compreendida como uma ação ou resposta da enfermeira, que inclui ações terapêuticas na relação enfermeira-cliente, visando influenciar no comportamento do indivíduo, da família ou da comunidade pela qual é responsável (STRAGLIOTTO et al., 2017).

A utilização de recursos audiovisuais para atividades de educação em saúde torna o processo mais dinâmico e interativo, pois requer imaginação e criatividade das enfermeiras e auxilia a identificação de quem o assiste com as situações vivenciadas (ROJAS MARTÍNEZ; CARDOZO SILVA, 2015). Criar material audiovisual é uma maneira barata e fácil de disseminar informações em um formato interativo que pode inspirar um público amplo.

De modo geral, o processo construtivo do vídeo abrangue à escolha do público-alvo, como a mensagem do vídeo seria transmitida, além da fase de planejamento do material a ser produzido, momento em que elaboramos os documentos-base para a gravação em si, incluindo desde a sinopse ao desenvolvimento do roteiro, entre outros.

#### 5.1.2 O produto: proposta de vídeo educativo para o aprimoramento dos cuidados de enfermagem.

A produção do vídeo educativo, reforçando o que já foi dito para o processo de criação de material audiovisual, inclui tanto ações de planejamento quanto de produção em si até a escolha da plataforma digital a partir da qual será realizada a disseminação do conteúdo. De forma resumida, o desenvolvimento de vídeo educativo seguiu as seguintes etapas: elaboração do roteiro; escolha do local e do programa para a gravação; definição dos recursos materiais e humanos necessários; edição e escolha da plataforma digital.

A qualidade final do vídeo está intrinsecamente associada ao seu processo de edição, etapa onde foram desenvolvidas atividades como adição de música, ajustes no áudio, cortes das cenas e inserção de legendas, entre outras. Por sua vez, a divulgação do vídeo educativo poderá ser realizada tanto de forma ampla como restrita (como na plataforma de uma instituição) enquanto se define o seu meio de veiculação a partir da identificação de qual será o público-alvo.

#### 5.1.3 Etapas para produção do vídeo educativo

A partir do que foi exposto anteriormente e com base na análise dos dados da pesquisa,

levantados e mapeados na instituição de saúde, bem como na identificação de problemas relativos, foi possível realizar uma análise tendo como plano de fundo a literatura referencial, com a reflexão tornou-se possível a criação do vídeo educativo, cujo processo produtivo se descreve a seguir.

A produção do vídeo iniciou-se com a definição do público-alvo, o qual abrange a equipe de enfermagem, com ênfase nas enfermeiras, que estão envolvidas no processo de atenções no cuidar, que exercem e desempenham a função de líder, promovem a disseminação da informação e, implementações da SAE.

Definidas as cenas do vídeo, com a descrição do que seria exposto em termos de imagens, textos e falas, momento este em que também se optou pela apresentação em forma de animação, sem expor as pessoas, que tenta transmitir a mensagem do vídeo educativo de forma descontraída e informal.

Assim sendo, tornou-se necessária a aquisição de programa para criação de vídeos de animação com pacote de imagens. O programa utilizado foi o Animaker, cuja licença foi adquirida pelo período de 30 dias no valor de \$49,00 (R\$ 433,33 aproximadamente).

#### *5.1.3.1 Edição*

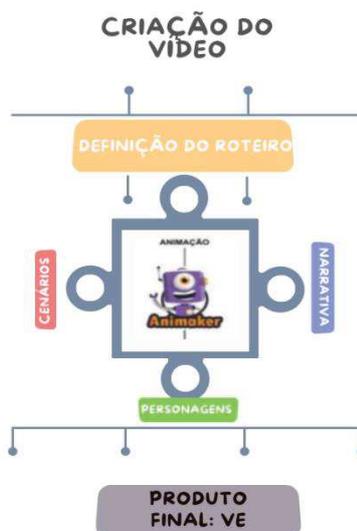
Após definição do conteúdo abordado, o público-alvo e o roteiro a ser seguido, o vídeo foi criado com ferramentas de animações no intuito de expor o tema de forma didática e criativa. O vídeo tem duração de 5min 46seg, com uma abordagem de fácil compreensão, descontraída e não formal. Com métodos de estratégias visando a atenção do espectador, com informações de maneira clara e concisa.

Entre as fases da edição, destacam-se: montagem das cenas, animações, organização das imagens e textos, escolha dos cenários, falas e diálogos.

A montagem das cenas foi realizada com a aquisição e uso do software Animaker, explorando funções de animação no estilo 2D na organização de imagens e textos dispostos sequencialmente em cenários (fundos) temáticos. Os cenários disponibilizados pelo programa foram enriquecidos com acessórios comuns do dia a dia dos profissionais de saúde e as mensagens transmitidas conforme direcionamento do roteiro exploraram as ferramentas de textos animados, entre figuras geométricas de diversas formatos e diálogos.

O conteúdo dos vídeos é narrado pela pesquisadora principal, a narrativa utilizada também faz parte de uma das funções oferecidas e incluídas no pacote adquirido do software.

**Figura 31** - Metodologia para a criação do vídeo educativo. Boa Vista/RR, 2023.



Fonte: Autor próprio 2023.

### 5.1.3.2 Escolha da plataforma digital

No Brasil, em primeiro lugar de acesso dos internautas está *WhatsApp* (165mi), *YouTube* (138mi), *Instagram* (122mi), *Facebook* (116mi), seguidos por *TikTok* (73,5 mi), *Messenger* (65,5 mi), *LinkedIn* (56 mi), *Pinterest* (30 mi), *Twitter* (19 mi) e *Snapchat* (7,6 mi) (ECHOSIS, 2022), constituindo opções interessantes para a disseminação de vídeos, posto haver a possibilidade infinita de reenvio do mesmo entre os indivíduos *online*.

No entanto, entre as redes sociais, o *YouTube* é a melhor plataforma para hospedar vídeos de divulgação pelo fácil encaminhamento para as demais redes sociais. Nesse sentido, para a divulgação do vídeo educativo, será criado um canal na rede social *YouTube*, para funcionar como canal da mensagem, que criará intercessão com demais canais de divulgação em redes sociais na internet como o *WhatsApp*, *Facebook* e *Facebook Messenger*.

Além do *YouTube*, outras formas de divulgar o vídeo educativo serão estudadas, sobretudo na inclusão do material na plataforma digital das instituições de saúde que participam e que estão envolvidas na pesquisa.

### 5.1.3.3 Proteção dos direitos autorais e registro da produção

O produto foi registrado na plataforma *Zenodo*, obtendo o Digital Object Identifier

(Identificador de Objeto Digital) DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8039200> podendo ser acessado através do site <https://zenodo.org/record/8039201>, posteriormente será divulgado nas demais plataforma, conforme planejamento.

## **5.2 Produção Técnica Secundaria: Identidade visual, personagem do vídeo educativo “Modo On da SAE”**

### **Resumo do Produto Acadêmico**

#### **Identidade visual, personagem do vídeo educativo “Modo On da SAE”**

**Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira<sup>1</sup>; Nêbia Maria Almeida de Figueiredo<sup>2</sup>.**

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Professora e Pesquisadora Visitante Emérita, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENFBIO-UNIRIO) e Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH-UNIRIO).

**Objetivo:** desenvolver a identidade visual do vídeo educativo “Modo On da SAE”. **Tipologia/Estratificação da Produção Técnica:** este produto é considerado uma marca sendo classificado como T1 (100 pontos), segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Método:** a identidade visual foi desenvolvida pela autora principal da pesquisa, com o auxílio de um programa para criação de vídeos de animação, com recursos de criar personagem (Animaker), cuja licença foi adquirida pelo período de 30 dias. **Resultados:** a personagem tem aspectos físicos semelhantes ao da pesquisadora como a pele morena, cabelo cacheado e olhos castanhos, faz uso de adereço similares ao da autora como relógio, brincos, óculos de grau, roupa e sapato hospitalares e é caracterizada como enfermeira. **Conclusão:** a identidade visual foi elaborada visando criar um personagem de animação para o vídeo educativo, aproximando a pesquisadora ao público-alvo. O produto foi registrado na plataforma Zenodo, obtendo o Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital) DOI:

10.5281/zenodo.8092770 podendo ser acessado através do site <https://zenodo.org/record/8092770>.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Filme e Vídeo Educativo; Recursos Audiovisuais; Tecnologia.

### **Visual identity, character of the "SAE Mode On" instructional video**

**Objective:** to develop the visual identity of the instructional video "SAE Mode On". **Typology/Stratification of Technical Production:** this product is considered a brand and is classified as T1 (100 points), according to the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES). **Method:** The visual identity was developed by the main author of the research, with the help of a program for creating animation videos, with character creation resources (Animaker), whose license was acquired for a period of 30 days. **Results:** the character has physical aspects similar to that of the researcher such as dark skin, curly hair and brown eyes, makes use of props similar to that of the author such as watch, earrings, prescription glasses, hospital clothes and shoes and is characterized as a nurse. **Conclusion:** the visual identity was developed to create an animated character for the educational video, bringing the researcher closer to the target audience. The product was registered on the Zenodo platform, obtaining the Digital Object Identifier DOI: 10.5281/zenodo.8092770 and can be accessed through the website <https://zenodo.org/record/8092770>.

**Keywords:** Nursing; Instructional Film and Video; Audiovisual Aids; Technology.

**Figura 32** - Identidade visual - Modo On da SAE. Boa Vista/RR, 2023.



Fonte: Autor próprio 2023.

### 5.3 Produção Técnica Secundaria: Roteiro do Vídeo Educativo “Modo On da SAE”

#### Resumo do Produto Acadêmico

#### Roteiro do Vídeo Educativo “Modo On da SAE”

**Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira<sup>1</sup>; Nébia Maria Almeida de Figueiredo<sup>2</sup>.**

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Professora e Pesquisadora Visitante Emérita, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENFBIO-UNIRIO) e Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH-UNIRIO).

#### Roteiro do Vídeo Educativo “Modo On da SAE”

**Objetivo:** criar roteiro do vídeo educativo “Modo On da SAE”. **Tipologia/Estratificação do produto:** esse produto é considerado um material didático e instrucional sendo classificado como T1(100 pontos), segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Método:** para criar o roteiro, foi necessário partir de uma ideia que, no caso desta pesquisa, está relacionada ao uso de ações e atos da enfermagem em unidade hospitalar. Foram definidas as cenas do vídeo, onde se descreve o que foi gravado, incluindo-se alguns aspectos da linguagem, que foi de uso simples, acessível e adaptada à fala, evitou-se palavras ambíguas ou difíceis e a apresentação de muitas informações por frases. No que se refere à linguagem, foram evitados termos e expressões que poderiam causar culpa ou medo de punições por parte dos profissionais, mas uma tentativa de sensibilizá-los sobre a organização estrutural dos atos e ações da enfermagem, na tomada de decisões no cuidar dos clientes, propondo, melhorias na qualidade das atenções. **Resultados:** O roteiro foi elaborado e passou por aprimoramento com o intuito de alinhar continuamente a produção do vídeo com os objetivos do estudo. Nesta etapa, algumas alterações no roteiro foram necessárias decorrentes, principalmente, dos elementos disponibilizados pelo programa, como cenários, personagens e acessórios.

**Conclusão:** A partir do roteiro final consolidado, foi produzido o vídeo, o qual foi aprovado pela autora após alguns ajustes na narração e no tempo da fala dos personagens. Por fim, foram definidas as plataformas digitais de divulgação do roteiro do vídeo educativo. O produto foi registrado na plataforma Zenodo, obtendo o Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital) DOI: 10.5281/zenodo.8092814 podendo ser acessado através do site <https://zenodo.org/record/8092814>.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Educação em saúde; Enfermagem; Filme e Vídeo Educativo; Sistematização; Tecnologia.

### **Instructional Video Script "SAE Mode On"**

**Objective:** create a script for the educational video "SAE Mode On".

**Product typology/stratification:** this product is considered a didactic and instructional material being classified as T1 (100 points), according to the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES). **Method:** to create the script, it was necessary to start from an idea that, in the case of this research, is related to the use of nursing actions and acts in a hospital unit. The scenes of the video were defined, where what was recorded is described, including some aspects of language, which was simple, accessible, and adapted to speech, avoiding ambiguous or difficult words and the presentation of a lot of information by sentences. Regarding language, terms and expressions that could cause guilt or fear of punishment for professionals were avoided, but an attempt to sensitize them about the structural organization of nursing acts and actions, in making decisions in caring for clients, proposing improvements in the quality of care. **Results:** The script was developed and underwent refinement to continuously align the video production with the study objectives. At this stage, some changes in the script were necessary, mainly due to the elements made available by the program, such as scenarios, characters, and accessories. **Conclusion:** Based on the final consolidated script, the video was produced, which was approved by the author after some adjustments in the narration and in the speech time of the characters. Finally, the digital platforms for dissemination of the educational video script were defined. The product was registered on the Zenodo platform, obtaining the Digital Object Identifier DOI: 10.5281/zenodo.8092814 and can be accessed through the website <https://zenodo.org/record/8092814>.

**Keywords:** Nursing Care; Health Education; Nursing; Institutional Film and Video; Systematization; Technology.

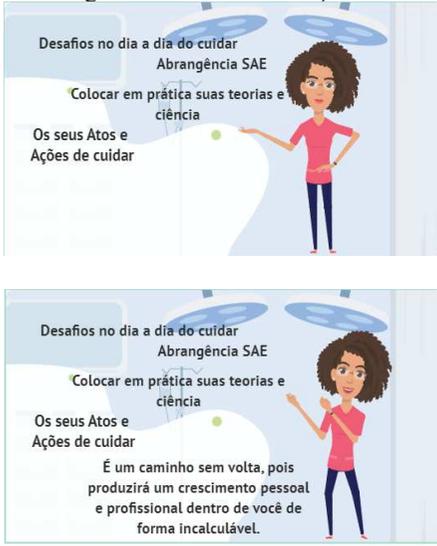
O vídeo educativo inicia com uma animação convidando os (as) enfermeiros (as) a conhecer um pouco mais sobre a SAE e sua dinâmica, como pode ser observado no Quadro 7, o qual apresenta uma breve descrição das cenas e roteiro da produção do vídeo educativo.

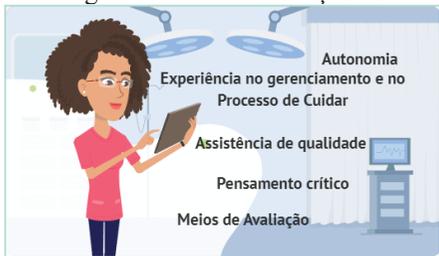
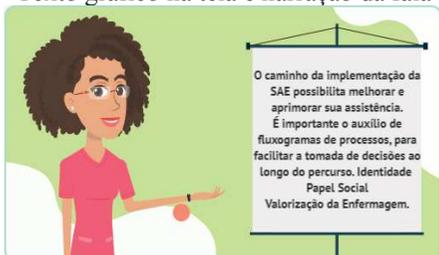
**Quadro 7** - Roteiro do vídeo educativo “Modo On da SAE”. Boa Vista/RR, 2023.

CENA/TEMA	DESCRIÇÃO DA FALA	TEXTO GRÁFICO NA TELA	DESCRIÇÃO DA CENA
<p><b>1ª CENA:</b> Boas-vindas aos enfermeiros (as).</p>	<p>OLÁ!! ENFERMEIRO (A)!! QUE BOM QUE VOCÊ ESTÁ AQUI!!</p>	<p>OLÁ!! ENFERMEIRO (A)!! QUE BOM QUE VOCÊ ESTÁ AQUI!! Na parte inferior está localizado o logotipo do PPGSTEH e da UNIRIO.</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>2ª CENA:</b> Apresentação do vídeo educativo.</p>	<p>Iremos compartilhar com você, algumas dicas para aprimorar os cuidados de Enfermagem, na perspectiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem a (SAE) Através dos nossos ATOS E AÇÕES. Vem com a gente no MODO ON da SAE!!</p>	<p>Aprimorar os cuidados de Enfermagem. Através dos nossos ATOS E AÇÕES</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>3ª CENA:</b> Diferença entre SAE e PE.</p>	<p>Mas... Primeiro vamos esclarecer uma dúvida crucial!! SAE e Processo de Enfermagem por muito tempo foram tratados de forma semelhante, todavia a Resolução Cofen 358/2009, dispõe sobre a SAE e a implementação do PE, fazendo a distinção entre eles e está em vigor atualmente.</p>	<p>SAE X PROCESSO DE ENFERMAGEM Histórico Coleta de Dados Diagnóstico Planeamento Implementação Avaliação</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 

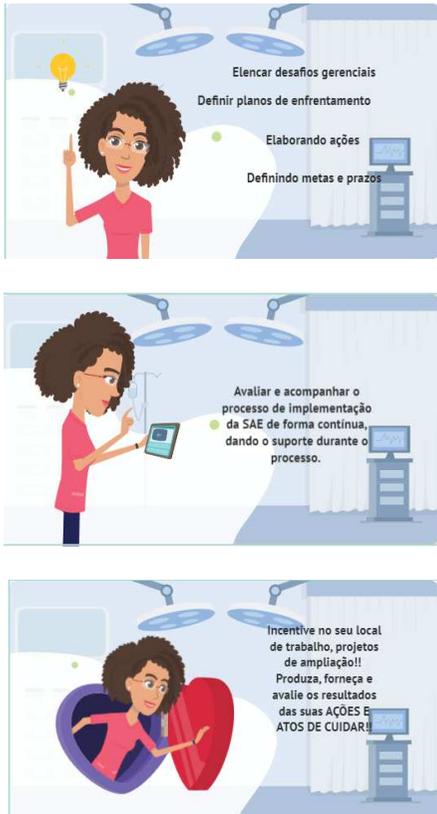
			
<p><b>4ª CENA:</b> Continuação da diferença entre SAE e PE.</p>	<p>A SAE organiza o trabalho da Enfermagem no que diz respeito ao método, pessoal e instrumentos. Enquanto Processo de Enfermagem é composto por 5 etapas e faz parte da SAE.</p>	<p>A SAE organiza o trabalho da Enfermagem no que diz respeito ao método, pessoal e instrumentos. Enquanto Processo de Enfermagem é composto por 5 etapas e faz parte da SAE.</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>5ª CENA: Apresentação da SAE.</b></p>	<p>Quando nos referimos a SAE estamos falando do todo: Uma ferramenta metodologia científica de cuidar e pensar, que organiza, direciona o cuidado integral, e individual e melhora a qualidade da assistência.</p>	<p>SAE Ferramenta metodologia científica de cuidar e pensar Organiza Direciona o Cuidado integral e individual = Melhora a qualidade da assistência.</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>6ª CENA:</b></p>	<p>Que tal conhecer um pouco mais sobre a SAE?!</p>	<p>MODO ON DA SAE</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p>

<p><b>Incentivo a conhecer mais a SAE.</b></p>		<p>ATIVADO!!</p>	
<p><b>7ª CENA: SAE e suas composições, parte I.</b></p>	<p>Os métodos se referem a Teorias de Enfermagem (referencial teórico) e o Processo de Enfermagem (Taxonomias e os Registros de Enfermagem).</p>	<p>Métodos: Teorias de Enfermagem e o Processo de Enfermagem.</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>8ª CENA: SAE e suas composições, parte II.</b></p>	<p>Pessoal (para sistematiza a assistência), são os: recursos humanos, escalas, dimensionamento de pessoal, educação permanente, são competências gerenciais que irão subsidiar o provimento e a distribuição de pessoal necessário à prestação dos cuidados em saúde.</p>	<p>Pessoal Recursos humanos Escalas Dimensionamento de Pessoal Educação Permanente</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>9ª CENA: SAE e suas composições, parte III.</b></p>	<p>Os Instrumentos irão nos permitir ir da Teoria à prática e implementação do Processo de Enfermagem, promovendo maior segurança aos clientes e maior autonomia aos profissionais de enfermagem. São exemplos: os formulários, impressos, manuais, rotinas, pops, sistema de informação, fluxogramas, escalas de padronizadas e de avaliação.</p>	<p>Teoria à prática Implementação do Processo de Enfermagem Formulários Impressos Manuais Rotinas POPs Sistema de Informação Fluxogramas</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 

		<p>Escalas Padronizadas e de Avaliação</p>	
<p><b>10ª CENA: SAE e o nosso dia a dia.</b></p>	<p>Colocamos em prática os nossos conhecimentos: Técnicos, Humanos e Científicos. Com uma visão holística para propor um cuidado humanizado. Isso é a SAE!! O nosso dia a dia de forma sistematizada!!</p>	<p>Técnicos Humanos Científicos Isso é a SAE!! O nosso dia a dia de forma SISTEMATIZADA!!</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>11ª CENA: Desafios da SAE.</b></p>	<p>Sabemos que você enfermeiro (a) tem muitos desafios no seu dia a dia do cuidar, mas quando você deixar permitir entender sobre abrangência da SAE e não mais realizar apenas rotinas e procedimentos, mas colocar em prática suas teorias e a ciência dos seus Atos e Ações de cuidar, irá perceber que é um caminho sem volta, pois produzirá um crescimento pessoal e profissional dentro de você de forma incalculável.</p>	<p>Desafios no dia a dia do cuidar Abrangência SAE Colocar em prática suas teorias e ciência Os seus Atos e Ações de cuidar É um caminho sem volta, pois produzirá um crescimento pessoal e profissional dentro de você de forma incalculável.</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 

<p><b>12ª CENA:</b> Incentivo para desenvolver a SAE.</p>	<p>Olha só que legal!!!</p>	<p>Olha só que legal!!!</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>13ª CENA:</b> Resultados da SAE, parte I.</p>	<p>A SAE demonstrando autonomia e experiência no gerenciamento e no processo de cuidar, garantindo assim o atendimento com critérios padronizados, propondo uma assistência de qualidade, oferecendo meios de avaliação e fornecendo dados confiáveis. Desenvolvendo o pensamento crítico e mantém ativa a atuação como líder, as motivações como cuidador e a empatia reflexiva.</p>	<p>Autonomia Experiência no gerenciamento e no Processo de Cuidar Assistência de qualidade Pensamento crítico Meios de Avaliação</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>14ª CENA:</b> Resultados da SAE, parte II.</p>	<p>Consequentemente, o cuidado de enfermagem sistematizado contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde individual, familiar e da comunidade, fornecendo uma assistência de qualidade.</p>	<p>Promoção Prevenção Recuperação Reabilitação</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>15ª CENA:</b> Implementação da SAE e as possibilidades.</p>	<p>Viu como agora tudo está fazendo mais sentido?! O caminho da implementação da SAE possibilita melhorar e aprimorar sua assistência. É importante o auxílio de fluxogramas de processos, para facilitar a tomada de decisões ao longo do percurso. Contribuindo a identidade, papel social e a sua valorização da enfermagem.</p>	<p>O caminho da implementação da SAE possibilita melhorar e aprimorar sua assistência. É importante o auxílio de fluxogramas de processos, para facilitar a tomada de decisões ao longo do percurso. Identidade Papel Social</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 

<p><b>16ª CENA: Como implementar a SAE no meu local de trabalho, parte I.</b></p>	<p>Hum, então que dizer que irei fazer a SAE sozinha (o)? Não!! Mas devemos buscar:                  Apoio institucional: A direção da sua instituição conhece e apoia a SAE?                  Organizar e fazer parte de grupo de estudos/discussão, com enfermeiros e outros profissionais, é uma boa dica!!                  Conhecer e avaliar os atendimentos, perfil da clientela e da equipe, quantitativo de RH e dimensionamento de pessoal é fundamental, para identificar e analisar a sua realidade e necessidades, que visa à elaboração de propostas de organização.                  Definir referencial teórico/valores institucionais/Teoria de Enfermagem, também faz parte do processo, pois você compreender a: missão, os valores e filosofia da instituição, para melhor escolher a sua Teoria de Enfermagem.                  ATENÇÃO a sua Teoria escolhida, ela é fundamental para o desenvolvimento da SAE!!</p>	<p>Valorização da Enfermagem.</p> <p>Apoio institucional                  Organizar grupo de estudos                  Definir referencial teórico/valores institucionais/Teoria de Enfermagem                  Conhecer e Avaliar Perfil da clientela                  Equipe                  Dimensionamento de pessoal</p> <p>Na parte central está localizada uma foto em formato de um mapa, com as teorias da enfermagem.</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 
<p><b>17ª CENA: Como implementar a SAE no meu local de trabalho, parte II.</b></p>	<p>Você já se perguntou quais são os principais desafios para a implementação da SAE no seu local de trabalho? Por isso, é importante. Elencar desafios gerenciais e definir planos de enfrentamento, elaborando ações e definindo metas e prazos.                  Avaliar e acompanhar o processo de implementação da SAE de forma contínua, dando o suporte durante o processo.                  Incentive no seu local de trabalho, projetos de ampliação!!                  Produza (Processo de Enfermagem), forneça (através dos seus registros) e avalie os resultados das suas AÇÕES E ATOS DE CUIDAR!! Ajuda na consolidação e aprimoramento da SAE.</p>	<p>Você já se perguntou quais são os principais desafios para a implementação da SAE no seu local de trabalho?                  Elencar desafios gerenciais                  Definir planos de enfrentamento                  Elaborando ações                  Definindo metas e prazos                  Avaliar e acompanhar o processo de implementação da SAE de forma contínua, dando o suporte durante o processo.                  Incentive no seu local de trabalho, projetos de ampliação!!                  Produza, forneça e avalie os resultados das suas AÇÕES E ATOS DE CUIDAR!!</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 

			
<p><b>18ª CENA: SAE e a ATENÇÃO EM SAÚDE.</b></p>	<p>A nossa ATENÇÃO vai além do tradicional, do conceito de cuidar da doença, e no fazer, desenvolver e implementar prescrições, somos uma ciência, temos uma prática autônoma, o nosso cuidar está nas nossas mãos, nas nossas Ações e Atos, somos a ENFERMAGEM!!</p>	<p>Nossa ATENÇÃO vai além do tradicional, do conceito de cuidar da doença, e no fazer, desenvolver e implementar prescrições Somos uma ciência Temos uma prática autônoma O nosso cuidar está nas nossas mãos, nas nossas Ações e Atos</p>	<p>Texto gráfico na tela e narração da fala</p> 

		<p>Somos a ENFERMAGEM!!</p>	
<p><b>19ª CENA: Créditos</b></p>	<p>Sem fala</p>	<p>Contém as informações e crédito da obra</p>	<p>Texto gráfico na tela</p>  <p><b>CRÉDITOS</b></p> <p>Título: "BODO ON DA SAE"          Autora: Robelma Régio e Vani Cassia Fortaleza de S. Oliveira          Defesa de Ilustrado em 06 de Junho de 2023.          Tema: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: "FAZER OU NÃO FAZER" - DILEMAS DE UMA PRÁTICA COMPLEXA: PROPOSTA DE VÍDEO EDUCATIVO PARA O ENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.          Professora Orientadora: Dra. Nêlida Maria B. de Figueiredo.          Imagem da cena 16:          Disponível em: &lt;a href="https://www.passeidireto.com/fato/52233128--saude/arquivo/91939290--teorias-de-enfermagem-mojo-mental-cao-dado"&gt;https://www.passeidireto.com/fato/52233128--saude/arquivo/91939290--teorias-de-enfermagem-mojo-mental-cao-dado&lt;/a&gt; em 04 de abril de 2023.          Conteúdo Tecnológico, Vídeo Educativo. PPGSTEN - UNIDHO.2023.          E-mail: Visto/RO: "Bodo On da SAE", IMPLANTAÇÃO DA SAE.          ecainhalt@hotmail.com          cassiafortaleza</p> <p>Esta obra se encontra licenciada sob a Licença Creative Commons de Atribuição, Compartilhamento e Não-Comercial 4.0 Internacional</p> 

Fonte: Autor próprio 2023.

## 5.4 Produção Técnica Secundária: Imagens Criadas e Desenvolvidas na Pesquisa

### Resumo do Produto Acadêmico

#### Imagens Criadas e Desenvolvidas na Pesquisa

**Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira<sup>1</sup>; Nébia Maria Almeida de Figueiredo<sup>2</sup>.**

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Professora e Pesquisadora Visitante Emérita, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENFBIO-UNIRIO) e Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH-UNIRIO).

#### Imagens Criadas e Desenvolvidas na Pesquisa

**Objetivo:** desenvolver a produção de imagens educativas da pesquisa de mestrado desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSTEH/UNIRIO).

**Tipologia/Estratificação da Produção:** este produto é considerado um material didático e instrucional sendo classificado como T1 (100 pontos), segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Método:** as imagens foram desenvolvidas pelas autoras de forma manual, posteriormente obteve-se o auxílio de um programa para permitir a edição das imagens (Canva), cuja licença foi adquirida pelo período de um ano. **Resultados:** as imagens escolhidas para compor o texto final da dissertação, foram tratadas, e após esse processo apresentadas um total de doze imagens, que refletem o estudo realizado. **Conclusão:** as imagens educativas produzidas no contexto da pesquisa e na organização das informações dos dados, possibilitaram ao leitor outros caminhos no processo metodológico, mediante uma estrutura visual. As imagens foram registradas na plataforma Zenodo, obtendo o Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital) DOI: 10.5281/zenodo.8092828 podendo ser acessado através do site

<https://zenodo.org/record/8092828>.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Educação em saúde; Enfermagem; Filme e Vídeo Educativo; Imagem; Sistematização; Tecnologia.

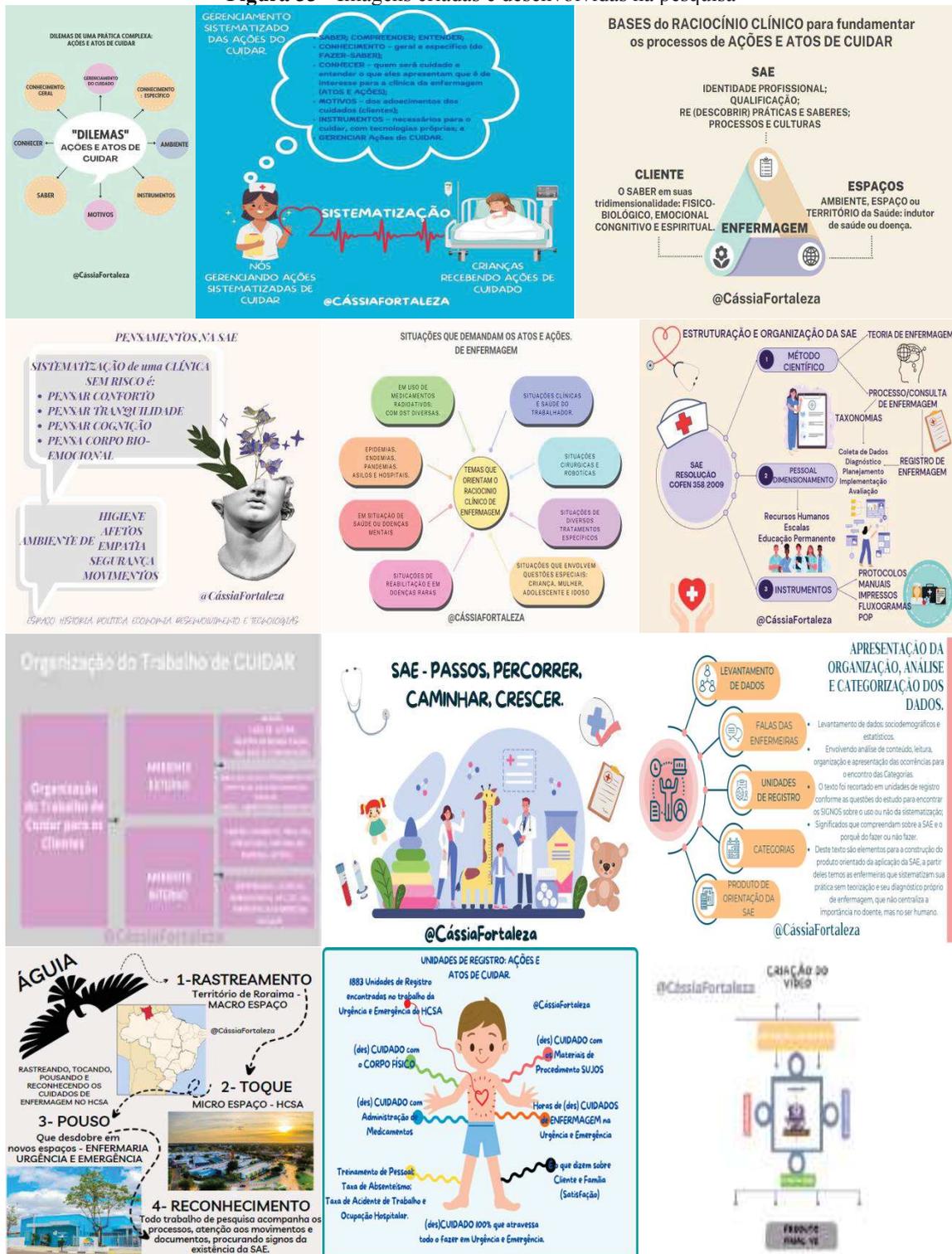
### **Images Created and Developed in Research**

**Objective:** to develop the production of educational images of the master's research developed under the Postgraduate Program in Health and Technology in the Hospital Space of the State University of Rio de Janeiro (PPGSTEH / UNIRIO).

**Production Typology/Stratification:** this product is considered a didactic and instructional material being classified as T1 (100 points), according to the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES). **Method:** the images were developed by the authors manually, later obtaining the help of a program to allow the editing of the images (Canva), whose license was acquired for a period of one year. **Results:** the images chosen to compose the final text of the dissertation, were treated, and after this process presented a total of twelve images, which reflect the study carried out. **Conclusion:** the educational images produced in the context of the research and in the organization of the data information, enabled the reader to take other paths in the methodological process, through a visual structure. The images were registered on the Zenodo platform, obtaining the Digital Object Identifier DOI: 10.5281/zenodo.8092828 and can be accessed through the website <https://zenodo.org/record/8092828>.

**Keywords:** Nursing Care; Health Education; Nursing; Instructional Film and Video; Image; Systematization; Technology.

Figura 33 - Imagens criadas e desenvolvidas na pesquisa



Fonte: Autor próprio 2022/2023.

## 5.5 Produção Técnica Secundária: Roteiro de Observação

### Resumo do Produto Acadêmico

#### Roteiro de Observação

**Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira<sup>1</sup>; Nébia Maria Almeida de Figueiredo<sup>2</sup>.**

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Professora e Pesquisadora Visitante Emérita, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENFBIO-UNIRIO) e Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH-UNIRIO).

**Objetivo:** elaborar roteiro de observação estruturada, para o levantamento de informações do perfil do ambiente, seus processos e suas características que influenciam no cuidar da enfermagem. **Tipologia/Estratificação da Produção Técnica:** este produto é considerado um material didático e instrucional sendo classificado como T1 (100 pontos), segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Método:** a coleta de dados e dos fenômenos observados é composta por instrumento com roteiro estruturado e pré-definido, que contempla as anotações consoante as situações apresentadas no ambiente da prestação do cuidar. **Resultados:** através dos dados produzidos a partir das observações durante o ato de cuidar da enfermagem para com os seus clientes, é possível ter contato direto com a realidade, compreendendo o local, ambiente, processos e os fluxos (macro e micro) que interferem nas ações de cuidar. **Conclusão:** a observação dos fatos precisa e os registros feitos é uma combinação confiável, havendo concordância entre os dois. Permitir entender, tocar o ambiente, ter uma visão crítica do local de trabalho, analisar e compreender o contexto do gerenciamento do cuidado da equipe de enfermagem e a sua interação com o meio e o cliente. O produto foi registrado na plataforma Zenodo, obtendo o Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital) DOI: 10.5281/zenodo.8092856 podendo ser acessado através do site <https://doi.org/10.5281/zenodo.8092856>.

**Palavras-chave:** Avaliação da pesquisa em saúde; Educação em saúde; Observação; Roteiro; Tecnologia.

### Observation Script

**Objective:** to develop a structured observation script to collect information on the profile of the environment, its processes and characteristics that influence nursing care. **Typology/Stratification of Technical Production:** this product is considered a didactic and instructional material being classified as T1 (100 points), according to the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES). **Method:** the collection of data and observed phenomena is composed of an instrument with a structured and pre-defined script, which contemplates the notes according to the situations presented in the care environment. **Results:** through the data produced from the observations during the act of nursing care for their clients, it is possible to have direct contact with reality, understanding the place, environment, processes, and flows (macro and micro) that interfere in care actions.

**Conclusion:** accurate observation of the facts and the records made is a reliable combination, and there is agreement between the two. Allowing to understand, touch the environment, have a critical view of the workplace, analyze, and understand the context of the care management of the nursing staff and their interaction with the environment and the client. The product was registered on the Zenodo platform, obtaining the Digital Object Identifier DOI: 10.5281/zenodo.8092856 and can be accessed through the website <https://doi.org/10.5281/zenodo.8092856>.

**Keywords:** Health Research Evaluation; Health Education; Observation; Script; Technology.

#### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

Roteiro para o levantamento das informações – Observações não participantes. No espaço onde a pesquisa será desenvolvida:

Observar e ver os fluxos (macro e micro):

- ❖ O local e ambiente, adequações, segurança e conforto;
- ❖ O contexto socioambiental, cultural, demográfico e econômico;
- ❖ Os problemas existentes enfrentados pela equipe de enfermagem que envolve diretamente o seu fazer (atos e ações);
- ❖ Existência de política pública, para desenvolver no enfrentamento dos problemas (projetos, protocolos, normas e rotinas, procedimentos operacionais padrões-POP, entre outros.);
- ❖ Indicadores de saúde, instituídos e os que a enfermagem faz no seu cotidiano de cuidar.

Fonte: Autor próprio 2022.

## CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo o que podemos afirmar é que trabalhamos na produção de dados quanti-qualitativos para captar as ações e atos nos cuidados de enfermagem com base nos indicadores de saúde, realizados pelas enfermeiras na urgência e emergência, para pensar na Plataforma digital - Vídeo Educativo, centrado na orientação e implantação da “SAE”, que no espaço pesquisado mostrou-se difícil, incerta como está nos dados.

O cenário da emergência é desafiador de coletar dados devido ao seu intenso dinamismo, o pesquisador precisa ter bom conhecimento da emergência e do cotidiano de cuidados para conseguir captá-los.

A coleta dos dados em meio a uma pandemia e em um ambiente de difícil exploração, deserto de pesquisas no campo de ação, domínio e pensamento da enfermagem, foi desafiadora, intensa e, ao mesmo tempo, muito prazerosa.

O estudo em tela permitiu identificar a caracterização e identificação do perfil dos participantes, enfermeiras que atuam na Urgência e Emergência na Pediatria no estado de Roraima. Proporcionou aprofundar no estudo dos passos metodológicos para a pesquisa de enfermagem com método cartográfico.

A enfermagem é uma área de atuação historicamente construída e desempenhada por mulheres, desde suas precursoras, como Florence Nightingale na Europa e Anna Nery no Brasil. A predominância da mulher na equipe hospitalar, principalmente no trabalho da enfermagem, pode ser explicada pelo arquétipo atribuído à mulher.

Os dados da pesquisa confirmam essa assertiva, predominante feminina, ou seja, 67% são de mulheres. Conciliando com a Pesquisa do Perfil da Enfermagem realizada pelo Cofen e Fiocruz, onde demonstrar que “a equipe de enfermagem é, predominante feminina, com 85,1% são mulheres”. (FIOCRUZ; CONFEN, 2017).

O fluxo dos depoimentos captados fez uma peregrinação para ver o cenário do cotidiano das enfermeiras, onde ainda há fragmentação em seu processo de trabalho, essas profissionais não implementa a SAE de forma sistemática e individualizada por diversos motivos.

Ao analisar as falas dos enfermeiros no seu cotidiano de cuidados na emergência identificou-se os “PORQUE”, (muitos já conhecidos), para não realizar a SAE de forma sistemática, pode-se citar: falta de pessoal (dimensionamento inadequado de profissionais); condições de trabalho inadequadas; falta de recursos; o despreparo técnico; falta de material; falta de tempo (sobrecarga de trabalho); salários baixos; a alta demanda de clientes; excesso

de trabalho; adoecimentos que aumentam o absenteísmo; falta de autoestima e de reconhecimento; falta de cuidado com os profissionais.

Entretanto, por todas as adversidades reveladas, as enfermeiras demonstram continuar a desenvolver o seu trabalho com grande dinamismo para cuidar, olhando a todo tempo, realizando toque instrumental e terapêutico, ouvindo, sentindo odores, escutando angústias de clientes e familiares, assim sendo como instrumento do cuidado de Enfermagem na emergência.

Durante a pesquisa, pôde-se perceber que as enfermeiras têm conhecimento sobre a SAE, alguns vagamente, outros já estão aprofundando-se no assunto e tentando implantá-lo no seu dia a dia, mesmo que apenas parcialmente. Todavia, evidenciou nas falas das enfermeiras que o cuidado de enfermagem na Urgência e Emergência, apesar de limitados em relação a SAE, mantém o corpo atento e vigilante para cuidar dos clientes desconhecidos em momento emergente, realizando cuidados, ações e atos indireto-organizacionais e cuidados diretos aos clientes.

Os fatores que contribuem para a dificuldade de implementação da SAE nos serviços de saúde, são diversos, todavia, criar estratégias factíveis para a viabilização deste processo mostra-se indispensável para que o mesmo ocorra satisfatoriamente.

Para Florêncio (2009 apud BARROS et al., (2021)), afirma que a SAE é uma forma, um método de trabalho para melhorar a qualidade da assistência ao cliente por meio do planejamento e execução das ações de intervenção da enfermagem. Essas ações elaboradas e supervisionadas pela enfermeira e aplicadas pela equipe em conjunto, é o próprio gerenciamento do cuidado, cabendo a enfermeira conhecer sua equipe e o perfil de seus clientes, para melhor execução dos processos.

Evidencia-se a necessidade de mais estudos sobre a tipologia das ações e atos nos cuidados de Enfermagem na emergência interligados com indicadores (qualidade, risco, gestão, entre outros). Em outras áreas do Saber da Enfermagem percebe-se que o aprofundamento dessa temática poderá contribuir de forma significativa para a compreensão e afirmação da identidade profissional na emergência e em outras áreas do Saber/fazer da Enfermagem.

Visando a criação e manutenção de programas de avaliação para a capacitação de recursos humanos a fim de desenvolverem ações de qualidade em saúde, em busca de saberes teórico-práticos para a equipe de enfermagem e de conferir a qualidade do cuidado, e por conseguinte, a satisfação profissional e dos clientes.

A pesquisa elucidou a elaboração de 17 (dezessete) produtos, destes, foram sistematizados em: artigo, produção técnica principal e secundária.

O produto principal, o vídeo educativo e os materiais didáticos, como produtos secundários, foram criados, apresentados e auxiliaram a identificar o rastreamento de signos (atos, ações e atenções) e indicadores de problemas de enfermagem para uma clínica sistematizada em um ambiente que exige da enfermagem uma disciplina do saber/fazer cujo objeto é o cuidado de enfermagem aos clientes/familiares, ambiente e profissionais, sendo o sujeito que cuida na emergência a enfermeira para sustentação da vida, segurança, conforto ou morte “serena”.

A partir, de então, devemos testar o material produzido para avaliação dos profissionais e nos submetê-las ou não a suas considerações. A SAE permite e estimula a busca constante de uma enfermagem qualificada e esta deve ser adequada a sua realidade.

No entanto, o sucesso da operacionalização da SAE se dá por meio de um desenvolvimento mútuo, em que as pessoas são valorizadas pela organização enquanto contribuem efetivamente para o seu desenvolvimento, assim como, as organizações são valorizadas pelas pessoas enquanto lhes oferecem condições concretas para o seu crescimento (SOARES et al., 2015).

Por fim, cabe destacar que nada adianta utilizar a SAE como receita de bolo, mas sim adequá-la consoante a realidade de cada instituição, sendo preciso verificar o número do pessoal de enfermagem proporcional ao número de leitos do hospital, contemplando à resistência por parte de alguns enfermeiros que recusam a SAE como respaldo legal da profissão, quebrando o tabu de que esse instrumento não veio para somar e avigorar a autonomia do profissional.

## REFERÊNCIAS

AMANTE, L. N.; ROSSETTI, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 1–11, 2009.

Associação Paulista de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). JCHO, 1989 apud **Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH**. 2. Ed. São Paulo: APM/CREMESP; 2012, p.11.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; SASSO, G. T. M. D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 378–385, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo. Edições 70, 2015.

BARROS, B. C. et al. Obstáculos da aplicabilidade da SAE no âmbito hospitalar. **Revista Brasileira de Ciências Biomédicas**, v. 1, n. 3, p. 142–155, 2021.

BENTO, S. F. V.; MODENA, C. M.; CABRAL, S. DOS S. Produção de vídeos educativos sobre saúde a partir da interlocução entre estudantes e pesquisadores. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 12, n. 3, p. 335–345, 2018.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 1986. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3ª ed. rev. Brasília - DF: Série A. Normas e Manuais técnicos, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde: Série B. Textos Básicos em Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias - Guia de Bolso**. 8ª ed. rev. Brasília - DF: Série B. Textos Básicos em Saúde, 2010. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_infecciosas\\_parasitaria\\_guia\\_bolso.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 393 **Requisitos de Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência (Revogação da Res. GMC Nº 12/07)**. Brasília, 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.317 **Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES**. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Institucionalização das Ações no Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 743747, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/29.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CALDERARO, A. C. D.; SANTOS, J. E. C. D.; FARIAS, M. D. C. C. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE): os desafios e seus paradigmas uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde - UNG-Ser**, v. 10, n. 1 ESP, p. 42, 2017.

CAMPOY, L. T. et al. Reabilitação intestinal de indivíduos com lesão medular: produção de vídeo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2376–2382, 2018.

COLLIÈRE, M.-F. **Cuidar : a primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: Lusociência, 2003.

CONFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília - DF, 2009. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/>>. Acesso em: 23 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Resolução COFEN nº. 564/2017, de 06 de Dezembro de 2017. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília -DF, 2017. Disponível em <[http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf)>. Acesso em: 23 de set. 2021.

CRUZ, A. DE M. P. DA; ALMEIDA, M. DE A. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 921–927, 2010.

DAMÁSIO, A. **Sentir e saber: As origens da consciência**. 1ª edição ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

ECHOSIS. As 10 redes sociais mais usadas no Brasil em 2022. **Echosis**. Santa Catarina. 2022. Disponível em: <<https://www.echosis.com.br/as-10-redes-sociais-mais-usadas-no-brasil-em-2022/>>. Acesso em: 24 ago. 2022.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-CONFEN/2017. 750p. Disponível em: <<<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>>. Acesso em: 23 set. 2021.

FRANCO, M. V. A.; DANTAS, O. M. A. N. A. **Pesquisa exploratória: aplicando instrumentos de geração de dados observação, questionário e entrevista**. IV Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação. **Anais...** Em: XIII

CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Curitiba - PR: 2017. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/63965456-Pesquisa-exploratoria-aplicando-instrumentos-de-geracao-de-dados-observacao-questionario-e-entrevista.html>>. Acesso em: 10 jul. 2023

FREITAS, G. F. DE; OGUISSO, T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 34–40, 2008.

HORTA, V. DE A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2005.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo**

**Demográfico 2022**. Roraima: IBGE, 2022. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama>>. Acesso em: 30 jun. 2023.

JUNIOR, D. I. DE S. et al. Impasses, condições e potencialidades à implementação do processo de enfermagem na prática hospitalar brasileira: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 656–666, 2017.

MERHY, E. E. (ORG); ONOCKO, R. (ORG). Agir em saúde: um desafio para o público. Em: **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MORIN, E. **Ensinar a viver: Manifesto para mudar a educação**. 1ª edição ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2015.

NIGHTINGALE, F.; CASTRO, I. B.; CARVALHO, A. C. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, n. 2–3, p. 154–154, 1989.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. D. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 1ª edição ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2017.

ROJAS MARTÍNEZ, M. V.; CARDOZO SILVA, S. L. El video como soporte social a cuidadores de personas con enfermedad crónica, Girardot 2010. **Av. enferm**, v. 33, p. 199–208, 2015.

SANTAELLA, Lucia. **Linguagens líquidas na era da mobilidade**. 1ª ed. São Paulo: Paulus, 2007.

SANTOS, W. N. DOS et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 5, n. 2, p. 153–158, 2014.

SILVA, D. M. DE L.; CARREIRO, F. DE A.; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 1044–1051, 2017.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Em: **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1133.

SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 47–53, 2015.

SOUZA, D. G. et al. **Teorias de enfermagem: relevância para a prática profissional na atualidade**. 1. ed. Mato Grosso do Sul: Editora Inovar, 2021.

SOUZA, N. R. DE; BERALDO, R. A. S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem nos setores de urgência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 7773–7780, 2015.

STINA, A. P. N.; ZAMARIOLI, C. M.; CARVALHO, E. C. DE. Efeito de vídeo educativo no conhecimento do aluno sobre higiene bucal de pacientes em quimioterapia. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 220–225, 2015.

STRAGLIOTTO, D. DE O. et al. Implementação e avaliação de um vídeo educativo para famílias e pessoas com colostomia. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 15, n. 4, 2017.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Em: **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

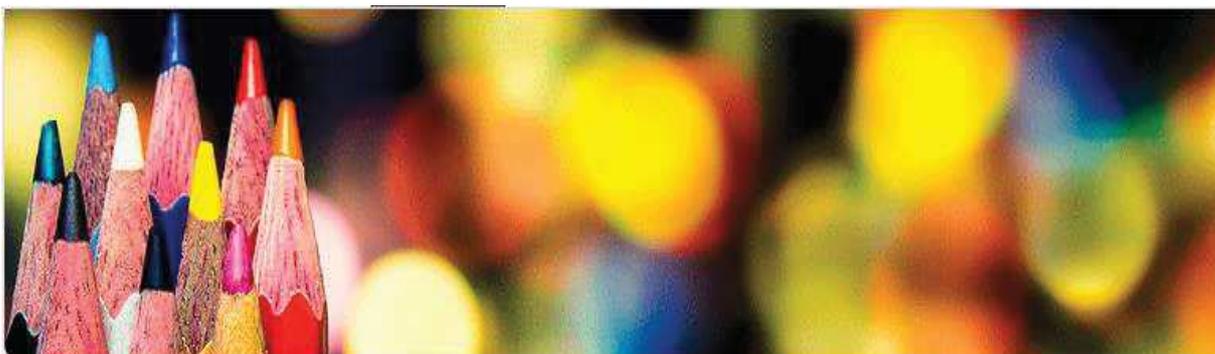
TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Em: **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

TREVIZAN, M. A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 85–89, 2002.

TRONCHIN, D. M. R.; FREITAS, G. F. DE; MELLEIRO, M. M. Avaliação de serviços, qualidade e segurança do paciente no setor de saúde. **Gerenciamento em enfermagem**, 2016.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, p. 221–227, 2009.

## APÊNDICE A - CARTA CONVITE



### Carta Convite

Olá enfermeiro(a)!

Me chamo Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira, sou mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO) e quero convidá-lo(a) a participar da pesquisa com o título: "Sistematização Híbrida da assistência de enfermagem – Qualitativa e Quantitativo na Emergência do Hospital da Criança Santo Antônio em Roraima."

Essa pesquisa vai ser realizada através de um questionário online cujo link está logo abaixo. Na primeira página do questionário terá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que é muito importante que você o leia por completo para você decidir se participará ou não desta pesquisa.

Se você é enfermeiro(a) que atua na Urgência, Emergência e Acolhimento do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) sua ajuda respondendo a este questionário será muito importante.

Link para responder o questionário: <https://forms.gle/MGfZ2DQh46Xch3S46>

Obrigada!

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO  
HOSPITALAR  
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGSTEH)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Baseado na Resolução nº466/2012, apresenta-se a pesquisa “Sistematização Híbrida da assistência de enfermagem – Qualitativa e Quantitativo na Emergência do Hospital da Criança Santo Antônio em Roraima”.

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa científica: “Sistematização Híbrida da assistência de enfermagem – Qualitativa e Quantitativo na Emergência do Hospital da Criança Santo Antônio em Roraima”, sob a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira, mestrande do curso de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – PPGSTEH da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, sob a orientação da Professora Doutora Nébia Maria Almeida de Figueiredo da UNIRIO.

O objetivo dessa pesquisa consiste em “analisar a dinâmica e a complexidade do gerenciamento do cuidado da equipe de enfermagem na urgência e emergência do HCSA em Roraima”.

A sua participação na pesquisa será por meio da resposta a está questionário, que está dividido em três partes. A primeira parte é formada por perguntas relacionadas ao perfil dos participantes profissionais, a segunda parte é constituída pela autoavaliação das competências do (a) enfermeiro (a), com o uso de indicadores de qualidade e a terceira etapa é constituída por uma questão aberta e de avaliação, para mensurar o grau de prioridade dos indicadores assistenciais e de gestão.

Sobre os benefícios em participar desta pesquisa, este estudo favorece uma autoavaliação acerca dos seus conhecimentos, habilidades e comportamentos relacionados a indicadores de saúde, podendo te incentivar a aperfeiçoar os aspectos em que o (a) senhor(a) observar maior defasagem.

Entretanto essa pesquisa não necessariamente lhe trará benefícios diretos. Mas, a sua

participação fornecerá informações relevantes para a elaboração desta pesquisa, cujos resultados contribuirão para a pesquisa em enfermagem e poderão auxiliar no desenvolvimento de projetos que possam intervir em seus resultados ou melhorar a assistência em saúde.

Essa pesquisa tem responsabilidade ética, a realização da devolutiva ao final do estudo, aos participantes, sociedade e a instituição envolvida, demonstrando os resultados obtidos e o produto tecnológico desenvolvido.

De acordo com a Resolução do CNS nº 466/12 inciso V, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, em tipos e gradações variadas, mesmo que mínimos.

Os eventuais riscos inerentes a essa pesquisa estão relacionados: a possível desconforto durante o preenchimento do questionário pelas perguntas estarem relacionadas as suas competências e atuações profissionais; disponibilidade de tempo para responder ao questionário, interferindo na vida e na rotina dos sujeitos; invasão de privacidade; divulgação de dados confidenciais (estigmatização).

Além disso, pela coleta de dados ocorrer por meio de uma plataforma digital, há risco de vazamento dos dados. No entanto, os dados serão armazenados dentro da plataforma Google, onde somente os pesquisadores terão acesso e utilizarão aplicativos de proteção de segurança contra vírus e invasores. Pode, também, ocorrer a queda de conexão de internet durante a resposta ao questionário, sendo necessário reiniciar o preenchimento.

No caso de desconforto ou situação desagradável durante a resposta ao questionário, a pesquisadora poderá oferecer apoio assistencial para o enfrentamento dessa situação.

Buscando diminuir o risco de vazamento dos seus dados, após o término do período de coleta de dados, foi realizado o download dos dados coletados para uma planilha do Excel do seu dispositivo local de acesso exclusivo, onde ficou armazenado, apagando as respostas dos participantes da plataforma digital “Formulários Google”, ambiente compartilhado ou nuvem.

Assegurando assim o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Essa planilha do Excel com as respostas dos participantes será de acesso e uso exclusivo da pesquisadora da pesquisa que se compromete em manter a confidencialidade e sigilo quanto às informações de todos os participantes da pesquisa.

Todavia, em todas as fases da pesquisa até a sua publicação, serão tomadas todas as providências e cautelas para assegurar a não identificação nominal no questionário ou em banco de dados, ou seja, certificar o anonimato, a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e conseqüentemente a minimização significativa de riscos ou danos advindos da pesquisa. Ainda será assegurado que não haverá interferência da pesquisadora nos

procedimentos habituais do local de estudo ou na vida do participante e da não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18) e conforme inciso XI.2 f) da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466, DE 12 de Dezembro de 2012.

Caso o (a) senhor (a) sofra algum dano devido a sua participação nesta pesquisa, será garantido para o (a) senhor (a) o ressarcimento e indenização referente ao dano causado.

O(a) senhor(a) poderá se recusar a participar desta pesquisa e poderá deixar de participar deste estudo a qualquer momento, sem precisar se justificar, e inclusive, não sofrerá nenhum dano caso deseje sair desta pesquisa. Mas, após enviar a sua resposta, não será possível excluir os seus dados, caso queira retirar o seu consentimento em participar desta pesquisa, devido a impossibilidade de identificar o seu questionário.

Além disso, durante todas as partes da pesquisa, será respeitada a sua privacidade e garantido o sigilo quanto a qualquer informação fornecida neste questionário que possa revelar a sua identidade.

Apesar das perguntas não serem marcadas como obrigatórias, solicitamos que responda todas as perguntas para que não haja prejuízo na coleta de dados do estudo. Caso haja desconforto com alguma questão, feche o questionário. As respostas só aparecem para os pesquisadores quando ao final se aperta o “enviar”. A pesquisa é constituída por 21 (vinte e um) perguntas, o tempo estimado para responder este questionário é de 15 minutos, podendo esse tempo variar de 10 a 20 minutos. A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa.

Além disso, o (a) senhor (a) terá acesso a uma via deste TCLE através do link disponibilizado no final deste termo, para que possa imprimir e guardar. É importante que o (a) senhor (a) guarde em seus arquivos essa cópia do TCLE.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, esclarecimentos sobre este estudo ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora responsável, Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira, nos seguintes meios de comunicação: telefone: 095-984098702. correio: Rua Aquário 929, Cidade Satélite, Boa Vista/RR. e-mail: [sesinha@edu.unirio.br](mailto:sesinha@edu.unirio.br).

Caso persistam dúvidas sobre o estudo, ou em caso de denúncias e/ou sugestões o CEP UNIRIO poderá ser acionado através do telefone (21) 2542-7796, e-mail [unirio@unirio.br](mailto:unirio@unirio.br) ou correio: Av. Pasteur 296, Botafogo, Subsolo do prédio da Escola de Nutrição-Rio de Janeiro/RJ, no horário das 09h às 14h nos dias de segunda, terça e quinta – feira.

Pesquisadora Responsável: Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira



---

Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira

ENF. 265.355 COREN-RR

17788372001-1 SSP/MA

CPF: 813.428.372-15

Com isso, tendo sido esclarecidas todas as informações relacionadas a esta pesquisa e estando totalmente ciente de que não pagará e nem receberá nenhum valor econômico pela sua participação neste estudo, se manifesta o seu consentimento livre e esclarecido em participar da pesquisa de acordo com as informações apresentadas acima, marque a opção "Li e concordo em participar desta pesquisa" para poder participar deste estudo. Caso não concorde em participar deste estudo, apenas feche a página do seu navegador.

## APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE PESQUISA

### QUESTIONÁRIO

O roteiro desenvolvido para a entrevista será constituído de três partes.

PARTE 1: Referente ao perfil dos participantes, em que eles responderam perguntas que gerarão dados de identificação e informações sobre o tempo de formação e exercício profissional, tempo de atuação na instituição e nível de qualificação profissional.

PARTE 2: Perguntas compostas para conhecer as experiências dos (as) profissionais enfermeiros (as), com o uso de indicadores de qualidade no seu local de trabalho.

PARTE 3: Constituída por uma questão aberta e de avaliação, para mensurar o grau de prioridade dos indicadores assistenciais e de gestão, na perspectiva dos (as) profissionais enfermeiros (as).

#### PARTE 1

Perfil dos participantes

Qual o seu sexo?

Feminino

Masculino

Outro

Qual a é a sua idade?

20 a 24 anos

25 a 29 anos

30 a 34 anos

35 a 39 anos

40 a 44 anos

45 a 49 anos

50 a 54 anos

55 a 59 anos

Qual o seu turno de trabalho?

Matutino

Vespertino

Plantonista (Noturno/Diurno)

Há quanto tempo você tem de formação profissional?

Há menos de 5 anos

- 5 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- Acima de 20 anos

Há quanto tempo você exerce sua profissão?

- Há menos de 5 anos
- 5 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- Acima de 20 anos

Você tem alguma pós-graduação? Qual?

Qual seu vínculo empregatício, nessa instituição?

- Servidor temporário
- Servidor estatutário
- Outro

Há quanto tempo você trabalha nessa instituição?

- Há menos de 12 meses
- 13 a 24 meses
- 25 a 48 meses
- 49 a 72 meses
- Maior ou igual a 73 meses

## PARTE 2

Indicadores Assistenciais e de Gestão de Pessoas na qualidade da assistência de enfermagem.

Você já realizou algum treinamento/capacitação/palestras, voltado para conhecer os indicadores de qualidade na assistência de enfermagem?

- Sim
- Não

Se sim, foi na atual instituição que você trabalha (pediatria)?

- Sim
- Não
- Não se aplica

Você possui alguma experiência com o uso de indicadores de qualidade da assistência

de enfermagem?

Sim

Não

Se sim, quais desses indicadores você mais utiliza no seu dia a dia (marque os 3 (três) mais utilizados).

Incidência de queda de pacientes

Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal

Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral para aporte

nutricional

Incidência de úlcera por pressão

Incidência de lesão de pele

Incidência de erro de medicação

Incidência de não conformidade na administração de medicamentos

Incidência de quase falha relacionada ao processo de administração de medicação

Incidência de flebite

Incidência de extravasamento de contraste

Incidência de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorial

Incidência de droga antineoplásica em pacientes internados

Incidência de perda de cateter central da inserção periférica

Incidência de perda de cateter venoso central

Incidência de instrumentais cirúrgicos com sujeira

Horas de assistência de enfermagem (unidades de internação)

Horas de enfermeiro (unidades de internação)

Horas de técnicos/auxiliares de enfermagem (unidade de internação)

Horas de assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva

Horas de enfermeiros em unidade de terapia intensiva

Horas de técnico e auxiliares de enfermagem em unidade de terapia intensiva

Índice de treinamento de profissionais de enfermagem

Taxa de absenteísmo de profissionais de enfermagem

Taxa de rotatividade de profissionais de enfermagem

Taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem

Taxa de ocupação hospitalar

Satisfação do paciente/acompanhante

Não sabe responder

Existem outros indicadores que você utiliza na sua prática, que não estão mencionados nessa pesquisa? Cite os 3(três) principais.

Explique o motivo que fez você destaca os 3 (três) principais indicadores.

Caso você não utilize os indicadores na sua prática de trabalho, descreva os motivos, seja por falta de tempo, de conhecimento técnico, incentivo da gestão ou outros.

Na sua opinião, o local de trabalho proporciona meios para você conhecer e utilizar os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem?

Sim

Não

PARTE 3:

Avaliação dos (as) profissionais enfermeiros (as) dos indicadores de qualidade (assistenciais e de gestão de pessoas) como instrumentos na avaliação da assistência da enfermagem.

Será apresentada uma lista de indicadores de qualidade (assistenciais e de gestão de pessoas) e solicitamos que você atribua para cada indicador um grau de prioridade para avaliação da qualidade da assistência da enfermagem, na sua atual instituição pediátrica. As variáveis serão entre 5 (cinco) a 1 (um), quanto mais próximo de cinco, maior o grau de prioridade e em seguida justificassem, de forma livre e escrita, a escolha dos três indicadores com maior prioridade, escolhidos por você, em caso de empate, escolha os três principais.

Incidência de queda de pacientes

Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal

Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral para aporte nutricional

Incidência de úlcera por pressão

Incidência de lesão de pele

Incidência de erro de medicação

Incidência de não conformidade na administração de medicamentos

Incidência de quase falha relacionada ao processo de administração de medicação

Incidência de flebite

Incidência de extravasamento de contraste

Incidência de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorial

Incidência de droga antineoplásica em pacientes internados

- Incidência de perda de cateter central da inserção periférica
- Incidência de perda de cateter venoso central
- Incidência de instrumentais cirúrgicos com sujidade
- Horas de assistência de enfermagem (unidades de internação)
- Horas de enfermeiro (unidades de internação)
- Horas de técnicos/auxiliares de enfermagem (unidade de internação)
- Horas de assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva
- Horas de enfermeiros em unidade de terapia intensiva
- Horas de técnico e auxiliares de enfermagem em unidade de terapia intensiva
- Índice de treinamento de profissionais de enfermagem
- Taxa de absenteísmo de profissionais de enfermagem
- Taxa de rotatividade de profissionais de enfermagem
- Taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem
- Taxa de ocupação hospitalar
- Satisfação do paciente/acompanhante
- Não sabe responder

Justifique sua resposta aqui:

#### PARTE 4:

Avaliação dos profissionais enfermeiros em relação a SAE na sua prática diária.

No seu processo de cuidar, pensou ou exercitou utilizar a SAE? Comente sua resposta.

Quais dificuldades você tem em sistematizar a SAE?

No seu modo de pensar, por que os profissionais têm dificuldade de instituir a SAE?

Faça um comentário sobre a real possibilidade da implantação e/ou implementação da SAE, no seu dia a dia na prática.

Obrigada pela sua participação

## APÊNDICE D - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Cronograma das atividades e trabalhos para a realização do projeto de investigação a ser desenvolvido nos anos de 2021-2023, ou conforme grade curricular do curso.

<b>ETAPAS DA PESQUISA</b>	<b>1º Sem. (2021)</b>	<b>2º Sem. (2021)</b>	<b>3º Sem. (2022)</b>	<b>4º Sem. (2022)</b>	<b>5º Sem. (2023)</b>
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	X
Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa		X	X		
Qualificação do Estudo				X	
Coleta dos Dados			X	X	
Análise dos Dados			X	X	
Discursão dos Dados			X	X	
Elaboração do Relatório Final da Dissertação					X
Defesa da Dissertação					X

Fonte: Autor próprio 2022/2023.

## ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA



NUP: 00000.9.205527/2021

SMSA

## TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista/RR – SMSA e a Direção Geral do Hospital da Criança Santo Antônio – HCSA, estão de acordo e autorizam a execução do projeto *Sistematização “Híbrida” da assistência de enfermagem – Qualitativa e Quantitativo na emergência do Hospital da Criança Santo Antônio em Roraima*, coordenado pela pesquisadora Enfermeira Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira, CPF: 813.428.372-15, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa UNIRIO (CEP UNIRIO). Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem-estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Boa Vista-RR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SGTES  
RECEBIDOData 08/09/2021  
Hora 15:47  
Assinatura

## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO		71
---	---	----

Continuação do Parecer: 5.325.445

## ANEXO 1

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**
**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SISTEMATIZAÇÃO HÍBRIDA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM QUALITATIVA E QUANTITATIVO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO EM RORAIMA.

**Pesquisador:** CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55800822.5.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.325.445

**Apresentação do Projeto:**

Textos dos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" retirados dos documentos do projeto inseridos na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador(a) responsável ou qualquer membro da equipe de pesquisa.

"Objetivos: Analisar a dinâmica e a complexidade do gerenciamento do cuidado da equipe de enfermagem na urgência e emergência do HCSA em Roraima e apresentar um produto de orientações com base na SAE com ênfase na qualidade do cuidado e segurança do paciente. Material e Método: Estudo exploratório e descritivo, em uma metodologia aplicada, numa abordagem do método qualitativo e quantitativo. O local de estudo será o Hospital da Criança Santo Antônio-HCSA, os sujeitos envolvidos serão os enfermeiros (as) que atuam de forma rotineira ou em regime de escala de plantões no setor da urgência, emergência e acolhimento, excluindo os profissionais que estão de licença, férias ou afastamento, na época da pesquisa. Mantendo o anonimato desses atores. Os demais profissionais da equipe de enfermagem, pacientes e seus acompanhantes que se encontram em outros setores da unidade hospitalar, não participaram da pesquisa.

<b>Endereço:</b> Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição		
<b>Bairro:</b> Urca	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO	<b>CEP:</b> 22.290-240
<b>UF:</b> RJ		<b>E-mail:</b> cep@unirio.br
<b>Telefone:</b> (21)2542-7796		

Continuação do Parecer: 5.325.445

A técnica de coleta de dados e a produção de dados quali-quantitativos, terá como instrumento a composição de questionários (através da ferramenta google formulários) com perguntas estruturadas e aberta, análise de conteúdo, pesquisa bibliográfica e de campo através de observações não participante fazem parte desse processo. Os meios de análise serão: estatística/análise descritiva, análise de conteúdo (documento) e de discurso. Etapas principais: 1º formulação do tema, do problema e apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa-CEP; 2º coleta e avaliação dos dados, 3º análise e interpretação dos dados e 4º produção do produto e apresentação dos resultados. Possíveis desfechos: Analisar a diversidade de atendimento prestado na unidade de saúde pelo profissionais de enfermagem, relacionando os indicadores de saúde com a qualidade de saúde, prestada aos pacientes da unidade. Diante disso, propor um produto que irá auxiliar no desenvolvimento das atividades dos profissionais de enfermagem, visando a qualidade do atendimento, através dos indicadores de saúde."

**Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primário:

Este trabalho tem como objetivo geral analisar a dinâmica e a complexidade do gerenciamento do cuidado da equipe de enfermagem na urgência e emergência do HCSA em Roraima e apresentar um produto de orientações com base na SAE com ênfase na qualidade do cuidado e segurança do paciente, considerando a grande diversidade cultural da clientela assistida, além do contexto demográfico singular, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população.

Objetivo Secundário:

Melhorar a qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial; Facilitar o uso de conhecimento e incorporação de novas tecnologias; Conhecer dados sócio-demográficos; Analisar os motivos de atendimentos e internações; Detectar os instrumentos utilizados para o desenvolvimento da SAE e de seus resultados; Identificando os problemas existentes no desempenho da SAE; Contribuir para a qualidade do cuidado e segurança do paciente."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 5.325.445

**"Riscos:**

Os eventuais riscos inerentes a essa pesquisa estão relacionados: a possível desconforto durante o preenchimento do questionário pelas perguntas estarem relacionadas as suas competências e atuações profissionais; disponibilidade de tempo para responder ao questionário, interferindo na vida e na rotina dos sujeitos; invasão de privacidade; divulgação de dados e confidenciais (estigmatização). Além disso, pela coleta de dados ocorrer por meio de uma plataforma digital, há risco de vazamento dos dados.

No entanto, os dados serão armazenados dentro da plataforma Google, onde somente os pesquisadores terão acesso e utilizarão aplicativos de proteção de segurança contra vírus e invasores. Poderá ocorrer a queda de conexão de internet durante a resposta ao questionário, sendo necessário reiniciar o preenchimento.

**Benefícios:**

A pesquisa tem como principal benefício, proporcionar um produto de orientação científica com base na SAE com a pretensão de gerar novos conhecimentos e melhorias na qualidade da assistência. A pesquisa e sua posterior publicação, serão realizadas de forma a garantir o sigilo das respostas e a não identificação dos participantes, nem mesmo será publicada as iniciais dos nomes dos participantes ou qualquer outra forma que permita a identificação individual, desse modo, as informações serão confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresentada é de responsabilidade refere-se ao mestrado de pós-graduanda do PPGSTEH/UNIRIO.

As respostas às pendências apontadas em Parecer Consubstanciado anterior foram apreciadas pelo CEP UNIRIO:

Pendência 1: Incluir orientador(es) como integrante(s) da equipe de pesquisa na PB.

Resposta a pendência 1: Realizado a inclusão do nome da orientadora, Nébia Maria Almeida de Figueiredo como integrante da equipe de pesquisa, na PB e no TCLE.

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 2: Descrever como os contatos de email e/ou telefone dos potenciais participantes serão obtidos. Resposta a pendência 2: Descrito no projeto o recrutamento

<b>Endereço:</b> Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição	
<b>Bairro:</b> Urca	22.290-240
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO
<b>Telefone:</b> (21)2542-7796	<b>CEP:</b> <b>E-mail:</b> cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



74

Continuação do Parecer: 5.325.445

dos participantes, através da lista de email e decontatos telefônicos (whatsapp), fornecido pela instituição coparticipante (HCSA).

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 3: Detalhar como será entregue/enviada a via do TCLE ao participante assinada pela pesquisadora responsável.

Resposta a pendência 3: Detalhado no projeto como será enviado a via do TCLE assinada pela pesquisadora responsável ao participante. A Entrega/encaminhamento será via download, o link estará disponível no final do texto do TCLE e ao final do questionário da pesquisa. No projeto encontra-se o modelo do TCLE.

Página do Projeto: 05 e 16.

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4: Incluir a secretaria municipal de saúde e/ou o Hospital alvo da pesquisa na PB comocoparticipantes.

Resposta a pendência 4: Realizado a inclusão da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista/RR (SMSA) eo Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), como instituições coparticipantes na PB e no projeto.

Páginas do Projeto: 05, 09 e 10.

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 5: Apresentar os questionários na plataforma virtual, tal e qual serão disponibilizados aos potenciais participantes.

Resposta a pendência 5: Apresentado o questionário como será disponibilizado da plataforma virtual, através do link informado no projeto e modelo (apêndice 3 do projeto).

Página do Projeto: 06 e 20.

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 6: Esclarecer se haverão outros questionários ou roteiro de coleta de dados para as etapas envolvendo pacientes, consulta a prontuários e observações. Destaca-se que se a inclusão de cada grupo de participantes está relacionada a existência de objetivos diferentes, é recomendado apresentar TCLEs separados para cada um dos

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 5.325.445

grupos de potenciais participantes (pacientes, gestores, profissionais de saúde da assistência).

Resposta a pendência 6: Repirado do projeto os seguintes sujeitos da pesquisa: pacientes e seus acompanhante, coordenadores e gestores, além da consulta a prontuários, não sendo mais necessário questionários ou roteiros de coleta de dados e a apresentação de diferentes TCLEs para esses grupos. Realizados os esclarecimentos necessários em relação à coleta de dados na etapa de observações e acrescentado o roteiro para o levantamento de informações, que será utilizado na fase de observações. Página do projeto: 05, 06 e 07.

Avaliação: PENDÊNCIA EXCLUÍDA.

Pendência 7: Descrever com mais detalhes as variáveis que serão coletados dos prontuários dos participantes, e se forem de paciente internados, será preciso incluir no TCLE deste grupo, o pedido de autorização do paciente e/ou responsável. Caso não seja de pacientes internados, apresentar justificativa de dispensa de TCLE para este grupo em particular.

Resposta a pendência 7: Retirado do projeto a análise de documentos envolvendo prontuários, não sendo necessário descrever com mais detalhes as variáveis para coleta.

Página do projeto: 05 e 06.

Avaliação: PENDÊNCIA EXCLUÍDA.

Pendência 8: Descrever também com detalhes as etapas de “observações participativas” e “análise de documentos” descritas como técnicas de coleta de dados.

Resposta a pendência 8: Descrito com detalhes no projeto de pesquisa, as etapas de “observações participativas” e “análise de documentos”.

Página do Projeto: 05 e 06.

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 9: Apresentar a carta convite que será veiculada para o recrutamento dos participantes. Resposta a pendência 9: Apresentando carta convite que será veiculada para o recrutamento dos participantes em formato de link e apêndice no projeto de pesquisa.

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 5.325.445

Página do Projeto: 05 e 15.

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 10: Apresentar o TCLE na plataforma virtual como será enviado aos potenciais participantes. Atentar para que haja possibilidade de download do mesmo para armazenamento pelo participante.

Resposta a pendência 10: Apresentando o TCLE na plataforma virtual (link) e como apêndice no projeto, possibilitando aos participantes o armazenamento, download e impressão do documento.

Página do Projeto: 05 e 16.

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 11: Ajustar os riscos e benefícios descritos no TCLE conforme apresentado no projeto detalhado (riscos com o uso de plataforma virtual) e as estratégias que serão adotados para minimizá-los.

Resposta a pendência 11: Ajustados os riscos com o uso de plataforma virtual, benefícios e estratégias adotadas para minimizá-los, descrito no TCLE.

Página do Projeto: 16.

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 12: Incluir no TCLE todos os direitos dos participantes de pesquisa descritos na resolução nº466/2012, tais como ressarcimento, indenização e assistência ao participante.

Resposta a pendência 12: Incluído no TCLE todos os direitos dos participantes da pesquisa descritos na resolução nº466/2012, tais como ressarcimento, indenização e assistência aos participantes.

Página do Projeto: 16.

Avaliação: PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados para esta versão do projeto: Projeto detalhado com ajustes; Cronograma atualizado; TCLE corrigido; Carta convite; Link de acesso à carta convite, TCLE e instrumentos de coleta de dados; Carta de atendimento às pendências.

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 5.325.445

**Recomendações:**

Entende-se que a terminologia adotada pela Resolução CNS n.º 466, de 2012, item II.10 –participante de pesquisa, deva ser empregada em todos os documentos do protocolo de pesquisa, incluindo o TCLE, em substituição a voluntário, paciente etc. Recomenda-se adequação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências apontadas em Parecer Consubstanciado anterior foram plenamente atendidas. Não foram identificadas novas pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO ([www.unirio.br/cep](http://www.unirio.br/cep)) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo de pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** [cep@unirio.br](mailto:cep@unirio.br)

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



78

Continuação do Parecer: 5.325.445

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1895325.pdf	31/03/2022-00:30:22		Aceito
Outros	Cartatendimentpendencia.pdf	31/03/2022-00:29:20	CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA	Aceito
Outros	TCLAssinadopelpesquis.pdf	31/03/2022-00:26:27	CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CronogExc.pdf	31/03/2022-00:24:46	CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	TCLaplago.pdf	31/03/2022-00:23:38	CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoInmen.pdf	31/03/2022-00:20:14	CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA	Aceito
Investigador			CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA	
Outros	CARTEDEAN.pdf	10/02/2022-00:37:13	CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	RecursosOrçamento.pdf	10/02/2022-00:34:29	CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FRostouni.pdf	10/02/2022-00:20:58	CASSIA FORTALEZA DE SOUSA OLIVEIRA	Aceito

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



79

Continuação do Parecer: 5.325.445

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de  
Abril de 2022

---

**Assinado por:**  
**ANDRESSA TEOLI**  
**NUNCIARONI FERNANDES**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

## **ANEXO C - ARTIGO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS SUAS VARIÁVEIS NO ESTADO DE RORAIMA**

### **DISTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS SUAS VARIÁVEIS NO ESTADO DE RORAIMA**

**Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira<sup>1</sup>; Nébia Maria Almeida de Figueiredo<sup>2</sup>.**

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Professora e Pesquisadora Visitante Emérita, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENFBIO-UNIRIO) e Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH-UNIRIO).

#### **RESUMO**

A pesquisa teve como objetivo analisar a distribuição da Equipe de Enfermagem e as suas variáveis no estado de Roraima. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa, realizado em março a junho/2021. Analisados 23 unidades de saúde em 12 municípios, totalizando 751 enfermeiros e 2.829 técnicos/auxiliares de enfermagem, 1.569 número de leitos e de 3.278 autorização de internação hospitalar. O instrumento para coleta e tabulação dos dados ocorreu no site Observatório de Políticas e Gestão Hospitalar. A extração decorreu na planilha do programa Microsoft Excel e análise estatística verificou-se no Software RStudio versão 4.0.5. Utilizados os testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e de correlação (Spearman), apresentando medidas de posição e dispersão, consideração o nível de significância estatística  $p=0,05$  (5%). A pesquisa teve o propósito de disponibilizar maiores informações sobre a distribuição da equipe de enfermagem e suas relações com os demais campos que influenciam diretamente na Sistematização da Assistência.

**Descritores:** Assistência de enfermagem, força de trabalho e equipe de enfermagem.

## **INTRODUÇÃO**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um sistema que organiza as ações de trabalho dos profissionais de enfermagem, obrigatório em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado, possibilitando a organização eficiente da assistência em enfermagem, pois delibera pontualmente as ações de cada setor e dos seus profissionais.

A SAE é uma metodologia científica que organiza, direciona e melhora a qualidade da assistência, através de métodos, pessoas e instrumentos para tornar possível a operacionalização e implementação do processo de enfermagem, promovendo maior segurança aos pacientes e maior autonomia aos profissionais de enfermagem (COFEN, 2009).

A assistência prestada a clientela em Roraima exige uma atenção diferenciada e especializada, visto que, é um estado amazônico do extremo norte do Brasil, com cerca de 224.298 km<sup>2</sup> de área territorial, 4% da Amazônia Legal e 2,6% da superfície do Brasil, com uma população de 631.181 habitantes, segundo a estimativa populacional de 2020, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021).

É o estado da Federação Brasileira menos populoso, faz fronteira com os Países Sul-Americanos, Venezuela e Guiana Inglesa, além de fazer divisa com os estados brasileiros, Pará e Amazonas. Possui uma diversidade étnica muito grande, com aproximadamente 49.637 de pessoas que se autodeclaram indígenas das principais etnias Yanomami, Yekuana, Ingarikó, Macuxi, Taurepang e Wapichana.

O estado dispõe de apenas quinze municípios, a menor quantidade dentre os estados brasileiros. A sua capital é Boa Vista, que está localizada na margem do Rio Branco e é a única capital brasileira situada totalmente no hemisfério norte, concentra 65,3% da população do estado.

Além dos grupos nativos, o estado é constituído por migrantes de outras regiões do Brasil, principalmente, advindos da região do nordeste brasileiro. A partir do ano de 2015, também é destino de milhares de refugiados venezuelanos, devido à grande crise humanitária que se encontra a Venezuela.

Conhecer a dinâmica da distribuição da equipe de enfermagem no estado de Roraima e as suas variáveis, mediante a esse cenário de particularidades da sua clientela diversificada, num contexto demográfico singular, é primordial para podermos entender o desenvolvimento da SAE e os seus desafios para a equipe de enfermagem nesse cenário.

## **JUSTIFICATIVA**

A equipe de enfermagem na sua grande maioria, atua diretamente nos cuidados dos pacientes e desempenha papel fundamental na assistência à saúde, seja no âmbito hospitalar, como no extra-hospitalar. Existindo uma relação direta entre a equipe de enfermagem assistencial adequada, seja em quantidade e/ou qualidade, com os resultados assistenciais, envolvendo diretamente a segurança do paciente e a qualidade dos serviços ofertados.

Mediante as orientações sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, na Lei nº 7.498/86 regulamentada através do Decreto 94.406/87, podemos perceber que SAE vai muito além do Processo de Enfermagem (PE), ela é uma metodologia norteadora que direciona as ações da equipe de enfermagem, possibilitando avaliar os pacientes de forma individual, visando os cuidados de forma integral.

A Resolução do Cofen 358/2009, expande sobre a SAE e a forma dela ser desenvolvida de forma sistemática, planejando os serviços, organizando o trabalho, método, pessoal e instrumentos. Visto isso, o presente estudo tem a finalidade de conhecer, analisar e avaliar a distribuição da força de trabalho da equipe de enfermagem e as suas variáveis no Estado de Roraima, observando o seu contexto peculiar, sendo essencial para determinar e propor ações que irão contribuir para melhorar no gerenciamento e cuidados de enfermagem, garantindo acesso integral e de qualidade a saúde.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Analisar a distribuição da Equipe de Enfermagem e as suas variáveis, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nas unidades de saúde do estado de Roraima.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Descrever o quantitativo de unidades e de profissionais da equipe de enfermagem nas unidades de saúde, no estado de Roraima, Inscritos no CNES.
- ✓ Conhecer as unidades de saúde registradas no CNES.
- ✓ Correlacionar a relação entre de profissionais da enfermagem e o número de leitos e de internação, ocorrido em março/2021.

## **MATERIAL E MÉTODO**

O CNES é um sistema de informação do Ministério da Saúde que contém dados de todos os estabelecimentos de saúde presentes no território brasileiro, são exemplos desses estabelecimentos, hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios. Esse estudo teve como base de dados os estabelecimentos de saúde com internação, excluindo os demais estabelecimentos de saúde que não são habilitados para internação.

A pesquisa avaliou e analisou os dados obtidos através de estudo transversal, num método descritivo com abordagem quantitativa, cuja finalidade foi de investigar e descrever a distribuição da Equipe de Enfermagem no estado de Roraima e as suas variáveis, através das observações no registro do CNES.

A fonte de dados secundários utilizados na pesquisa, teve como instrumento para a coleta e tabulação dos dados o site Observatório de Políticas e Gestão Hospitalar – OPGH (<https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/dados-e-indicadores/>). A técnica de coleta e a produção dos dados quantitativos, contribuindo para a organização, a descrição, a análise e a interpretação dos dados.

A extração e análise dos dados foram realizadas através da planilha do programa Microsoft Excel no formato CSV que contemplou os Municípios, os Estabelecimentos de Saúde cadastrados no CNES, o quantitativo de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, o número de leitos e de internação, além do ano/mês do ocorrido. Os dados foram processados no Software Livre R versão 4.0.5 com interface Rcommander e a análise estatística utilizou-se o Software RStudio versão 4.0.5.

Como critério de inclusão da amostra, foram utilizados dados fornecidos pelo CNES através do OPGH registrada no período de março/2021, as unidades de saúde, municípios do estado de Roraima, equipe de enfermagem, número de leitos e de autorização de internação hospitalar (AIH), mês/ano do ocorrido, são as variáveis do estudo.

E como critério de exclusão, os demais estados da Federação Brasileira e profissionais registrados no CNES, além de excluir municípios do estado de Roraima que não tinha unidades de saúde cadastrada no sistema. Totalizando uma amostragem composta por 23 elementos e 5 variáveis.

Os resultados da pesquisa foram processados no Rstudio, através de comando específico para atingir o objetivo proposto, o qual foi apresentado através de gráficos de distribuição, tabela, histogramas e gráfico no formato de Boxplot, teste de normalidade através do teste de Shapiro-Wilk normality, teste de correlação por meio do teste de Spearman's rank e realizado e apresentada medidas de posição e de dispersão.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O intuito do estudo foi de conhecer a distribuição da Equipe de Enfermagem e as suas variáveis, registrado no CNES nas unidades de saúde do estado de Roraima. A pesquisa teve início em abril de 2021 e foi finalizada em junho do mesmo ano. No decorrer do estudo foram realizadas diversas consultas em sites públicos, que disponibilizam no seu “acesso à informação”, dados secundários, que serviram como base e fonte de dados para o estudo.<sup>7</sup>

Pode-se observar que havia 23 unidades de saúde registrada no CNES, distribuídas em 12 municípios. Identificou-se que não há registro em 3 municípios do estado de Roraima, de acordo com o CNES e através do OPGH.

A equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) compõem um quadro de profissionais de 3.580, sendo que são 751 enfermeiros e 2.829 técnicos/auxiliares de enfermagem.

O número total de leitos existente no estado é de 1.569, as autorizações de internação registradas e ocorridas no mês 03/2021 foi de 3.278, levando em consideração as informações inseridas no sistema, pelas unidades de saúde, “situação da base nacional de dados – OPGH, até 16/06/2021”.

As medidas estatísticas de posição e de dispersão correspondem a uma síntese do conjunto dos dados observados, e foram possíveis de serem estudadas e registradas na pesquisa, compondo de valor mínimo, primeiro quartil, mediana, média, terceiro quartil, valor máximo, variância e desvio padrão, condizente com cada variável do estudo, conforme tabela a seguir:

Tabela 1: Dados de medidas - Tabela criada pela autora.

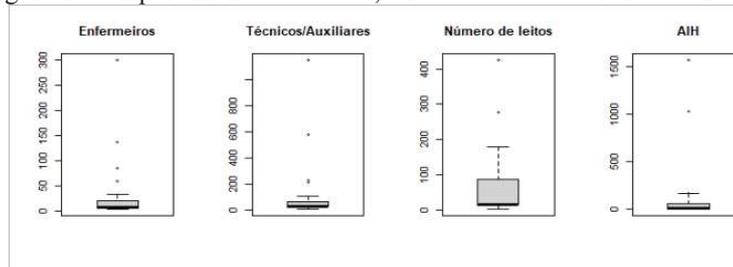
Medidas de Posição e de Dispersão								
	Mín.	Q <sub>1</sub>	Med.	Média	Q <sub>3</sub>	Máx.	Variância	Desvio Padrão
Enfermeiros	2,00	4,50	7,00	32,65	19,50	300,00	4433,419	66,58392
Técnicos/Auxiliares	4,00	26,00	31,0	123,0	67,5	1.149,0	65388,27	255,7113
Número de Leitos	1,00	14,50	16,00	68,22	88,00	426,00	11064,45	105,1877
AIH	0,0	0,0	10,0	142,5	67,0	1.566,0	141752	376,4997

<sup>7</sup> <https://datasus.saude.gov.br/>, <https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/dados-e-indicadores/>, <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>, <http://cnes.datasus.gov.br/> e <https://cidades.ibge.gov.br/>.

É possível concluir que a quantidade de enfermeiros varia de 2 a 300, tendo uma média de 32,65 e mediana de 7 profissionais por unidade de saúde; técnicos/auxiliares de enfermagem varia entre 4 a 1.149, com média de 31 e mediana de 123 profissionais por unidade de saúde; em relação à média de número de leitos por unidade de saúde é de 68,22 variando entre 1 a 426, com mediana de 16 leitos por unidade de saúde; já o número de AIH tem a média de 142,5 com mínima de 0 e máxima de 1.566, com mediana de 10 internação por unidade de saúde.

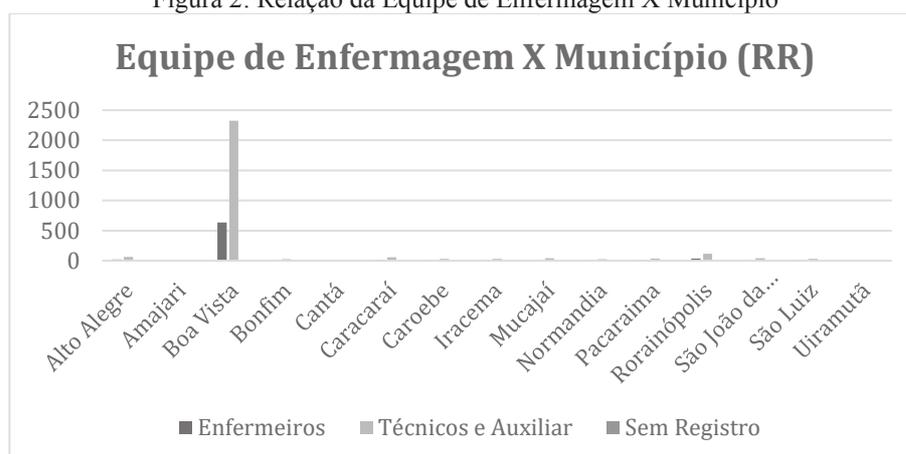
Através do gráfico Boxplot, verificaram-se os dados do centro das informações (média e mediana), amplitude dos dados (máximo e mínimo), destacando uma possível variação nos dados, pois a amplitude está maior, com presença de outlier (valores extremos e discrepantes) e assimetria do conjunto de dados. Podemos observar que existem níveis médios diferentes de viscosidade, entre as variáveis.

Figura 1: Comportamento dos dados, através do uso de Gráfico de Boxplot.



Grande parte dos profissionais da equipe de enfermagem, dos leitos de internação estão concentrados na capital, Boa Vista, local de referência para o tratamento e assistência em saúde de média e alta complexidade. Parte significativa das unidades de saúde encontram-se na capital, totalizando 10 das 23 observadas, os municípios de Alto Alegre e Rorainópolis com 2 unidades cada e as demais localidades apenas com 1 registro, não houve dados no OPGH dos municípios Amajari, Cantá e Uiramutã.

Figura 2: Relação da Equipe de Enfermagem X Município



Geograficamente foi possível identificar que a maioria das AIH ocorreram em três localidades de referência no estado. Na Capital (região centro-oriental) com 2.982 AIH, Rorainópolis (sul do estado - divisa com o estado do Amazonas/AM) com 166 e Pacaraima (norte do estado - divisa com o país, Venezuela) com 42 internações.

Uma característica em comum entre esses municípios, é que o número AIH estão acima da quantidade disponível de leitos, ou seja, foi possível constatar que a demanda assistencial é maior que o número de leitos ofertados nesses centros de referência geográficos do estado de Roraima.

Figura 3: Número de Leitos, AIH X Município (RR).



Percebe-se que em relação ao número de leitos a distribuição é variável, dos três grandes centros de internação, dois estão com o maior número de leitos no estado, destacando a capital, com 1.350, Rorainópolis com 50, em seguida Alto Alegre com 27, Normandia com 26, Mucajá com 23, Caroebe, Pacaraima e São João da Baliza com 16, Bonfim e Caracaraí com 15, São

Luiz com 14 e Iracema com 1 leito.

O estudo demonstrou que existem locais em que o número de leitos e as internações ocorre dentro do esperado, em outros casos o número de leitos é bem maior do que o número de internação.

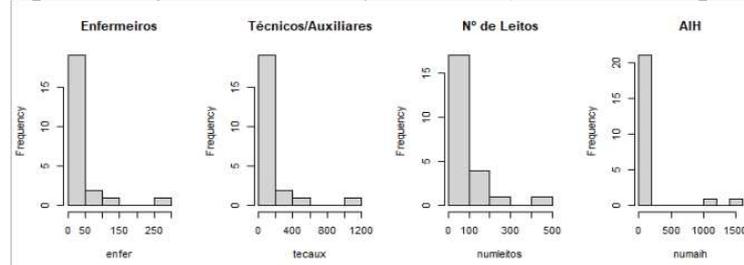
Contudo é importante avaliar que essas localidades, em sua maioria, não são referência para assistência de média e alta complexidade, apesar de serem hospitais, unidades mistas e centros de saúde, porém dependem de outros fatores para proporcionar uma assistência mais complexas em suas unidades, ocasionando, em parte, a sobrecarga de internação nos centros de referência à saúde.

Através do histograma é possível verificar a distribuição, ocasionando a representação dos dados e as frequências obtidos ao longo do estudo.

Na variável “enfermeiros”, nota-se maior frequência do número de profissionais dessa categoria entre 0-50, menores registros entre 50-300, sendo que não há registro entre 150-250. Na variável “técnicos/auxiliares”, o número maior de frequência desses profissionais está entre 0-200, menores registros entre 200-1200, todavia sem registro entre 600-1000.

Na variável “número de leitos” a frequência maior no número de leitos está entre 0-100, menores frequências entre 100-500 e entre 300-400 não há registro. Na variável “AIH”, nota-se maior registro na frequência do número de AIH nas unidades de saúde entre 0<500, poucos registros entre 1000 e pouco mais do que 1500 e sem registros entre +ou-200 a 1000 e pouco mais acima de 1000 a menores de 1500.

Figura 4: Frequência da distribuição dos dados, através do Histograma.



Todos os histogramas sugerem formas assimétricas, uma vez que, dispõem tendências de não seguirem uma distribuição normal. Porém somente após a realização de teste de normalidade, pode-se afirmar sobre essa distribuição.

Após os dados serem descritos, analisados e processados, foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, que confirmou a sugestão dos gráficos (boxplot e histograma), de não seguirem uma distribuição normal, sendo assimétricos.

As hipóteses testadas foram as seguintes:

H0: Os dados seguem distribuição Normal ( $>0,05$  – 5% - não rejeito H0)

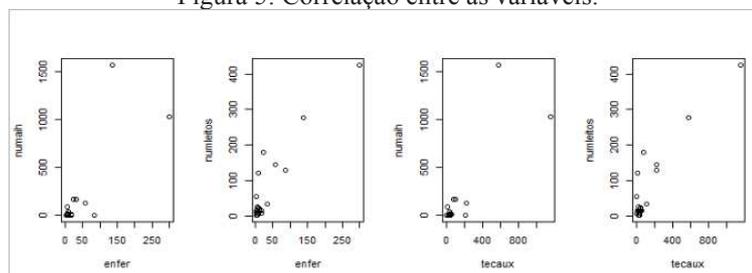
H1: Os dados não seguem distribuição Normal ( $<0,05$  – 5% - rejeito H0)

Para os dados “enfermeiros” o p-valor=0,00000009 (9.057e-08), para “técnicos/auxiliares” o p-valor=0,00000006 (5.304e-08), “Número de leitos” o p-valor=0,000004 (3.493e-06) e “AIH” o p-valor=0,00000002 (1.932e-08).

Como os valores do p-valor foram muito menores que o nível de significância estipulado em 5%, rejeitamos H0 para as variáveis, sendo assim, rejeitamos a hipótese de normalidade dos dados e confirmamos o que a figura dos gráficos (boxplot e histograma) sugere.

Posteriormente a realização do teste de Shapiro-Wilk, onde constatou que os dados não seguem distribuição normal, observou que o melhor teste a ser aplicado seria um teste de hipótese não paramétrico. Como a pesquisa abordou variáveis quantitativas, assimétricas, o teste de correlação linear utilizado foi de Spearman, que demonstrou a relação entre as variáveis.

Figura 5: Correlação entre as variáveis.



Ao apreciar os gráficos acima, podemos perceber que para alguns deles, os pontos plotados formam uma tendência de reta, ou seja, parece haver uma relação linear entre as variáveis, o teste de Spearman, fez essa leitura e analisou que:

As hipóteses testadas foram as seguintes:

H0: Não existe relação entre as variáveis ( $>0,05$  – 5% - não rejeito H0)

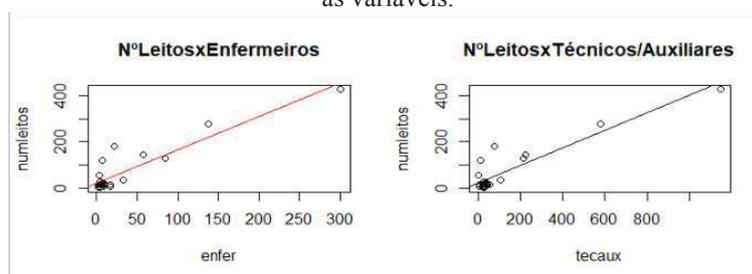
H1: Existe relação entre as variáveis ( $<0,05$  – 5% - rejeito H0)

Teste de correlação linear de Spearman: entre “enfermeiros X AIH” p-valor=0,002 (0.001815), para “enfermeiros X número de leitos” p-valor=0,004 (0.00346), entre “técnicos e auxiliares X AIH” p-valor=0,002 (0.002097) e entre “técnicos e auxiliares X número de leitos” p-valor=0,009 (0.009052). Como os valores do p-valor foram muito pequenos e menores que o nível de significância de 5%, a hipóteses alternativa a ser aceita é a de que existe a relação.

Mediante aos resultados exposto, de relação entre as variáveis, houve a necessidade de calcular a correlação entre as variáveis “enfermeiros X número de leitos” e “técnicos/Auxiliares X número de leitos” e posteriormente verificar se existia uma reta que se aproxime dos dados e que pudesse ser usada para previsão.

Para a primeira relação de variáveis, a correlação calculada foi de 0.917804 e para a segunda foi de 0.9182035. Ambas as correlações são positivas e bastante elevadas, mostrando que existe uma relação linear forte entre as variáveis em questão.

Figura 6: Correlação entre Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares X Número de Leito – Relação Linear Forte entre as variáveis.



## CONCLUSÃO

Esse estudo foi realizado com propósito de disponibilizar maiores informações sobre a distribuição da equipe de enfermagem e suas relações com os demais campos que influenciam diretamente na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Abordando uma análise de método descritivo em um estudo transversal, através das medidas estatísticas de posição e de dispersão, conforme cada variável do estudo, com abordagem quantitativa. Apresentação de tabelas, gráficos, boxplot e histograma no decorrer da pesquisa, para apresentar a interação entre as variáveis.

Na análise estatística, foi utilizado o software estatístico RStudio versão 4.0.5., com diversos comandos (Plot, hist, boxplot, summary, var e sd). Os testes de normalidade, através do teste de Shapiro-Wilk normality e de correlação, por meio do teste de Spearman's rank e realizado e apresentadas as medidas de posição e de dispersão.

Os testes utilizados levaram em consideração o nível de significância estatística  $p=0,05$ . Como p-valor encontrado foi menor o nível de 5%, foi rejeitado  $H_0$  para as variáveis, onde constatou que os dados não seguem distribuição normal e existe a correlação entre as variáveis, principalmente entre as variáveis “enfermeiros e técnicos/auxiliares X número de leitos”.

Analisar a organização, dinâmica, estrutura física, gerenciamento de recursos e

materiais, filosofia da instituição, problemas existentes no espaço hospitalar, entre outros, é fundamental para o desenvolvimento e operacionalização da SAE, sendo avaliado e analisados, juntamente com a experiência prática com cuidado dos pacientes.

Compreender esse comportamento, identificando padrões e perfil na demanda de internação, como por exemplo, fatores psicossociais, epidemiológico, culturais, são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias no gerenciamento da utilização dos recursos disponíveis. No contexto da enfermagem, pode significar a possibilidade de contribuir na organização do processo de trabalho, no dimensionamento adequado de recursos materiais e humanos.

As informações disponibilizadas são fundamentais para subsidiar ações e elaborar programas na área da saúde, pois a força de trabalho envolvida no processo é fundamental, todavia é necessário uma maior reflexão sobre o perfil da enfermagem no estado de Roraima para que isso ocorra com mais êxito e eficácia.

As políticas públicas de saúde diferenciadas requerem estratégias inovadoras para a tomada de medidas que melhorem a eficácia e a efetividade da assistência, que possam dar respostas eficazes para as necessidades do trabalho em saúde.

Os resultados apresentados neste estudo trazem contribuições para entender a relação força de trabalho e suas variáveis, mas destacamos a necessidade de realizar outros estudos semelhantes mais abrangentes em relação ao tema, com amostragem maior, com a finalidade de traçar planos para a superação dos desafios encontrados na realidade do estado de Roraima.

### **Informações do artigo**

#### **Contribuição da autora**

Análise, coleta dos dados e redação: CFSO.

A autora leu e aprovou o manuscrito final para submissão.

#### **Financiamento**

Da própria autora

#### **Conflito de interesses**

Não há.

#### **Aspectos éticos**

Dados de domínio público

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: Abril-Junho/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Regulamentada pelo Decreto 94.406/87, de 8 de junho de 1987. Ministério da Saúde, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde. Brasília/DF: COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: Abril/2021.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <https://http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: Abril-Junho/2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (*IBGE*). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: Abril-Junho/2021.

CENSO DEMOGRÁFICO 2020. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Roraima: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama>. Acesso em: Abril/2021.

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS E GESTÃO HOSPITALAR (OPGH). Disponível em: <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/dados-e-indicadores/>. Acesso em: Abril-Julho/2021.

## ANEXO D - PRODUTO: ARTIGO 2 - DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – FAZER OU NÃO FAZER - VIVÊNCIA DE UM HOSPITAL INFANTIL



DOI: 10.53660/CLM-1760-23M14

---

### Challenges in the implementation of the systematization of nursing care - to do or not to do - experience of a children's hospital

#### Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem – fazer ou não fazer - vivência de um hospital infantil

Received: 2023-07-16 | Accepted: 2023-08-18 | Published: 2023-08-21

---

**Cássia Fortaleza de Sousa Oliveira**  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8766-4544>  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
E-Mail: [sesinhaitb@hotmail.com](mailto:sesinhaitb@hotmail.com)

**Andreia da Costa Formiga**  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2659-9475>  
Universidade Federal de Roraima  
E-mail: [andrea\\_formiga@yahoo.com.br](mailto:andrea_formiga@yahoo.com.br)

**Nébia Maria Almeida de Figueiredo**  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0880-687X>  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

#### ABSTRACT

**Objective:** To identify the challenges faced by nurses in the implementation of the systematization of nursing care in the urgent and emergency sectors in pediatrics. **Method:** Descriptive study with quantitative and qualitative character. Data production was performed by individual electronic questionnaire with the participation of 21 nurses, which generated discussion about the realization and implementation of the systematization of nursing care. The study design brings as a scenario the Urgency and Emergency of the only Children's Hospital in the State of Roraima. All material produced underwent content analysis according to Bardin. **Results:** recognition of systematization in a dubious way and evidence of the verb lack as responsible for its implementation (lack of time, personnel and management). **Conclusion:** The factors that contribute to the difficulty of implementing the systematization of nursing care in health services are diverse, however, creating viable strategies for the viability of this process is indispensable for it to occur satisfactorily.

**Keywords:** Nursing Care; Systematization; Nursing; Urgency and Emergency; Pediatrics.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os desafios enfrentados pelos enfermeiros na implantação da sistematização da assistência de enfermagem nos setores de urgência e emergência em pediatria. **Método:** Estudo descritivo com caráter quantitativo e qualitativo. A produção de dados foi realizada por questionário eletrônico individual com a participação de 21 enfermeiros, que gerou discussão sobre a realização e implementação da sistematização da assistência de enfermagem. O desenho do estudo traz como cenário a Urgência e Emergência do único Hospital Infantil do Estado de Roraima. Todo material produzido sofreu análise de conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** reconhecimento da sistematização de maneira dúbia e evidência o verbo faltar como responsável para a sua implementação (falta de tempo, de pessoal e de gestão). **Conclusão:** Os fatores que contribuem para a dificuldade de implementação da sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde são diversos, entretanto, criar estratégias viáveis para a viabilização desse processo é indispensável para que ele ocorra de forma satisfatória. **Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Sistematização; Enfermagem; Urgência e Emergência; Pediatria.

## INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência do hospital representam um campo particularmente intrincado e exigente, caracterizado por um elevado volume de tarefas profissionais e exigências dos pacientes. Exige ajuda rápida, eficiente e proficiente, bem como uma riqueza de conhecimento técnico, competência profissional e ferramentas tecnológicas avançadas.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica de cuidar, pensar, que organiza, direciona o cuidado integral e individual e melhora a qualidade da assistência, por meio de métodos (gestão de processo de trabalho), pessoal (sistematiza a assistência) e instrumentos para permitir a operacionalização e implementação do processo de enfermagem, promovendo maior segurança aos clientes e maior autonomia aos profissionais de enfermagem (COFEN, 2009).

Organiza as ações a partir de atos próprios de trabalho dos profissionais de enfermagem, possibilita a organização eficiente da assistência em enfermagem, pois delibera pontualmente as ações de cada setor e de seus profissionais, sendo o seu desenvolvimento, obrigatório, em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado.

Na profissão de enfermagem, a SAE é considerada um instrumento que proporciona valorização da classe, principalmente em situações de emergência. Ele desempenha um papel significativo na melhoria do atendimento ao paciente e nos resultados, facilitando a avaliação, documentação e a qualidade do atendimento prestado.

As unidades de urgência e emergência apresentam alta rotatividade de clientes e demandam agilidade na resolução de conflitos e orientação especializada. Por meio da implementação da assistência de enfermagem, os profissionais podem avaliar as necessidades exatas do paciente, garantindo uma assistência de qualidade.

A Enfermagem vem se desenvolvendo com base em conhecimentos empíricos e teóricos fundamentados em múltiplas atividades profissionais voltadas para a assistência, o ensino, o gerenciamento e a pesquisa. No desenvolvimento dessa especialidade, considera-se o processo de trabalho da equipe de enfermagem, fundamental para propiciar ações de cuidar de forma segura (SANTOS et al., 2014).

O enfermeiro deve-se valer de seus conhecimentos técnicos, humanos e científicos para desenvolver a gestão do cuidar, entendendo o perfil da sua equipe e clientela, valorizando e avaliando seu atendimento e serviços.

O desconhecimento científico, falta de tempo e de motivação, deficiência dos registros, insegurança nos procedimentos preconizados pela SAE, se fazem como maiores justificativas de não fazer uma prática sistematizada do modo que nossos órgãos orientadores desejam e da emergente necessidade da enfermagem de ampliar seus conhecimentos técnicos científicos, registrando o que a enfermagem faz, eliminando riscos e especificando de fato o que a enfermagem faz como uma clínica própria, com tratamentos e prescrições com autonomia.

A falta de reconhecimento do trabalho do enfermeiro por parte da equipe, o envolvimento da equipe com o processo de implementação, a valorização do trabalho da enfermagem por parte da administração das instituições, bem como os indicadores de resultado da assistência (CARVALHO, 2020). O trabalho contínuo de cuidar de clientes diversos, a carga horária em excesso, a falta de condições adequadas para exercer o trabalho, pouco pessoal para dar conta das ações de cuidar, dois ou mais empregos.

Dentre outros que devemos considerar, diz respeito a políticas públicas de admissão de pessoal, fortalecer uma cultura do exercício de leitura e qualificação profissional com o exercício de seus profissionais, cuja eficiência depende de conhecimentos diversos para saber-fazer.

A inquietação por uma SAE é nacional e em muitas “ilhas de exigência” de CUIDAR conseguem fazê-las, mas não é uma maioria em um país do tamanho do BRASIL, mesmo que o COFEN esteja se empenhando para que isto aconteça através da Resolução 358/2009 e a necessidade é inquestionável, mesmo sabendo que o mundo está em profundas mudanças é o que parecia “o novo” já não é mais.

Há muito tempo, vem sendo exigido da enfermagem a prática do diagnóstico para prescrições de cuidados, porém não se consegue implantar o plano de descrições nos prontuários dos clientes.

Para garantir atendimento personalizado de alta qualidade que atenda às necessidades exclusivas de cada paciente, é fundamental reconhecer os obstáculos enfrentados pelos enfermeiros ao implementar a SAE em serviços de urgência e emergência pediátrica.

O estudo objetiva identificar os desafios enfrentados pelos enfermeiros na implantação da SAE nos setores de urgência e emergência em pediatria. A identificação é essencial não só para a adesão dos enfermeiros individualmente, mas também para toda a equipe de enfermagem

e multiprofissional. Ao abordar esses obstáculos, podemos melhorar a qualidade da SAE no sistema de saúde e oferecer aos pacientes atendimento compassivo e de alta qualidade.

## MÉTODO

Estudo descritivo com caráter quantitativo e qualitativo, realizado em um hospital infantil no estado de Roraima, abrangendo os setores de urgência e emergência, com a participação de vinte e um enfermeiros.

Para o recrutamento dos participantes se adotou os seguintes critérios de elegibilidade: foram incluídos enfermeiros, servidores ativos do quadro permanente (estatutários) ou do processo seletivo (temporários), atuantes na unidade de urgência e emergência da unidade. Foram excluídos aqueles que seguem em férias ou licenças durante a produção de dados.

O estudo foi desenvolvido nos meses de junho a agosto de 2022 em um hospital municipal que é a única unidade pediátrica referência em saúde de média e alta complexidade do Estado de Roraima, localizado na capital Boa Vista. Trata-se de um hospital que atende crianças (clientes) de 29 dias de vida a 12 anos, em situações de urgência e emergência dos 15 municípios do estado, áreas indígenas e regiões de fronteira com a Guiana e Venezuela.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário eletrônico individual, que em média, era finalizado em 15 minutos, após contato prévio do rastreamento dos sujeitos, mediante o recrutamento em lista de contatos telefônicos (WhatsApp), fornecido pela instituição proponente.

Esse formulário consistia em uma combinação de perguntas fechadas que testavam o conhecimento e a compreensão das enfermeiras, bem como perguntas abertas que permitiam aos participantes discorrer sobre o assunto em questão. Além disso, os questionários consistiam em perguntas alternativas e utilizavam escalas que determinavam a importância das informações fornecidas.

A identificação dos enfermeiros manteve-se no anonimato, identificados apenas por códigos, utilizou-se aleatoriamente a letra “C” acompanhada de um numeral relativo à ordem da realização do questionário a fim de assegurar o sigilo das respostas e a não identificação.

O tratamento dos dados ocorreu em dois momentos, no primeiro houve a análise quantitativos, produção de dados sociodemográficos e dados estatísticos, com recurso à análise estatística descritiva.

No segundo, os dados qualitativos (“FALAS DOS ENFERMEIROS”), neste momento optamos pela organização da análise por Bardin (2016), que consiste em três etapas distintas: pré-análise, codificação e análise de dados e resultados.

Esses achados sugerem que observar os resultados práticos é um meio mais eficaz de identificar as unidades de registro do que apenas discutir se a SAE está sendo implementada ou não. Este último implica apenas que o sistema é funcional e coloca a responsabilidade sobre os

outros. Por outro lado, os dados que incluem recursos visuais ou exemplos práticos oferecem mais informações sobre a prática e estão intimamente alinhados com o significado pretendido.

Para tabulação das características e da experiência dos enfermeiros, foi utilizado o software Microsoft WPS Office Fusion Workspace. Os resultados foram expressos na forma de valores absolutos e percentuais.

Mediante o cenário pandêmico (SARS COV-2) a divulgação da pesquisa ocorreu através de meio de comunicação virtual, aplicativo de mensagem (*WhatsApp*). *Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, através da Carta Convite e antes de iniciar a coleta de dados, solicitou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes para a realização da pesquisa.*

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética da Instituição pesquisada, recebendo parecer favorável. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, do qual também obteve parecer favorável (nº 5.325.445 e CAAE nº 55800822.5.000.5285).

Não houve conflitos de interesse por parte da pesquisadora e o presente estudo contou com o financiamento próprio da autora.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Características dos Participantes - Perfil dos Enfermeiros

O estudo em tela permitiu identificar a caracterização e o perfil dos participantes, enfermeiros que atuam na Urgência e Emergência na Pediatria no estado de Roraima.

A enfermagem é uma área de atuação historicamente construída e desempenhada por mulheres, desde suas precursoras, como Florence Nightingale na Europa e Anna Nery no Brasil. A predominância da mulher na equipe hospitalar, principalmente no trabalho da enfermagem, pode ser explicada pelo arquétipo atribuído à mulher.

Os dados da pesquisa confirmam essa assertiva, predominante feminina, ou seja, 14 (67%) são de mulheres. Conciliando com a Pesquisa do Perfil da Enfermagem realizada pela Fiocruz (2017), onde demonstrar que “a equipe de enfermagem é, predominante feminina, com 85,1% são mulheres”.

Além disso, percebe-se no estudo em tela, predominância da faixa etária, entre 35 a 44 anos é de 12 (57,2%), seguida pela faixa etária entre 30 a 34 anos de 5 (23,8%). A faixa etária mais jovem compreende entre 25 a 29 anos de 2 (9,5%) e a faixa etária mais velha compreende entre 45 a 54 anos de 2 (9,5%).

Observar-se que 16 (76,2%) dos participantes atuam em turno de trabalho noturno e/ou diurno, como plantonista de 12 horas corridas, subsequente o turno matutino com 3 (14,3%) e vespertino com 2 (9,5%).

Consoante o perfil da formação profissional dos participantes, em relação à educação, a qualificação profissional é de 5%, ou seja, 1 enfermeiro declarou não ter curso de pós-graduação, configurando-se com o perfil da enfermagem no Brasil, onde a maioria dos profissionais fez ou estão fazendo algum curso de pós-graduação (FIOCRUZ; COFEN, 2017). Demonstrando que muitos destes profissionais não ficam somente com a formação da graduação, mas procuram fazer uma especialização ou cursos e palestras na área em que atuam.

Os profissionais de saúde estão cada vez mais reconhecendo a importância de aprimorar seus conhecimentos científicos para oferecer melhor cuidados aos clientes, famílias e comunidades. Na enfermagem, essa ênfase é demonstrada por meio da implementação da SAE, que tem se mostrado uma tarefa desafiadora para os profissionais de enfermagem em todo o mundo, seja nas áreas assistenciais, de ensino ou de pesquisa.

O progresso do desenvolvimento científico e tecnológico requer uma ampla abertura à diversidade e interdisciplinaridade do conhecimento, bem como um ambiente científico que favoreça as relações e interações dos atores sociais, centrados na construção de saberes e práticas que levem à criação em novas tecnologias e conhecimentos pela melhor viver humano.

No que diz respeito ao vínculo de trabalho, estabelecido com o hospital onde os enfermeiros desenvolvem suas funções, constatou-se que a maioria dos participantes, 18 (85,7%), foram contratados mediante concurso público, sob o regime estatutário e enquanto apenas 3 (14,3%) apresentam contrato temporário como forma de vinculação ao hospital, o que em “tese” melhora para a implementação de protocolos, rotinas e metas para melhorar a assistência.

Os dados relatados podem ser encontrados na Tabela 1, a seguir:

**Tabela 1** - Distribuição de Enfermeiros por sexo, idade, turno de trabalho, qualificação profissional e vínculo de trabalho.

<b>Características</b>	<b>N = 21</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	14	67,0
Masculino	6	28,0
Não responderam	1	5,0
<b>Idade</b>		
25 a 29 anos	2	9,5
30 a 34 anos	5	23,8
35 a 44 anos	12	57,2
45 a 54 anos	2	9,5
<b>Turno de Trabalho</b>		
Matutino (6h)	3	14,3
Vespertino (6h)	2	9,5
Plantonista (12h)	16	76,2
<b>Qualificação Profissional</b>		
Sim	19	90,0
Não	1	5
Não Responderam	1	5

<b>Vínculo de Trabalho</b>		
Estatutários	18	85,7
Temporários	3	14,3

Fonte: Autoras. Boa Vista-RR. 2022.

Quanto ao ano de formação na graduação em enfermagem, segundo a Tabela 2, houve uma variação, prevalecendo um número maior de profissionais de 8 (38,1%) que se formaram entre 05 a 10 anos, seguinte de 6 (28,6%) entre 11 a 15 anos e 4 (19%) dos participantes tem menos de 5 anos de formados. Seguido de 2 (9,5%) entre 16 a 20 anos e apenas 1 (4,8%) tem acima de 20 anos de formados. O que pode nos remeter a pensar que grande parcela dos enfermeiros tiveram um estudo, um conhecimento ou uma experiência prévia sobre a SAE durante a graduação.

**Tabela 2 - Distribuição de Enfermeiros segundo ano de formação em graduação.**

<b>Característica</b>	<b>Anos de formação em graduação</b>	
	<b>N = 21</b>	<b>%</b>
Menos de 5 anos	4	19,0
5 a 10 anos	8	38,1
11 a 15 anos	6	28,6
16 a 20 anos	2	9,5
Acima de 20 anos	1	4,8

Fonte: Autoras. Boa Vista-RR. 2022.

Na análise da variável tempo de serviço na instituição, nota-se que 8 (38,1%) dos participantes trabalhavam na instituição há mais de 73 meses (6 anos), entretanto 6 (28,6%) apresentam tempo de serviço há menos de 12 meses (1 ano) e 7 (33,3%) entre 13 a 48 meses (entre acima de 1 a 4 anos) de atuação na instituição atual, conforme a Tabela 3, a seguir:

**Tabela 3 - Distribuição de Enfermeiros segundo o tempo de trabalho na instituição atual.**

<b>Característica</b>	<b>Tempo de trabalho na Instituição Atual</b>	
	<b>N = 21</b>	<b>%</b>
Há menos de 12 meses	6	28,6
13 a 24 meses	4	19,0
25 a 48 meses	3	14,3
49 a 72 meses	0	0
Maior ou igual a 73 anos	8	38,1

Fonte: Autoras. Boa Vista-RR. 2022.

### **Signo do Reconhecimento da SAE**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo dinâmico de discussões com o objetivo pautado em atender os princípios legais da profissão e de melhorar a assistência e a experiência do cotidiano.

É, ainda, uma ferramenta essencial para o gerenciamento da assistência de enfermagem, para alcançar a visibilidade de suas práticas no processo de trabalho e o reconhecimento social, mediante a contribuição do exercício de uma prática oferecida para todas as pessoas, sem interrupções, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.

Dentre os sujeitos da pesquisa, observou-se em relação à implementação da SAE, 15 dos enfermeiros mostraram conhecimento e souberam definir a SAE de acordo com sua visão e não fazem ou não fariam são as respostas de 6 enfermeiros, o que pode ser verificado em alguns trechos das falas dos participantes, descritos a seguir:

*[...] A SAE é uma ferramenta extremamente necessária para a autonomia do enfermeiro baseada em conhecimento científico! (C9).*

*[...] Usei a sae pela praticidade e economia de tempo, principalmente por causa das múltiplas atividades da função e alta quantidade de pacientes a serem assistidos. (C13).*

*[...] Porém devido à demanda e atividades atribuídas não se torna possível. (C20).*

*[...] Mas não sei em qual momento proceder. (C21).*

O reconhecimento dos enfermeiros em relação a SAE, como forma de gerenciar e melhorar a sua assistência, envolvendo metodologias que compreendem diversos conhecimentos, para tornar possível o cuidar dos clientes é observada, todavia, por que então tão poucos conseguem colocá-la em prática após ingressarem na vida profissional? Por que apenas alguns enfermeiros ou instituições de saúde têm sua assistência de enfermagem sistematizada registrada e, principalmente, reconhecida?

#### **Dificuldades para implementação e realização da SAE**

Os enfermeiros devem ser bem versados em aspectos práticos, técnicos e científicos do cuidado ao paciente, ao mesmo tempo, em que fornecem um serviço humanizado e de alta qualidade. Nesse sentido, a implantação da SAE, que se baseia no conhecimento aprofundado das práticas de enfermagem, pode auxiliar a equipe de enfermagem a organizar, gerenciar e aprimorar o cuidado ao paciente de forma segura, eficiente e dinâmica.

A incorporação da SAE nas unidades de saúde, aumenta a eficácia do trabalho do enfermeiro, eleva o atendimento ao cliente e, por fim, garante um padrão mais elevado de atendimento.

É possível identificar nas falas delas de que a SAE é importante, mas são “dúbias” nesta afirmativa. Por isso identificamos os MOTIVOS de se colocarem, quase em sua totalidade, que

acham IMPOSSÍVEL implantar a SAE, destacando muitos MOTIVOS e destacam o verbo FALTAR como responsável como FALTA DE TEMPO, de PESSOAL e de GESTÃO para que isso possa acontecer e que todos os termos envolvidos no tema FALTA transversalizam Horizontal e Verticalmente o CORPO do CUIDADO, sem modos de fazer, suas técnicas e conhecimentos.

Algumas dificuldades para a implementação e realização da SAE nos setores de urgência e emergência, sugeridas pelos participantes, são descritas a seguir:

*[...] Superlotação. A alta demanda. Falta de tempo. Falta de tempo, complexidade da SAE. Grande demanda de pacientes e procedimentos a se realizar. No momento aprendendo como usa. Adesão. Falta de fiscalização. Formulários adequados. Tempo; Complexo e demorado. (C5, C6, C8, C10, C11, C12, C15, C16, C17 e C19).*

*[...] A chatice que é preencher o que não interessa na clínica do paciente. Porque não tem finalidade, é chato, moroso e muitas vezes apresenta itens que não tem nada a ver com o quadro do paciente. (C7).*

*[...] Sobrecarga de trabalho, falha da gestão no dimensionamento. (C14).*

A implementação efetiva da SAE depende fortemente da importância dos recursos humanos, em termos de quantidade e qualidade, que se referem à função de cada elemento da equipe.

Do ponto de vista organizacional, a escassez de enfermeiros é um grande obstáculo para a implantação da SAE. Como essa prática exige a presença ininterrupta do enfermeiro na unidade, essa é uma variável a ser considerada na identificação e seleção de pessoal e pode ser analisada nas falas a seguir.

*[...] Tempo hábil para realizar o processo, recursos humanos suficientes para executar. Por falta de incentivo, falta de tempo e recursos humano limitado. (C4).*

*[...] Dimensionamento com déficit/falta de apoio da gestão/ausência de capacitação dos profissionais. (C9).*

Segundo alguns estudos, a implementação da SAE requer alguns pré-requisitos. Estes abordam aspectos que afetam a educação em enfermagem, a estrutura da organização da prática de enfermagem e fatores que incluem crenças, valores, conhecimento, habilidades e prática de enfermagem. Outros requisitos são: política institucional, liderança, educação continuada, recursos humanos, comunicação, ferramentas e processos de mudança (CUNHA; BARROS, 2005).

*[...] Porque muitos não sabem nem ligar o computador. Falta de treinamento. Alguns por falta de conhecimento mesmo. (C1, C2 e C9).*

### **Realização da SAE: Fazer ou Não Fazer?**

Os enfermeiros não têm integrado na sua prática um processo de enfermagem sistemático e adaptado às necessidades individuais, o que reduz a visibilidade e a qualidade dos cuidados.

A implementação efetiva da SAE parece ser quase impossível se a equipe de enfermagem não estiver adequadamente preparada tanto em termos científicos (embasamento teórico) quanto em habilidades práticas.

*[...] Por causa da alta demanda de pacientes a serem assistidos e o número reduzido de enfermeiros para desenvolver essas atividades. (C13).*

*[...] A SAE é um processo de cuidado que implica em diagnosticar e orientar o paciente. No meu setor de trabalho, consigo fazer identificar rapidamente as necessidades da criança e orientar seus genitores de maneira simples. (C18).*

Embora a SAE seja aplicável a qualquer setor de trabalho do enfermeiro, muitos são os fatores que interferem na sua implementação. Esses fatores dizem respeito à própria instituição, aos profissionais da equipe assistencial e a outros profissionais de saúde.

Exemplos de fatores específicos da instalação são o número de enfermeiros por leito e a distribuição de enfermeiros por posto de enfermagem. Por motivos relacionados ao enfermeiro, exemplos incluem falta de conhecimento teórico para realizar a SAE, falta de tempo para realizar todas as atividades prescritas e preparo insuficiente para realizar o procedimento (SALGADO et al., 2013).

*[...] Em saber em qual procedimento realizar. O profissional tem que primeiro ler e entender a SAE e assim começar a realizar com segurança nos procedimentos. (C21).*

### **Desafios para desempenhar a SAE nos setores Urgência e Emergência em Pediatria**

Os fatores que contribuem para desempenhar a SAE nos serviços de saúde, são diversos, todavia, criar estratégias factíveis para a viabilização deste processo mostra-se indispensável para que o mesmo ocorra satisfatoriamente.

*[...] Tem quer disponibilizar o curso para todos. Se houvesse mais enfermeiros disponíveis por setor, seria viável a implantação. Na nossa atual realidade é quase impossível cumprir as etapas rotineiras, imagina conseguir implementar plano para cada paciente. Falta de tempo, na instituição não tem um formulário padrão. Para muitos é a falta de prática como instrumento. Realizar fichas direcionadas para cada setor de forma otimizar e contribuir para realizar a SAE. (C1, C20 e C8).*

Conforme os estudos realizados, a utilização da SAE nas unidades de saúde apresenta os seguintes aspectos positivos: segurança no planejamento, execução e avaliação as ações assistenciais, individualização do cuidado, visibilidade e autonomia dos enfermeiros (equipe de enfermagem).

Segundo pesquisas, algumas das questões apontadas pelos enfermeiros ao desenvolver SAE incluem: falta de modelos de serviço; más condições de trabalho; falta de motivação profissional; escassez de pessoal; sobrecarga de enfermeiros; enfermeiros cobrindo/supervisionando vários departamentos; falta de interação entre enfermagem e equipes multidisciplinares; e falta de conscientização sobre essa nova prestação de cuidados.

*[...] Apesar das dificuldades, depende do interesse da própria categoria. Para implantação, necessita de mais profissionais para poder instituir e manter como rotina. (C10 e C20).*

Ressalta-se que cada estabelecimento de saúde terá especificidades em termos de equipamentos e dificuldades que a equipe de enfermagem precisará analisar para que métodos possam ser implementados com conhecimento da situação e objetivos a serem alcançados.

Portanto, é importante entender, reconhecer e identificar todo o sistema (valor, clientes, pessoas e suas funções, desempenho) ao planejar uma implementação de SAE.

A sistematização da assistência melhora a qualidade da assistência, beneficiando tanto o paciente quanto a equipe multiprofissional por meio do atendimento individualizado, avaliando-os e demonstrando a importância do processo de cuidar (COFEN, 2009).

*[...] Para instituir a SAE, você precisa ter conhecimento sobre como funciona o corpo humano. A partir disso, podemos identificar e elaborar cuidados de Enfermagem que restauram ou melhoram o funcionamento do organismo. (C18).*

A SAE enquanto estratégia para o alcance de padronização e qualidade, deve ser implantada, pois esta organiza o trabalho profissional quanto ao método científico adotado, o pessoal e os instrumentos necessários para sua realização, além de garantir um cuidado humanizado, contínuo e de qualidade (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

Com base em diversos resultados obtidos em pesquisas publicadas, conclui-se ser pertinente, acessível e necessária a aplicação da SAE pelo enfermeiro da emergência. Apesar de este trabalhar em um setor onde se exige domínio, rapidez, agilidade, competência e resolutividade, a SAE torna-se um instrumento norteador para sua assistência e valoriza o profissional.

## CONCLUSÃO

O fluxo dos depoimentos captados fez uma peregrinação para ver o cenário do cotidiano dos enfermeiros, onde ainda há fragmentação em seu processo de trabalho, esses profissionais não implementam a SAE de forma sistemática e individualizada por diversos motivos.

Ao analisar as falas dos enfermeiros no seu cotidiano de cuidados na emergência identificou-se os “PORQUE”, (muitos já conhecidos), para não realizar a SAE de forma sistemática, pode-se citar: falta de pessoal (dimensionamento inadequado de profissionais); condições de trabalho inadequadas; falta de recursos; o despreparo técnico; falta de material; falta de tempo (sobrecarga de trabalho); salários baixos; a alta demanda de clientes; excesso de trabalho; adoecimentos que aumentam o absenteísmo; falta de autoestima e de reconhecimento; falta de cuidado com os profissionais.

Entretanto, por todas as adversidades reveladas, os enfermeiros demonstram continuar a desenvolver o seu trabalho com grande dinamismo para cuidar, olhando a todo tempo, realizando toque instrumental e terapêutico, ouvindo, sentindo odores, escutando angústias de clientes e familiares, assim sendo como instrumento do cuidado de Enfermagem na emergência.

Durante a pesquisa, pôde-se perceber que os enfermeiros têm conhecimento sobre a SAE, alguns vagamente, outros já estão aprofundando-se no assunto e tentando implantá-lo no seu dia a dia, mesmo que apenas parcialmente. Todavia, evidenciou nas falas dos enfermeiros que o cuidado de enfermagem na Urgência e Emergência, apesar de limitados em relação a SAE, mantém o corpo atento e vigilante para cuidar dos clientes desconhecidos em momento emergente, realizando cuidados, ações e atos indireto-organizacionais e cuidados diretos aos clientes.

Diante disto, os enfermeiros da emergência devem aprimorar sua atuação e repensar suas práticas, como ferramenta de atendimento imediato, para proporcionar continuidade da assistência aos usuários durante a internação institucional, e garantir a qualidade e a excelência na assistência, contribuindo efetivamente para as discussões e a implementação concreta e efetiva da SAE nos serviços de Urgência e Emergência.

A SAE é uma forma, um método de trabalho para melhorar a qualidade da assistência ao cliente por meio do planejamento e execução das ações de intervenção da enfermagem. Essas ações, elaboradas e supervisionadas pelo enfermeiro e aplicadas pela equipe em conjunto, é o próprio gerenciamento do cuidado, cabendo ao enfermeiro conhecer sua equipe e o perfil de seus clientes, para melhor execução dos processos.

Os fatores que contribuem para a dificuldade de implementação da SAE nos serviços de saúde, são diversos, todavia, criar estratégias factíveis para a viabilização deste processo mostra-se indispensável para que o mesmo ocorra satisfatoriamente.

Por fim, cabe destacar que nada adianta utilizar a SAE como receita de bolo, mas sim adequá-la consoante a realidade de cada instituição, sendo preciso verificar o número do pessoal de enfermagem proporcional ao número de leitos do hospital, contemplando à resistência por

parte de alguns enfermeiros que recusam a SAE como respaldo legal da profissão, quebrando o tabu de que esse instrumento veio para somar e avigorar a autonomia do profissional.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição Revista e Ampliada, tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

CARVALHO, Jamile. **Saúde - Hospital da Criança Santo Antônio completa 20 anos**. Prefeitura Municipal de Boa Vista, RR. 2020. Disponível em: <<https://boavista.rr.gov.br/noticias/2020/08/saude-hospital-da-crianca-santo-antonio-completa-20-anos>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

CUNHA, S. M. B. DA; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, p. 568–572, out. 2005.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-CONFEN/2017. 750p. Disponível em: <<<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2021.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. DE F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 297–303, abr. 2012.

SALGADO, P. O. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes numa unidade de emergência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 83–89, 2013.

SANTOS, W. N. DOS et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 5, n. 2, p. 153–158, 17 jul. 2014.