

SÉRIE: SAÚDE COLETIVA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

editora



redeunida

MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM:

o cuidado orientado às necessidades em saúde

Marisa Cantarelli



PREFÁCIOS DE:

Ricardo Burg Ceccim
Antonio Bonacaro



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página

<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA

<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Marisa Cantarelli

Série: Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Modelo da Atenção em Enfermagem: o cuidado orientado às necessidades em saúde

1ª Edição

Porto Alegre

2024



Copyright © 2017 C.E.A. Editora Ambrosiana

Copyright © 2024 Associação Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Camila Fontana Roman

Diálogos sobre a tradução com a autora

Antonio Bonacaro

Gisele Cristina Manfrini

Tradução

Alessandra Allegri

Supervisão, Revisão da Tradução e Notas da Tradução

Ricardo Burg Ceccim

Diagramação

Lucia Pouchain

Capa

Caju Galon, Caruaru/PE

Arquiteto, Artista Visual

<https://www.instagram.com/cajugalon/>

<https://linktr.ee/cajugalon>

Ilustrações Capa/Miolo

Helô Germany, Caruaru/PE

Artista Visual

<https://www.instagram.com/helo.germany/>

<https://www.facebook.com/helo.germany>

Fotografia

Damiana Isonni

Esta obra contou com a intercessão e parceria de:



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M689

Modelo da atenção em Enfermagem: o cuidado orientado às necessidades em saúde / Marisa Cantarelli – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

327 p. (Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional, v. 21).

E-book: 12.00 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-179-3

DOI: 10.18310/9786554621793

1. Atenção à Saúde. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WY 100

CDU 616-083

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br





Não desistam nunca, tenham orgulho de serem enfermeiros e apresentem-se como tal de cabeça erguida, sem arrogância, mas com a confiança e a paz interior de quem sabe que é um grande profissional.

Tenham sempre presente que as dificuldades somente podem ser enfrentadas e resolvidas se olhadas e respondidas de acordo com as necessidades da pessoa. É aí que encontramos a indicação do caminho a seguir quando nos deparamos com uma encruzilhada.

Marisa Cantarelli



SUMÁRIO

DA APRESENTAÇÃO À TRADUÇÃO BRASILEIRA..... 13
Alcindo Antônio Ferla

PREFÁCIO | ENFERMAGEM, REFORMA SANITÁRIA E SAÚDE COLETIVA: SOBRE A TRADUÇÃO BRASILEIRA DE “MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM”, DA PROFESSORA ITALIANA MARISA CANTARELLI, FORMULADO EM 1987 17
Ricardo Burg Ceccim

PREFÁCIO | ENFERMAGEM NA ITÁLIA: UM DESTAQUE À FIGURA DE MARISA CANTARELLI..... 27
Antonio Bonacaro

CARTA À TERCEIRA EDIÇÃO ITALIANA..... 31
Marisa Cantarelli

APRESENTAÇÃO À TERCEIRA EDIÇÃO ITALIANA, 2017..... 33
Marisa Cantarelli

APRESENTAÇÃO À SEGUNDA EDIÇÃO ITALIANA, 2003..... 37
Marisa Cantarelli

APRESENTAÇÃO À PRIMEIRA EDIÇÃO ITALIANA, 1996..... 41
Marisa Cantarelli

CAPÍTULO 1 | A EVOLUÇÃO DA PROFISSÃO EM ENFERMAGEM..... 49
As cruz-vermelhinhas italianas 49
As enfermeiras voluntárias da Cruz Vermelha..... 50
As enfermeiras profissionais da Cruz Vermelha..... 54
As Escolas-Internato em Enfermagem 58
Evolução das escolas de formação em enfermagem 60

| | |
|---|----|
| Surgimento dos Colégios Profissionais de Enfermagem..... | 66 |
| Formação universitária..... | 68 |
| Organização do trabalho | 69 |
| A gestão da mudança | 73 |
| O percurso rumo a uma formação europeia | 76 |
| Do trefismo em enfermagem à atenção em enfermagem | 79 |
| A competência técnica exclusiva e a área de conhecimento da enfermagem..... | 82 |
| Atributos de uma “profissão” | 84 |
| A área disciplinar de conhecimento em enfermagem | 86 |

CAPÍTULO 2 | OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

| | |
|---|-----|
| Os conhecimentos em enfermagem e os esquemas conceituais | 93 |
| O conceito de homem-pessoa..... | 94 |
| O conceito de saúde-doença | 99 |
| O conceito de ambiente-sociedade | 111 |
| Análise dos itens singularmente ou em interconexão | 117 |
| O conceito de assistência de enfermagem..... | 133 |
| O ambiente em relação aos conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem.... | 135 |
| Ambiente e homem-pessoa..... | 136 |
| Ambiente e saúde-doença | 141 |
| Ambiente e assistência de enfermagem..... | 146 |
| A necessidade na assistência de enfermagem | 148 |
| Definição de necessidade no âmbito biofisiológico | 148 |
| Definição de necessidade no âmbito psicológico..... | 149 |
| Definição de necessidade em âmbito socioeconômico | 152 |
| Definição de necessidade no âmbito da assistência de enfermagem..... | 154 |

CAPÍTULO 3 | A TEORIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

| | |
|---|-----|
| O Modelo da Atenção em Enfermagem | 160 |
| A Atenção em Enfermagem | 161 |
| A Atenção em Enfermagem resolve uma necessidade específica | 162 |
| A Atenção em Enfermagem é um complexo de ações coordenadas | 165 |
| A Atenção em Enfermagem é um resultado | 169 |
| As ações na Atenção em Enfermagem e os atos para cada ação | 171 |
| Os elementos transversais | 172 |
| A classificação das ações..... | 172 |
| Os destinatários da Intervenção em Enfermagem | 173 |
| Particularidades da prestação do cuidado | 174 |
| Leituras da necessidade de assistência de enfermagem através do ambiente | 174 |

| | |
|--|-----|
| O ambiente e as necessidades no Modelo da Atenção em Enfermagem | 176 |
| A influência do ambiente sociocultural..... | 177 |
| A influência do ambiente físico | 182 |
| O ambiente e a resposta às necessidades de assistência de enfermagem | 184 |
| Relação entre enfermeiro e pessoa assistida | 186 |
| Individuação das ações em enfermagem..... | 189 |
| A classificação dos Atos de Enfermagem e a individuação dos mesmos..... | 193 |

CAPÍTULO 4 | METODOLOGIA PARA A APLICAÇÃO DO MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

| | |
|--|-----|
| A metodologia científica..... | 210 |
| A solução de problemas (<i>problem solving</i>) | 210 |
| O método racional de decisão (processo decisório)..... | 212 |
| O processo de assistência de enfermagem como um Modelo..... | 214 |
| A <i>práxis</i> deve ser orientada pela teoria..... | 214 |
| O Plano de Cuidado..... | 220 |
| Elaboração do plano de assistência de enfermagem..... | 222 |
| Exemplo de um plano de assistência de enfermagem | 223 |
| Assistência de Enfermagem: fazer de uma profissão autônoma | 242 |
| Do cuidado à prática cuidadora nos fazeres da enfermagem..... | 244 |

CAPÍTULO 5 | A PESQUISA DO MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

| | |
|--|-----|
| A pesquisa em enfermagem..... | 249 |
| A <i>primeira</i> experimentação do Modelo da Atenção em Enfermagem em uma realidade hospitalar (1994)..... | 254 |
| Protocolo de pesquisa | 254 |
| Descrição da estrutura hospitalar e da população objeto da pesquisa..... | 256 |
| Pessoal de Enfermagem..... | 258 |
| Informações e ações preliminares à realização da pesquisa | 259 |
| Primeira fase da pesquisa (preparação de instrumentos e entrevistadores, realização das entrevistas, análise das entrevistas e leitura da realidade).... | 260 |
| Segunda fase da pesquisa: aplicação do projeto formativo..... | 263 |
| Terceira fase da pesquisa: análise da realidade operativa após a aplicação do projeto formativo..... | 263 |
| Análise dos dados e considerações finais sobre a experiência..... | 275 |
| Análise por pergunta e resposta dos enfermeiros..... | 275 |
| Análise dos dados em relação aos objetivos e aos resultados esperados..... | 278 |
| Outras pesquisas e aplicações do Modelo da Atenção em Enfermagem | 280 |
| O Modelo na formação..... | 280 |
| O Modelo no mundo da enfermagem..... | 283 |

| | |
|--|-----|
| ANEXOS | 287 |
| ANEXO 1 Conteúdo dos programas de “Princípios Administrativos Aplicados à Profissão” nas Escolas da Região da Lombardia..... | 288 |
| ANEXO 2 Lista de Teses de Graduação (TCC) sobre o Modelo da Atenção em Enfermagem dos anos acadêmicos 1988/1989 e 1999/2000 | 293 |
| ANEXO 3 Proposta de ordenamento didático do Curso de Diploma Universitário em Ciências da Enfermagem, elaborado pela Escola de Enfermagem, da Universidade de Milão..... | 297 |
| BIBLIOGRAFIA | 318 |
| ÍNDICE REMISSIVO | 321 |

DA APRESENTAÇÃO À TRADUÇÃO BRASILEIRA

Marisa Cantarelli, enfermeira italiana, é a primeira pesquisadora e professora na Itália a formular uma Teoria da Enfermagem naquele país. Contribuiu fortemente para a construção de uma ciência da enfermagem, seu lugar na educação superior, na pesquisa e na formulação das políticas públicas de cuidado. O livro “Modelo da Atenção em Enfermagem” projeta um modo de cuidar próprio da área, reunindo pensamentos, reflexões e objetivos que, à época de sua formulação, retiravam a profissão de um campo de prestadora de procedimentos programados e *pré-vistos* para a coordenação do processo de cuidar e atender com integralidade e humanização. O modelo dizia respeito a uma nova forma de prestar assistência, decorrente do incômodo com o modo tarefeiro e centrado no fazer, para um modo criador e sob uma relação singular com a pessoa cuidada, incluída a família e a comunidade. Um aspecto bem importante, que ao incluir família e comunidade, também incluía a dimensão social da saúde, libertando os modelos de pensamento da centralidade no corpo biológico e atualizando os saberes e fazeres para um modo compreensivo, ainda em atualização. A professora Cantarelli exerceu a docência em enfermagem por 30 anos na província de Milão, de 1969 a 1999, os primeiros seis anos no interior, em Magenta, e os 24 anos seguintes na capital regional, Milão, se posicionando nos processos de mudança na formação, na atenção e na gestão da saúde.

Dentre os pilares sobre os quais sustentava sua formulação estavam as competências científicas em enfermagem, a responsabilidade profissional do enfermeiro na coordenação do cuidado e os conhecimentos em enfermagem como estruturantes dos saberes e práticas em saúde. Por

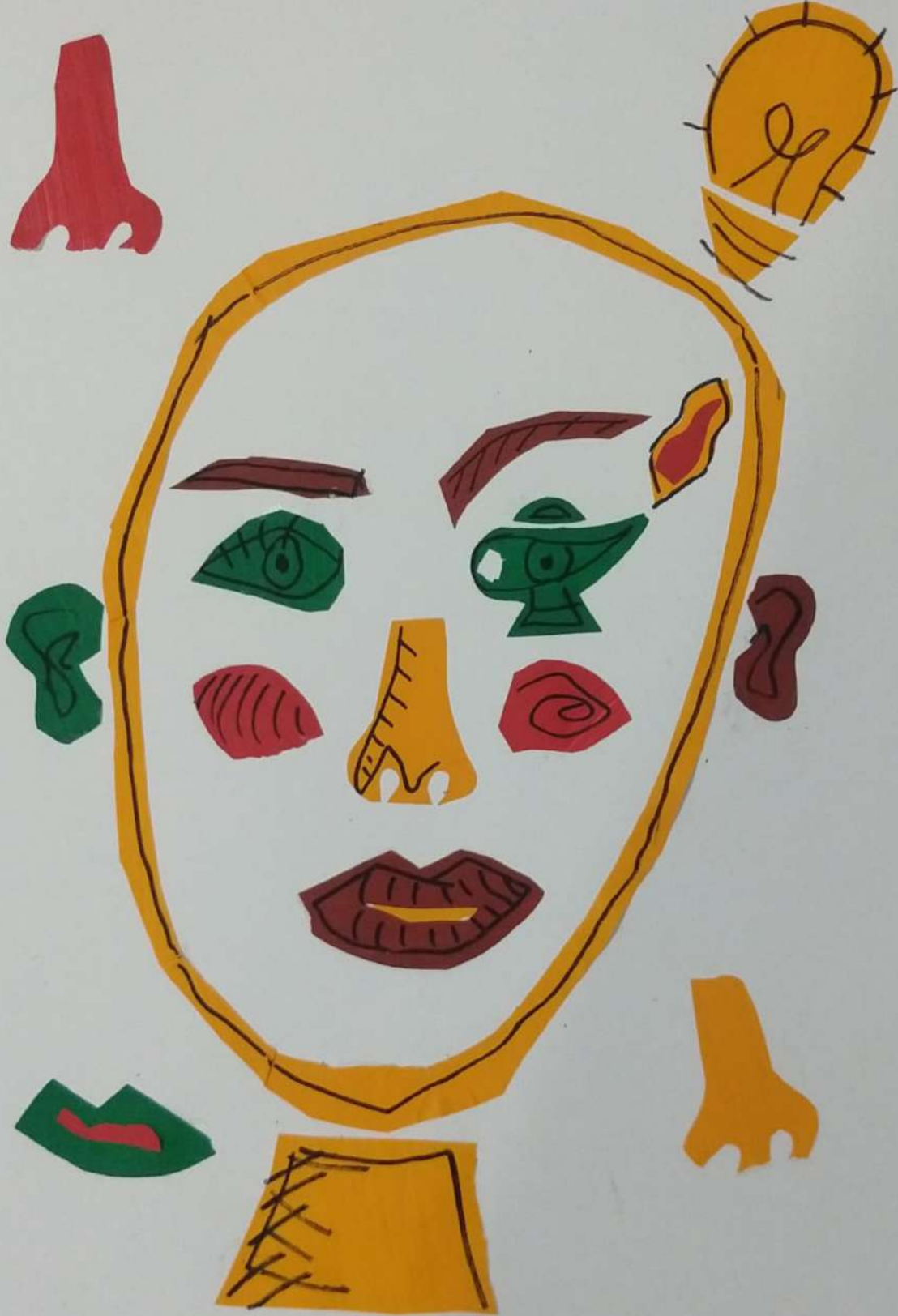
isso, a necessidade da ciência em enfermagem em equilíbrio com a ciência médica para projetar um cuidado com embasamento nas necessidades sociais em saúde e na integralidade da atenção. Estudou, pesquisou e observou organizações e formas de prestar assistência de enfermagem em diversos países em missões internacionais do Ministério da Saúde da Itália. O primeiro período de docência forjou a intelectual da enfermagem em defesa de um modelo da atenção que foi desenvolvido nos anos seguintes como uma teoria da atenção em enfermagem, implicada com a atuação (a organização da atenção) e a educação (o ensino para a atenção) em enfermagem. A novidade é que uma teoria do cuidado em enfermagem considerava a pessoa, as famílias, o território e os saberes científicos interdisciplinares em humanidades e sociedade como aliados das ciências biológicas com as evidências culturais e emocionais.

O seu “Modelo da Atenção em Enfermagem”, conhecido como uma Teoria em Enfermagem, originalmente formulado em 1987, teve sua primeira edição em forma de livro como a oferta de um balanço de 28 anos da educação em enfermagem na Itália, tendo três edições em 20 anos (1996, 2003 e 2017). A tradução é o reconhecimento à formulação intelectual de uma teoria à enfermagem no bojo das ciências do cuidado, em respeito à pessoa com necessidades de atenção em enfermagem e sob a promoção de sistemas e serviços de saúde que façam jus à dignidade humana e ao acolhimento de todas as pessoas, com responsabilidade, resolutividade e sustentação da autonomia das pessoas na construção da sua qualidade de vida.

Agradecemos à generosidade da Casa Editorial Ambrosiana, parte da Zanichelli Editora, de Milão (Lombardia, Itália), em autorizar a publicação em modo aberto, pois, com a tradução brasileira, homenageamos a trajetória de Marisa Cantarelli e expandimos a abrangência do seu legado, que certamente será de grande relevância aos estudos sobre a prática social da enfermagem e sobre o trabalho em saúde como um todo, reafirmando as

conexões entre as reformas sanitárias do Brasil e da Itália. Marisa Cantarelli, que nos deixou enquanto a presente obra estava em edição, sempre manteve relações densas entre o saber, o fazer, o pesquisar e a análise do contexto, condição que ainda faz falta quando se pensa nas conexões inextricáveis e necessárias entre educação e trabalho na saúde.

Alcindo Antônio Ferla
Editor



PREFÁCIO

ENFERMAGEM, REFORMA SANITÁRIA E SAÚDE COLETIVA:

SOBRE A TRADUÇÃO BRASILEIRA DE “MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM”, DA PROFESSORA ITALIANA MARISA CANTARELLI, FORMULADO EM 1987

Ricardo Burg Ceccim*

Em meio às reformas que lutam por acesso universal aos sistemas de saúde e prestação da atenção com os princípios da integralidade e da saúde coletiva, ainda resta pouco vocalizada a aplicação do conhecimento em enfermagem, podendo mesmo tal aplicação ser mal ou nada reconhecida. O esforço de muitos enfermeiros pesquisadores da ciência em enfermagem tem sido fazer reconhecer a presença desse saber mediante análise dessa atuação profissional e da demonstração de seu poder de interferir no processo saúde-doença-cuidado de indivíduos, grupos e populações. A própria enfermagem científica nasce em meio à prestação institucional de cuidados, reorganizando a prática hospitalar em ambientes de guerra, de modo a tornar os ambientes assistenciais capazes de proteção da saúde das pessoas sob assistência, tal como aconteceu no marco histórico da Guerra da Crimeia, quando, em 1854,

* Pesquisador na área de educação e ensino da saúde, doutor em Psicologia Clínica e pós-doutor em Antropologia Médica, professor titular de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, até 2022, atualmente, professor convidado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte na área de gestão e inovação em saúde. burgceccim@gmail.com

a aplicação do conhecimento de enfermagem na abordagem terapêutica e na gestão hospitalar de guerra fez reduzir a mortalidade de 42,7 para 2,2%.

Desde o nascimento da Enfermagem Científica, a escuta às necessidades individuais e coletivas em saúde e a aliança entre promoção, prevenção e proteção da saúde – segundo as necessidades sociais e histórias de indivíduos, grupos e populações – desenham a atuação profissional em enfermagem. A Enfermagem Científica possui personificação na figura de uma mulher de família britânica da era vitoriana, nascida na Itália, em Florença, motivo pelo qual se chamava Florence (tradução de Firenze para o inglês). Florence nasceu na Itália, em 1820, estudou técnicas de enfermagem na Alemanha, participou da inovação da atenção hospitalar na França – introduzindo a salubridade hospitalar como critério da qualidade assistencial institucional – e atuou na Crimeia durante o conflito que opôs o Reino Unido à Rússia. Florence foi a primeira mulher a ingressar na Sociedade Real de Estatística, no Reino Unido, o que ocorreu por desenvolver um modelo de representação gráfica (gráfico circular organizado por setores de dimensão percentual) para avaliar a qualidade do desempenho dos hospitais no tratamento e na gestão da assistência aos hospitalizados, assim como destacou-se nos estudos de saúde e saneamento básico em consultoria à proteção de saúde na Índia, então sob dominação britânica. A primeira escola de enfermagem de modelo “florentino” enfatizava a necessidade de organizar a atenção às populações pobres e a necessidade prover a profissionalização do pessoal de enfermagem.

No Brasil, enfermeiras ganharam notoriedade por sua atuação em saúde da população somente a partir da era Carlos Chagas, no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, atuando na gestão do sistema sanitário nacional, introduzindo modelos prestacionais de cuidado, de condução de processos de trabalho e de formação de equipes de enfermagem, como Edith Magalhães Fraenkel, Rachel Haddock Lobo e Laís Moura Netto dos Reys, que lideraram a saúde pública, a melhoria do sistema de atenção em saúde mental, o controle da tuberculose e a atenção obstétrica e neonatal,

além de atuarem em frentes como a campanha pelo voto feminino, a luta de emancipação intelectual da mulher, a luta por direitos humanos e a defesa de estratégias de promoção da saúde. Com essas enfermeiras, o Brasil terminou por consolidar, desde o final dos anos 1940, um modelo de formação e atuação em dois grandes níveis de escolaridade, um superior universitário e um profissionalizante técnico, sendo obrigatória, desde 1949, a oferta dos dois níveis de diplomação em Enfermagem.

A construção de um saber próprio da enfermagem como ciência, no Brasil, ganhou notoriedade com a enfermeira Wanda de Aguiar Horta, introduzindo uma teoria do cuidado no alvorecer dos anos 1960. A enfermagem seria, então “a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência quando possível”. A assistência de enfermagem ou o cuidado se dariam “pelo ensino do autocuidado” e pela “prestação de enfermagem na ação de recuperar, manter e promover a saúde”, ação que se faria em colaboração com outros profissionais” (Horta, 1974, p. 10). Assim, a enfermagem se tornaria presente em qualquer âmbito da atenção à saúde, onde práticas de cuidado estivessem em causa, como membro da equipe de saúde. A equipe de enfermagem se apresentaria, a partir da teoria do cuidado, conforme Wanda Horta, como “gente que cuida de gente”. Depois da introdução escolarizada e profissionalizada da enfermagem, se processa, no Brasil, seu afastamento de “prática secular” para “prática disciplinarizada”, com regulação do exercício profissional e ordenamento da formação.

Contudo, medicina e enfermagem sempre configuraram área “conurbada”, ocupando a primeira o lugar de ciência tanto das práticas clínicas em diagnóstico e tratamento, como das práticas de saúde pública em análise epidemiológica e controle sanitário, restando à enfermagem o lugar de disciplina prática nesses mesmos campos. A noção de área conurbada, proveniente da geografia, diz de “quando duas ou mais cidades se *encontram* e formam um mesmo espaço geográfico, isso ocorre quando o crescimento dessas

idades é elevado e as suas respectivas malhas urbanas integram-se, tornando-se um único meio urbano” (Pena, s.d.). “Em algumas situações, as duas cidades crescem até se encontrar em um ou mais pontos do território” (Ribeiro, s.d.). Uma vez acontecendo o mesmo com a enfermagem, verifica-se, em todo o mundo, uma constante disputa por autonomia e sua elevação de disciplina prática à ciência e arte do cuidado, onde a liderança e tomada de decisão estejam em condições de exercício independente na tomada da história clínica, no diagnóstico e na elaboração do plano assistencial, estipulando um Plano de Cuidado ou Prescrição, estando presente na observação e acompanhamento da evolução dos quadros sob cuidado e dimensionando o prognóstico de enfermagem. Devido a área “conurbada”, a enfermagem, como ciência sempre apontou, além da luta pelo exercício independente, que lhe dá estatuto de ciência, o exercício em comum com a medicina e outros grupos profissionais e o exercício em práticas colaborativas como membro das equipes de saúde.

Maria José dos Santos Rossi, enfermeira com formação em ensino e pesquisa no Brasil e na Europa, designa a prestação de enfermagem como “arte de cuidar”, mas aponta sua constituição científica como derivada de um *saber ancestral indiferenciado para herdeiro dominado e domesticado* diante da emergência de um saber dominante e dominador, identificado como “arte de curar”. Na descontinuidade histórica do cuidar indiferenciado, a arte de curar ganha hegemonia, se conformando como um saber masculino e público, enquanto a “arte de cuidar” afirma-se como um saber feminino, assimilado ao doméstico. Rossi conjectura uma história descontínua do cuidar com a emergência de uma correlação médico-doença e uma secundarização da correlação enfermagem-cuidado humano. A arte de curar ganhou hegemonia e tradução científica, enquanto a arte de cuidar foi disciplinarizada. Diante da necessidade de também tornar-se científica, pela necessidade de assegurar a segurança dos pacientes, a eficiência institucional dos serviços de saúde, a reprodução de saberes formais, a formação de gerações profissionais e a abertura para a pesquisa, a arte de cuidar também se torna ciência do cuidar (Rossi, 1991).

Durante as décadas de 1970 e 1980, o Brasil projetou fortemente sua luta política por uma reforma sanitária que promovesse o acesso às ações e aos serviços de saúde como direito universal – de acesso igualitário e oferta equitativa – com garantia de proteção à diversidade de necessidades sociais e históricas, inspirando-se fortemente no modelo de reforma sanitária empreendido na Itália. Quanto à enfermagem brasileira, foi o período em que emergiu o Movimento Participação, fortemente aliado das lutas pela Reforma Sanitária Brasileira. De 1979 a 1988, uma fração relevante da enfermagem brasileira se posicionou em luta contra a ditadura, em defesa da saúde para todos e da democracia como parte integrante do conceito de saúde. O Movimento Participação se tornou expressão da categoria profissional entre 1984 e 1988, estando presente nas ações de reforma constitucional (da ditadura à democracia) e da construção do projeto nacional de um sistema único de saúde para o novo período democrático, estando representado tal Movimento na Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS). Nomes expressivos como Raimunda Germano (Região Nordeste), Maria José dos Santos Rossi (Região Centro-Oeste), Maria Cecília Puntel de Almeida (Região Sudeste), Jorge Lorenzetti (Região Sul) e Creso Machado Lopes (Região Norte) projetaram uma enfermagem como prática política social.

No Brasil, nesse período, as mais variadas experiências mundiais de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde passaram a ser observadas, estudadas e chamadas ao diálogo. Dentre essas, a italiana foi aquela que mais fortemente marcou e inspirou o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. A área “conurbada” entre medicina e enfermagem seguiu seu curso e, no alvorecer da reforma do sistema nacional de saúde, grandes nomes da medicina italiana ganharam forte presença no Brasil. Deve-se destacar Ivar Oddone, da medicina do trabalho, Giulio Alfredo Maccacaro, da medicina preventiva, Giovanni Berlinguer, da medicina social, e Franco Basaglia, da medicina psiquiátrica, entre outros. Assim, o Brasil conhecia e acessava informações dos movimentos “operário italiano”, da “medicina democrática”, da “reforma sanitária”

e da “reforma psiquiátrica antimanicomial”, conhecendo suas lideranças médicas, porém, o Brasil nada ouvia da enfermagem italiana, das conceitualizações relativas a uma arte do cuidado, ciência da assistência de enfermagem ou prática social da enfermagem italiana. Foi por isso que o contato com a enfermeira Marisa Cantarelli, proporcionado pelo intercâmbio Brasil-Itália, presente nas interações entre as Universidades de Parma (UniPR) e de Bolonha (UniBO), na Itália, e as Universidades Federais do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Rio Grande do Norte (UFRN), no Brasil, inspirou a tradução, pela Editora Rede Unida, da obra dessa pesquisadora que projetou, em 1987, um Modelo da Atenção em Enfermagem, gerado no bojo de uma teoria da atuação cuidadora para a enfermagem italiana. A autora ficou conhecida como a primeira formuladora de uma concepção italiana de prática em enfermagem, sendo, naquele país, uma professora, pesquisadora e cientista de destaque no mundo acadêmico nesta área do conhecimento, mudando o foco da atenção em enfermagem das tarefas a realizar para a pessoa a ser assistida e proporcionando a abolição da lista de procedimentos e habilidades práticas para a formulação do cuidado personalizado.

A troca Brasil-Itália parece ter beneficiado historicamente o nascimento no Brasil da Saúde Coletiva como uma área científica abrangente da medicina preventiva e social, da epidemiologia e da saúde pública, especialmente entre 1975 e 1990, marcos do início do movimento da reforma sanitária, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, ao reagir à Lei do Sistema Nacional de Saúde, instituída em 17 de julho de 1975, e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, após a Constituição de 1988 que, em 1990 revogou a lei de 1975. Não sendo apenas um movimento político e científico significativo no Brasil, a noção de Saúde Coletiva aportava um novo conceito para uma nova configuração de práticas. A Saúde Coletiva representava o compromisso com a saúde pública e com a saúde de todas as pessoas.

A professora Cantarelli analisou a formação em enfermagem como trajetória universitária desde 1975, apresentou, em 1987, seu Modelo à formação em enfermagem, reunindo as formações precedentes de enfermeiros

de direção de ensino, enfermeiros de direção de assistência e enfermeiros de direção de ensino e assistência, estabeleceu a trajetória das formações até 1995, verificando o impacto da presença dos egressos na coordenação da assistência hospitalar, na recomposição de papéis ao pessoal auxiliar em serviços de saúde e pessoal de cobertura sanitária em puericultura e na recomposição dos saberes pela articulação do conhecimento superior com as práticas profissionalizadas na Região da Lombardia. Em 2002, participou da organização da “Conferência Internacional *Mulheres que constroem o futuro: modelos para o terceiro milênio*”, tendo estimulado a criação de uma bolsa para enfermeiros que desenvolvessem cursos de formação destinados à integração de crianças imigrantes. Em 2013, recebeu a *Láurea Honoris Causa* em Ciências da Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Milão devido ao empenho na criação da primeira escola italiana de enfermagem científica, no desenvolvimento de uma teoria do cuidado com foco na satisfação de necessidades de cuidados em enfermagem e pelas pesquisas de relevância à prática clínica, ao ensino e às organizações profissionais, no campo da enfermagem.

No Brasil, a saúde pública teve modificado seu estatuto de organização do sistema de saúde para a cobertura populacional, também apresentando a necessidade de um ordenamento de práticas políticas, gerencias e de assistência concebido para os coletivos humanos e os ambientes de vida. A coletividade vista não como um agregado populacional, mas conjuntos de pessoas, grupos sociais e territórios de existência, cada qual com necessidades próprias e condições particulares de proteção e risco a serem consideradas em conjunto para fins de políticas e intervenções. As intervenções em saúde, por sua vez, contavam com a aplicação de conhecimentos médicos e de enfermagem, mas não só e, no caso brasileiro, a saúde coletiva ganhou forte presença das ciências sociais e humanas, alargando enormemente a compreensão dos fatores que afetam o processo saúde-doença-cuidado.

A contribuição da área de conhecimento da enfermagem, no entanto, é crucial, e a aplicação das teorias e princípios do cuidado nas práticas clínicas

é um tema ainda em aberto e que envolve a compreensão e a implementação da integralidade da atenção e equidade na oferta de assistência, motivo pelo qual movimentos pela organização do conhecimento em enfermagem fazem sentido e se apresentam úteis na recomposição de todas as práticas em saúde. O cuidado, um dos pilares da saúde coletiva, pode ser visto sob múltiplas perspectivas complementares, que destacam os variados aspectos da necessidade de atenção à saúde segundo os parâmetros da integralidade, da equidade, da longitudinalidade do acompanhamento e do acolhimento da diversidade humana, contudo, raramente se enuncia a enfermagem em suas bases epistemológicas, citando-se, sempre, a medicina preventiva e social e as ciências humanas e sociais em saúde.

Horta falava em prática cuidadora e assistência de enfermagem, Rossi passou a falar em arte de cuidar e prática social do cuidar. Conforme Horta (1974, p. 13), “cuidado” seria “a ação planejada, deliberativa ou automática da enfermeira, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano (indivíduo, família e comunidade)”, ou seja, enfermagem e prática cuidadora como termos intrínsecos. “Assistência” seria “a aplicação, pela enfermeira, do Processo de Enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender às necessidades básicas do ser humano (indivíduo, família e comunidade)”. Para Rossi, não seriam necessidades básicas, mas necessidades de escuta, acompanhamento e organização das condições de cura. O cuidado, como objeto estruturante da enfermagem, pode orientar a atenção integral como prestação abrangente, que prioriza tanto as ações de promoção, como as preventivas e terapêuticas, aos indivíduos, aos agrupamentos sociais, às populações e ao território. Isso implica intervenções coordenadas em prol da pessoa assistida, de grupos sociais acompanhados, da ambiência cuidadora (acolhimento singularizado) e protetora (segurança do paciente) e da ação em território ou comunitária, assegurando atendimento individual, institucional e de políticas públicas com substrato no saber de enfermagem (políticas públicas *cuidado*-orientadas).

O grande desafio de conhecer/apreender o conhecimento/saber em enfermagem é nominar como enfermagem não apenas seus componentes de disciplina prática, mas também seu arsenal teórico e epistemológico como prática política social e para a(s) ciência(s) em saúde. O esforço de Marisa Cantarelli foi nessa direção, explorando a capacidade da enfermagem na efetivação do princípio da integralidade e equidade, no desenvolvimento da habilidade dos profissionais em valorizar e integrar ações cuidadoras e serviços acolhedores, promovendo uma articulação eficiente entre as diversas categorias profissionais. Isso não apenas de forma automática (lista de tarefas), mas mediante o desenvolvimento de tecnologias da abordagem, da escuta e da “coprojecção” do Plano de Cuidado (em equipe e/ou com os usuários). Assim, a enfermagem ultrapassava o lugar de disciplina que oferta ações e serviços, configurando-se como uma abordagem abrangente que reconhece e responde à complexidade das necessidades de saúde de indivíduos, grupos, famílias, território, comunidade e população, por isso a tradução reaproxima Brasil-Itália nos estudos de saúde, não apenas com profissionais médicos do mais elevado valor político no meio sanitário, mas também com uma profissional enfermeira, pelo menos no reconhecimento da área conurbada medicina-enfermagem.

Em 07 de dezembro de 2022, aos 92 anos de idade, a enfermeira Marisa Cantarelli, formada em 1950, foi honrada com o prêmio Ambrogino d’Oro, conferido pela prefeitura municipal de Milão, uma honraria às personalidades e entidades de destaque, cujo nome é inspirado em Sant’Ambrogio, padroeiro da cidade. A honraria foi declarada como reconhecimento de seu papel na distinção da enfermagem de cumpridora de tarefas para aquela da aplicação de conhecimento sistemático no bojo da ciência, defesa da profissionalização dos trabalhadores de enfermagem, colocação da enfermagem como formação universitária e apresentação da assistência de enfermagem como cuidado personalizado. Em um estudo de linha do tempo, os blocos marcadores de sua atuação profissional se intersectam com a temporalização da enfermagem brasileira trazida à presente apresentação. A oportunidade da tradução

pretende honrar a enfermagem brasileira e italiana, entregando à literatura acadêmica mais uma obra de referência internacional ao estudo do saber-fazer da enfermagem contemporânea. Para o Brasil, a tradução do italiano é o resgate de uma dívida histórica com o campo de conhecimento da “ciência do cuidado”, entre tantas traduções de relevância para a saúde coletiva. Para a Itália, a tradução brasileira é um incentivo de fôlego às lutas contemporâneas da categoria como participante da equipe de saúde e como agente da política e da sociedade nas transformações necessárias ao sistema sanitário italiano numa direção como a da saúde coletiva brasileira. Para ambos os países, representa promover o real dimensionamento da área da enfermagem na efetivação da integralidade do cuidado, da educação popular em saúde e da gestão de serviços e sistemas que promovam segurança sanitária individual, institucional e populacional.

REFERÊNCIAS

- Horta, W. A. (1974). Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 8(1), 7-15. <https://doi.org/10.1590/0080-6234197400800100007>
- Pena, R. F. A. (s.d.). Conurbação. *Mundo Educação*. Recuperado de: <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/conurbacao.htm#:~:text=Entende%2Dse%20por%20conurba%C3%A7%C3%A3o%20quando,se%20um%20%C3%BAnico%20meio%20urbano>. Acesso em 12 de maio de 2024.
- Ribeiro, A. (s.d.). O que é conurbação? *Brasil Escola*. Recuperado de: <https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-conurbacao.htm>. Acesso em 12 de maio de 2024.
- Rossi, M. J. dos S. (1991). O curar e o cuidar: a história de uma relação – um ensaio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 44(1), 16-21. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671991000100004>

PREFÁCIO

ENFERMAGEM NA ITÁLIA: UM DESTAQUE À FIGURA DE MARISA CANTARELLI

Antonio Bonacaro**

Na vasta e complexa história da atenção em enfermagem italiana, a figura de Marisa Cantarelli ocupa um lugar proeminente. Nascida em 3 de julho de 1930, na Itália, Cantarelli dedicou a sua vida à formação dos profissionais e ao desenvolvimento da profissão de Enfermagem, tornando-se um ponto de referência não somente para o seu país natal, mas também internacionalmente. Além da contribuição que a presente tradução possa ter no contexto brasileiro, é preciso reconhecer o grande interesse histórico e cultural que possui a sua contribuição para a área de conhecimento da enfermagem, com particular referência à formulação do Modelo da Atenção em Enfermagem, que transformou a educação em enfermagem e impactou a evolução da profissão na Itália.

Marisa Cantarelli iniciou sua formação em enfermagem em 1948, matriculando-se na Escola da Cruz Vermelha Italiana, em Roma, onde, ao longo de três anos, se formou como enfermeira profissional em 1950. A sua paixão pelo cuidado e o bem-estar das pessoas levou-a a continuar os seus estudos, obtendo um diploma de especialista como assistente sanitária (habilitação em saúde pública) e, depois, a especialização como dirigente da assistência de enfermagem, em 1953 e 1968, respectivamente. O reconhecimento de sua

** Pesquisador na área de ensino e aprendizagem em enfermagem, doutor em Enfermagem Clínica e pós-doutor em Simulação Clínica, foi professor convidado no Reino Unido, Austrália e Emirados Árabes Unidos, atualmente é professor associado da Universidade de Parma na área de Enfermagem Geral, Clínica e Pediátrica.

evolução acadêmica e intelectual vão além quando, em 10 de maio de 2013, lhe foi conferida a *Láurea Honoris Causa* em Ciências da Enfermagem pela Universidade de Milão, com a seguinte motivação:

[...] por ter fundado a primeira escola italiana de pensamento científico em enfermagem, elaborando e difundindo a teoria sobre a satisfação das necessidades de cuidado em enfermagem à pessoa e comunidade e por ter desenvolvido pesquisas inovadoras, obtendo importantes resultados científicos na prática clínica, na prática de ensino e na prática de gestão. Como estudiosa com dedicação completa ao ensino, pesquisa e intervenção, perseguiu o reconhecimento do setor científico-disciplinar das ciências em enfermagem, abrindo novas fronteiras para o futuro da profissão (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, 2024).

O percurso profissional de Cantarelli foi marcado por importantes posições que lhe permitiram influenciar profundamente a construção da enfermagem italiana. Iniciou a sua atividade profissional no Hospital San Camillo, de Roma, continuando depois a atividade clínica territorial no consórcio provincial para o controle da tuberculose em Milão. Em 1969, foi nomeada Diretora da Escola de Enfermeiros Profissionais do Hospital Fornaroli, cargo que ocupou até 1975. Durante esse período, Cantarelli transformou os padrões de ensino e introduziu novos protocolos de cuidado, promovendo uma superior educação em enfermagem. De 1975 a 1999, atuou como vice-diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de Milão, onde desenvolveu e implementou inovações na atenção, educação e pesquisa em enfermagem.

Um dos aspectos mais importantes da contribuição de Marisa Cantarelli é o seu papel como teórica da enfermagem. Cantarelli é, de fato, a única teórica da atenção em enfermagem italiana, papel reconhecido graças ao desenvolvimento do Modelo da Atenção em Enfermagem. Publicado em 1996, este modelo representa uma abordagem inovadora e sistemática à prática de enfermagem, baseada em uma visão holística da pessoa atendida e na importância da personalização do cuidado.

O Modelo da Atenção em Enfermagem de Cantarelli é estruturado em torno de quatro conceitos principais:

1. A pessoa: considerada na sua inteireza biopsicossocial e espiritual, cada pessoa assistida vista como indivíduo único com necessidades singulares e circunscrições específicas.
2. A saúde: definida não apenas como ausência de doença, mas um estado de geração do bem-estar físico, mental e social com capacidade de promover qualidade de vida.
3. O ambiente: inclui todos os fatores externos que afetam a saúde e o bem-estar da pessoa, desde o ambiente físico às dinâmicas familiares, políticas e sociais.
4. A atenção em enfermagem: vista como um processo dinâmico e interativo, centrado na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa assistida e embasada em evidências científicas.

A visão de Cantarelli sobre a atenção cuidadora é caracterizada por um forte compromisso com a profissionalização da enfermagem. Sempre sustentou a importância de uma formação em enfermagem de alto nível, capaz de formar profissionais competentes e preparados para enfrentar os desafios do setor da saúde. Cantarelli promoveu uma cultura de excelência, incentivando os enfermeiros a buscarem o crescimento pessoal e profissional através da formação contínua e da pesquisa.

O Modelo da Atenção em Enfermagem de Marisa Cantarelli representa um recurso estratégico de grande valor para as práticas de cuidado. Sua tradução no Brasil pode reforçar as melhorias significativas que a disponibilidade de atenção em enfermagem proporciona à saúde coletiva neste país, ajudando a reconhecer os padrões profissionais gerados pela educação superior em enfermagem e a valorizar os resultados do sistema de saúde pelo uso do conhecimento em enfermagem. O Brasil, com seu vasto sistema de saúde e desafios únicos, pode se beneficiar com a soma da abordagem sistemática e holística de Cantarelli à abordagem da integralidade e

humanização da enfermagem brasileira. A divulgação do modelo de Cantarelli contribui à profissionalização dos enfermeiros ao somar às práticas embasadas em evidências e na melhoria da relação terapêutica entre enfermeiros e pessoas atendidas a adoção da modelagem cuidadora.

Enfim, como forma de conclusão, deve-se pensar que a figura de Marisa Cantarelli representa um ponto iluminado na história mundial da atenção em enfermagem. Sua dedicação, visão inovadora e compromisso com a profissionalização em enfermagem deixaram uma marca indelével na história da categoria dos enfermeiros no setor da saúde. Seu Modelo da Atenção em Enfermagem fornece uma orientação valiosa para a melhoria da qualidade em sistemas e serviços de saúde, inspirados por práticas cuidadoras e pode ter um impacto transformador se adotado como um guia de valor internacional, inclusive pelo mérito do diálogo com o Brasil. Este prefácio é um tributo a uma pioneira cujo trabalho permite inspirar e guiar a abordagem social da formação e do trabalho dos enfermeiros em todo o mundo.

REFERÊNCIAS

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (2024, 28 de setembro). *Addio a Marisa Cantarelli, prima teorica italiana dell'assistenza infermieristica*. <https://www.fnopi.it/2024/09/28/addio-marisa-cantarelli/>



CARTA À TERCEIRA EDIÇÃO ITALIANA

Marisa Cantarelli

Ter podido revisitar o presente livro depois de muitos anos me levou de volta a um período intelectualmente muito rico e vivo, exatamente o período que vai de 1987 a 1999. O ano de 1987 foi aquele em que apresentei “Um modelo profissional para o cuidado em enfermagem: a transição de uma assistência por tarefas a uma atenção pelo cuidado”, na conferência organizada pela Escola de Enfermagem, da prestigiosa Universidade de Milão. Com a Lei n.º 42, de 26 de fevereiro de 1999, que apresentou novas disposições em matéria de profissões de saúde, o descritor ocupacional^I como delimitação de profissões sanitárias foi, finalmente, revogado.

O estímulo ao aprofundamento da análise da atuação em enfermagem e a busca de uma alternativa para um melhor cuidado envolveram todos na universidade, dentro da Escola de Enfermagem^{II}. Lembro-me do entusiasmo dos alunos no nascimento do Modelo e da efetiva colaboração, tanto coletiva, como na análise das ações e atos no âmbito da atenção em enfermagem, quanto individual, como na escolha dos temas de Trabalho de Conclusão de Curso, peças indispensáveis, que enriqueceram o Modelo em si. As monografias de conclusão de curso de graduação em enfermagem e as monografias finais da

I N.T.: A noção de “descritor ocupacional” foi usada como tradução de “mansionário”, elenco de deveres a cumprir, a ideia de rol ocupacional como lista de tarefas. A enfermagem não se descrevia como profissão, mas como ocupação, não havia um descritor profissional, mas um descritor ocupacional.

II N.T.: Escola de Enfermagem é a tradução brasileira para “Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche (SUDI)”. Literalmente, seria Escola Universitária de Estudos em Enfermagem.

licenciatura em enfermagem^{III}, elaboradas e apresentadas, com seus respectivos orientadores, estão indicados no Anexo 2 deste livro.

A decisão de concorrer ao edital regional sobre as pesquisas finalizadas, que me dava a oportunidade de aplicar o Modelo em ambiente hospitalar, foi um desafio muito importante. A escolha do hospital de Cazzaniga não foi aleatória; naquele momento, naquele local, como Chefe dos Serviços Auxiliares de Saúde, estava um dos docentes da Escola de Enfermagem, o Professor Edoardo Manzoni. Isso foi motivo de segurança para mim, assim como o foi o compromisso de outra docente da Escola, a Professora Daria Da Col, que analisou todas as cartelas da experimentação, verificando-se a extrapolação dos planos assistenciais procedimento-centrados.

Quero, portanto, me congratular com todos aqueles que acreditaram e compartilharam comigo desta aventura, considerada por muitos uma utopia, que estimulou uma grande mudança na profissão de enfermeiros na Itália. São muitos, a lista de seus nomes seria muito longa; eu os carrego em meu coração e mente. Comecei dizendo que esta terceira revisão do livro me fez mergulhar no passado e, por isso, tenho que agradecer à Damiana que, tal como na primeira edição, me incentivou e apoiou durante todo o processo de escrita.

III N.T.: Na Itália, as monografias de graduação são designadas por teses. A graduação universitária em enfermagem poderia envolver, no período em análise, a formação básica ou a formação como “Infermiere Insegnante Dirigente (I.I.D.)”. Literalmente, seria Dirigente de Ensino em Enfermagem, aqui traduzida como Licenciatura em Enfermagem, buscando a aproximação com o modelo brasileiro.



APRESENTAÇÃO À TERCEIRA EDIÇÃO ITALIANA, 2017

Marisa Cantarelli

À distância de vinte anos da primeira edição, por que rever o texto sobre o Modelo da Atenção em Enfermagem? Nos últimos tempos acentuou-se o tecnicismo, que absorvemos como cultura predominante; os próprios cientistas estão seriamente preocupados e se perguntam onde isso nos levará. Os enfermeiros, especialmente os jovens enfermeiros, nasceram e vivem nesta realidade; a sua formação, com o ingresso na Universidade, numa faculdade onde a matriz disciplinar não é a sua, sofrem a tendência biológica imperante, afastando-se do aspecto humanístico e do conceito de cuidar.

Essas considerações me levaram a refletir sobre a necessidade de a profissão recuperar seus próprios espaços culturais, pois não basta o conhecimento pontual das técnicas mais sofisticadas, precisamos internalizar os conceitos que guiam nosso fazer. De fato, um modelo conceitual nos permite:

- precisar a contribuição da profissão no vasto campo da saúde,
- conhecer e fazer conhecer a natureza do nosso serviço,
- ter uma referência clara para as nossas intervenções na formação, na gestão, na pesquisa e na política profissional.

Se pensamos na importância de ter quadros claros que nos guiam na formação e na gestão, temos maior segurança no exercício da nossa profissão. A reflexão pode começar com o conhecimento da estrutura epidemiológica e demográfica da população por idade e gênero, ponto de partida para a compreensão das principais necessidades sociais em saúde de um país e base

para as escolhas e a programação sanitária. Em nosso país, essas escolhas levaram à reorientação de toda a oferta assistencial, visando a não apenas garantir respostas adequadas aos eventos agudos ou possíveis instabilidades clínicas relacionadas ao aumento da prevalência e incidência de patologias crônico-degenerativas, mas acima de tudo para garantir estratégias eficazes preventivas e proativas.

Para que essa reorientação seja plenamente alcançada, é necessário que seja verdadeiramente garantida a “continuidade da atenção”, entendida como a ativação de percursos específicos de cuidado, adoção de dispositivos apropriados de ligação entre ações e serviços, bem como de profissionalismo no acolhimento e atendimento, como, por exemplo, aquele da enfermagem. Nessa programação, de característica clínico-assistencial, novos espaços são previstos para os enfermeiros, mas os mesmos devem ser preparados ad hoc, por exemplo, para a enfermagem de família/comunidade e para a assistência domiciliar e ambulatorial. No documento de programação, se especifica, como exemplo, que o enfermeiro de família/comunidade é um profissional que analisa as necessidades do paciente e da família, garante em território a continuidade do cuidado e contribui para a promoção da saúde. Ele é responsável pela gestão dos processos assistenciais e socio-sanitários no âmbito da comunidade.

É fácil hoje em dia sermos enfermeiros muito bons, impecáveis na técnica e na prática, como também no comportamento, mas muitas das afirmações e palavras estudadas e espontaneamente utilizadas no mundo da enfermagem (assistência de enfermagem, ciência da enfermagem, necessidade de assistência de enfermagem, personalização da assistência de enfermagem, prestação de cuidados de enfermagem ou modelo da atenção em enfermagem, entre outros) chegam aos enfermeiros privadas do conteúdo original e de conscientização; permanecem afirmações vazias se não conhecermos o pensamento desenvolvido em torno da filosofia que coloca no centro o respeito pela pessoa como um todo e a capacidade do enfermeiro de ler as suas necessidades e responder a elas com competência, profissionalismo e humanidade.

Assim, não é redundante ter dedicado um capítulo inteiro do texto aos conceitos da disciplina de conhecimento designada por Enfermagem, tê-los repetido e desenvolvido de muitos modos. Eles são a base do cuidado na enfermagem e, mesmo que sua repetição seja enfadonha, não podem ser esquecidos pelo enfermeiro e devem fazer parte de sua cultura e de seu preparo. Por exemplo, o estudo do ambiente permite ao enfermeiro atuar em todos os setores, sem precisar recorrer a receitas específicas; o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer as necessidades de atenção em enfermagem das pessoas em qualquer ambiente, seja no hospital, na clínica ou no domicílio. Isso só é possível se ele tiver uma clara identidade profissional.

Portanto, na elaboração do texto, os capítulos 2, 3 e 4 foram revisados, privilegiando a leitura dos conceitos fundamentais do conhecimento em enfermagem: homem-pessoa, saúde-doença, ambiente-sociedade e assistência de enfermagem. O capítulo 1, por outro lado, foi completamente revisto com uma leitura pessoal da evolução da profissão de enfermagem dos últimos oitenta anos, vivida em grande parte em primeira pessoa.

No texto, são apresentadas algumas experiências de aplicação do Modelo da Atenção em Enfermagem, que poderão servir de guia para trabalhos futuros. Outro motivo que me levou a escrever foi o desejo de estimular os colegas a aprofundarem o discurso da disciplina Enfermagem. Vinte anos depois, eu teria gostado de ver nascer mais modelos italianos de atenção em enfermagem. Entramos na Universidade porque a ciência em enfermagem foi reconhecida, mas ainda é jovem e muito frágil, o número das cátedras, ou seja, de professores reconhecidos na área disciplinar específica da enfermagem, ainda é muito baixo se comparado à importante e notável busca do mundo universitário pelos enfermeiros. De fato, os enfermeiros formados anualmente são quinze mil e em trinta e uma universidades é ativa a graduação de nível superior, estão ativos cinco cursos de doutorado e, no ano acadêmico 2015/2016, estavam ativos 190 cursos de mestrado.

Tudo isso foi possível também graças à atividade profusa dos enfermeiros comprometidos com as disciplinas de Enfermagem nas universidades, mesmo que sem carreira docente na Universidade. Estou convencida de que somente aprofundando a própria cultura os enfermeiros poderão plenamente reapropriarem-se do seu espaço a pleno título.



APRESENTAÇÃO À SEGUNDA EDIÇÃO ITALIANA, 2003

Marisa Cantarelli

Sete anos se passaram desde a primeira publicação deste livro. Nesse período, foram promulgadas novas leis, que afetaram significativamente a profissão em Enfermagem, tanto no campo da prática como da formação. O Regulamento relativo ao perfil profissional do enfermeiro representou um salto de qualidade cultural e normativo da figura profissional do enfermeiro como trabalhador de saúde que, possuidor do diploma universitário, qualificado e inscrito no registro profissional, é responsável pela assistência geral de enfermagem.

A consequência lógica ocorreu em 1999 com a mudança da designação de “profissão auxiliar de saúde” para “profissão de saúde”, eliminando uma imagem distorcida da profissão em Enfermagem, completamente incompatível com a figura jurídica e o perfil profissional agora codificados, especialmente com a implementação do ordenamento didático universitário e com a reforma sanitária. Para romper definitivamente os laços com o passado legislativo, ainda que meritório, mas superado pelo desenvolvimento técnico-cultural da saúde e pela abordagem organizativo-gerencial das estruturas públicas de saúde, seria necessário eliminar, por morte histórica, o descritor ocupacional de 1974 que, de fato, a Lei n.º 42/1999 também declarou formalmente revogado.

Além disso, a referida lei, no art. 1.2, dispõe que “o âmbito específico de atividade e responsabilidade das profissões de saúde é determinado pelos relativos perfis profissionais, pelos regulamentos pedagógicos dos respectivos diplomas universitários e cursos de formação pós-básica, bem como pelos

códigos de deontologia específicos”. Disso resulta claramente que a figura jurídica e o papel profissional regulamentados em 1994 e o código deontológico de 1999 configuraram uma nova profissão em Enfermagem que, desde sempre fundamental na assistência sanitária, encontra hoje forte reconhecimento formal, após anos de intensa busca por visibilidade e autonomia.

Neste quadro de legítima valorização do papel central do enfermeiro na assistência à saúde, a Lei n.º 251/2000 instituiu a direção de enfermagem nos órgãos de gestão sanitária e nos hospitais, com o objetivo de obter uma utilização otimizada dos recursos humanos e profissionais, representados pelo pessoal de enfermagem, no âmbito da adequada resposta organizativa. Paralelamente, houve a consolidação da formação dentro da Universidade, com a ativação dos dois níveis de formação: curso básico com duração de três anos e curso de habilitação especializada^{IV}. Os objetivos a que a profissão se propôs e que descrevi há sete anos na primeira edição do texto foram alcançados do ponto de vista legislativo, tanto no âmbito do exercício como da formação profissional. O livro havia sido escrito para dar uma alternativa ao descritor ocupacional, ao “fazer” de enfermagem. Acredito que este propósito continua relevante hoje, já não exclusivamente para os estudantes em fase de formação, mas mesmo para os enfermeiros em atividade. Estes últimos podem se deparar, de fato, com um novo aspecto da abordagem em enfermagem e ter à sua disposição um instrumento de mudança e atualização do seu exercício profissional.

O meu objetivo ao escrever este texto foi, certamente, a vontade de contribuir para a teorização da área de conhecimento disciplinar da enfermagem, mas, sobretudo, melhorar a atenção em enfermagem que os enfermeiros prestam às pessoas, correspondendo à resposta às necessidades de assistência de enfermagem. Também para atualizar o texto, segui essa lógica.

IV N.T.: No Brasil, havia, até 1986, a graduação em Enfermagem, com duração de 4 anos e um ano adicional para cursar, mediante escolha, uma das “habilitações especializadas” entre licenciatura em enfermagem, enfermagem de saúde pública, enfermagem psiquiátrica e de saúde mental e enfermagem clínica ou médico-cirúrgica. Quando as habilitações foram extintas, o curso já durava quatro anos. Hoje a graduação tem duração de 5 anos e a formação do generalista deve abranger as principais áreas do exercício profissional. No Brasil, contudo, é histórica a divisão entre enfermagem de nível médio (duração de dois anos) e enfermagem de nível superior (antes duração de quatro, hoje de cinco anos).

Na verdade, ao revisar o livro para a nova edição, integralizei o primeiro capítulo relendo a evolução da profissão do ponto de vista regulatório desde 1996, subdividindo-a segundo os atributos sociológicos. O segundo, terceiro e quarto capítulos sofreram mínimas mudanças, já o quinto foi completamente revisado. A difusão do Modelo nesses últimos anos dispensa a necessidade de apresentá-lo, como foi feito na primeira edição, uma experiência única de aplicação para demonstrar sua validade; portanto, nesta segunda edição, esta aplicação foi substituída por um módulo de formação que indica o caminho de aplicação do próprio Modelo, permitindo assim que o maior número possível de enfermeiros consiga uma atualização profissional válida, aproveitando também os créditos atribuídos pelo Programa de Educação Continuada, a que estão obrigados os profissionais de saúde no exercício do trabalho.

De fato, a lei, embora tenha abolido o descritor ocupacional, não implementou “magicamente” a profissionalização do enfermeiro, no entanto abriu uma linha mestra. Esta é, portanto, a via que agora percorremos, conscientes das dificuldades, mas também da abundância de recursos, competências e capacidades de que dispomos. Neste sentido e neste caminho, o Modelo da Atenção em Enfermagem pode ser um suporte confiável.



APRESENTAÇÃO À PRIMEIRA EDIÇÃO ITALIANA, 1996

Marisa Cantarelli

O principal objetivo da formação básica na Universidade, como na expedição de um diploma universitário, é a diferenciação do conhecimento científico e a sua aplicabilidade nas diferentes profissões. O diploma universitário que, na Itália, substituiu a formação de enfermeiros pela Escola Profissional por uma formação de âmbito universitário não poderia se tornar uma sessão abreviada da educação superior, precisaria se tornar um curso novo e original, flexível e, principalmente, ligado à profissão. O objetivo do diploma universitário é formar enfermeiros qualificados para prestar aos indivíduos e à comunidade um serviço competente, autônomo e responsável, que responda às necessidades de atenção em enfermagem em todos os níveis e serviços do sistema de saúde.

Os objetivos educacionais da graduação podem ser formulados da seguinte forma:

1. No final do curso de formação o profissional deve ter adquirido uma clara identidade profissional e a consciência de pertencer a uma comunidade científica.
2. O curso deve ser capaz de transmitir o conhecimento acumulado pela área aos alunos, colegas e outros grupos interessados, deve ter acumulado sensibilidade aos resultados de pesquisas para utilizá-los na própria atividade de ensino, de acordo com os padrões éticos da profissão, resguardando os direitos dos usuários.

3. No final do curso de formação, o profissional deverá ser capaz de prestar assistência de enfermagem personalizada, em resposta às necessidades específicas de ajuda identificadas nos usuários, planejando suas atividades com metodologia científica e autonomia de decisão.

Este livro apresenta o modelo de enfermagem que guiará a formação por todo o percurso formativo. De fato, o texto apresenta o percurso de profissionalização que o aluno deve percorrer para se tornar um profissional. Segundo os sociólogos, por profissão se entende uma ocupação que apresenta conjuntamente o maior número das seguintes características:

- é uma ocupação que exige um elevado nível de conhecimentos sistemáticos, embora não tenham de ser necessariamente de natureza científica, tais conhecimentos são adquiridos com um longo período de escolaridade e com a obtenção de um título de qualificação formal, majoritariamente no âmbito do ensino secundário superior ou universitário,
- os conhecimentos adquiridos e o tipo particular de experiências que podem ser acumuladas permitem ao profissional exercer uma autoridade considerável sobre os usuários (a pessoa que utiliza os serviços oferecidos por uma determinada profissão), onde os referidos conhecimentos e a experiência associada conferem uma forma de autoridade funcional no que diz respeito ao destinatário do seu serviço, pois parece possuir maior competência técnica numa área de interesse deste último,
- a atividade em questão é geralmente considerada de grande importância pela maioria dos membros de uma sociedade, portanto, uma profissão é uma ocupação que afeta setores funcionalmente importantes da organização social,
- para o exercício da atividade em causa, além da qualificação formal, é geralmente exigida a aprovação em uma ou mais provas

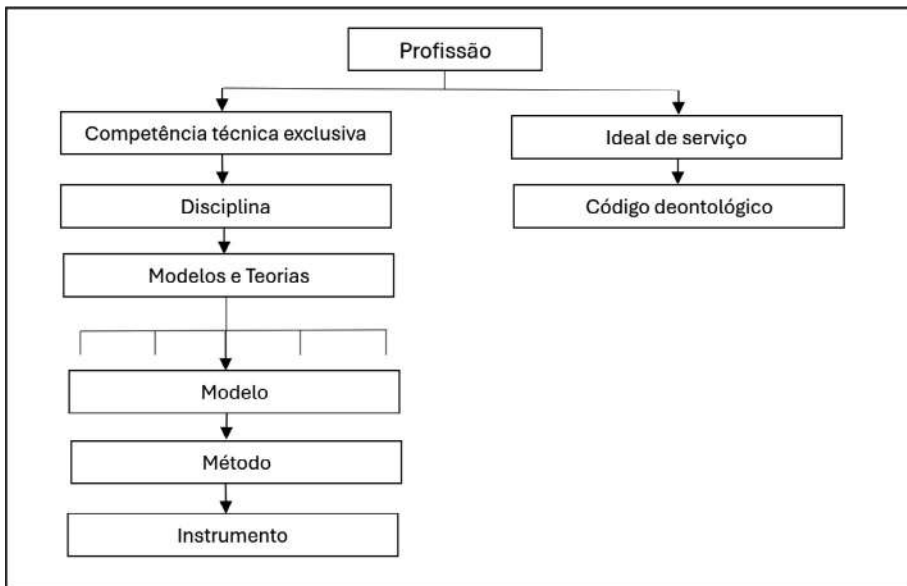
específicas, sob a forma de exame, concurso, prova de qualificação ou outras, além disso, o exercício da atividade é regulado por lei e, com base na lei, são estabelecidos registros ou listas oficiais de todos aqueles que têm o direito exclusivo de exercer tal profissão, excluindo qualquer outra pessoa,

- quem exerce uma atividade de caráter profissional é obrigado a aderir a um código de conduta e algum tipo de deontologia profissional que envolva regras públicas e vinculativas para todos aqueles que exercem aquela determinada atividade,
- no exercício da sua atividade, o profissional é absolutamente autônomo, tendo a possibilidade de determinar livremente, ao contrário de quase todos os outros tipos de colaboradores, os horários, métodos e destino da sua atividade,
- a ocupação considerada está orientada para a prestação de um serviço, não se trata de uma disposição subjetiva, mas de uma orientação inerente à cultura e à estrutura da organização social,
- todos ou quase todos aqueles que exercem a mesma profissão fazem parte de uma associação cujos limites são relativamente rígidos e só podem ser ultrapassados na entrada apenas sob certas condições, mas se forem ultrapassados na saída, conduzem automaticamente à impossibilidade de exercer legalmente aquela atividade.

O conjunto de características listadas e cada uma delas formam uma variável contínua. Talvez apenas as profissões mais antigas possuam todas essas características no mais alto grau. Outras profissões não possuem todas elas, ou as possuem, mas sem apresentar as modalidades máximas de cada característica. O continuum das características que uma profissão pode possuir em maior ou menor grau, deveria permitir definir com alguma clareza o fenômeno da profissionalização.

Desse ponto de vista, a profissionalização aparece como o movimento das profissões, ou melhor, de uma parte significativa, se não da maioria dos que

a exercem, no sentido da aquisição das características anteriormente indicadas, bem como no sentido da aquisição das modalidades mais avançadas de cada característica. Se desejado, a profissionalização poderia ser definida como um movimento em direção à aquisição de características e métodos que delimitam a base histórica e o funcionamento social da profissão. É possível remeter ao modelo clássico segundo o qual uma profissão se caracteriza pela competência técnica exclusiva e pelo ideal de serviço.



É difícil o controle social sobre o profissional, visto que o usuário não tem condições de julgar o desempenho. As profissões, conseqüentemente, exercem um autocontrole sobre as normas técnicas, bem como o respeito ao código de ética por parte de seus seguidores e daí surge a característica de ideal de serviço. A competência técnica exclusiva é a especificidade de cada profissão e a clareza ou não das margens de operatividade reforçam ou comprimem o reconhecimento do papel profissional. Embora a enfermagem não tenha sido uma das primeiras atividades reconhecidas como profissão, acredita-se que não há dúvidas sobre o ideal de serviço, devendo neste momento ser enfatizada a competência técnica exclusiva.

Cada enfermeiro tem o seu próprio esquema de referência, um seu conceito da própria profissão, a sua forma de compreender o seu próprio papel. Porém, se a ideia que tem da própria profissão não é clara e precisa, dificilmente pode conseguir descrevê-la. Uma imagem demasiado abstrata requer um “ajuste”, que deve basear-se num esquema de referência que torne esta imagem clara e definida e que represente um conceito completo e explícito da profissão. Daí a importância de aplicar à profissão em enfermagem um esquema conceitual que defina o âmbito específico da profissão, que maximize o seu papel de suporte na obtenção do estado de independência do usuário e que constitua uma referência à qual cada enfermeiro pode recorrer diariamente e confrontar-se nos casos de necessidade.

O conceito de profissão e o processo de profissionalização orientaram o desenvolvimento de todo o texto. Com efeito, no primeiro capítulo se analisa se a atividade de enfermagem possui ou não os atributos distintivos de uma profissão: uma teoria sistemática, autoridade profissional, sanção da comunidade, código deontológico e cultura profissional. Ao longo deste percurso revelou-se que o descritor ocupacional foi um “obstáculo” à concretização da profissionalização de enfermeiro. A procura de uma alternativa ao descritor ocupacional, como regra que nortearia o *fazer* da enfermagem, me levou a refletir sobre o “dizer habitual” da enfermagem, ou seja, que “o enfermeiro, no exercício da sua atividade, deve responder às necessidades dos usuários”.

Disso surge a necessidade de esclarecer o significado de “necessidade” e de definir o próprio termo no campo da assistência de enfermagem. No segundo capítulo, aliás, além da definição de “necessidade”, são tratados os conceitos que norteiam o conhecimento em enfermagem: homem-pessoa, saúde-doença, ambiente-sociedade e assistência de enfermagem. Como um mesmo conceito pode ser interpretado de forma diferente por diferentes indivíduos, escolhi as definições de necessidade, homem, saúde e ambiente como base da teoria apresentada no terceiro capítulo do texto, que tem

como objetivo personalizar a atenção em enfermagem como alternativa ao descritor ocupacional.

No mesmo capítulo, foi apresentada uma teoria sistemática: o Modelo da Atenção em Enfermagem, assim denominado, que corresponde ao atributo distintivo mais importante da profissão. De fato, este atributo é de fundamental importância para a profissão e também é essencial para a aquisição de autoridade profissional.

A metodologia (processo assistencial) e os instrumentos (plano de assistencial) que permitem a aplicação do Modelo da Atenção em Enfermagem na realidade operacional são o conteúdo do quarto capítulo. No quinto capítulo, foram apresentados os campos de aplicabilidade do Modelo da Atenção em Enfermagem e, como exemplo, vem apresentada uma pesquisa que demonstrou sua validade, validada por 1.436 planos de assistência, implementados por enfermeiros atuantes na realidade hospitalar, sede da própria pesquisa. Tenho a certeza de que a profissão de Enfermeiro avança no sentido da profissionalização e a transição para a formação universitária só pode contribuir para isso; nunca como agora, porém, a contribuição dos enfermeiros professores se tornou tão indispensável para alcançar esse resultado.

O MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM







CAPÍTULO 1

A EVOLUÇÃO DA PROFISSÃO EM ENFERMAGEM

Este primeiro capítulo trata da evolução da formação e da organização do trabalho em enfermagem, lida com uma lente pessoal através da minha longa vivência profissional, meio século que vai de 1948 a 2000.

AS CRUZ-VERMELHINHAS ITALIANAS¹

Em 1948, o meu forte desejo de independência determinou as minhas escolhas relativas ao meu futuro. Naqueles anos, as famílias previam para as moças um bom casamento; falar de independência alcançada através do próprio trabalho era, na melhor das hipóteses, considerado uma anomalia. Mas na realidade que possibilidades existiam? As mulheres da minha família, conforme o costume da época, se casavam, tinham filhos e nenhuma delas trabalhava (fora de casa); a única atividade que encontrei no meu mundo familiar feminino foi a do voluntariado na Cruz Vermelha Italiana (CRI), isto é, tornar-me uma “Croceroossina”².

Este exemplo levou-me a aprofundar esta figura e descobri que havia dois perfis diversos de Croceroossine: as enfermeiras voluntárias da Cruz Vermelha e as enfermeiras profissionais da Cruz Vermelha. A seguir, delineio

1 N.T.: Cruz-vermelhinhas é uma tradução livre, usada no esforço de comunicação com o leitor brasileiro, corresponde às enfermeiras voluntárias da Cruz Vermelha Italiana.

2 N.T.: Croce Rossa é a Cruz Vermelha e croceroossine as cruz-vermelhinhas, o corpo de enfermeiras voluntárias da Cruz Vermelha Italiana.

suas principais características, dada a importância de recordar a história, da qual nasce e se desenvolve a história da enfermagem italiana.

AS ENFERMEIRAS VOLUNTÁRIAS DA CRUZ VERMELHA

A pequena história do Corpo de Enfermeiras Voluntárias da CRI se desenrola ao longo de um século, de 1908 até os nossos dias de hoje, paralelamente e contemporaneamente à grande história da Itália, da Europa, do mundo inteiro devastado pelas guerras, mas, sobretudo, testemunho de todos os acontecimentos que infligiram feridas à Sociedade Civil e que afetaram o nosso país nos últimos cem anos. Uma pequena grande história de mulheres, de voluntárias, chamadas e sempre presentes onde a humanidade sofredora conclamou e conclama. Uma história feita por mulheres de todas as camadas sociais, rainhas e donas de casa, todas iguais em seus uniformes, todas animadas por um mesmo ideal, todas prontas a sacrificar-se, até a própria vida, para manter a fé nesse ideal. Não se trata de uma retórica pequena, mas de uma realidade testemunhada pela nossa antologia de imagens antigas e novas que nos mostram os rostos sorridentes, por vezes sofridos e cansados, daquelas mulheres nas frentes de batalha, nos hospitais, nos navios, no frio congelante da Rússia ou sob o sol escaldante em tendas de campo, em terras devastadas pelos homens ou pela natureza, entre os refugiados, as vítimas de enchentes ou de terremotos. Em todos os lugares e seja como for, Crocerossine.

O primeiro curso de formação para enfermeiras da Cruz Vermelha foi organizado em Milão em 1906 por um grupo de mulheres sensíveis ao problema da assistência aos enfermos. Entre elas lembramos Sita Meyer Camperio, Rosa De Marchi e Matilde Visconti di Modrone. Em 1910, o Corpo estabeleceu um novo regulamento e adotou uniformes iguais para todas, determinando assim, uma espécie de refundação oficial da Cruz Vermelha Italiana (na verdade a primeira CRI nominada como Comitê da Associação Italiana para o socorro aos feridos e aos doentes na guerra remonta a 15 de junho de 1864, dois meses antes da convenção de Genebra). No ano seguinte, o Corpo teve, por

assim dizer, o batismo de fogo, participando do socorro dos feridos no navio “Menfi” durante o conflito ítalo-turco. A essa operação participaram cerca de 60 enfermeiras, entre as quais a Duquesa d’Aosta. A aproximação da entrada em guerra da Itália contra os Impérios centrais fez com que as inscrições aos cursos se multiplicassem, tanto que, às vésperas do primeiro conflito mundial, o Corpo contava com cerca de 4.000 enfermeiras.

Com a eclosão da Primeira Guerra Mundial (1915/1918) o Corpo contava com cerca de 4.000 enfermeiras que duplicaram durante o conflito, chegando a 8.500 unidades sob a liderança da Duquesa d’Aosta. As enfermeiras foram lotadas não só nas Unidades Sanitárias da linha de frente, mas também em todas as estruturas hospitalares que surgiram em todo o território italiano, para suprir as necessidades de cuidado e assistência dos mais de novecentos mil soldados italianos feridos (além das seiscentas e cinquenta mil vítimas italianas).

Estruturas muitas vezes improvisadas em vilas privadas, conventos, edifícios públicos, até mesmo no Palácio do Quirinale, transformadas em hospitais improvisados, que se localizavam na retaguarda imediata onde as Irmãs (como eram chamadas as enfermeiras da Cruz Vermelha) trabalharam continuamente durante todo o período da guerra. No final do conflito, muitas foram as enfermeiras condecoradas pelo seu valor militar e entre elas merece ser lembrada a Medalha de Prata outorgada à Duquesa d’Aosta, uma organizadora incansável, que nunca deixou de levar o seu encorajamento às Irmãs, mesmo sob os bombardeios na linha da frente. Durante aquele conflito, no total os hospitais territoriais da Cruz Vermelha Italiana foram 204, com aproximadamente 30.000 leitos. Foram mobilizadas um total de 7.320 Enfermeiras Voluntárias.

Graças ao seu trabalho incansável durante a guerra, as Enfermeiras Voluntárias, inicialmente toleradas, depois aceitas com reservas num ambiente predominantemente masculino, haviam conquistado em campo estima e consideração unânimes, tanto que passaram a fazer parte integrante do Serviço de Saúde Militar e a poder atuar nos hospitais militares, que também se tornaram

escolas para alunas enfermeiras. O seu trabalho estendeu-se também a hospitais civis, estruturas assistenciais como colônias de férias, movimentos preventivos contra a tuberculose e a malária, ambulatórios e assistência domiciliar. Graças a essa intensa atividade, nos vinte anos entre as duas guerras, 1919-1939, os cursos para estudantes de enfermagem logo se multiplicaram por todo o território e com eles a disponibilidade de pessoal mobilizável.

A partir de 1935, após a conquista da África Oriental Italiana (AOI), numerosas Irmãs embarcaram nos navios-hospitais que recolhiam os feridos daquelas guerras para trazê-los de volta à sua terra natal. A elas também foi confiada a assistência das famílias dos colonos que embarcavam para chegar às novas terras na África e, poucos anos depois, tiveram que acompanhar esses mesmos emigrantes na viagem de regresso, como refugiados repatriados à força pelos novos governos das antigas colônias. Quando foi declarada a Segunda Guerra Mundial (1940-1945), todos os Corpos Sanitários foram mobilizados, incluindo o Corpo Militar da CRI e o das Enfermeiras Voluntárias. Em 1º de setembro de 1939, foi nomeada Inspetora Nacional Maria José, Princesa do Piemonte, que, tendo tomado posse poucos dias depois, iniciou a reorganização do Corpo, nomeando, em maio do ano seguinte, as 16 Inspetoras dos Centros de Mobilização. Com a eclosão da guerra, em 10 de junho de 1940, o Corpo viu-se obrigado a lidar com múltiplas necessidades que exigiam o seu apoio: hospitais militares, hospitais de campanha, trens e navios hospitalares, hospitais extraterritoriais, em todo lugar em que houvesse necessidade de uma assistência constante e competente; as enfermeiras responderam ao chamado. O precioso e insubstituível trabalho das Enfermeiras Voluntárias recebeu reconhecimento concreto quando o Governo, com o Decreto n.º 918, de 12 de maio de 1942, transformou em Lei do Estado o Regulamento do Corpo. Foram longos anos de sacrifício numa guerra que não teve fronteiras e se estendeu por outros continentes, em terras distantes, ressequidas pelo calor ou endurecidas pelo gelo. Paisagens desoladas de destruição, morte e sofrimentos físicos e morais onde as Irmãs constituíam muitas vezes a única presença feminina e

representavam para os soldados a imagem de afetos distantes, o cuidado com as feridas corporais e o conforto para quem nunca mais voltaria.

O fim da guerra significou também a contagem das Irmãs que tombaram no exercício do seu dever: 18 Enfermeiras, duas das quais foram baleadas pelos alemães e duas que morreram num campo de concentração. Com o advento da República, o cargo de Inspetora Nacional, exercido por Maria José de Savoia até 1946, ficou vago e a própria Rainha nomeou como regente Paola Menada, que foi em seguida confirmada como Inspetora Nacional pelo Presidente da República e que iria dirigir o Corpo até 1976. O pós-guerra, tempo de desespero, de miséria, de escombros, mas também de esperanças, viu o Corpo se reorganizar e cerrar fileiras.

Os acontecimentos que se seguiram al 8 de setembro de 1943 dividiram a Itália e os italianos; até mesmo as Enfermeiras Voluntárias tiveram que fazer escolhas de campo, certamente não escolhas políticas, mas sim contingentes e, depois da guerra, foi reconhecido às Irmãs, assim como aos trabalhadores de saúde do Corpo Militar da CRI, que as suas ações tinham sido inteiramente conformes aos princípios humanitários e às Convenções Internacionais da Cruz Vermelha. Tantas e graves eram os problemas que afligiam a Itália naquele período: soldados sobreviventes ou desaparecidos, prisioneiros e inválidos de guerra, órfãos, escassez de medicamentos, refugiados que regressavam das ex-colônias, inundações, epidemias, mas a vontade de reconstruir também moralmente a Itália prevalecia sobre qualquer dificuldade. Até as Irmãs arregaçaram as mangas para voltarem a ser presenças silenciosas e eficientes a serviço da Humanidade.

As Enfermeiras Voluntárias, Auxiliares das Forças Armadas, podem ser encontradas em todos os setores da vida civil onde a sua presença seja requisitada, fazem parte, por direito, do pessoal mobilizável da Proteção Civil e das Forças Armadas. As atividades do Corpo abrangem todos os setores da vida social em que o seu trabalho seja considerado necessário. Têm estado ativas em todas as catástrofes que atingiram o país nas últimas décadas e, desde

1982, têm participado em todas as missões de paz ao lado das Forças Armadas e da Cruz Vermelha.

Nos últimos vinte anos, o Corpo também enfrentou emergências internacionais, enviando as Irmãs para os Hospitais Militares das Forças Multinacionais que operaram em diversas áreas do mundo. Depois da primeira experiência no Líbano, estiveram presentes na Somália (onde morreu a jovem Irmã Cristina Luinetti), em Moçambique, na Turquia, na Bósnia, na Albânia, em Kosovo, no Iraque, em Hebron e em Cabul com as forças da Organização das Nações Unidas, na Jordânia, no Oriente Médio, no Paquistão e no Sudeste Asiático. Ainda hoje, onde quer que haja um conflito e sejam necessários primeiros socorros, a Cruz Vermelha lá opera (há múltiplas áreas de atividade), sem distinção de nacionalidade, raça, religião, condição social e filiação política.

AS ENFERMEIRAS PROFISSIONAIS DA CRUZ VERMELHA

As *Crocerozzine Professionais* eram Enfermeiras Profissionais que, ao término da formação, recebiam um diploma que lhes permitia exercer uma atividade retribuída. As primeiras tentativas de formação em enfermagem estão ligadas às figuras de São Camilo de Lellis (1500 – “Homens novos para novos tempos”), de São Vicente de Paulo (1633 – primeira escola de formação que preparava quatro categorias de freiras designadas respectivamente à assistência aos doentes mentais, aos reclusos, aos internados nos hospitais e aos cuidados domiciliares) e de S. João de Deus.

O verdadeiro salto de qualidade, porém, ocorreu no período moderno, quando Florence Nightingale (nascida em Florença em 1.820) fundou a primeira verdadeira escola de formação em enfermagem em 1860, no Hospital Saint Thomas, em Londres, inspirada na sua particular concepção de enfermeira (a enfermeira é uma profissional que, a partir de uma formação básica, desenvolve competências específicas para a administração, a assistência e a prevenção no campo sanitário).

Na esteira desta figura ilustre, as primeiras Escolas de Enfermagem começam a surgir também na Itália:

- em 1896 – Escola Cruz Azul, do Hospital “Gesù e Maria” de Nápoles;
- em 1908 – Escola da Casa de Cura “S. Gregório”, de Roma, fundada por Anna Potter;
- em 1910 – Escola Regina Elena, da Policlínica “Umberto I” de Roma;
- em 1910 – Escola Regina Elena, do Hospital Civil de Trieste;
- em 1912 – Escola da Cruz Vermelha de Nápoles;
- em 1913 – Escola da Cruz Vermelha, do Hospital “Princesa Jolanda”, de Milão.

Como para cada evento importante, antes se confirmam as necessidades ou se apresentam as instâncias, em seguida vem a consideração do Legislador; assim, o nascimento destas escolas precede em vários anos a primeira lei italiana que declara a faculdade de criar “Escolas-Internato Profissionalizantes” (Decreto Real n.º 1.832, de 15 de agosto de 1925, convertida na Lei n.º 562, de 18 de março de 1926). As escolas acima indicadas obtêm o reconhecimento legislativo somente nos anos de 1931 e 1932.

O mencionado Decreto Real, legislando sobre a faculdade de criação de Internatos Profissionalizantes (já estabelecidos na Itália desde 1896), quer demonstrar que a Autoridade Central compreendeu a sua importância social: os problemas de saúde dos cidadãos já não podem ser enfrentados apenas pelo médico apoiado por diversos profissionais, mas surge a exigência de uma figura bem definida da Enfermagem, com identidade específica e um papel profissional próprio.

Desde o início dos anos 1900, a formação de enfermeiros nasce da exigência de a categoria se definir, de tomar uma configuração muito precisa, inspirando-se em experiências estrangeiras como a inglesa e de acabar com a confusão existente em todos os níveis (social, sanitário e legislativo) que

atribuía o título de enfermeiro a qualquer figura atuante nos Serviços de Saúde da época. O Decreto Real n.º 1.832/1925, o primeiro a enfrentar o delicado e poderoso problema, propôs uma substancial renovação articulada:

- criação específica de Escolas-Internato Profissionalizantes para formação em Enfermagem com personalidade jurídica própria, estabelecidas em hospital de grande importância e exercendo diretamente assistência em pelo menos uma parte das enfermarias do hospital, sob a direção de uma enfermeira diplomada (com requisitos particulares);
- emissão por parte das mesmas Escolas-Internato de um Diploma de Estado para o exercício da profissão de enfermeira;
- estabelecimento, nas mesmas Escolas, de um terceiro ano de curso para a habilitação para funções gerenciais;
- criação de Escolas especializadas para Assistentes Sanitários de Vigilância (ASV) onde só poderão ser admitidas enfermeiras diplomadas, realizando formação teórico-prática, com a duração de um ano e emissão pelas próprias Escolas do Diploma para a prática profissional do ASV.

Este Decreto Real reconhece, portanto, a importância de uma formação particular e específica, a promoção de uma figura específica à enfermagem, a formação específica de enfermeiros, que colabore com o médico e desempenhe funções bem definidas. Depois de poucos anos, é promulgado o Decreto Real n.º 2.330, de 21 de novembro de 1929, que regulamentou a execução do Decreto Real n.º 1832/1925. Trata-se de um regulamento muito específico, bem definido e de um nível muito significativo para aqueles tempos: estabelece o objetivo que cada Escola deve perseguir, como as mesmas devem funcionar do ponto de vista didático e administrativo, os critérios de admissão às Escolas das aspirantes, a disciplina interna das Escolas, as disciplinas obrigatórias de ensino, as características relativas às provas de exame e o poder de fiscalização governamental.

Entre as muitas reflexões que esta lei suscita, as mais significativas dizem respeito à indicação específica das características de uma Escola de formação em enfermagem, aos requisitos da aspirante a enfermeira e ao processo de formação que a conduzirá ao Diploma do Estado; é, portanto, possível começar a esboçar os contornos da identidade do enfermeiro e vislumbrá-la, considerando os tempos, a um nível decididamente elevado.

Basta pensar que a escolaridade obrigatória, naquela época, era o quinto ano e a qualificação exigida para ingresso na Escola-Internato era o diploma do ensino médio; além disso, deve-se considerar a integridade psicofísica e a elevação moral que a candidata deveria possuir para ser admitida no Internato, bem como o comprometimento e preparação profissional que a aluna deveria demonstrar para obter o Diploma de Estado.

No entanto, há que admitir que ao exigir uma qualificação do ensino médio para o acesso, um grande segmento da população era excluído (a porcentagem de analfabetismo no nosso país naquele período era muito elevada) e a profissão em Enfermagem corria o risco de se tornar uma profissão de elite. Relendo os regulamentos de 1925 e 1929, quase um século após sua promulgação, percebi que alguns artigos caracterizam o período histórico em que nasceram. Por exemplo, o art. 6º da Lei de 1925 estabelecia que “os internatos profissionalizantes para enfermeiras devem funcionar em hospital médico-cirúrgico público que tenha suficiente disponibilidade de serviços proporcional ao número de alunas, e disponibilizar com as próprias enfermeiras (chefes de sala, diplomadas, alunas) a assistência imediata de pelo menos parte das enfermarias do hospital [...]”. O art. 16 do regulamento de 1929 retoma, mencionado art. 6 da Lei de 1925 e especifica que “o número de admissão das estudantes proporcionalmente à capacidade dos locais de internatos e à disponibilidade de serviços hospitalares (pelo menos uma aluna por turno de 7 horas para 6-10 pacientes)”, e para o art. 24 estabelece que “as horas totais de comprometimento teórico prático diário (9 horas totais das quais não mais de 7 para o estágio prático)”.

Isso pode ser lido como o desejo de garantir uma formação séria, mas também como a utilização da aluna como uma força de trabalho, um costume, infelizmente, mesmo que de maneira diferente, nunca abandonado. De fato, o art. 3 da lei afirma que “a escola em parte se autofinancia e em parte formula acordos especiais com entidades hospitalares”, isto é, garante a assistência.

Quanto à figura da diretora, como enfermeira diplomada a quem é atribuída, pelo Decreto Real n.º 1832/1925, a máxima responsabilidade e autonomia na administração da Escola, o art. 12 do Regulamento de 1929 declara a possibilidade de que seja acompanhada por um Diretor Didático, nomeado entre os Médicos Docentes (ou o mesmo Diretor Sanitário do Hospital) e determina suas atribuições, encarregando-o da vigilância sobre o progresso geral do ensino. É um grande limite para a autonomia profissional apenas conquistada, porque, de fato, o pode é lido como deve e a diretora depende de um Diretor Didático médico, sem poder de tomada de decisão e, portanto, limitada em sua ação.

Na época, portanto, depois de analisar as duas diferentes figuras de Crocerossina existentes, achei mais consoante e próxima às minhas expectativas a da enfermeira profissional e, com uma tia naquele momento no cargo de superintendente das Voluntárias em Turim, minha opção de formação só poderia ser a Escola-Internato CRI Edoardo Agnelli, de Turim.

AS ESCOLAS-INTERNATO EM ENFERMAGEM

Também é interessante descrever brevemente uma Escola Internato daqueles tempos, levando em consideração que é uma nesga da realidade não conhecida, que lembra nossas origens e as dificuldades que foram superadas pela profissão de Enfermagem ao longo dos anos. A Escola Agnelli, de Turim, havia se mudado para Roma nos anos da Segunda Guerra Mundial e operava no Hospital San Camillo de Lellis; no início, administrava uma divisão médica, composta por duas seções, uma masculina e a outra feminina (180 leitos). Posteriormente, a Escola também gerenciou um pavilhão cirúrgico que

abrangia quatro andares: o primeiro andar para a cirurgia masculina, o segundo andar para a cirurgia feminina, o terceiro para a ortopedia e no quarto havia duas salas de cirurgia. O treinamento das alunas era realizado ao longo dos dois anos escolares, nas divisões médicas, cirúrgicas e nas salas de operações gerenciadas pela CRI; uma parte do estágio, por outro lado, era realizada como observadores, na divisão de obstetrícia e ginecologia gerenciada, diretamente, pelo Hospital San Camillo e na pediatria gerenciada pela Escola CRI de Roma Giorgio Baglivi, que operava na Policlínica Universitária Umberto Primo (não havia Pediatria no San Camillo).

Todo isso visto em nossos dias pode sugerir que os estagiários possam adquirir experiência limitada. No entanto, lembro que, naqueles anos, havia muito poucas especialidades, os pacientes eram agrupados principalmente nas enfermarias básicas de medicina e cirurgia. Não existia a ressuscitação e, na sala de operações, a anestesia era praticada administrando éter de uma latinha; lembro-me do enfermeiro geral destinado a esta tarefa que tendia a adormecer antes do paciente. Essa era a situação hospitalar normal da época e estou falando da experiência vivida em um dos maiores e mais qualificados hospitais da capital.

A organização dos departamentos gerenciados pela Escola incluía um orgânico composto por uma Chefe de sala, três Enfermeiras Profissionais e três atendentes, todas dependentes da CRI. As alunas em estágio eram cerca de vinte por seção. As Enfermeiras Profissionais estavam na equipe apenas nas divisões gerenciadas pela CRI e todas, Diretora, Chefe de Sala e Enfermeiras Profissionais, tinham a obrigação de residir no internato; o mesmo era válido para as alunas (digamos que era um celibato obrigatório).

Nos outros pavilhões do hospital, eram previstas duas religiosas por divisão com tarefas de economato e a equipe de assistência era composta por enfermeiros gerais³ e atendentes. Não sendo prevista a figura da enfermeira profissional, as poucas profissionais haviam sido contratadas com a qualificação

³ N.T.: Enfermeiros gerais ou “enfermeiros genéricos”, em tradução literal, corresponderiam ao Auxiliar de Enfermagem, na nomenclatura brasileira.

de enfermeiras genéricas. Neste panorama, as crocerossine eram vividas com muito respeito.

EVOLUÇÃO DAS ESCOLAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

É também interessante conhecer a evolução das Escolas no tempo; os primeiros dados que recolhi remontam a um trabalho de Martorelli, de 1953:

- Escolas-Internato na Itália em 31 de dezembro 1953: n. 43;
 - Diplomas de Enfermeiro Profissional emitidos: n. 15.079;
 - Certificados de habilitação para funções diretivas: n. 2.434;
 - Certificados de especialização: n. 276;
- Escolas para Assistentes Sanitárias Visitadoras: n. 20 (11 da CRI);
 - Diplomas emitidos: n. 4.550.

As especialidades primárias, como pediatria, radiologia, dietética e fisioterapia, eram pós diploma de Enfermeira Profissional.

Em 1957, em Roma, a Federação Nacional das Associações de Enfermeiras acolheu o XI Congresso Internacional Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiras, que decorreu de 27 de maio a 1º de junho. Na ocasião, Anita Marin, Diretora da Escola de Assistentes Sanitárias Visitadoras de Pádua, apresentou um relatório sobre o papel da enfermeira nas organizações de saúde pública. Em sua introdução sobre a formação em enfermagem na Itália apresentou um corte transversal da realidade da época, que relato em parte. Transcrevo o relatório:

[...] A profissão de Enfermagem concebida como uma verdadeira profissão é uma aquisição muito recente na Itália. A figura da enfermeira nascida, como vimos, da concepção cristã, ainda hoje se identificada com a figura caridosa da religiosa. Os hospitais onde ela desenvolve a sua atividade foram, eles próprios, criados como manifestações de caridade e foram, durante séculos, o orgulho e o cuidado das Ordens religiosas. A par das Ordens religiosas e com elas estreitamente ligadas, desenvolveram-se

os Institutos de Beneficência, expressão do sentimento religioso secular que contribuiu para alimentar o socorro hospitalar com uma considerável massa de patrimônios que na primeira década do nosso século ultrapassou os 133 milhões, equivalente a mais de 133 bilhões atuais (Lo Monaco, 1957). Esse conjunto de Obras Pias, desenvolvido sob jurisdição religiosa, constituíram, no surgimento do novo Estado Italiano (1881) um problema de difícil solução. Era, de fato, necessário que fosse esclarecido qual deveria ser a posição da assistência sanitária perante a lei. Devia a assistência continuar a ser considerada como expressão de uma beneficência espontânea ou devia transformar-se em um dever que deveria ser exercido pelo Estado? Esse grave problema perturbou juristas, sociólogos, políticos, economistas até, podemos dizer, os nossos dias; Sua Santidade Pio XII no Discurso à Família Hospitaleira de 20 de maio de 1956 o resumiu com admirável clareza com as seguintes palavras significativas: “Nascidos do coração da Igreja, aumentados e multiplicados pelo coração da Igreja, sob seu olhar maternal, os hospitais passaram agora da fase caritativa àquela que chamam beneficência legal”. A mesma transição, mas de forma consideravelmente mais lenta, pode-se dizer que ainda está em vias de transição, teve que ser realizada também no setor assistencial de enfermagem, antes que o trabalho da enfermeira adquirisse o papel de uma verdadeira profissão. Isto explica como só muito mais tarde, no intervalo entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundiais, o legislador começasse a reformar a organização da assistência de enfermagem com uma série de leis que, para brevidade de exposição, confio à eloquência das datas em que foram emanadas.

- 1925** Instituição das escolas-internato Profissionalizantes para Enfermeiras, das Escolas Especializadas de Medicina, Saúde Pública e Assistência Social para Assistentes Sanitárias Visitadoras e Cursos de Habilitação para Funções Diretivas (Decreto Real n.º 1.832, de 15 de agosto de 1925).
- 1934** Introdução da categoria no exercício das profissões com o título de Profissões Sanitárias Auxiliares (Decreto Real n.º 1.265, de 27 de julho de 1934).

- 1938** Obrigatoriedade por parte das Administrações Hospitalares de abrir junto aos Hospitais de 1ª categoria em até cinco anos a própria Escola-Internato Profissionalizante para enfermeiras, de assegurar pelo menos uma enfermeira profissional para cada 30 enfermos e uma diplomada, possivelmente com o título de Enfermeira-chefe, para cada 40 pacientes internados (Decreto Real n.º 1.631, de 30 de setembro de 1938).
- 1940** Determinação das tarefas que cabem à Enfermeira Profissional evidenciando suas exatas responsabilidades (Decreto Real n.º 1.310, de 2 maio de 1940).
- 1940** Instituição de uma quarta profissão sanitária auxiliar com as Escolas para Vigilantes da Infância (Decreto Real n.º 1098, de 19 de julho de 1940).
- 1954** Instituição dos Colégios Profissionais e do Registro Profissional para as Enfermeiras Profissionais (EP), as Assistentes Sanitárias Visitadoras (ASV) e as Vigilantes da Infância (VI) (Decreto Lei n.º 1049, de 29 outubro de 1954).
- 1956** A situação das Escolas na Itália é a seguinte:
- n. 48 Escolas-Internato Profissionalizantes para Enfermeiras;
 - n. 22 Escolas Especializadas para Assistentes Sanitárias Visitadoras;
 - n. 5 Escolas-Internato para Vigilantes da Infância;
 - n. 1 Instituto de Estudos Superiores para formação de Diretoras de Escolas de Enfermagem;
 - n. 2 Cursos Nacionais de Especialização em dietética para Assistentes Sanitárias Visitadoras;
 - n. 2 Cursos Nacionais de Especialização em Psiquiatria;
 - n. 1 Curso Nacional para Enfermeira Chefe de Ensino.

Em cada Escola-Internato para Enfermeiras eram ministrados anualmente cursos de habilitação para funções de direção, cursos de especialização em enfermagem pediátrica e em cento cirúrgico etc.

Gráfico 1

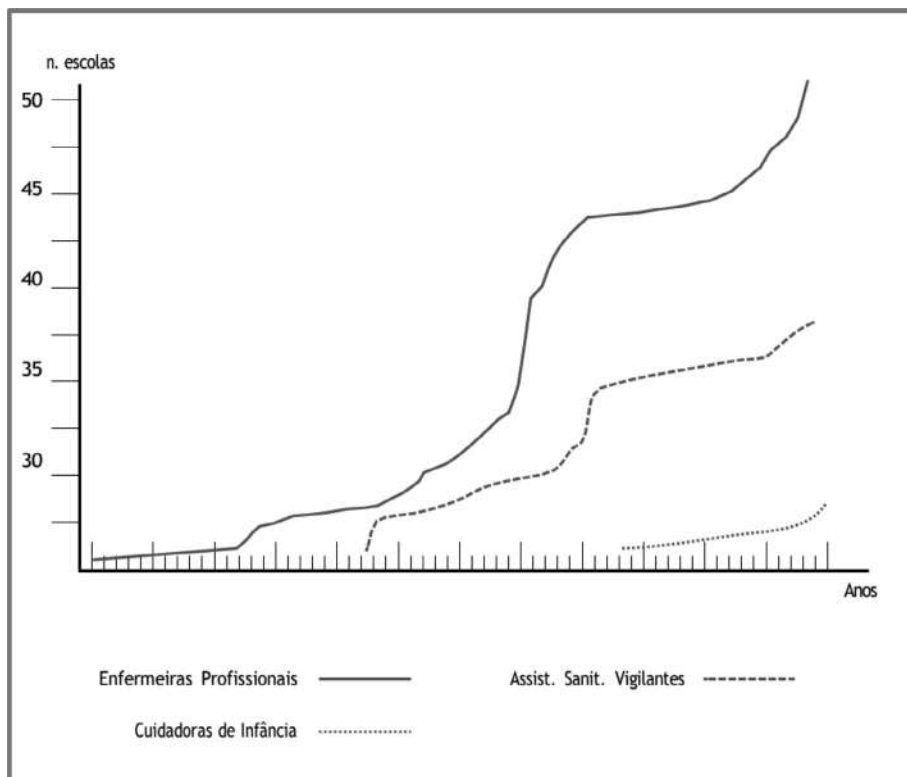


Gráfico 2



Dos gráficos 1 e 2, inseridos no relatório de Anita Marin, conhecemos não apenas o número de Escolas, mas também sua distribuição no território nacional; está assinalado também o primeiro curso de formação para diretoras.

De fato, em Milão, graças à colaboração entre o Hospital Niguarda e o Instituto Toniolo, da Universidade Católica do Sagrado Coração, de 1953 a 1965, foram ministrados os cursos de formação para diretoras; a tabela 1 (Marina Negri⁴) apresenta o número das alunas que os frequentaram e que completaram o curso nos sete anos de atividade da Escola.

Tabela 1.1

| Cursos para formação de Diretoras | | | |
|--|------------|----------------------------|---------------------------|
| N. Curso | Ano | Alunas Ingressantes | Alunas Concluintes |
| I | 1953 | 10 | 7 |
| II | 1954/1955 | 8 | 8 |
| III | 1955/1956 | 5 | 5 |
| IV | 1957 | 4 | 4 |
| V | 1958/1959 | 8 | 8 |
| VI | 1960 | 7 | 7 |
| VII | 1962 | 12 | 12 |
| VIII | 1965 | 5 | 5 |
| TOTAL | | 59 | 56 |

Um outro dado interessante, fruto de uma terceira pesquisa, de 1961, é a situação numérica das Escolas existentes na Itália naquele ano. A seguir, trago a lista das 96 Escolas-Internato para Enfermeiras Profissionais (EP), Assistentes Sanitárias Visitadoras (ASV) e Vigilantes da Infância (VI):

- Escolas EP geridas por religiosas: n. 47
- Escolas EP religiosas masculinas: n. 3
- Escolas EP laicas: n. 16
- Escolas EP obstétricas: n. 1

4 N.T.: Marina Negri escreveu “Cuidado: da assistência à didática”, reportando-se à história da Escola de Enfermagem do Hospital de Niguarda, Milão. A pesquisadora resgata uma história da educação em enfermagem desde o início dos anos 1920.

- Escolas para ASV: n. 21
- Escolas para VI: n. 8

Da lista, se percebe o aumento das Escolas geridas por religiosas, as laicas pertenciam à CRI; se constata o aumento das Escolas para Enfermeiras Vigilantes da Infância e, comparando-se o número de Escolas para Enfermeiras Profissionais com as de Assistentes Sanitárias Visitadoras, nota-se um maior incremento dessa última, fato provavelmente ligado à política sanitária do momento. De fato, a atividade de prevenção havia sido potencializada através de instituições criadas ad hoc, como a Obra Nacional Maternidade e Infância, os Consórcios Provinciais antituberculose, antitracoma e antivenéreo.

Reporto também as Associações de Enfermagem então existentes no território nacional: a Federação Nacional das Associações de Enfermagem (CNAI)⁵, nascida na Itália em 1946, e a União das Superiores Miores Italianas (USMI),⁶ um ramo constituído da Federação Italiana das Religiosas Hospitalares (FIRO)⁷, nascida em 1949, que representavam claramente duas correntes diferentes, uma laica e a outra religiosa. As duas diferentes visões de pensamento encontraram um ponto de encontro no desejo comum de ter um único órgão que representasse a profissão. O objetivo foi alcançado em 1954 com o decreto que instituiu os Colégios Profissionais.

SURGIMENTO DOS COLÉGIOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

É o ano 1955, os italianos se afastam das lembranças da guerra e se preparam, sem sabê-lo, aos anos do boom econômico. Neste clima nasceram os Colégios de Enfermagem ou Colégios de Enfermeiras, reunido enfermeiras profissionais (EP), enfermeiras assistentes sanitárias (AS) e enfermeiras vigilantes da infância (VI), regulamentados por um decreto governamental de outubro de 1954 e desejados sobretudo por aquelas trabalhadoras de saúde conscientes de serem valiosas, mas que ainda não tinham obtido um reconhecimento

5 N.T.: CNAI – Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i.

6 N.T.: USMI – Unione delle Superiore Maggiori d'Italia.

7 N.T.: FIRO – Federazione Italiana Religiose Ospedaliere

profissional específico, uma vez que o decreto de 1946 sobre as profissões de saúde limitou-se a restaurar as Ordens dos médicos cirurgiões, dos veterinários e dos farmacêuticos e a estabelecer os Colégios das Parteiras.

Daquele momento em diante, os Colégios de Enfermeiras Profissionais, Enfermeiras Assistentes Sanitárias e Enfermeiras Vigilantes da Infância, que deram origem à Federação Nacional dos Colégios IPASVI (ou Federação IPASVI)⁸, que terão um desenvolvimento contínuo, registrando todas as etapas do crescimento e mudanças que tiveram como protagonistas da profissão de Enfermeiras/Enfermeiros. Um primeiro passo importante foi convencer as enfermeiras, as assistentes sanitárias visitadoras e as vigilantes da infância, tanto religiosas como laicas, a se inscreverem nos registros profissionais: os dados registrados em 1959, por ocasião do censo nacional dos profissionais de saúde, mostram os resultados alcançados, mas também indicam a persistência de algumas dificuldades. Nos primeiros anos não havia obrigatoriedade de inscrição no Colégio e precisou de tempo para sensibilizar as enfermeiras a se inscreverem. A primeira avaliação foi feita no I Congresso, em 1965.

Maior bem-estar e mais possibilidades de movimento, também graças à propagação dos automóveis, finalmente permitiram à Federação dos Colégios IPASVI⁹ convocar seu 1º Congresso Nacional, realizado em Roma, de 31 de maio a 2 de junho de 1965. A sede escolhida para a Cerimônia inaugural foi o Palazzo degli Uffici all'Eur¹⁰ e registrou a participação de todas as mais altas autoridades religiosas, militares e civis, como registraram os jornais da época.

Mesmo que as fotografias pareçam nos contar uma realidade muito rígida e formal, o discurso de abertura da então presidenta Laura Sterbini Gaviglio não foi de todo ritual: percorrendo as etapas dos dez anos de vida dos Colégios, enfatizou todas as dificuldades que a profissão devia confrontar,

8 N.T.: Federação Nacional dos Colégios IPASVI (Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI), onde o acrônimo IPASVI corresponde à Infermieri Professionali (IP), Assistenti Sanitari (AS) e Vigilatrici d'Infanzia (VI), ou seja, Enfermeiras (Enfermeira Profissional), Enfermeiras de Saúde Pública (Assistente Sanitária) e Enfermeiras de Pediatria e Puericultura (Vigilantes da Infância). IPASVI = EPASVI

9 N.T.: Colégios de Enfermagem (como os Conselhos de Enfermagem)

10 N.T.: O Palazzo degli Uffici all'Eur é o Palácio de Convenções e Exposições da Entidade Autônoma Exposições Universais de Roma (EUR), maior cento de exposições da Itália, inaugurado em 1942, custeado pelo Ministério da Economia e Finanças e pela capital nacional.

desde a falta de escolas estatais e gratuitas para a formação, aos problemas de enquadramento contratual, à mais ampla defesa da dignidade da profissão de Enfermeiras/Enfermeiros, concluindo com a afirmação de estar agora um tempo maduro para o alcance de um sistema de seguridade social.

FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA

Em 1965, o percurso formativo dos Enfermeiros encontra a Universidade, com o objetivo de preparar uma classe dirigente capaz de presidir o treinamento e a gestão nos serviços. Cito três decretos que estabelecem as primeiras escolas para dirigentes em Enfermagem.

1. Decreto do Presidente da República n.º 775, de 24 de maio de 1965, Modificações no Estatuto da Universidade de Roma, que estabelece a “Escola Especial para Chefes de Assistência de Enfermagem”. Esta é a primeira regra que sanciona a primeira inserção da formação na Universidade.
2. Decreto do Presidente da República n.º 696, de 23 de setembro de 1969, Modificações no Estatuto da Universidade Católica do Sagrado Coração de Milão, estabelecendo a “Escola Especial para Chefes de Assistência de Enfermagem com sede em Roma”.
3. Decreto do Presidente da República n.º 878, de 31 de outubro de 1974, Modificações no Estatuto da Universidade de Milão, que estabelece junto à Universidade de Milão a Escola de Enfermagem¹¹ com o objetivo de formar pessoal docente e dirigente a ser incluído nas Escolas de Enfermagem e nas Direções de Enfermagem dos sistemas e serviços de saúde. Nesta legislação, existem algumas diferenças substanciais: estabelece as qualificações de admissão necessárias, a duração do percurso de estudos e as vagas disponíveis; para fins de admissão na escola,

¹¹ N.T.: SUDI - Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche (Escola Universitária de Estudos em Enfermagem).

é necessária a superação de um exame psicoatitudinal diante de uma Comissão Examinadora Especial. A admissão ocorrerá de acordo com a classificação; o Conselho de Curso será composto pelos professores e presidido pelo Diretor da Escola, atualmente nomeado pelo Reitor. Os docentes, nomeados pelo Reitor, são propostos pelo Conselho da Faculdade de Medicina e Cirurgia. Uma enfermeira altamente qualificada é nomeada Vice-Diretora pelo Conselho da Faculdade, proposta pelo Diretor da Escola; esta enfermeira deve possuir a qualificação conferida por uma análoga escola de enfermagem italiana ou estrangeira; o Conselho de Curso estabelece as disciplinas obrigatórias e eletivas a serem cursadas em dois anos de curso. No 2º ano, ao qual somente se ascende mediante aprovação nos exames exigidos pelo programa do 1º ano, é obrigatório um estágio em ensino e gestão, escolhido pela Direção com base nas necessidades e aptidões de cada aluno; na prova de Diploma, um trabalho escrito será defendido perante uma Comissão composta por cinco membros escolhidos dentre os professores da Escola. Pela primeira vez, a enfermagem é reconhecida na legislação universitária.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A legislação de 1938 (Decreto Real n.º 1.631, de 30 de setembro de 1938), que previa a obrigatoriedade de as Administrações Hospitalares instalarem nos hospitais de 1ª categoria, no prazo de até cinco anos, a própria Escola-Internato Profissional para Enfermeiras, de garantir pelo menos uma enfermeira profissional a cada 30 leitos e uma diplomada, possivelmente com o título de Enfermeira-Chefe, para cada 40 leitos, nunca havia sido aplicada.

É necessário chegar a 1968/1969 para encontrar a vontade política que predispõe o instrumento técnico para prever a necessidade de pessoal em enfermagem nos hospitais italianos e o reconhecimento, entre os funcionários

dos entes hospitalares, do pessoal dirigente e de função didática das escolas; de fato, o Decreto da Presidência da República n.º 130, de 27 de março de 1969, no art. 1º especifica que, dentre os funcionários dos entes hospitalares, seja identificado o pessoal da direção assistencial e da direção de ensino nas escolas para enfermeiros gerais¹², sendo necessários profissionais com as qualificações, respectivamente, de Chefe dos Serviços Sanitários Auxiliares e de Diretor e Vice-Diretor de Ensino. O art. 123 da mesma lei, especificando os requisitos de admissão ao concurso de Chefe dos Serviços Sanitários Auxiliares, delinea o processo formativo requerido: posse do certificado de habilitação a funções de direção e um mínimo de três anos no papel de chefe de enfermagem.

As atribuições dessa figura são evidenciadas no art. 44 do Decreto da Presidência da República n.º 128, de 27 de março de 1969, que definia: “como chefe dos serviços sanitários auxiliares depende diretamente do diretor sanitário com quem colabora para a atualização cultural e profissional do pessoal; tem tarefas organizativas e disciplinares no que se refere ao pessoal sanitário auxiliar, técnico e executivo designado aos serviços sanitários auxiliares. O diretor e o vice-diretor das escolas para enfermeiros profissionais e gerais têm as atribuições previstas pelas leis constitutivas das escolas e pelos respectivos regulamentos”. Este artigo de lei e os precedentes instituíam uma figura de enfermagem que substituíam o supervisor de enfermagem, representado por um enfermeiro geral com longevidade no serviço, por uma figura de enfermagem com um sólido estágio de base à qual venham atribuídas maiores responsabilidades.

A necessidade de pessoal de enfermagem era indicada no art. 8, do Decreto da Presidência da República n.º 128, de 27 de março de 1969:

a dotação orgânica do pessoal sanitário auxiliar deve assegurar um tempo mínimo de assistência efetiva por paciente de 120 minutos nas 24 horas e deve prever: um enfermeiro-chefe e um enfermeiro profissional sempre presente em cada seção, além de um número adequado de enfermeiros profissionais e gerais. A dotação orgânica

12 N.T.: Escola de Auxiliares de Enfermagem, na nomenclatura brasileira.

do pessoal sanitário auxiliar destinado à divisão de obstetrícia e ginecologia deve prever: uma obstetra-chefe; obstetras na proporção total de uma para cada 10 leitos e puericultoras na proporção geral de uma para cada cinco berços para neonatos. As unidades numéricas acima mencionadas devem ser adequadas às reais necessidades do serviço, levando em consideração os seguintes elementos: número efetivo de leitos; necessidade dos serviços ambulatoriais e de plantão ambulatorial; turnos de férias, descansos semanais e feriados; nosologia e seu inerente comprometimento; quantidade e qualidade da atividade médica; horários de serviço de pessoal de saúde; atividade didática e científica exigida dos médicos do hospital; equipamentos de saúde técnico-sanitários e científicos; atividades de consultoria interna.

O art. 11 do mesmo decreto previa:

para a assistência aos neonatos prematuros deve ser prevista uma adequada dotação orgânica de médicos especialistas em pediatria e de vigilantes da infância ou enfermeiras profissionais especializadas em pediatria em número tal que assegure um turno de assistência equivalente a 420 minutos para cada neonato prematuro nas vinte e quatro horas.

O art. 5, do Decreto da Presidência da República n.º 348, de 25 de junho de 1983, estabelecia: “o horário de trabalho para todos os funcionários das Unidades Locais de Saúde é fixado em 38 horas distribuídas em jornadas de 6 ou 5 dias”. Com base nessas normas¹³, para cumprir o compromisso de assistência, se calculava a equipe Orgânica de Base (OB), aplicando a fórmula:

$$OB = \frac{\text{número de leitos} \times \text{tempo de assistência}}{380 \text{ min (6h20min)}}$$

¹³ Cantarelli M. & Pontello G. Principi amministrativi applicati alla professione. Quaderni dell'Infermiere, n. 26. Milano: Masson, 1985.

Para completar a equipe Orgânica de Base (OB), era necessário prever um contingente de pessoal chamado Orgânico Integrativo (OI). Cada unidade de trabalho está de fato disponível por 236 dias úteis nos 365 dias do ano, resultando em média ausente por 129 dias por ano, assim distribuídos:

- 36 dias de férias;
- 52 dias de descansos semanais;
- 9 dias feriados infra-semanais;
- 32 dias em média de “ausências imprevistas” (adoecimento, gravidez, puerpério etc.)¹⁴.

Total 129 dias ausências anuais.

O Orgânico Integrativo era calculado aplicando a fórmula:

$$\text{OI} = \frac{\text{OB} \times \text{dias de ausência}}{\text{dias presença}} = \frac{\text{OB} \times 129}{236}$$

Para o cálculo do Orgânico Completo (OC) era suficiente somar o Orgânico de Base (OB) ao Orgânico Integrativo (OI): $\text{OC} = \text{OB} + \text{OI}$

| Resumo das Fórmulas Adotadas | |
|-------------------------------------|---|
| Orgânico de Base | $\text{OB} = \frac{\text{leitos} \times \text{tempo de assistência}}{380' (6h20min)}$ |
| Orgânico Integrativo | $\text{OI} = \frac{\text{OB} \times \text{dias de ausência}}{\text{dias presença}}$ |
| Orgânico Completo | $\text{OC} = \text{OB} + \text{OI}$ |

¹⁴ Tal valor poderia variar em função de cada uma das realidades hospitalares e ser, portanto, definido anualmente com base nos dados relativos do ano anterior.

Exemplo de cálculo por necessidade de pessoal de enfermagem por seção de Medicina Geral de 30 leitos:

$$OB = \frac{30 \times 120}{380' (6h20min)} = 9,47 \text{ unidades de enfermagem}$$

$$OI = \frac{9,47 \times 129}{236} = 5,17 \text{ unidades de enfermagem}$$

$$OC = OB + OI = 9,47 + 5,17 = 14,64 \text{ trabalhadores de enfermagem por 30 leitos de Medicina Geral}$$

Pelo exemplo apresentado nota-se que, para uma seção de base, de trinta leitos, eram previstas 15 unidades em enfermagem, o número era maior para as especialidades; é lógico pensar que as poucas Escolas existentes não teriam formado um número de Enfermeiras Profissionais suficiente para cobrir todos os quadros hospitalares. Nesse ponto, os presidentes dos hospitais que haviam demonstrado desinteresse na abertura das Escolas-Internato para Enfermeiras Profissionais se viram sem pessoal qualificado e na impossibilidade de responder ao imperativo da lei. De fato, a não cobertura das equipes era de responsabilidade do presidente da entidade; daí a forte pressão por um aumento das escolas que resultou na Lei n.º 124, de 25 de fevereiro de 1971: “extensão ao sexo masculino na profissão de Enfermeiro Profissional, organização das relativas escolas e normas transitórias para a formação de pessoal da assistência direta”.

A GESTÃO DA MUDANÇA

A história da profissão de Enfermagem havia sido até aquele momento prerrogativa exclusiva das mulheres: uma santa a proteger necessitados, a matrona Fabiola que se dedicava à assistência na Roma Antiga, uma mulher como modelo ideal ou uma Florence Nightingale e, depois, muitas outras mulheres nos hospitais, nas visitas da higiene pública às áreas mais difíceis do país e a assistência à infância. O trabalho de enfermagem, visto como auxiliar e vocacional, era considerado particularmente adequado para mulheres e,

sobretudo, religiosas, que por muitos anos constituíram a maior parte do corpo de enfermagem.

Uma situação que produzia, como consequência, talvez não desejada, a curiosa antecipação de um protagonismo feminino, mesmo papéis de ponta; pensemos, por exemplo, nas duas representações de enfermagem chamadas, de direito, em 1957, a fazer parte do Conselho Superior de Saúde. Mas o desenvolvimento da sociedade levava gradualmente a uma radical transformação do papel das enfermeiras até levá-las a uma sempre crescente competência e autonomia profissional. Portanto, mesmo por razões de equidade social, a profissão não podia mais ser impedida aos homens, aos quais, além de tudo, já era permitida a função de enfermeiro geral (e exatamente sobre a distinção entre enfermeiro profissional e enfermeiro geral, se abrirá um difícil debate entre os legisladores, interessados em recrutar pessoal, e os Colégios IPASVI¹⁵, preocupados em tutelar uma qualificação profissional adquirida ao longo de muitos anos de estudo). A entrada dos homens nos papéis profissionais produzirá também uma aceleração da mudança dos percursos formativos, começando com os internos das Escolas que terão que deixar lugar para novos alunos.

A Lei n.º 124, de 25 fevereiro de 1971, trouxe uma verdadeira revolução nas Escolas e a gestão da mudança foi muito difícil. De repente, aumentou o número das Escolas e nem todos os novos diretores e diretoras, que tiveram de gerir essa mudança, estavam preparados. A seguir se analisam alguns aspectos da lei:

1. os anos de estudo previstos para a admissão passavam de três a cinco (escola média mais dois anos), isso comportava um percurso de estudo não completo, correndo assim o risco de uma escolha feita por estudantes que não estavam em condições completar os estudos previstos;
2. improvisamente havia, no segundo ano do curso, alunas do curso

15 N.T.: Colégios IPASVI ou Conselhos de Enfermeiras Profissionais, Enfermeiras Assistentes Sanitárias e Enfermeiras Vigilantes da Infância.

regular e enfermeiros gerais¹⁶ dos dois sexos com títulos de estudo diferentes para admissão: terceiro ano do ensino médio, terceiro ano do ensino profissionalizante e mesmo quinto ano do ensino fundamental (ligado à idade);

3. as Regiões enfrentavam a mudança de maneira diferente (era do ano anterior a passagem das competências de Escolas Nacionais para as escolas das Regiões), em muitos locais não eram realizados estágios, mas considerada válida a experiência em serviço que os enfermeiros gerais¹⁷ desenvolviam normalmente;
4. na mesma classe estavam estudantes que pagavam uma taxa e outros que recebiam salário.

Não foram dadas disposições precisas sobre o gerenciamento da mudança; em algumas escolas foram organizadas sessões separadas, uma para os alunos do curso regular e outra para os alunos das normas de transição; discriminação sofrida pelos estudantes auxiliares de enfermagem (enfermeiros gerais) como pertencentes a uma seção da série B, que resultou em grandes conflitos que exigiram a intervenção das organizações sindicais. Em outras escolas, tentava-se a mistura dos dois grupos.

Eu vivi pessoalmente esse período, naquele momento eu era diretora de uma Escola-Internato e escolhi a segunda solução. Não tive problemas com os alunos, mas questões pesadas com os presidentes dos hospitais de proveniência dos alunos. De fato, eles se opunham ao tempo integral exigido pela escola aos alunos; apesar do compromisso assumido pelo hospital no momento da matrícula, eles exigiam a cobertura do serviço pelos próprios estudantes. Foi um momento difícil, mas me ficou uma boa lembrança daquele período em que vivi com os alunos seu empenho e a seriedade com que frequentaram a escola. Também no final do curso, com muitos que ficaram para trabalhar no hospital, eu mantive excelentes relacionamentos.

16 N.T.: Enfermeiros gerais, enfermeiros genéricos no original, corresponderiam ao Auxiliar de Enfermagem.

17 N.T.: Auxiliares de Enfermagem.

O PERCURSO RUMO A UMA FORMAÇÃO EUROPEIA

Poucos anos depois, a Itália implementa o Acordo Europeu de Educação e Formação de Enfermeiros Profissionais (Lei n.º 795, de 15 de novembro de 1973). É um estágio importante da história da profissão em Enfermagem: o documento será o ponto de referência de todo o processo de reordenação normativa que se desenvolverá dos anos 1970 até hoje. O Acordo de Estrasburgo indica os pontos essenciais para uma revisão dos programas de ensino e define a função educacional do estágio prático dos alunos. Para se adequar às indicações europeias, que previam 4.600 horas de ensino, serão elaborados novos programas de estudo e a duração dos cursos passará de dois para três anos. O objetivo é duplo: aumentar a qualidade da formação e permitir a possibilidade de os enfermeiros trabalharem nos vários Estados Partes firmatários do Acordo.

Em 1974, a abertura da Escola de Enfermagem¹⁸ da Universidade de Milão e minha inserção na mesma com a qualificação do Vice-Diretora mudam minha abordagem na leitura da evolução da profissão. Essa virada profissional me permitiu me encontrar em um observatório privilegiado, onde tinha a possibilidade de seguir e estudar as mudanças e participar concreta e ativamente como protagonista, considerando que meu papel me permitia influenciar a escolha dos objetivos da Escola. A partir do primeiro seminário organizado pela Escola de Enfermagem, em 1979, sobre o Serviço de Enfermagem na Unidade Sanitária Local, o papel proativo que a Escola deveria desempenhar nos confrontos da profissão; de fato, naquele momento, era considerada uma utopia até apenas pensar em um serviço de enfermagem gerenciado por enfermeiros.

Refletir sobre o percurso a enfrentar para alcançar a autonomia profissional foi um dos objetivos principais. O primeiro passo foi o de aprofundar

18 N.T.: SUDI - Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche (Escola Universitária de Estudos em Enfermagem ou, simplesmente, Escola de Enfermagem, uma vez que, no Brasil, a formação de nível médio era designada por Escola de Auxiliares de Enfermagem, depois Escola de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e, finalmente, Escola Técnica em enfermagem ou Escola de Educação Profissional de Nível Médio em Enfermagem).

o programa de matriz anglo-saxã desejado pela Organização Mundial da Saúde que previa um curso de gestão em enfermagem, novidade absoluta no panorama italiano. Os estudantes universitários da Escola de Enfermagem (curso para docentes e dirigentes) tinham todos um bacharelado de cinco anos, o diploma de enfermeiro profissional e muitos uma ou mais especialidades, mas todos indistintamente um vazio absoluto no campo da gestão. Ficou claro que os princípios de gestão precisavam ser gradualmente ensinados desde o início da formação em enfermagem nos vários ciclos de estudo.

Partindo então da suposição de que a formação dos dirigentes devia também tratar dos aspectos organizacionais e gerenciais dos recursos, torná-los capazes de definir os objetivos para fornecer uma assistência altamente qualitativa e formá-los adequadamente para a participação competente no controle geral dos serviços. Em 1982 iniciei uma pesquisa específica para analisar a situação relativa ao ensino do curso de “Princípios administrativos aplicados à profissão”, considerando que os princípios da gestão de primeiro nível estavam vinculados a essa matéria. Com tal propósito, enviei uma carta às Diretoras das Escolas para enfermeiros profissionais da Região da Lombardia, que solicitava o programa detalhado e a qualificação do professor do curso. Os dados que resultaram da pesquisa (relativos a 22 Escolas de Enfermagem Profissional da Lombardia) confirmaram o cenário extremamente heterogêneo do ensino do curso (Anexo 1 - Conteúdo dos programas de “Princípios Administrativos Aplicados à Profissão” nas Escolas de Enfermagem da Região da Lombardia).

Das tabelas do Anexo 1 pode-se notar uma prevalência de conteúdos relacionados à legislação em saúde e aos princípios jurídicos aplicados à profissão, a serem correlacionados com a qualificação/preparação mais representada dos docentes: um diploma em direito. O fato grave era que esses conteúdos, embora importantes, não eram relevantes para o curso e, acima de tudo, já estavam previstos no programa de três anos dos cursos específicos de Legislação Sanitária e de Aspectos Jurídicos da Profissão para um total de 55 horas previstas.

A qualificação dos professores era muito variada e dispar e influenciava o desenvolvimento dos cursos em relação às competências específicas. Parecia que os programas mais pertinentes fossem aqueles ensinados por Enfermeiras Dirigentes, porque as competências gerenciais uniam o conhecimento e a experiência no âmbito do exercício da enfermagem: uma condição essencial para a aplicação na prática profissional dos princípios administrativos. Essa pesquisa e as propostas de formação, que tiveram como seu tópico comum o conceito de responsabilidade em vários níveis, foram apresentadas em uma conferência organizada pela Escola na Universidade em 1985, por ocasião do décimo aniversário da Escola de Enfermagem¹⁹.

Nos anos de 1985/1986, surgiu um grande debate dentro da profissão sobre a atividade e as habilidades das enfermeiras codificadas pelo descritor ocupacional (a primeira remonta Decreto Real n.º 1310, de 2 de maio de 1940, modificada em 1974 com o Decreto da Presidência da República n.º 225, de 14 março de 1974). De fato, em 1985, a Federação Nacional de Enfermeiros havia nomeado uma comissão para estudar uma proposta de revisão das disposições do Decreto n.º. 225/1974.

Tal problemática dentro da Escola de Enfermagem foi então enfrentada a partir de uma pergunta: é indispensável um descritor ocupacional (a lista de funções e tarefas)? Existem alternativas? Essas perguntas me levaram a refletir sobre a organização do trabalho e sobre os níveis de responsabilidade. Convencida de que a leitura organizacional poderia ajudar a identificar os problemas relacionados à autoridade profissional, continuei o estudo e uma análise aprofundada desse percurso. De fato, a atividade de enfermagem, não mais regulamentada por uma listagem de funções e tarefas (um descritor ocupacional), poderia permitir um salto qualitativo na assistência; mas seria suficiente que a lei revogasse o descritor ocupacional (a regulamentação por listagem de tarefas e funções) para determinar concretamente uma assistência de enfermagem não organizada por tarefas?

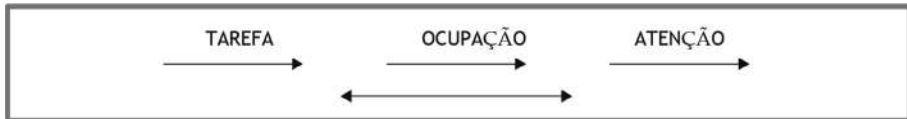
19 Cantarelli M. Management Infermieristico. Atti Convegno SUDI 1985. Milano: Masson 1987.

DO TAREFISMO EM ENFERMAGEM À ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

Tentemos então entender o quão limitante seja uma listagem de tarefas para qualquer que seja a atividade. O que é uma tarefa? O que é uma listagem de tarefas? É um instrumento comum às ocupações profissionais ou àquelas não profissionais? Falamos de ocupação ou profissão? Há um valor diferente se colocadas em um continuum em que o termo tarefa varie?

A partir da análise dos conteúdos da atividade de trabalho, observa-se que a ocupação é um conjunto de tarefas, cujo desempenho tem como objetivo alcançar um resultado e que a ocupação é a parte elementar a qual pode ser subdividida em atividades de trabalho. O enriquecimento da ocupação por tarefas pode levar ao desempenho por foco na atenção. O percurso que da tarefa leva à atenção pode ser visualizado como mostrado na figura 1.1.

Figura 1.1 Percurso tarefa-atenção.

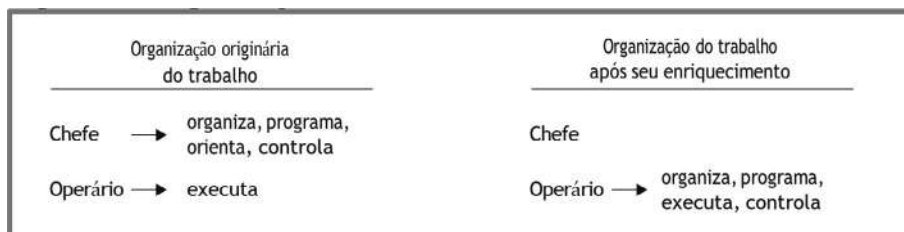


A passagem de um para o outro tipo de conteúdo da atividade de trabalho pode ocorrer nos dois sentidos e podemos dizer que, da esquerda para a direita, ocorre uma evolução do processo. Como podem mudar, para fins da projeção de um plano, as tarefas? Três modalidades podem ser reconhecidas, amplamente adotadas: rotação da ocupação, alargamento da ocupação e enriquecimento da ocupação. Não me detenho nos dois primeiros, em vez disso, relato a terceira modalidade, que diz respeito ao nosso raciocínio. O enriquecimento da ocupação difere das técnicas anteriores de projeção individual porque o enriquecimento intervém de uma maneira mais sistemática na atividade do trabalhador individual, adicionando à simples execução de tarefas outras funções, como programação, organização, controle e coordenação do próprio trabalho.

O fundamento teórico do enriquecimento da ocupação é a teoria da motivação ao trabalho: isto é, trata-se de retomar as motivações e os princípios do crescimento psicológico para entender como o trabalho, para ser motivador, deva ser concebido, ou seja, ser capaz de permitir um real desenvolvimento profissional do trabalhador. O enriquecimento visa introduzir uma maior variedade e garantir que ocupações completas, não fracionárias, sejam realizadas, isso transcende os aspectos técnicos de um trabalho em particular, para tentar dar uma visão completa do relacionamento existente entre tarefa e produto (ou serviço) concluído.

O enriquecimento deseja, em essência, devolver a cada tarefa ocupacional aquela totalidade perdida após a fragmentação, totalidade que é essencial para alcançar uma certa significatividade do trabalho (Fig. 1.2).

Figura 1.2 Organização do trabalho.



Isso pode ser realizado por meio de uma delegação ao trabalhador, que antes realizava tarefas puramente executivas, de algumas funções decisórias até então reservadas ao chefe ou ao supervisor. Os trabalhadores devem, nesse caso, concluir o produto, controlar sua qualidade e ser responsabilizados pelo que diz respeito ao projeto técnico e aos efeitos econômicos dos vários fatores na venda do produto ou serviço realizado.

No que diz respeito ao conteúdo da atividade de trabalho, qual é o papel do indivíduo, ou seja, como e o que muda em paralelo no percurso de tarefa ocupacional a desempenho por foco na atenção? Da tarefa prescrita à construção da atenção. Qual é o papel do trabalhador? No caso de uma

ocupação enriquecida (a construção da atenção), o trabalhador é, ao mesmo tempo, aquele que executa diretamente a atividade de trabalho, mas, à função de execução, se somam também as de:

- programação: estabelece os objetivos (resultados);
- organização: dispõe os recursos;
- controle: avalia os resultados.

Daí resultam:

- completude;
- autonomia;
- controle;
- responsabilidade.

Quais são as habilidades e conhecimentos necessários? Para a execução de tarefa, o nível de conhecimento é quase ausente, por quanto o trabalhador deve exclusivamente executar o que lhe é confiado. Além disso, tratando-se de uma unidade de trabalho elementar, por definição, é reduzida aos termos mínimos de complexidade. No caso da tarefa enriquecida (organizar a atenção), o nível de conhecimentos necessário existe e certamente é alto, visto que o trabalhador deve:

- conhecer não apenas o método de execução de cada tarefa, mas todo o processo de trabalho (completude);
- ser capaz de coordenar independentemente o processo de trabalho, portanto, conhecer os métodos e procedimentos de trabalho: deve ser capaz de gerenciar os recursos sem notificar ou alertar um supervisor com antecedência (autonomia);
- conhecer e ter a habilidade de estabelecer os resultados de sua atenção para receber informações diretas sobre a qualidade e a quantidade do produto (serviço) gerado;
- responder diretamente pelos resultados conseguidos (responsabilidade).

O que foi dito requer altos conhecimentos, tanto que necessitará um período mais ou menos variável de formação a priori (profissional). A leitura organizacional revelou que um trabalho por descrição de tarefas é meramente executivo, mas, no caso de uma tarefa enriquecida, o trabalhador não apenas executa, planeja, programa, organiza e controla seu próprio trabalho. Essa responsabilidade confere autoridade ao trabalhador.

A conclusão desses estudos e aprofundamentos, fruto de muito trabalho, foi apresentada em 1987, na 3ª Conferência da Escola de Enfermagem com o título “Um modelo profissional para a assistência de enfermagem: a transição de uma assistência por tarefas para uma assistência por organização da atenção”. Os conteúdos da Conferência foram bem esclarecidos na minha apresentação dos atos da própria Conferência.

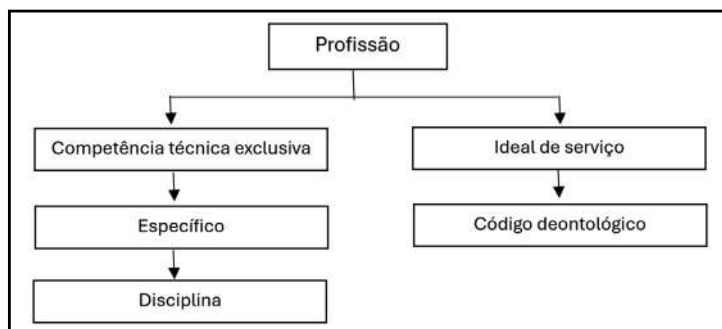
considerando que a modalidade operativa por tarefas e descrição ocupacional usada até hoje pelos enfermeiros são considerados pela maioria dos mesmos não-congruentes nem com as habilidades, motivações e instrumentos que possuem, nem com as expectativas e solicitações de quem procura os serviços de saúde, foi elaborado o conceito de atenção e sua aplicação no campo operativo; esse conceito pode, em relação a outras profissões, destacar os contextos de plena autonomia e responsabilidade da enfermagem e pode começar a fornecer respostas congruentes e qualificadas aos usuários. O modelo da atenção proposto se qualifica e legitima através da busca de instrumentos de orientação, endereço e controle do comportamento profissional (protocolos e padrões), que devem garantir a conquista do objetivo da atenção em um determinado nível e o grau de qualidade da atenção mesma.

A COMPETÊNCIA TÉCNICA EXCLUSIVA E A ÁREA DE CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM

A transição de uma assistência por tarefas para uma prestação segundo a atenção em enfermagem foi o início de um percurso que durou mais de dez anos e resultou no Modelo da Atenção em Enfermagem. Comecei pela

consideração de que, para fornecer assistência cuidadora pela atenção em enfermagem, o enfermeiro tinha que adquirir características de profissional e, de acordo com o modelo clássico, uma profissão é caracterizada pela competência técnica exclusiva e pelo ideal do serviço (Fig. 1.3).

Figura 1.3 Modelo clássico.



O controle social sobre o profissional é difícil, já que o usuário não está apto a julgar as práticas de cuidado. As profissões, por consequência, aprenderam a exercitar autocontrole de seus padrões técnicos, bem como o respeito a um Código de Ética por parte de seus praticantes: daí surge a característica do ideal de serviço. A competência técnica exclusiva é específica de cada profissão e a clareza ou não dos limites de operatividade reforçam ou comprimem o reconhecimento do papel profissional.

Embora a atividade de enfermagem não tenha estado entre as primeiras atividades reconhecidas como profissão, não se acredita que haja dúvidas sobre o ideal de serviço e a competência técnica exclusiva. Esta última é garantida pela aplicação à profissão em Enfermagem de um esquema conceitual que defina o âmbito específico da profissão, que eleve ao máximo o seu papel de suporte, para alcançar o estado de independência do usuário e constitua uma referência que cada enfermeira absorva, para uma possível contínua comparação. Um esquema conceitual é uma representação da realidade, não é a realidade em si, mas uma abstração, uma imagem mental de reconstrução da realidade; é

o esquema de referência que agrega os enfermeiros em torno de seu papel, do conceito comum de profissão e da concepção dessa mesma profissão. Este tema é mais bem aprofundado na parte seguinte, que se refere aos modelos conceituais em enfermagem.

ATRIBUTOS DE UMA “PROFISSÃO”

Dois termos, habilidade e autoridade, se revelam decisivos hoje para interpretar o fenômeno profissional: a existência de uma habilidade específica em um determinado setor dá origem a fenômenos de autoridade. As profissões se apresentam hoje menos sombrias do que no passado. Muitos mitos que as envolviam caíram. No entanto, permanece o fato de que elas são a expressão de uma habilidade útil para a sociedade e que, como Eliot Freidson (sociologia das profissões) destacou, uma profissão para ser verdadeiramente considerada como tal, deve enviar um controle efetivo sobre seu próprio campo de trabalho. A habilidade específica, uma habilidade capaz de satisfazer a crescente necessidade de serviços qualificados, é a base do processo pelo qual um grupo de especialistas se destaca da massa indiferenciada e adquire um certo grau de autonomia. A habilidade do profissional é, portanto, uma capacidade específica, uma habilidade que Ernest Greenwood (atributos de uma profissão) define *superior*:

[...] A habilidade profissional é intelectual, além de prática. A aprendizagem comum, através da qual um grande número de ocupações é acessado, não determina a aquisição da qualidade profissional: para alcançá-la são necessários estudos teóricos baseados em um método científico.

Os pilares da síntese de Greenwood sobre as profissões e suas tipicidades sociológicas são a base *técnico-científica* e o *verniz deontológico*. O autor identifica cinco *atributos*: habilidade superior, autoridade profissional, sanção da comunidade, código de regras éticas e cultura profissional.

Sobre eles, Greenwood especifica:

[...] As qualificações que caracterizam uma profissão se originam e se sustentam em uma base de conhecimentos organizados em um sistema internamente coerente chamado corpo de teoria. Um *corpo de teoria* que constitui a base de uma profissão é um sistema de proposições abstratas que descrevem em termos gerais as classes de fenômenos que contêm o ponto focal de interesse da profissão.

Em outras palavras, as profissões se fundamentam em uma preparação prolongada em um campo de habilidade peculiar, incluindo o conhecimento teórico que está subjacente ao seu campo. Uma preparação longa e intensa implica em uma especificidade de funções, como afirma Talcott Parsons, referindo-se à profissão médica:

A intensa devoção a uma preparação especializada em matéria de saúde e de doença exclui uma preparação análoga em outros campos. O médico não constitui um sábio forjado em uma competência geral, é antes um saber especialista.

Desse ponto de vista, o enfermeiro não é exceção: a assistência de enfermagem à pessoa não representa uma atividade incidental, mas uma atividade funcionalmente especializada. Além disso, a profissão em Enfermagem, como todas as profissões, possui dois setores de ramificação: o ramo aplicado e o ramo acadêmico. Dois ramos que têm objetivos diferentes, mas que estão intimamente relacionados. O ramo aplicado diz respeito ao exercício profissional realizado em benefício do usuário, ou seja, a aplicação da competência técnica no domínio e uso do Conhecimento em Enfermagem para problemas práticos. Poderíamos dizer que o ramo aplicado diz respeito à aplicação do Conhecimento em Enfermagem à pessoa e à comunidade. O outro ramo, o acadêmico, tem duas funções principais: contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e da cultura e transmitir o saber.

Em conclusão, todas as profissões fundaram e fundam a reivindicação de seu próprio status sobre o caráter científico de suas competências. De fato,

como observou Magali Sarfatti Larson, uma base científica dá ao profissional uma marca de legitimidade derivada de um patrimônio de conhecimentos cuja superioridade epistemológica é dada como certa. Nesse sentido, não parece inapropriado reafirmar que o enfermeiro “responsável pela assistência geral de enfermagem” enfrenta essa responsabilidade após ter adquirido uma alta competência no conhecimento em enfermagem e nas técnicas nele embasadas.

A ÁREA DISCIPLINAR DE CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

As áreas disciplinares do conhecimento são muito complexas e isso envolve uma grande diversidade e variedade de classificações possíveis. Usando como parâmetros a matéria e o objetivo podemos qualificar a Ciência em Enfermagem como uma área disciplinar interessada no homem como destinatário da assistência de enfermagem. Nesse sentido, o objetivo que visa é a ação: oferecer um serviço peculiar e qualificado no vasto campo da tutela da saúde. Os vários modelos teóricos do conhecimento em enfermagem permitem uma definição precisa do objeto e do objetivo, bem como os métodos que permitem, àqueles que professam essa disciplina, aplicar e verificar a própria base de conhecimentos.

Ao interno dos vários modelos (esquemas conceituais), assumem um valor particular e entram em uma particular relação entre si os quatro conceitos fundamentais do Conhecimento em Enfermagem: homem-pessoa, ambiente-sociedade, saúde-doença, assistência de enfermagem.

Em termos gerais, podemos dizer que, no Conhecimento em Enfermagem, o beneficiário do serviço é percebido como uma entidade complexa não avulsa ao ambiente que o rodeia e, para o qual, não é concebível uma abordagem divisora e reductiva. Desta visão do homem dentro do Conhecimento em Enfermagem, são um exemplo as concepções de Madeleine Leininger e Martha Rogers: “o ser humano é mais do que um conjunto de células ou um sistema físico ou um caso diagnóstico, é um ser cultural com visões amplas e divergentes sobre vida, sobre viver e sobre as experiências

(M. Leininger)”. Para M. Rogers, o ser humano unitário é um: “irredutível, indivisível, adimensional campo de energia”.

O ser humano manifesta características que são específicas do todo e que não podem ser previstas pelo conhecimento das partes; o homem e o ambiente trocam continuamente, e reciprocamente, matéria e energia. Além disso, no campo disciplinar em Enfermagem, geralmente concordamos que a saúde não é apenas a ausência de doença, uma posição que é detectada, por exemplo, nas declarações de Jean Watson e Dorothea Orem: “a saúde diz respeito à harmonia e à unidade dentro da mente, do corpo e da alma; esse conceito está conectado também ao grau de congruência entre o eu percebido e o eu experimentado” (J. Watson). “A saúde deve compreender o que torna humana uma pessoa (vida mental), juntamente com mecanismos fisiológicos e psicofisiológicos, a uma estrutura material (vida biológica) e em relação à coexistência com os outros seres humanos (vida interpessoal e social)” (D. Orem).

No que diz respeito ao conceito de assistência de enfermagem, em todas as elaborações teóricas se compartilha o fato que a assistência de enfermagem traz sua própria e exclusiva contribuição no vasto campo da saúde. Mas o consenso termina aqui, como evidenciam as definições de Rosemarie Rizzo Parse e Callista Roy:

a prática da assistência de enfermagem visa esclarecer o significado (da situação) e ir além (o significado de um momento, em relação ao que não é) com a pessoa e com os familiares. O enfermeiro guia os indivíduos e as famílias para programar a mudança dos modelos de saúde vividos. A assistência de enfermagem é uma real e afetuosa presença com o outro para promover a saúde e a qualidade de vida.

E novamente C. Roy: “o objetivo da assistência de enfermagem é a promoção da adaptação em cada um dos quatro sistemas que contribui para a saúde da pessoa, para a qualidade de vida e para enfrentar a morte com dignidade”. Em termos de estruturas sintáticas e limitando aqui a discussão de métodos disciplinares para a aplicação da assistência de enfermagem para fins práticos, é frequentemente concebido o uso do Processo de Enfermagem, mas suas fases

são especificadas pelo modelo conceitual. Por exemplo, Nancy Roper fornece quatro etapas interdependentes: apreciação inicial do usuário, planejamento dos cuidados de enfermagem, implementação do Plano de Cuidado e, por fim, a avaliação inclusiva das fases. Evelyn Adam, com base na elaboração teórica de Virgínia Henderson, propõe: coleta de dados, interpretação dos dados, planejamento da intervenção, execução da intervenção e avaliação.

Em conclusão, a abordagem estrutural à área de conhecimento da enfermagem não é, e não pode ser, um fechamento em sua própria esfera disciplinar. Nesse caso, seria legítimo, e não nos parece que seja, questionar o próprio significado que hoje é atribuído ao conhecimento. Os modelos teóricos de enfermagem são abstrações que fazem colher diferentes aspectos da realidade: são uma tentativa de leitura e de explicação da assistência de enfermagem em um determinado contexto cultural, em um determinado momento histórico. Através de seu uso, é possível uma confirmação ou negação na realidade, enquanto em seu uso, como em sua idealização, não se excluem os atos de “intuição” e de “fantasia criativa”. O modelo teórico, quando muito, permite guiar os aspectos criativos ou artísticos da profissão em direção do aprofundamento de seu saber disciplinar.

Um modelo conceitual em enfermagem tem como objetivo fornecer diretivas concernentes à práxis, à formação e à pesquisa. Cada enfermeiro possui um esquema de referência, uma sua concepção da profissão, no entanto, com muita frequência a imagem não é clara o suficiente, nem muito precisa para ser verbalizada. Uma imagem muito sutil requer um aperfeiçoamento, um esquema de referência serve para fazer esse aperfeiçoamento.

Um modelo conceitual em enfermagem permite antes de tudo especificar a contribuição da profissão no vasto campo da saúde e, portanto, permite explicar ao público e a outros profissionais a natureza do serviço prestado pelos enfermeiros. Além disso, é ao esquema conceitual que o enfermeiro se refere para esclarecer sua posição dentro da equipe multiprofissional e cumprir seu compromisso.

Ao especificar a contribuição peculiar que a profissão em enfermagem oferece no vasto setor de saúde, o modelo teórico de referência afeta diretamente o conteúdo da formação. E, na formação, um modelo teórico em enfermagem orienta a atividade didática, garantindo que a disciplina em Enfermagem seja a disciplina *mater et magistra*, a disciplina em torno da qual o ensino teórico e clínico é organizado. Tal abordagem permite que o aluno adquira uma “forma específica de conhecimento”, de aprender aquelas estruturas básicas que têm uma vasta possibilidade de transferência nos subseqüentes aprendizados, tanto intradisciplinares quanto interdisciplinares.

Obviamente, o pluralismo de estruturas existentes na disciplina em Enfermagem e o caráter de revisão ou o corretivo do conhecimento são necessários para o ensino, para que os alunos percebam como o conhecimento que possuímos não seja a “verdade absoluta”, mas um tipo de conhecimento em um sentido mais complexo. Em primeiro lugar, isso significa mostrar a importância dos modelos teóricos em possibilitar o conhecimento, enquanto observa em sua elaboração a presença de alguns fatores convencionais. Em segundo lugar, significa mostrar as vantagens do modelo teórico escolhido e, ao mesmo tempo, os resultados que poderão ser concluídos, aperfeiçoados e eventualmente corrigidos, mas que são bem preservados. Finalmente, significa mostrar aos alunos quais sejam algumas das estruturas alternativas àquela proposta.

Dessa maneira, através de um modelo teórico em enfermagem e com um currículo não dogmático, o aluno é conduzido na aquisição de uma “competência técnica exclusiva” e de uma mentalidade de profissional que se posiciona diante dos conhecimentos com a consciência de que os conhecimentos podem se modificar e que a pesquisa deve fazer nascer e desenvolver esse sistema.

Sobre a pesquisa, E. Adam esclarece:

No fim das contas, é a pesquisa que terá a última palavra sobre a concepção de assistência, mas antes é preciso que as enfermeiras, individual e coletivamente, tenhamos a coragem de adotar um esquema conceitual e aplicá-lo, na ausência do qual a profissão corre o risco de andar à deriva.

Em conclusão, existem na área de conhecimento da enfermagem várias elaborações teóricas que merecem ser estudadas e avaliadas. Adotando os critérios de avaliação propostos por William Dikhoff, Patrícia James e Ernestine Wiedenbach (A Arte de Ajudar da Enfermagem Clínica), é possível classificar os modelos conceituais em quatro níveis de “desenvolvimento teórico”:

1. as teorias de primeiro nível descrevem de modo abstrato os fenômenos ou classes de fenômenos;
2. as teorias de segundo nível descrevem e relacionam entre si os fenômenos ou classes de fenômenos;
3. as teorias do terceiro nível preveem (também) relações ulteriores;
4. as teorias do quarto nível fornecem (também) precisas indicações para direcionar a ação e são denominadas teorias prescritivas ou teorias para a práxis.

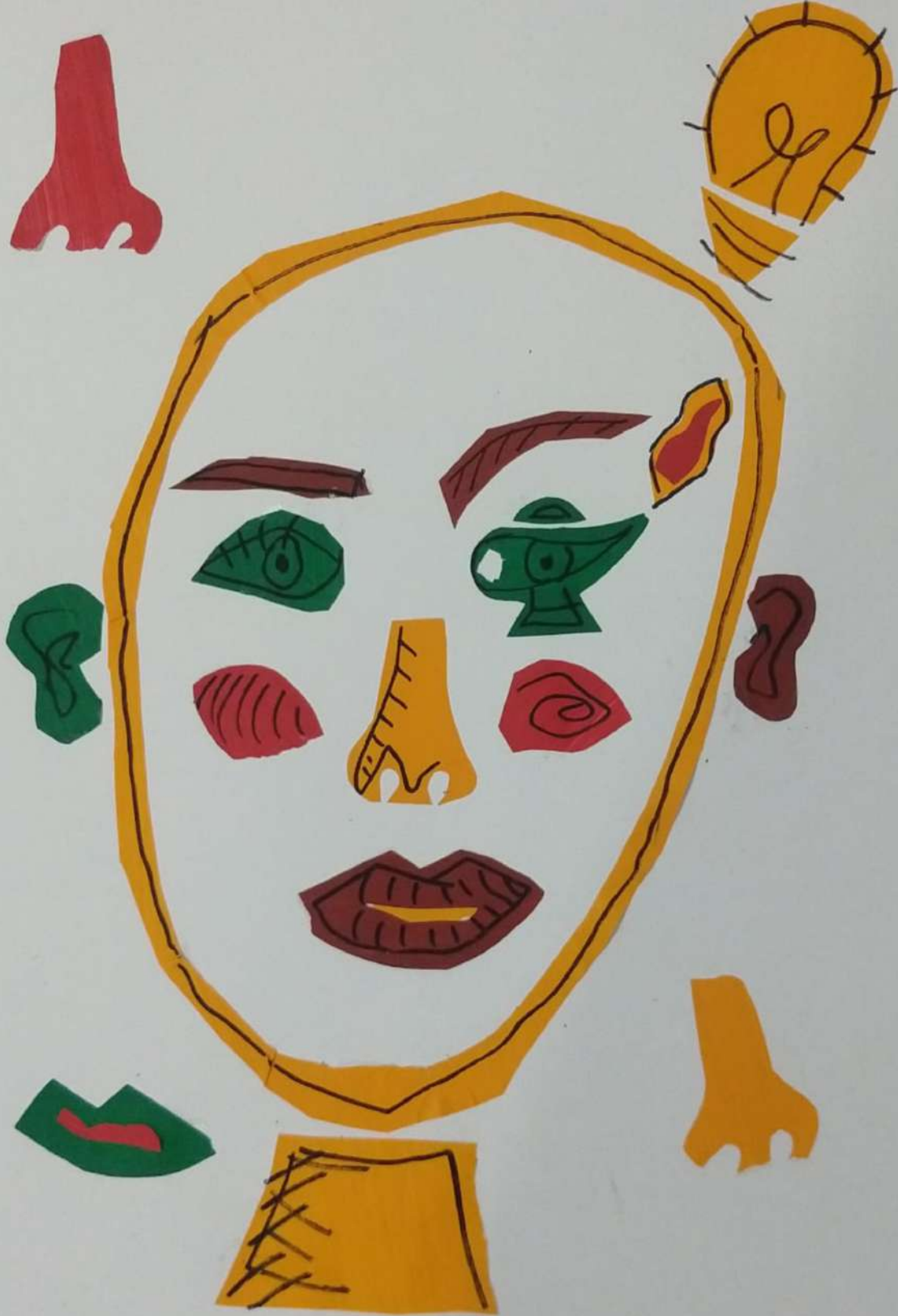
A tabela 1.2 mostra um esquema de resumo de algumas elaborações teóricas em enfermagem provenientes do exterior. Tal esquema indica: o país e o período em que nasceram as elaborações em enfermagem consideradas (contexto), se e como são indicados os principais percursos a seguir para sua aplicação (métodos e instrumentos), portanto o nível de desenvolvimento teórico (nível). Além disso, evidencia se e como são indicadas as margens de operatividade da profissão (campo).

Tabela 1.2 Tabela sinótica de algumas elaborações teóricas de enfermagem provenientes do exterior.

| Autor | Elaboração teórica | Contexto | Métodos e instrumentos | Nível | Campo |
|------------------------------------|--|---------------|--|-------|---|
| H. Peplau | Interpersonal Relations in Nursing | Usa, anos '50 | Processo interpessoal | IV | Não claramente indicado; mais bem definido – respeito pelo passado – interação entre enfermeiro e assistido |
| V. Henderson (E. Abram, N. Bizier) | Elaboração teórica de Virginia Henderson e da corrente hendersoniana | Usa, anos '50 | Nursing Process Plano de assistência de enfermagem | IV | Indicado como “Os 4 componentes da assistência de enfermagem” |

| | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---|--------|--|
| M.E. Rogers | Teoria dos seres humanos unitários | Usa, anos '50-'60 | Problem Solving | I-II | Não claramente indicado |
| D.E. Orem | Teoria do Self-Care Deficit | Usa, anos '50-'60 | Nursing Process | IV | Indicado como "requisitos de self-care" |
| FG. Abdellah | A tipologia do 21 Nursing Problems | Usa, anos '60 | Problem Solving Plan | I | Indicatio come "21 Nursing Problems" |
| I. King | Teoria do alcance do objetivo | Usa, anos '60 | Nursing Process, Goal Oriented Nursing Record, CRMGA (critério-referência para a mensuração do objetivo alcançado) | I | Não claramente indicado |
| M. Leininger | Transcultural Nursing | Usa, anos '60 | Ethnonursing, Stage-Friend Model, Observation – Participation – Reflection Model | II-III | Não claramente indicado |
| C. Roy | The Adaption Model | Usa, anos '70 | Nursing Process Programma assistenziale scritto | IV | Indicado como promoção da adaptação em cada um dos Quatro "sistemas adaptativos" |
| B. Neuman | The Betty Neuman System Model | Usa, anos '70 | Nursing Process Instrumento de avaliação e intervenção | II | Não exclusivo para a profissão de enfermagem |
| R.M. Rizzo Parse | Man – Living – Health | Usa, anos '80 | Illumination Meaning (explicating), Synchronizing Rythms (dwelling with), Mobiliziong Transcendence (moving beyond) | I | Não claramente indicado |
| J. Watson | Philosophy and Theory of Human Care | Usa, anos '80 | Problem solving scientific, metods creative de Problem Solving; instrumentos "científicos,estéticos, humanos" | I | Indicado como "assistência às necessidades humanas importantes para o Nursing" |
| N. Roper (W.Logan, A.J. Tierney) | The Activities of Living | Europa (Escócia) anos '70-'80 | Nursing Process Plano de assistência de enfermagem | IV | Indicado como atividades executadas paralelamente às 12 Activities of living |

Na Itália, a necessidade de circunscrever o “espaço da enfermagem”, acentuando não as funções do enfermeiro, mas um conjunto articulado e coerente de respostas profissionais me levou a elaborar o “Modelo da Atenção em Enfermagem”, apresentado no capítulo 3, precedido pelo aprofundamento dos quatro conceitos fundamentais: homem-pessoa, saúde-doença, ambiente-sociedade, assistência de enfermagem, que são o conteúdo do capítulo 2.





CAPÍTULO 2

OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

OS CONHECIMENTOS EM ENFERMAGEM E OS ESQUEMAS CONCEITUAIS

Está bem estabelecido que um esquema conceitual é a representação da realidade, uma imagem mental de reconstrução da própria realidade; conseqüentemente, é o esquema de referência que agrega os enfermeiros em torno do próprio papel, do conceito de profissão e da ideação da mesma. São os modelos teóricos da disciplina Enfermagem que permitem uma definição precisa do objeto e da finalidade, bem como os métodos que permitem aplicar as bases de conhecimento adquiridas pelo enfermeiro. De fato, os conhecimentos em enfermagem devem ser reorganizados em torno de conceitos estruturados em modelos conceituais que constituem a matéria da teoria e, uma vez que um mesmo conceito pode ser interpretado de maneira diferente por indivíduos diferentes, é bom que eles sejam claramente definidos e que sejam compartilhados e, portanto, sejam uma referência válida para os enfermeiros no exercício de sua atividade. O exposto justifica o fato de ter dedicado o capítulo 2 inteiro aos conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem (homem-pessoa, ambiente-sociedade, saúde-doença, assistência de enfermagem), sendo evidente a importância que cada enfermeira possua um profundo conhecimento teórico como guia no exercício de sua profissão.

Teoria e prática não são divisíveis. Por exemplo, um modelo unicamente técnico não pode conferir uma completa e alta profissionalidade ao enfermeiro, que só pode ser adquirida com o conhecimento dos conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem e sua inter-relação.

Os quatro conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem expõem a inter-relação entre homem-pessoa e ambiente-sociedade com o objetivo de tornar o futuro enfermeiro capaz de adquirir os conhecimentos básicos da disciplina que exercerá a sua profissão. Nos capítulos 3 e 4, por outro lado, serão propostos o Modelo da Atenção em Enfermagem e sua aplicação.

O CONCEITO DE HOMEM-PESSOA

A escolha que fiz para a introdução do conceito de “homem” caiu sobre a teoria geral dos sistemas elaborada por Ludwig von Bertalanffy, uma vez que essa teoria pode acolher em torno dela homens de todas as raças, culturas ou condição social e, portanto, pode ser aceita por todos os enfermeiros, independentemente de suas crenças religiosas, bem como de suas convicções éticas e morais. Essa pode ser a base comum de cada Enfermeiro, a orientação de seu comportamento que só pode favorecer uma abordagem uniforme para com o usuário, garantindo, no entanto, o espaço para a individualidade profissional.

A estreia de Bertalanffy na Teorética Biológica²⁰, que se tornou seu campo de estudos favorito, ocorreu na década de 1920, em torno de um tema tradicional de certa cultura germânica: o corpo deve ser entendido como um todo, não como mera justaposição de partes; o progresso analítico de um certo método científico nos priva precisamente da compreensão da unidade e da unicidade do indivíduo, nos esconde o fato de que “o todo contém algo mais do que a soma das partes” (ele é antes de tudo e acima de tudo um indivíduo)²¹.

20 Bertalanffy propôs um modelo conceitual do organismo vivo como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente. Por sua oposição ao pensamento e modelo cartesiano, extrapolou seu modelo biológico a uma teoria geral de sistemas, uma fisiologia preside a psique humana, as instituições sociais e a ecosfera.

21 Bertalanffy L. General System Theory. New York: Ed. George Braziller, 1971,

Trata-se de um tema já caro a Paracelso, aos alquimistas e aos seus seguidores, a Van Helmont, Dolaens, Stahl, Becher, e que encontra apoiadores fidedignos na Naturphilosophie da era romântica. As conclusões que tradicionalmente derivam do aprofundamento de tal tema fizeram ferver de furor gerações inteiras de cientistas, ridicularizados e escarnecidos por seu diligente trabalho de análise e investigação.

De fato, o filósofo da natureza afirma que o processo por análises e síntese subsequentes não faz nenhum sentido, que a única maneira válida de conhecer a natureza é a de intuir a realidade em sua plenitude, sem recorrer a nenhum exame meticuloso e qualquer investigação analítica. É um típico discurso desenterrado e repetido mais e mais vezes pelos defensores da transcendência, das forças vitais, das enteléquias, da providência e pelos inimigos do racionalismo em geral.

No entanto, esse tema, negligenciado por longo tempo pela ciência oficial enojada pelos propósitos aos quais foi versado, merecia atenção. Von Bertalanffy foi o primeiro autor que ousou considerá-lo, recusando, no entanto, os discursos em uma chave mística, dialogando em termos racionais, aceitáveis também pelos críticos mais conscientes e exigentes.

É verdade - concorda von Bertalanffy - que os procedimentos analíticos que negligenciam recompor o que foi anatomizado estão incorretos, assim como é errado teorizar em torno dos viventes ao modo mecânico e são errados os conceitos mesquinamente determinísticos da psicologia que não vê nada além de estímulos e respostas. Mas isso não justifica a recusa ao método e a fuga para o irracional, exige, pelo contrário, que, ao investigar a fenomenologia biológica, recorra-se a leis compositivas muito mais complexas do que aquelas de tipo puramente aditivo: o biólogo que recompõe as disjecta membra de um vivente que estudou sob o perfil fisiológico, comportamental e também morfológico, deve levar em consideração tanto as relações espaciais quanto as relações temporais do organismo estudado, e também deve levar em consideração sua história.

As novas regras que o autor invoca devem partir do fato de que um vivente se comporta como um “sistema” e mais exatamente como um sistema em “estado estacionário”. Trata-se de duas noções que von Bertalanffy introduz na biologia, a partir da física e da tecnologia mais recente e, para tal inovação, o vivente não é mais apenas o autômato de tipo cartesiano, mas um autômato capaz de autorregulação e também de operações lógicas.

O principal objetivo da teoria geral dos sistemas é aquele de “desenvolver uma estrutura de teoria geral tal que permita colocar um especialista em condição de poder colher de outros especialistas comunicações importantes”.

Posteriormente, outro autor, Kenneth Ewart Boulding²², compartilhando a necessidade de unidade do saber humano, identifica uma escala de sistemas hierárquicos, conceitualmente todos parecidos entre si:

- o primeiro nível compreende padrões estáticos, como a estrutura atômica de um cristal ou a estrutura de uma ponte;
- o segundo nível é um sistema dinâmico simples com um movimento predeterminado como o relógio;
- o terceiro nível é um sistema com um mecanismo de controle simples, por exemplo, o termostato que mede, compara a um padrão e age; este sistema é definido como “autorregulador”;
- o quarto nível diz respeito a um sistema que se auto-mantém por meio da troca com o ambiente circundante; ou seja, é um sistema aberto: a célula biológica é um exemplo;
- o quinto nível é chamado genético-social, exemplificado por uma planta, ou seja, por um conjunto de células com partes diferenciadas e mutuamente dependentes;
- o sexto nível abraça animais caracterizados por mobilidade, comportamento teleológico e autoconsciência;
- o sétimo nível é o de seres humanos individuais que, além da

²² Kenneth Boulding agrupou e hierarquizou os sistemas segundo a complexidade de que se revestem (Boulding K.E. General Systems theory: the skeleton of science. Management science, v. 2, n. 3, 1956).

autoconsciência do nível anterior, têm a capacidade de “saber”, conhecer, além da linguagem e do simbolismo;

- o oitavo nível inclui agrupamentos de indivíduos, ou seja, um conceito mais complexo chamado organização social, constituído por um sistema de papéis conectados entre si por canais de comunicação interessados também na transmissão de valores;
- finalmente, para concluir a imagem, o nono nível inclui os sistemas transcendentais que estão interessados no último e absoluto estágio e no inevitável desconhecido.

O que muda entre os vários níveis é exatamente o grau de complexidade sistemática de cada um deles, não suas propriedades; ou seja, apenas a partir de um exame do sistema total, é possível detectar algumas das propriedades específicas dos componentes e, conseqüentemente, não é possível explicar as propriedades individuais negligenciando seus relacionamentos com a globalidade.

A necessidade de unidade do saber humano levou os estudiosos a pesquisarem e encontrar um esquema de referência unitário no qual as diferentes disciplinas científicas tivessem uma justa colocação, encontrando seus pontos de conexão para reconduzir não apenas a uma simples identificação de relacionamentos genéricos, mas a definir modelos teóricos novos para a recomposição do saber humano. À base do que, existe o conceito de que cada sistema se torna tal na medida em que sua organização é concebida de forma a torná-lo um sistema: cada sistema, enquanto distinto pela individualidade de suas partes, é constituído pela permanência das relações entre as partes que compõem o todo.

Walter Buckley expressa tudo isso muito claramente: ele afirma que “não podemos estabelecer uma distinção precisa entre as coisas que são ou que não são sistemas; devemos, em vez disso, reconhecer diversos graus de sistematicidade”. O ponto que fornece a chave para entender o pensamento moderno é o fato da organização de partes em relações sistêmicas. Quando dizemos que “tudo é mais que a soma de suas partes”, esse “mais que”

[...] se refere à organização que fornece ao agregado características não apenas diferentes das dos componentes individuais, mas que geralmente não são encontradas nos componentes individuais, e a expressão soma das partes deve ser entendida e significar não sua adição aritmética, mas sua agregação não organizada.

A teoria dos sistemas tenta estudar qualquer entidade como um agregado de elementos que, como um todo, não constituem apenas um conjunto aleatório. Para que qualquer objeto adquira as características de sistema, é necessário que cada componente seja ordenado dentro do sistema de acordo com uma lógica bem definida com os outros elementos, aliás, apenas por meio de uma troca de energia entre as partes individuais, o sistema atinge os seus objetivos.

Um sistema no qual os estágios de equilíbrio são estritamente fixados pelas condições iniciais é um sistema fechado; um sistema no qual uma troca contínua é mantida com o ambiente externo é um sistema aberto. Os elementos de cada sistema não são isolados; a funcionalidade de um organismo depende estritamente da introdução contínua de impulsos do ambiente circundante, que se tornam energias para a sobrevivência do sistema.

O campo de ação de um sistema aberto é a busca de um processo de interação contínua que leve ao desenvolvimento das relações entre o corpo central e os elementos cuja contribuição é, em certa medida, determinante dos sucessos; esses elementos, por sua vez, sendo também parte de um sistema e, portanto, sujeitos a diferentes pressões do ambiente circundante, mudarão suas expectativas de tempos em tempos e isso se refletirá sobre o comportamento do corpo central.

A renovação dos ciclos, portanto, não determina uma simples interação linear entre duas entidades, mas para cada ação de uma corresponde uma reação da outra, que se torna a nova referência com base na qual haverá a contrarresposta da primeira entidade. Por isso, o significado mais importante do processo de desenvolvimento é dado pelos modos de mudança, e não pelas estruturas nos vários momentos.

Isso significa essencialmente evidenciar a relatividade da situação e a necessidade de alcançar, ao longo do tempo, diferentes estados de equilíbrio dinâmico nesse ambiente, usando alguns mecanismos de controle. O sistema corporal humano, por exemplo, transpira quando a temperatura externa se torna superior a um certo nível; o termostato desencadeia qualquer aparelho elétrico, ao atingir um ponto definido de aquecimento e assim por diante. O controle se torna então o meio para que o sistema com sua organização atinja seu objetivo e, ao mesmo tempo, mantenha as características do sistema. Por que escolhi definir o conceito de homem através da teoria dos sistemas?

Essa leitura do homem permite que o enfermeiro se aproxime da pessoa como uma pessoa “única” com suas próprias características. Por exemplo, o enfermeiro que se aproxima de um paciente com um membro fraturado, se guiado por uma abordagem biofisiológica “vê as necessidades relacionadas ao membro fraturado”; caso contrário, se a abordagem for guiada pela teoria dos sistemas, o enfermeiro “vê a pessoa que tem um membro fraturado”; ou seja, ele vê as necessidades da pessoa do ponto de vista físico e psíquico e em relação ao ambiente que o rodeia. De fato, a unicidade do indivíduo esconde o fato de que “o todo contém algo mais do que a soma das partes”. Além disso, essa visão do homem, internalizada pelo enfermeiro, leva, juntamente com os outros conceitos, à personalização da assistência de enfermagem.

O CONCEITO DE SAÚDE-DOENÇA

Um filósofo observou que o problema da metafísica é o problema das categorias. Uma declaração semelhante poderia ser feita para qualquer campo científico ou, de fato, para qualquer disciplina intelectual, porque cada definição precede a ponderada discussão, investigação ou ação. Qualquer definição requer algum consentimento do observador bem-informado. É ainda mais difícil obter esse consenso onde não há um critério unitário de julgamento, ou quando existe a possibilidade de considerações subjetivas na formulação de tal definição. É o que acontece quando se fala de saúde.

A medicina não tem à sua disposição um metro perfeito, como a barra de ouro preservada em Sèvres, à qual se pode recorrer quando se deseja definir o que se entende por bom ou mau estado de saúde. Além disso, o fato de que esses fenômenos afetam as aspirações e medos mais secretos do homem, faz com que seja ainda mais difícil encontrar um critério comum. É necessário acrescentar que a consideração de um indivíduo como saudável ou doente depende não apenas do tipo de comportamento do próprio indivíduo, mas também de quem constata e define esse estado (ou seja, o próprio paciente, o médico, um parente, o especialista social ou o enfermeiro).

Os médicos têm considerado, tradicionalmente e com um certo sentido prático, a saúde como a ausência de sintomas. O bom estado de saúde seria, portanto, constatado pela exclusão de sintomas pertencentes a esta ou a aquela doença. Por mais útil que seja separar a matéria a ser examinada pelos outros, essa definição provoca claramente várias questões; exclui da doença os distúrbios “microscópicos” e latentes que o sujeito não sentiu e que escaparam do observador.

Ao prestar atenção à sintomatologia normal desta ou daquela doença, a definição de saúde como ausência de doença exclui a análise de indivíduos que desfrutaram de um estado fisiológico perfeito. Se aprende muito sobre o que está errado, mas pouco sobre o que está bem; portanto, nossos esforços tendem a prevenir doenças ou a favorecer um melhor funcionamento fisiológico do indivíduo, são bastante ineficazes.

Finalmente, os mesmos sintomas podem induzir ao erro: até os médicos podem discordar sobre a importância dos sintomas para um determinado diagnóstico, enquanto muitos sintomas importantes podem não ser encontrados, mas devem ser deduzidos do relato do paciente. Outro médico definiu a saúde de uma maneira completamente diferente, ou seja, como uma “doença compensada”. Aqui, o ponto de vista é completamente oposto. Em vez de considerar a saúde do indivíduo como um estado normal e considerar a doença como um desvio da normalidade, ele pressupõe que os

homens estejam todos mais ou menos doentes e que sua saúde depende da possibilidade que eles têm de mitigar os efeitos das doenças.

Esta definição tem a vantagem considerável de ter em conta como a doença (especialmente crônica) está difundida nas sociedades contemporâneas e considerar a saúde como um processo dinâmico, em vez de uma condição estática. No entanto, a ideia de “compensação” não esclarece a gravidade e o estágio de uma doença. Pode-se, de fato, perguntar: “até que ponto a compensação faz com que a pessoa se sinta e pareça saudável?”. Outras distinções entre saúde e doença se baseiam no conceito de “normalidade”, segundo a qual cada grau de desvio de tal estado classifica o sujeito como doente. A dificuldade em medir essas anomalias é dada pelo fato de que a normalidade em si não é fácil de estabelecer.

De um ponto de vista estatístico, considera-se normal esse fenômeno, cuja frequência é maior com relação a qualquer outro. Essa interpretação é frequentemente de grande utilidade na medicina; o exemplo mais evidente é talvez aquele dado pela temperatura corporal. De fato, o estado febril pode ser facilmente encontrado como um desvio de um valor médio (portanto normal) conhecido e ser assim um sinal bastante confiável de um distúrbio físico. Por outro lado, há comunidades que sofrem de condições endêmicas específicas que na medicina são consideradas inquestionavelmente patológicas. Por exemplo, verificou-se que, em algumas populações primitivas, a maioria dos indivíduos está sofrendo de boubá. Nesses casos, poucos estariam inclinados a considerar sãos os indivíduos afetados por essa doença, mesmo que aqueles que não sejam afetados apresentem um índice de frequência mais baixo.

Também foi considerada normal uma condição de saúde modelo, a que se deve buscar e que supera o nível de saúde da maioria dos homens. Esse conceito perfeito de saúde, mas realisticamente acima da condição geral dos indivíduos, tem uma certa afinidade com o conceito de doença compensada. Aqui também, se toma como ponto de partida uma condição fisiológica superior à média leva e é considerada como uma meta a ser alcançada. No

entanto, se se aceita o conceito de normalidade, surgem duas dificuldades: exprime-se um conceito de anormalidade ou doença que teoricamente não se é capaz de controlar, enquanto se estabelecem modelos de saúde inadequados para as inúmeras obrigações que pesam todos os dias sobre o indivíduo.

Uma terceira versão do conceito de normalidade afirma que um estado fisiológico moderado demonstra a ausência de distúrbios graves. Aqui a ênfase é sobre a pessoa como uma entidade agente, que deve ser considerada saudável se não houver perturbações graves que claramente o tornem incapaz de continuar sua atividade normal, tanto do ponto de vista físico quanto intelectual. Considerando a capacidade funcional suficiente como critério básico, a saúde do indivíduo está relacionada à atividade realizada pelo indivíduo dentro da sociedade. A saúde é, portanto, considerada como algo relativo; de modo que os indivíduos podem ser considerados de forma diferente uns dos outros e, assim, diferentes modelos de saúde são reconhecidos, em vez de estabelecer um único modelo ao qual todos devem aspirar.

O conceito de saúde no sentido de capacidade funcional permite que o observador considere os critérios de suficiência ou idoneidade para determinadas atividades, ou seja, permite responder à pergunta “saudável para o quê?”. A saúde de uma dona de casa é provavelmente diferente da de uma atriz; um funcionário de meia-idade inquestionavelmente saudável não pode ser comparado a um jovem velocista, também considerado saudável. Se por saúde normal se entende a capacidade do indivíduo de exercer sua atividade nos papéis sociais fundamentais a ele atribuídos, principalmente o familiar e o profissional, então os critérios de julgamento sobre saúde variarão com o variar dos direitos e deveres em que tais papéis se concretizam.

Embora a sociedade dê muita importância ao nível de saúde dos seus membros, uma boa situação fisiológica não é considerada como um fim em si, mas pelo que permite que o indivíduo faça. Por outro lado, a doença é temida principalmente porque impede que o indivíduo realize a atividade relacionada à sua posição na sociedade. Naturalmente, o problema de ter uma definição de

saúde e de doença não surge da necessidade teórica de uma clara visão intelectual. Os conceitos que formamos estão intimamente conectados à pesquisa médica, com a assistência dos pacientes e finalmente com os critérios segundo os quais a sociedade deve aceitar ou não certos níveis de saúde de seus componentes.

De fato, observou-se que o nível de saúde pública melhora através de sucessivas emendas ao conceito de inaceitável; assim, um estado de saúde tolerável em 1900 pode ter se tornado inaceitável em 2000. Os julgamentos sanitários estão, portanto, intimamente ligados à estrutura complexa da sociedade e têm uma vasta influência (por exemplo, na opinião que o indivíduo tem de si mesmo ou sobre o planejamento de uma política nacional). A confusão que surge de uma discussão objetiva sobre saúde se deve principalmente a dois fatores:

1. existem muitos conceitos diferentes entre si, mas nenhum que possa sobrepujar os outros;
2. a saúde é um complexo de processos e não uma entidade por si só.

Quando se deseja estabelecer se um indivíduo está doente, estão frequentemente presentes pelo menos três fontes de avaliação:

1. o próprio sujeito;
2. um observador externo, como um parente ou amigo;
3. o médico.

O equilíbrio da comunidade provavelmente exige que as três avaliações coincidam, pelo menos na maioria dos casos. Graves dificuldades surgem quando há discrepâncias, ou quando uma das partes está faltando ou é incapaz de julgar. Mesmo que conceitualmente de maneira não exata, a saúde é identificada nos três processos de funcionalidade física, psicológica e (recentemente) social.

Sociedades diversas ou grupos diversos de uma mesma sociedade podem ter opiniões discordantes sobre o conceito de sadio ou doente. Em parte, essas várias interpretações são baseadas nos diversos conhecimentos

que se tem das causas; de modo que a definição de mal-estar ou bem-estar físico vem feita a depender das provas que se têm da suposta exposição do indivíduo a um agente (fator) crítico. Assim, o conhecimento que se tem da prevalência de germes, por exemplo, em relação à prevalência de demônios, pode ser determinante no diagnóstico de uma doença.

Certas diferenças nas definições também podem surgir da diversidade das tarefas que os vários membros da sociedade são chamados a cumprir. Por exemplo, uma leve bronquite pode constituir uma doença séria para uma cantora, mas ser irrelevante para um funcionário. Assim como algumas dores nas costas podem ser simplesmente irritantes para o viajante, mas de extrema severidade para um trabalhador do porto.

Em geral, a instrução e o bem-estar econômico podem levar a assumir uma atitude cada vez mais intransigente em relação à saúde e cada vez mais crítica sobre a doença, mesmo que não seja grave. Se forem comparadas as várias classes sociais dos países industrializadas com aquelas correspondentes dos países eminentemente agrícolas, constata-se que os primeiros consideram inaceitáveis os padrões de saúde que os segundos consideram suficientes.

Os indivíduos pertencentes às classes sociais mais altas parecem ter uma maior consciência de sua saúde, o que leva a critérios de avaliação mais rígidos. Essa consciência é devida em parte a uma maior instrução e, em parte, ao fato de que as pessoas instruídas e aquelas que exercem profissões de responsabilidade estão habituadas a se opor às contrariedades da vida. Assim, as classes médias e altas têm um melhor conhecimento do significado dos sintomas e das várias terapias; portanto, eles representam os grupos sociais que entendem melhor a atividade médica. Uma vez encontrado um estado imperfeito de saúde, os indivíduos das classes mais abastadas estão mais prontos para se reconhecer doentes e procurar, com a ajuda do médico e colaborando com ele, superar a doença. Além de uma maior instrução e um certo hábito de se opor às contrariedades da vida, sempre houve a maior possibilidade econômica de pagar pelos cuidados necessários.

Quão diferente é esse ponto de vista daquele de desconfiança de um trabalhador interrogado por Earl L. Koos:

Eu realmente gostaria de saber o que ele quer dizer quando fala *doente*. Algumas vezes eu me senti tão mal que poderia ter me enroscado em um canto e me deixar morrer, mas tive que sair porque devia levar comida para meus filhos, além disso não tínhamos dinheiro para o médico - como eu poderia me dar ao luxo de ficar doente? Diga-me, de qualquer forma, como podemos saber quando estamos doentes? Há alguns que podem ir para a cama quando querem, mas a maioria de nós não pode ficar doente mesmo quando está realmente mal²³.

Nesses últimos anos, várias tentativas foram feitas para identificar os muitos aspectos do binômio saúde-doença que pode caracterizar um determinado indivíduo. Também se tentou analisar o conceito de que a saúde é um processo, uma sucessão de comportamentos do indivíduo, e não um atributo fixo do próprio indivíduo. Foi, por exemplo, proposto que a saúde humana seja examinada sob três pontos de vista diferentes: funcionalidade orgânica ou física, funcionalidade psicológica, funcionalidade social, provavelmente levando em consideração, neste caso, a capacidade do indivíduo de desempenhar seus papéis sociais.

Nesse esquema, o estado ideal (isto é, perfeito) de saúde seria aquele em que as três capacidades são potenciadas ao máximo, embora deva se levar em consideração que, provavelmente, não estão presentes no indivíduo em igual proporção. O termo *disease* (doença) usado pelos estudiosos estado-unidenses, na língua inglesa significa literalmente “ausência de bem-estar físico ou mental”. Nos perguntamos agora: o bem-estar de quem? E ainda: em que sentido?

Essas questões assumem uma importância especial ao se referirem às doenças crônicas, especialmente aos transtornos mentais que há algum tempo vêm gerando cada vez mais preocupação. Nós nos encontramos tendo que determinar a capacidade funcional e as várias opiniões sobre essa capacidade,

23 Koos E.L. *The Healt of Regionville*. New York: Columbia University Press, 1954.

mesmo faltando uma clara (no sentido clássico) síndrome de anomalia. A neurose é diferente da febre tifoide, como a artrite reumática é diferente do cólera. Portanto, tentamos determinar quem considera a pessoa doente e o motivo de tal consideração.

Frederick C. Redlich²⁴ observou que uma definição prática de doença mental poderia ser a seguinte:

É mentalmente doente aquele que está em contato com um sujeito especializado que lhe possa ajudar (*helping ageing*). Um indivíduo que está sob cuidado satisfaz claramente muitos dos critérios segundo os quais ele pode ser considerado doente: ele se autodefiniu como tal, provavelmente foi considerado como tal por um médico e assumiu o papel social de paciente. Por outro lado, mesmo que a terapia não tivesse sido iniciada a pedido do mesmo paciente, ele poderia estar sob cuidado por interesse de um parente ou amigo, ou por ordem do tribunal. Nesse caso, pode ser que ele não reconheça necessitar de cuidados e se recuse a assumir o papel de paciente.

Portanto nos deparamos com o problema de determinar quem tem o poder ou influência de definir um indivíduo doente, e até que ponto essa avaliação deve corresponder àquela do próprio sujeito. Verificou -se que, na maioria dos casos, a opinião subjetiva do indivíduo sobre seu estado de bem-estar ou mal-estar físico ou mental se aproxima dos diagnósticos dados pelos médicos. A avaliação feita pelo mesmo sujeito do número e da gravidade dos sintomas, por exemplo, tende a se aproximar da avaliação que o médico teria feito se estivesse na posse de seu registro médico e o tivesse enviado a uma consulta completa. Embora a descrição do estado de saúde, que Luigi Pirandello sugeriu de maneira muito realista, não seja excessivamente precisa, a percepção que o sujeito tem de si mesmo é sempre extremamente importante. Até um certo ponto, pode-se dizer que um indivíduo é saudável (ou doente) se ele pensa ser assim.

Contudo, apenas a avaliação do indivíduo sobre sua própria saúde não é suficiente e, em alguns casos, pode ser diametralmente oposta à avaliação

24 Redlich F.C. The Concept of Health in Psychiatry, in Explorations in Social Psychiatry, Leighton A.H., Clausen J.A., Wilson R.N. (red.). New York: Basic Books, 1957.

feita por outros sujeitos. A avaliação da saúde feita de fora é baseada em dois julgamentos conectados à função que o sujeito tem na sociedade: a não desempenhada atividade nos papéis sociais ou o comportamento social distorcido, tal que possa causar incômodo aos indivíduos que operam na mesma esfera do sujeito, ou a terceiros (como a polícia ou os vizinhos).

Embora cada um desses dois julgamentos possa ser formulado pelo próprio sujeito, pode ser extremamente difícil para ele expressar um julgamento sobre a distorção de sua atividade relacionada ao seu papel social. Nesse segundo caso, além disso, seu julgamento pode ser objeto de várias interpretações por parte daqueles que participam da avaliação. Obviamente, os distúrbios psicológicos causam as maiores ambiguidades ao tentar defini-los. Isso se deve em parte ao fato de que apenas raramente nos deparamos com indivíduos cuja atividade social é cem por cento positiva ou passou a cessar completamente.

Que grau de incapacidade deve ser encontrado em um indivíduo para que possa se afirmar que ele não esteja desempenhando seu papel social? Que grau de distorção deve apresentar o comportamento de um sujeito para que os indivíduos que com ele operam no mesmo papel possam considerá-lo doente?

Se se aceita o comportamento eficiente de um indivíduo no papel atribuído a ele como o critério básico para determinar seu estado de saúde, se deduz que a definição de tal comportamento é um processo social. Passando depois da consideração do indivíduo único para a consideração do complexo de relacionamentos que ele tem com os outros, pode-se ter que examinar a questão debatida da “saúde social” ou saúde de grupo. O nível de saúde de um grupo é expresso por índices de doença ou incapacidade funcional. Nesse caso, a saúde do grupo é a soma simples do estado de saúde dos membros individuais do grupo.

No entanto, quando se analisa uma comunidade, nos deparamos com uma população cujos membros estão conectados entre si de certas maneiras. Eles são mais do que um simples agregado. Por esse motivo, poderia ser oportuno definir o comportamento de saúde de um determinado grupo, ou

mesmo de um sistema social inteiro, como algo diferente da simples soma do estado de saúde de cada indivíduo.

A maior dificuldade nesse tipo de avaliação reside em encontrar um critério uniforme que determine o nível de saúde ou a capacidade funcional do grupo. Pode-se estabelecer a capacidade do indivíduo de desempenhar certos papéis sociais, mas como identificar a eficiência funcional de uma comunidade? Um esforço notável nesse campo foi feito por Alexander H. e Dorothea Leighton²⁵.

Embora eles não forneçam o conceito de “saúde de grupo”, esses estudiosos tentaram relacionar a presença de sintomas psiquiátricos com a natureza das relações sociais, nas comunidades onde viviam as populações examinadas. Os dois estudiosos levantaram a hipótese de que a comunidades desorganizadas ou pouco integradas correspondessem populações com uma sintomatologia alta em comparação com as comunidades mais bem organizadas. Seus critérios sobre a integração de uma comunidade eram baseados em fatores como: a capacidade de comando, o teor de relações interpessoais, o grau de responsabilidade nas organizações sociais. As comunidades consideradas bem integradas mostraram um nível mais baixo de sintomatologia, de modo que há razões para acreditar que o nível de saúde avaliado dessa maneira está certamente ligado ao estado de saúde dos membros da sociedade tomados individualmente.

À medida que se amplia o conceito de saúde para abraçar as relações de grupo e os processos funcionais do indivíduo, corre-se o risco de atribuir um rol sem limite de tarefas ao operador socio-sanitário (trabalhador de saúde). Mesmo que todas as associações humanas devessem, segundo a lógica, entrar em seu campo de exame, elas estão sujeitas também ao exame de outros especialistas. Assim, o julgamento de um médico segundo o qual certos modelos de organização comunitária oferecem um nível de saúde melhor em relação a outros, deve levar em consideração que a saúde social também é avaliada em bases não médicas, isto é, legais, políticas, religiosas e estéticas.

25 Leighton A.H., My name is legion. New York: Basic Books, 1959.

Se por doença entende-se incapacidade funcional, especialmente de desempenhar um certo papel social e por saúde a capacidade de desempenhar tal papel, somos automaticamente levados ao conceito de saúde “positiva”. Muitos estudiosos argumentam que a saúde é algo mais do que a ausência de sintomas; de fato, seria caracterizado por uma funcionalidade mais alta que a média. Isso é o que está contido na definição dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de completo bem-estar físico, mental e social, que difere muito do conceito de ausência de doenças.

O conceito de saúde “positiva” é essencial se se deseja favorecer uma política de prevenção do mal, o que também contribuiria a manter elevado o nível geral de saúde, e não o cuidado do mal quando este já se manifestou. Ao fazer isso, pode ser aumentada a capacidade individual e de grupo favorecendo um comportamento mais eficaz no papel desempenhado pelo sujeito. A noção de saúde no sentido de capacidade funcional e social está na base de muitas discussões sobre a saúde “positiva”, como no excelente compêndio de Marie Jahoda: *Conceitos Atuais de Saúde Mental Positiva*²⁶.

A professora Jahoda estabelece critérios internos (aceitação do próprio comportamento, capacidade de dominar os próprios impulsos) e índices externos (atitude realista nas relações interpessoais) e enfatiza uma capacidade cognitiva e emocional geral que possa equilibrar os desejos pessoais com as exigências da sociedade.

Em conclusão, somos forçados a admitir que a saúde e a doença não podem ser perfeitamente definidas de uma maneira que seja exata para todas as pessoas, os lugares e os tempos. Tanto a saúde quanto a doença constituem processos, mesmo que frequentemente se fale pela brevidade de estados de “saúde”. Sua definição é a consequência de uma série de ações sociais que levam em consideração, ao mesmo tempo, de julgamentos internos (percepção que o sujeito tem de si mesmo) e avaliações externas (observação por terceiros competentes).

26 Jahoda M., *Current Concepts of Positive Mental Health*, Joint Commission on Mental Illness and Health Monograph Series 1. New York: Basic Books, 1958.

Existem algumas diferenças entre os indivíduos, tanto no que se refere ao uso dos diferentes componentes de sua capacidade funcional quanto pela complexidade das obrigações que devem cumprir no papel social desempenhado. Como existem diferentes tipos de doenças, também existem vários conceitos de saúde. Mas a noção de saúde em termos de capacidade de desempenhar o próprio papel social nos mantém longe de um relativismo infrutífero. Embora existam muitos modelos de comportamento saudável, claramente indicados por diferentes ambientes culturais e sociais, a natureza das relações interpessoais coloca sérios limites ao que deve ser considerado saudável.

O eminente antropólogo Clyde Kluckhohn apontou, por exemplo, que não há sociedades em que uma completa falta de comunicação ou um desejo de violência como fim em si mesmo sejam considerados um comportamento saudável ou aceitável. A busca por uma definição é de importância essencial, mesmo que se preveja que não haverá concordância de ideias. A partir desta pesquisa, e dessas definições incompletas que mudam com a alteração dos conhecimentos e do ambiente social, surgirá certamente um conceito mais completo do homem e uma visão mais ampla do significado de humanidade.

A definição de saudável ou doente não é um fim em si e não constitui um simples exercício teórico. O que se diz ser saudável ou se recusa porque não saudável influencia nossas pesquisas, o nosso interesse e todo o complexo da atividade assistencial.

Durante sua atividade profissional, o enfermeiro deverá ter claramente presente o conceito de acordo com o qual a saúde e a doença são condições dinâmicas, que mudam com o tempo e com a mudança de situações sociais; isso leva à conclusão de que a definição de saúde em relação aos indivíduos deve ser continuamente alterada, adaptando-a à evolução dos tempos. Esse conceito induz a reiterar o fato de que a avaliação da saúde de um indivíduo é relativa, ou seja, baseia-se em uma série de intuições e observações e não em uma unidade de medição padrão. Além disso, a saúde se apresenta como um processo dinâmico que deve ser considerado como uma sucessão de capacidades

e incapacidades funcionais que podem variar mesmo imperceptivelmente. A saúde não pode, portanto, estar sujeita a uma classificação rígida e sua leitura requer flexibilidade.

O CONCEITO DE AMBIENTE-SOCIEDADE

A escolha feita de homem-pessoa e saúde-doença implica em uma troca obrigatória com o ambiente em que o homem vive. Isso significa que esses três aspectos estão intimamente ligados entre si. Ao tratar dos conceitos de homem e de saúde, já se fala inevitavelmente também do ambiente ao qual se reporta sinteticamente o conceito. O vocabulário Treccani da língua italiana define ambiente: “do latim, *ambiens-entis*, participio presente de aspiração, de andar em volta, circundar o espaço que envolve uma coisa ou uma pessoa e no qual esta se move ou vive”.

Com um significado mais concreto, a natureza, como lugar mais ou menos circunscrito, no qual a vida do homem ocorre, com seus aspectos, seus recursos, seus equilíbrios, considerada em si mesma seja na transformação operada pelo homem e nos novos equilíbrios que dela resultaram.

A escolha do conceito de homem como um sistema aberto, pressupõe uma troca contínua com o ambiente externo. Portanto, a partir da definição de homem, o conceito de ambiente é evidente, entendido em um sentido amplo como físico, social e cultural, que não pode ser separado da dimensão humana.

O conceito de homem foi definido na teoria sistêmica: o homem é considerado um sistema aberto e, como tal, em relação constante com o ambiente externo. A teoria sistêmica usa o conceito de “redução de complexidade”. Nesse sentido, deve ser entendida a relação homem-ambiente-mundo. O mundo é a complexidade indeterminável e, como tal, não pode ser circunscrito; o mundo inclui o ambiente, entendido como o conjunto das possibilidades determináveis presentes em uma situação concreta, seja o sistema homem como produto já determinado, estabelecido com base na seleção de algumas das possibilidades do ambiente.

O ambiente, portanto, é a âmbito externo respeito ao qual a unidade sistêmica homem se diferencia e com o qual a pessoa, enquanto sistema aberto, troca continuamente matéria, energia e informações. A distinção entre homem e ambiente e suas relações são cruciais. Estudos realizados acima de tudo no campo psicológico levaram a aumentar o consenso crescente que em relação à abordagem que considera o sistema perceptivo-cognitivo do homem responsável pelo processamento das informações do ambiente externo e, portanto, capaz de discernir as possibilidades determináveis presentes em uma situação.

O homem e seu ambiente nunca são encontrados independentemente; são encontrados apenas em uma situação real e, portanto, podem ser definidos apenas nos termos de seus modos de participação dentro da situação. Não é irracional dizer que, se o ambiente for experimentado de uma certa maneira, isso acontece porque se escolhe olhá-lo dessa maneira.

Nesse sentido, o ambiente nunca foi definido em sua totalidade, mas foram identificados componentes, subjetivamente fluidos, que podem ser modificados oportunamente, dependendo do interesse e do contexto. Atualmente, a metodologia de análise dos sistemas complexos, como pode ser o sistema ambiental em relação ao homem, levou à convicção prática que tanto a abordagem sistêmica quanto a abordagem redutiva, consideradas no justo significado do termo, devam ser usadas de maneira sinérgica.

O sistema ambiental, como qualquer outro sistema, consiste em uma estrutura composta por fatores físicos, sociais e culturais. As disciplinas envolvidas operam uma análise da estrutura, identificando e estudando os fatores, ou partes deles, em relação e em razão dos propósitos que, do ponto de vista epistemológico, são adequados e, portanto, dos conhecimentos necessários para alcançá-los.

Essa operação, que reduz a complexidade do sistema ambiental à análise dos fatores individuais dos quais é composta, é essencial para organizar os conhecimentos de base, mas não é suficiente para o conhecimento da complexa realidade ambiental. De fato, o meio ambiente, entendido aqui em

um sentido amplo como físico, social e cultural, não pode ser separado da dimensão humana.

O ambiente físico pode ser genericamente entendido como a multiplicidade de variáveis da natureza em relação com o homem. Considera-se que a distinção entre ambiente cultural e ambiente social seja uma distinção entre perspectivas de análise de uma única realidade, a do ambiente social total, no qual ambos estão presentes como seus componentes essenciais e que podem ser captados em sua relativa autonomia e representados através dos conceitos correspondentes.

Nesses termos, o ambiente cultural é representado pelo conjunto de modelos de comportamento que orientam o homem diante da realidade do ambiente físico e de seus semelhantes no ambiente total, vice-versa o ambiente social é composto por aqueles comportamentos humanos que são movidos por modelos culturais. Esses modelos presidem a organização das relações entre os homens, determinando concretamente os laços humanos em seu aspecto e atitude.

Em seguida, serão considerados os indicadores do sistema ambiental, em suas três acepções acima citadas. Considera-se oportuno utilizar o termo indicador, como referente de natureza conceitual, identificado e escolhido como adequado para representar o conceito ou um seu aspecto especificado. Através do indicador, que, portanto, constitui o contato operacional mais específico e imediato do conceito, pode-se focalizar o aspecto do mesmo em relação ao qual deverá ser fornecido material empírico. Os indicadores, de outra forma chamados de item, visualizam e especificam o conceito, o significam em relação ao modo segundo o qual o mesmo é concebível como empiricamente observável; nesse sentido, eles definem a área de observação à qual dar atenção.

O ambiente físico (Fig. 2.1) pode estar em primeira instância distinguido em ambiente natural e artificial. Do ambiente natural, genericamente entendido como o conjunto de elementos que compõem o clima e o solo, fazem parte os fatores abióticos e bióticos. Os fatores abióticos são divididos em físicos e químicos e os fatores bióticos em biológicos.

Os itens de natureza física são: o ruído, as vibrações, as radiações ionizantes e não ionizantes, a temperatura, a eletricidade, a humidade, a iluminação, a corrente e a pressão do ar, o fogo. Os itens de natureza química são: os compostos orgânicos e inorgânicos da água, da atmosfera e do solo. Itens de natureza biológica são: micro-organismos, como vírus, bactérias, fungos, parasitas, protozoários, plantas e animais. Os indicadores biológicos podem ser distinguidos de acordo com a função: produtores, consumidores e decompostos.

No âmbito do ambiente físico, pode ser problemático distinguir a dimensão natural da artificial, uma vez que esta última sempre reflete a adaptação do homem às possibilidades oferecidas pelo ambiente natural. O ambiente artificial, de fato, é o resultado da ação direta de transformação imposta pelo homem ao ambiente natural. As estruturas arquitetônicas construídas pelo homem para seu uso direto ou indireto, os artefatos e todos os objetos ou instrumentos podem ser considerados exemplos de indicadores do ambiente físico artificial.

Figura 2.1 Ambiente físico.

| ITEM | AMBIENTE NATURAL | | | AMBIENTE ARTIFICIAL |
|------|---|--|---|---------------------|
| | FATORES ABIÓTICOS | | FATORES BIÓTICOS | |
| | FÍSICOS | QUÍMICOS | BIOLÓGICOS | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ruído • Vibrações • Radiações • Temperatura • Eletricidade • Humidade • Iluminação • Corrente de ar • Pressão de ar • Fogo | <ul style="list-style-type: none"> • Compostos da água • Compostos do solo • Compostos da atmosfera | <ul style="list-style-type: none"> • Microorganismos • Plantas • Animais | |

O **ambiente social** (Fig. 2.2) é o produto das relações recíprocas entre indivíduos, é o conjunto concreto de todas as relações humanas cuja

característica é serem estruturados, isto é, tendendo a se reproduzir com fixidez. São itens do ambiente social o caráter objetivo que tais relacionamentos assumem, isto é:

- as instituições e as organizações culturais, ou seja, aqueles sistemas normativos de relação que são produtos culturais e que em sua interação com a vida vivida produzem por sua vez cultura: as instituições educativas, os meios de comunicação de massa e as instituições religiosas;
- as instituições e as organizações econômicas, isto é, aqueles sistemas normativos de relação que regulam a atividade do trabalho, além do intercâmbio e a distribuição dos recursos e dos produtos. Juntamente com os fenômenos econômicos, podem ser considerados como dados objetivos aqueles relativos à estratificação social, ou à classe social e a relativa distribuição dos diferentes status relacionados à renda e à atividade laboral;
- as instituições familiares, ou seja, a família, entendida como grupo social voltado a regular as relações sexuais, a procriação, os processos de socialização primária, a sucessão hereditária de bens ou de cargos sociais;
- os complexos humanos, ou seja, os grupos, entendidos como conjunto de indivíduos que se relacionam com base em interesses ou caracteres comuns e que interagem frequentemente entre si de modo direto. Geralmente ficam em um nível intermediário entre a ação individual e as estruturas do sistema social total. Ligado ao conceito de grupo está o do papel que representa o modelo de comportamento que satisfaz as exigências e expectativas do grupo em relação ao indivíduo. Seu caráter de previsibilidade e estabilidade permite a comunicação entre indivíduos;
- a linguagem, ou seja, o idioma, entendido como o sistema de comunicação que os pertencentes a uma determinada comunidade

utilizam por meio de sinais que pressupõem a existência de uma função simbólica.

Figura 2.2 Ambiente social.

| | Instituições e organizações culturais | Instituições e organizações econômicas | Instituições familiares | Complexos humanos | Linguagem |
|------|---|--|---|--|--|
| ITEM | <ul style="list-style-type: none"> • Instituições educativas • Meios de comunicação de massa • Instituições religiosas | <ul style="list-style-type: none"> • Classe social • Status: <ul style="list-style-type: none"> • renda • atividade laboral | <ul style="list-style-type: none"> • Família | <ul style="list-style-type: none"> • Papeis de grupos | <ul style="list-style-type: none"> • Idioma |

O ambiente cultural (Fig. 2.3) é uma abstração entendida como todos os esquemas de vida historicamente determinados, explícitos e implícitos, que existem em cada época como potenciais guias para o comportamento dos homens. Para definir melhor o ambiente cultural, é considerado oportuno articulá-lo em três aspectos:

- homem-natureza, relativo aos comportamentos por meio dos quais os homens utilizam os recursos naturais, buscam por alimento, fabricam utensílios, indumentárias e moradias. Item deste aspecto é o emprego de utensílios e ferramentas;
- relações com os outros, ou seja, os modos de comportamento relativos à manutenção de relacionamentos ordenados entre indivíduos e entre grupos. Item são os vínculos familiares e as redes sociais, ou seja, um conjunto de pessoas e de ligações de apoio, de baixa ou alta densidade, que unem direta ou indiretamente todas as pessoas da trama; as modalidades de comunicação, entendidas como todos os comportamentos aos quais seja atribuído um significado e, portanto, uma mensagem; as normas culturais, entendidas como os costumes, hábitos, tradições e usos;

- aspectos subjetivos, que consistem nas reações subjetivas do homem diante de todas as manifestações da vida contidas nos primeiros dois grupos e que podem contribuir a formar a filosofia de vida pessoal.

Consideramos apropriado não considerar a atitude religiosa, ou espiritualidade, porquanto se opõe a qualquer processo de decomposição analítica e irreduzibilidade. Item desse aspecto são: a religião, entendida como os modelos de comportamento relativos às relações do homem com forças desconhecidas e o consequente sistema de crenças e rituais em comparação com essas forças; as ideologias, isto é, os traços culturais, na medida em que são ideias, que incluem vários tipos de crenças e conhecimentos sobre a natureza do homem e do universo, sobre o valor do tempo e do espaço, sobre o significado da vida; os valores, entendidos como aquilo que as pessoas consideram importante para suas vidas.

Figura 2.3 Ambiente cultural.

| | Homem-Natureza | Relações com os outros | Aspectos subjetivos |
|------|---|---|--|
| ITEM | <ul style="list-style-type: none"> • Emprego de utensílios • Emprego de ferramentas | <ul style="list-style-type: none"> • Vínculos familiares • Redes sociais • Modalidades de comunicação • Normas culturais: <ul style="list-style-type: none"> • hábitos • costumes • tradições • usos | <ul style="list-style-type: none"> • Religião • Ideologias • Crenças • Valores |

ANÁLISE DOS ITENS SINGULARMENTE OU EM INTERCONEXÃO

Os itens do ambiente social e cultural são estritamente interconectados e dificilmente divisíveis. De fato, quase nunca se tem consciência da importância que os indicadores assumem em um contexto teórico “completo”, no qual social e cultural têm sua própria colocação hierarquizada e interconectada. Nesta lógica, os itens do ambiente devem necessariamente ser classificados

e sucessivamente relacionados entre si levando em consideração que, na realidade, os mesmos nunca se apresentam separadamente.

Somente considerando essa complexidade e construindo informantes dentro e com os indicadores é possível lhes atribuir um significado real, através do qual eles possam iluminar as zonas de sombra e evidenciar ulteriores e mais frutíferos caminhos interpretativos.

Nesta direção, é considerado oportuno considerar os seguintes informantes:

- a família e o grupo, que abrangem os vínculos familiares, os papéis, as redes sociais, o emprego de utensílios, os valores, as ideologias, as normas culturais;
- a religião, que por sua vez engloba os valores;
- a estratificação social, à qual se refere à classe social, e, portanto, o status, isto é a renda, a atividade laboral e a função;
- as instituições educativas, que incluem os meios de comunicação de massa, os papéis, as redes sociais, os valores, as normas culturais;
- as modalidades de comunicação que levam em conta o idioma, os meios de comunicação de massa, o status, o papel, as redes sociais.

No que diz respeito aos itens do ambiente físico, é oportuno, subsistindo apenas parcialmente a necessidade de criar informantes especiais que preencham situações específicas de complexidade, propor a elaboração do que já foi anteriormente enucleado durante a análise do mesmo. Os diferentes autores das disciplinas que se interessaram pela análise do ambiente físico, através do método científico experimental, ao longo do tempo procederam a uma decomposição analítica do mesmo objeto de estudo nos fatores que compõem a sua estrutura, e cada um deles foi posteriormente examinado isoladamente.

Historicamente, através desse método de estudo, houve consequências positivas em relação ao aprofundamento dos conhecimentos sobre um fator específico (químico, físico, biológico), mas o mesmo método se manifestou insuficiente quando se tratou de estudar os processos que caracterizam o “funcionamento” geral do ambiente físico.

Na realidade, de fato, um processo, como o da satisfação da necessidade de nutrição e hidratação, é o resultado de um sistema de relações que se concretizam, considerando apenas o ambiente físico natural, entre fatores de natureza química, biológica e física.

O estudo dessa realidade complexa exige que, após ter desagregado o “sistema ambiente físico”, para estudar cada um de seus fatores, seja recomposto através da interação dos conhecimentos adquiridos; somente desse modo é de fato possível alcançar o conhecimento, ou a estruturação, de hipóteses, inerente aos relacionamentos que ligam entre si as diferentes partes de uma realidade complexa, como os itens do ambiente físico.

Ao contrário porém do ambiente sociocultural, no qual resultava aleatório e objeto de pura análise teórica discernir os itens sociais daqueles de natureza cultural, sendo os mesmos as “duas faces da mesma medalha” e onde era metodologicamente mais correto identificar alguns informantes que entendessem itens que se repropunham em um grupo de mais informantes, para o ambiente físico resulta mais fácil o estudo de todos os itens já identificados, todos significativamente envolvidos nos processos de influência na totalidade das necessidades de assistência de enfermagem e, em particular à necessidade de um ambiente seguro, classificando-os distintamente.

À luz do exposto, propõe-se a seguinte articulação de informantes ambientais de caráter físico:

- o ambiente natural, que inclui itens de natureza física (ruído, vibrações, radiações ionizantes e não, temperatura, eletricidade, umidade, iluminação, fogo e pressão do ar), de natureza química e biológica (micro-organismos, plantas, animais);
- o ambiente artificial, que inclui as estruturas arquitetônicas, os manufaturados, os diversos objetos e instrumentos.

Retomamos em detalhe os itens do ambiente social e cultural: família, grupos, classe social, instituições educacionais, instituições religiosas, meios de comunicação. A família é uma das principais instituições da sociedade,

como tal é um segmento modelado da cultura que age de acordo com valores normativos que regulam de maneira duradoura tanto as relações internas quanto externas. Como acontece para qualquer instituição, a família é um agregado de modelos de comportamento partilhados por pessoas diferentes e orientadas para a satisfação de necessidades específicas do grupo.

As características essenciais da família são completamente semelhantes às encontradas nas outras instituições sociais. No entanto, é interessante evidenciar aquelas que são mais representativas do ordenamento familiar, pois nos permitem entender a grande importância que isso assume na preparação de modelos sociais de comportamento, indispensáveis para satisfazer as necessidades fundamentais.

A família é estruturada, conectada, projetual, durável, envolvente:

- Estruturada, no sentido de que seus recursos e seus elementos constitutivos tendem a se conectar reciprocamente, para se identificar e se definir; os modelos de comportamento são todos definidos em papéis socialmente reconhecidos, assim as relações entre suas diferentes partes são combinadas em padrões de ação previstos.
- Conectada, pois, embora visível em forma de unidades, ela funciona como elemento social inserido em uma rede de conexão com todas as outras instituições sociais. De fato, nenhuma pode ser isolada das outras e é dessas interrelações do aparato institucional que encontra sentido à ação de cada unidade individual.
- Projetual, porque se manifesta de forma a ser compreendida como elemento programado para a satisfação de necessidades significativas, ou seja, presentes em toda a sociedade. De fato, a família é uma forma de conduta em virtude da qual as pessoas associadas realizam diferentes ações, todas concorrentes para a continuação de valores socialmente relevantes.
- Durável no tempo, pois os comportamentos, uma vez fixados, tendem a se repetir ao longo do tempo nos diferentes papéis

presentes na própria instituição. Isto não significa que seja imutável, mas sim que o seu curso a submete constantemente a formas de transformação, que são, no entanto, muito lentas.

- Envolve, isso porque em seu interior se manifesta um forte senso de pertencimento. Se, por um lado, a repetição uniforme de seus sistemas de ação lhe confere a força típica de um código de conduta, por outro lado, garante que é compartilhada com a consideração de que os sujeitos reservam aos agregados sociais cargas de valor.

A família é antes de tudo um núcleo social, ou seja, um primeiro elemento em torno do qual foi agregado o complexo social orgânico; dessa maneira, se colhe sua qualidade essencial, a sua peculiaridade, que é aquela de ocupar uma posição central no sistema social, tanto que definida na sociologia como unidade social elementar e fundamental.

Entre as relações que unem a família, as emocionais, informais, íntimas, primárias, sexuais têm peso significativo, enquanto cooperam regularmente na estabilização da sua existência e contribuem para manter dividido o trabalho dentro da própria unidade.

Se agora considerarmos a família do ponto de vista da natureza das relações, dos vínculos que unem os vários sujeitos em seu interior, ela se apresenta como um grupo social. Na família, podem ser identificadas as mesmas peculiaridades características de um grupo, nomeadamente o sentido de pertencimento, a aquisição de identidade, a unidade estruturada, a identidade de papel, a reciprocidade das relações, as normas de conduta comum, a partilha de valores, o propósito de importância social, a duração ao longo do tempo.

Voltando ao tema das redes sociais, a família é considerada uma rede social de alta densidade, onde acima de tudo se transmite carinho, segurança, confiança e confiança. Os grupos são, em vez disso, considerados redes sociais de baixa densidade, onde são principalmente transmitidos bens instrumentais, informações e novos contatos.

Numa economia geral de satisfação de necessidades, é fundamental que as pessoas pertençam a múltiplas redes contemporaneamente em múltiplos setores da sociedade e, uma vez que cada um deles é constituído em grupos, tais convivências também podem ser definidas como grupos maiores.

Os **maiores grupos** identificáveis são: familiares, de educação social, econômicos, políticos, religiosos, de recreação e de tempo livre:

- os grupos familiares, constituídos por quem é presença ativa no processo de satisfação das necessidades familiares que vão desde a procriação à educação dos filhos, até à gestão dos componentes emocionais;
- os grupos de educação social, entendidos como todos os âmbitos institucionais destinados à função educativa em geral, ou seja, à reprodução da cultura social;
- os grupos econômicos, identificáveis nas organizações destinadas à produção material de bens e serviços socialmente necessários para garantir a subsistência do sistema social;
- os grupos políticos, cuja presença é garantia na gestão da coisa pública, que administram, tutelam, governam;
- os grupos religiosos, ou seja, todas as formas de sociabilidade que fundem em seu interior sujeitos que partilham comportamentos regulados por normas morais e valores religiosos;
- os grupos de recreação e tempo livre, onde as necessidades recreativas são tratadas como instâncias sociais e agregadas em setores que garantem a sua satisfação.

Vários estudiosos têm tratado da religião, cada um dentro da sua disciplina, segundo diversas teorias e pontos de vista, seguindo critérios não homogêneos: por vezes tem sido considerada a relação entre religião e dinâmica social; outras vezes, a forma como a religião trata temas específicos como a fragilidade da vida humana, o desconhecido, o infinito.

Apesar da variedade das abordagens, parece útil evidenciar um elemento de contraste teórico que permite estabelecer uma linha divisória clara entre as posições adotadas pelos diversos estudiosos. Este elemento é a adesão ou não à ideia de redutibilidade ou irredutibilidade do fenômeno religioso.

Aderir à ideia de redutibilidade significa que algo suportável, sustentável e sofrível é considerado possível. O processo expresso pela palavra luto é aqui indicado implicitamente; processo pelo qual entendemos a cura de uma ferida interior causada por uma perda, um abandono e a possibilidade de utilizar esse evento negativo para o próprio amadurecimento psicológico.

É esta ligação entre religião e adaptação à dor que foi interpretada no passado como um convite à resignação passiva, à aceitação acrítica de condições desesperadas de vida humana. Clifford Geertz²⁷ evidenciou como uma série de características e funções, atribuíveis à religião, se tornam uma experiência concreta, vida pulsante nos diferentes contextos culturais.

O fenômeno da estratificação social refere-se à distribuição dos diversos status ligados à renda, à atividade laboral e ao papel social exercido. Na verdade, o fenômeno da estratificação social e da formação de classes não pode ser inteiramente atribuído somente às estruturas de divisão do trabalho social, mas é também o resultado das representações dos atores sociais em sua relação com os valores e as instituições próprias de seu contexto social. O desenvolvimento da teoria da estratificação social levou em conta a maior complexidade do fenômeno, mostrando a variedade de critérios que podem ser assumidos pelos diferentes indivíduos e grupos sociais, bem como pelos cientistas sociais, na definição do estatuto social e do pertencimento de classe.

Em continuação, o conceito de classe social será utilizado para indicar um grupo de pessoas que apresentam características comuns econômicas, de classe e profissionais, características que contribuem para definir seu status dentro da própria sociedade. Quase todas as sociedades, além das instituições, possuem diversas formas de estratificação social que determinam o papel e

27 Geertz C. *Interpretazione di culture*. Bologna: Ed. Il Mulino, 1987.

o status dos vários grupos; além disso, o papel e o status dos vários grupos determinam, por sua vez, as várias formas de estratificação social.

O conceito de classe social serve para compreender as diversidades no estilo de vida dos vários grupos. Comumente as classes sociais são divididas em alta, média e baixa e há uma tendência a atribuir a cada uma delas características particulares.

A posição de uma classe é determinada pela forma como o sistema social considera e avalia tanto as funções por ela desempenhadas na mesma sociedade de pertencimento quanto a cota de recursos em tempo e energia transferidos, ou seja, o papel. Mesmo o status reconhecido à população de uma determinada classe está correlacionado com a sua posição: a renda, o prestígio e o poder de fato dela derivam e devem ser considerados indicadores do nível de classe. Nem todas as pessoas de uma determinada sociedade dispõem na mesma medida dos relativos recursos, há certamente aqueles que têm muito e aqueles que têm muito pouco alguns em quantidades apenas suficientes para viver, outros em quantidades que garantem tudo o que desejam, outros ainda que podem satisfazer amplamente todos os seus desejos.

Confrontados com estas desigualdades, os cientistas sociais se perguntaram que seriam os recursos que eram atribuídos de forma tão desigual e porque isso acontece. Sendo múltiplas as dimensões do processo de estratificação social marcadas sobretudo pelo status, as principais causas foram o rendimento, o prestígio e o poder, próprios de cada sujeito, ainda que uma análise mais completa deste processo deva, no entanto, considerar mais fatores e não apenas o status. Resultam também importantes os títulos de estudo, o tipo de trabalho desenvolvido, o nível de responsabilidade profissional; em suma, aquele deve ser que toca a cada sujeito assume na sociologia o nome de papel.

As instituições educativas fazem parte do sistema educativo mais amplo, entendido como um complexo de elementos interligados de modo a formar um todo orgânico, sujeito a normas sociais precisas. As instituições de ensino têm como principais tarefas a transmissão, a inovação e a potencialização de todo

tipo de competência, habilidade, instrução, treinamento, formação, atualização, desenvolvimento profissional e cultural em geral, seja intelectual ou prático. Mais especificamente, por sistema educativo entendemos a instituição escolar (instituições de ensino primário, médio e universitário) e os aparelhos educativos constituídos pela indústria, pelas forças armadas, pelos partidos, pelos sindicatos e pelas instituições religiosas. Os âmbitos da educação são bastante vastos e, portanto, não são fáceis de definir. Estamos diante de um processo que pode ser estudado em dois sentidos: um mais extenso, outro mais restritivo.

A acepção extensiva corresponde à análise do processo educativo, vinculando a educação ao inteiro processo de socialização. Neste caso é necessário referir-se aos seus aspectos institucionalizantes, que implicam sempre uma relação consciente entre quem educa e quem é educado ao uso de competências específicas úteis à vida em sociedade.

Na acepção restritiva, estuda-se a educação como um processo que olha para a relação entre os organismos educativos, reconhecidos e presentes na sociedade, e o inteiro sistema social. Falar de agências educativas significa referir-se diretamente a cada tipo de escola existente, sejam aquelas dos cursos primários, secundários e universitários, sejam as escolas de educação profissional, técnica e de formação específica de quadros operadores sociais, especialistas nos mais diversificados campos, quadros organizacionais e os respectivos títulos de estudo que emitem.

O processo educativo é caracterizado pelo grau de dependência social (basta pensar nos conteúdos a transmitir que devem ser socialmente aceitáveis), pela dimensão e diversificação das agências educativas, pelos objetivos da educação (dependendo se são o reflexo unilateral da cultura dominante ou o resultado de um encontro/choque mais amplo de diferentes forças, interesses etc.), pelo grau de inovação em relação à tradição das forças sociais dominantes e pela participação dos estudantes.

O caráter processual e as interseções entre ação educacional e vida social são evidenciados pela comparação entre educação e socialização. Esta comparação

também sugere uma área semântica comum. Com educação e socialização, entende-se sempre alguma influência sobre o desenvolvimento e o crescimento da personalidade. A pessoa, portanto, constitui seu termo de referência.

Por sua vez, a educação, como tal, parece ser caracterizada em relação à socialização, porque pretende abordar a personalidade em modo direto e prioritário, com relação, por exemplo, às exigências da sociedade. Trata-se de acentuação de prioridades, não de contraposição ou de negação de reciprocidade.

Em segundo lugar, abordando a personalidade, a educação pretende promovê-la, não simplesmente adaptá-la ou medi-la às exigências de conservação, de estabilidade ou de melhoria social e cultural. A promoção da personalidade está acima dos pensamentos da educação: que se trate de manter disposições consideradas válidas; de desenvolvê-las, fortalecê-las, torná-las estáveis ou diferenciá-las; de criar novas disposições com base nas existentes; de eliminá-las ou limitar seu peso enquanto julgadas nocivas ou disfuncionais; de integrá-las ou torná-las estáveis.

Isso é feito de acordo com um quadro de referência geral mais ou menos claro e coerente, em cujo centro está um modo de entender o ser humano, em conexão com uma visão global de sociedade, de cultura, de realidade, de desenvolvimento social: história pessoal e história coletiva são incorporadas em um mesmo movimento.

Da mesma maneira que qualquer sistema social, também o educacional apresenta um certo grau de mobilidade; dada, no entanto, sua notável interdependência com todos os outros, a modificá-lo, não são tanto seus elementos constitutivos, quanto as numerosas causas externas que devemos lembrar:

- a grande incidência exercida pelo tipo de sistema societário no qual a educação surge. Se isso acontecer em uma sociedade verdadeiramente democrática, com muita participação, é fácil assistir a um processo educacional bastante enxuto, pouco ligado aos vínculos colocados pela organização burocrática, disposto a

formas de mudança que seguem os impulsos da corrente social, em contínuo movimento e transformação;

- a família, com sua cultura e sua taxa de educação interna que, dependendo dos níveis alcançados, afeta a duração e a qualidade do futuro processo de educação social. Pensemos nos pais e na relação entre seu grau pessoal de instrução, a influência que sobre eles exercem outras pessoas significativas e o nível de instrução esperado e desejado para seus filhos;
- o modo de produção dominante, ou seja, o modo por meio do qual são combinados em uma dada sociedade os meios de produção (terra, capital, trabalho) com as relações de força que sancionam o seu uso, o que força o sistema educacional a adaptar-se às suas necessidades.

O nosso tempo se conscientiza cada vez mais da multiplicação das mencionadas agências e situações formativas. Percebemos que o ato educacional não é um evento atomístico, sem história, mas é projetado em um vasto entrelaçamento com o mundo da natureza, da cultura, das estruturas econômicas, sociais, políticas e religiosas. Para explicar essa complexidade, tendo como centro de atenção a atividade educacional, desde o século passado, já se começou a considerar e falar de educação da natureza, das circunstâncias, bem como de educação como o trabalho do homem sobre o homem ou sobre si mesmo. Os novos nascidos são ao mesmo tempo produtos e recursos naturais e culturais e a sua vida requer processos de maturação biológicos, culturais e principalmente educacionais. O agir, o conhecer, o comunicar, as linguagens, a afetividade, a imaginação, a criatividade e a experiência implicam em processos de maturação naturais, mas ao mesmo tempo a aquisição de conhecimentos, competências, atitudes e comportamentos não apenas porque fazem parte do ambiente social e institucional, mas porque a mesma possibilidade de sobrevivência depende do tipo de educação disponível e recebida.

A vida produz e necessita de educação, pois nas interrelações desempenha um papel importante a capacidade natural e adquirida de se

posicionar, fazer malabarismos, conciliar, comunicar, tomar iniciativas, estabelecer atividades, refletir e alfabetizar-se no sentido mais amplo e abrangente do termo.

Na diversidade de significados semânticos de educação é possível apreender com conotação mais intensa o grau de intencionalidade da intervenção educativa. Deste ponto de vista, apenas impropriamente, ou muito analogicamente, ou indiretamente, poderão ser chamados de educacionais os fatos e os eventos naturais, as influências ambientais ou culturais ou mesmo as contribuições de instrumentos tecnológicos.

No entanto, podem tornar-se tais se forem considerados sob uma perspectiva consciente, pelo menos em níveis mínimos. Entre os comportamentos humanos, a educação e, em geral, todas as atividades formativas são classificáveis entre aquelas que chamamos de “ações sociais”, ou seja, as ações que ocorrem entre sujeitos que convivem em um sistema social específico e em vista do próprio viver, mas, mesmo nesta linha, nem todas as ações sociais podem ser consideradas educativas, apenas aquelas que, por parte do agente, são colocadas numa perspectiva e numa direção educativas. Na ideia de intencionalidade há também o aspecto da projeção em direção a um objetivo preciso, desejado segundo uma determinada ordem de valor e de prioridade: aqui, em termos gerais, a formação da personalidade.

Sem ação educativa muito dificilmente o processo evolutivo pode se afirmar e, isto, por uma razão bastante simples: o amadurecimento orgânico e psicológico da pessoa ocorre num contexto e num complexo sistema de relações nas quais desempenham um papel muito importante a aquisição de particulares e específicos comportamentos, competências e habilidades. Pensar em focar apenas no desenvolvimento e na evolução biológica e psicológica significa não compreender que a própria evolução é o resultado de conexões nas quais cultura, educação e formação são presenças significativas.

A discussão retorna a Durkheim e à sua afirmação de que a educação é um elemento constitutivo da vida social, em termos de costumes, ideias,

comportamentos, ensinamentos, aprendizados, instrução, transmissão de ideias, competências, habilidades. Sobre a contribuição da educação à vitalidade da sociedade, as instâncias são muitíssimas, a começar por todas aquelas situações que às vezes tornam insuportável a vida quotidiana; um mínimo de educação, no sentido comum do termo, é necessário nas relações normais entre as pessoas.

Os numerosos tratados sobre boas maneiras deram muitas vezes espaço aos aspectos formais, aos ritos, aos rituais; o uso da colher, do garfo, do lenço, o sentar à mesa, como impostar a conversa, o tom de voz, a forma de vestir, de andar, de saudar etc., não fazem parte apenas da antropologia cultural, mas também da educação.

A comunicação (palavra, espaço, contexto, meios de comunicação de massa), com os seus diferentes modos de expressão, nos influencia sempre, até a nossa autoconsciência depende dela. Através da comunicação, se estrutura a personalidade, se ativam as motivações, as atitudes, se interiorizam os modelos culturais e os sistemas de valores.

Do nascimento e até a aquisição da linguagem verbal a comunicação é prevalentemente corporal. De como é manipulada, cuidada, tocada, a criança compreende se é amada, aceita, agredida, recusada, tudo o que é determinante para o seu desenvolvimento psicoafetivo e cognitivo. Com os movimentos sempre mais coordenados, com a deambulação e a conquista do espaço, as fronteiras da comunicação não verbal da criança se ampliam; a ela em seguida se adicionará a verbalização.

A palavra, de seu nascimento em diante, constitui o elo entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo; é o instrumento que acelera a socialização e a aquisição da cultura, medeia entre nós e os outros os conhecimentos, as emoções e os estados de espírito, pode fazer sonhar e sofrer, pode estimular as ações mais vãs.

Um componente fundamental da comunicação é o código, ou seja, o conjunto de símbolos e sinais verbais e de regras geradoras (sintaxe e

semântica) que permite formular e decodificar a mensagem. Os códigos podem ser verbais (escritos e orais) e não verbais: cinéticos (gestos, movimentos corporais, expressões faciais), proxêmicos (posturas, uso do espaço, distância do interlocutor, grau de contato físico, direção do olhar) ou paralinguísticos (pausas, limpar a garganta, tom e altura da voz).

O poder da palavra não depende apenas do seu significado verbal, mas também do conteúdo emocional transmitido através da comunicação não verbal. Uma frase relatada por duas pessoas, num mesmo contexto, assume significados diferentes, porque a sua comunicação não verbal é diferente. Essa comunicação depende de fatores pessoais e culturais do sujeito, de como ele aprendeu a se expressar com o corpo e com o espaço, de como usa a voz, de como é influenciado pelo contexto, pelas expectativas afetivas e cognitivas que tem em relação com aqueles que o ouvem, nos objetivos conscientes e inconscientes que orientam o seu comportamento, e ainda por outros fatores.

O espaço se refere à distância que se assume quando nos relacionamos verbalmente ou não verbalmente com os outros.

De acordo com Edward Hall (1966)²⁸, existem quatro zonas distintas de espaço interpessoal:

1. íntima;
2. pessoal;
3. consultiva social;
4. pública.

A área íntima, que vai de zero a quarenta centímetros, é reservada para relacionamentos pessoais próximos, como atitudes de conforto, proteção e relações sexuais. Em alguns grupos culturais, a invasão da área íntima durante outros tipos de interação é considerada tabu. A zona pessoal, de quarenta centímetros a um metro e vinte, é o espaço onde é permitido o contato entre familiares e amigos. A zona consultiva social, de um metro e vinte aos três metros e meio, é mantida no ambiente de trabalho ou nas reuniões sociais. A participação sensorial e a comunicação com outras pessoas são frequentemente

28 Hall E. T. The hidden dimension. New York: Doubleday, 1966.

menos intensas. A área pública, a partir de três metros e meio, está fora da esfera da relação pessoal. Aqui as pessoas são vistas como algo menor em relação ao tamanho natural e a comunicação verbal é formal. A distância preferida entre as pessoas nos Estados Unidos varia geralmente de meio a um metro, situando-se entre a zona íntima e a pessoal, exceto para os franco-americanos que consideram esta distância geralmente inaceitável e os negros americanos que não gostam que seja invadido seu espaço pessoal²⁹.

As mensagens corporais e distância interpessoal acompanham até a conversa mais banal. Por vezes, estas mensagens não-verbais fogem ao controle das pessoas ou pertencem a códigos culturais precisos que são utilizados intencionalmente. No campo das relações humanas, também é importante a comunicação espacial que é influenciada pela cultura de cada grupo humano e varia em relação ao contexto em que a interação ocorre e em relação ainda a outros fatores. Quanto maior a intimidade entre os dois interlocutores, mais diminui a distância entre seus corpos. A distância aumenta se o tema da discussão tiver valores negativos ou for formal em vez de informal. Quando se percebem afinidades psicológicas, culturais ou sentimentos de simpatia e atração, o espaço é reduzido e inconscientemente comunica-se ao interlocutor a própria disponibilidade de compreendê-lo.

Indicadores importantes são todos aqueles ligados às características dos sujeitos, como idade, sexo, posição social ou função profissional. Na verdade, é necessário ter em mente o fato de que, em muitas culturas, tais indicadores constituem outros tantos limites do espaço comunicativo permitido.

É necessário lembrar, além disso, que nem sempre as pessoas que têm influência sobre o evento comunicativo estão necessariamente presentes nele: elas constituem o chamado “sistema estendido das comunicações”, constituído pela rede mais ou menos vasta de relações sociais (familiares, de amizade, laborais etc.) própria de cada indivíduo e que exerce uma influência sobre seu comportamento comunicativo.

29 Giger N. J., Davidhizar R. E. Transcultural nursing assessment: a method for advancing nursing practice. *Int. Nurs. Rev.*, v. 37, n. 1, 1990.

O tipo de contexto, ou seja, a situação social e ambiental na qual o evento comunicativo ocorre, é outro elemento importante da comunicação. Se destaca entre culturas de alto ou baixo contexto³⁰, dependendo da relação entre o contexto e a mensagem transmitida: as culturas de alto contexto são aquelas nas quais há uma estreita interdependência entre as duas pessoas em comunicação e a mensagem se apresenta como aparentemente hermética e implícita; as culturas de baixo contexto são aquelas em que a relação entre a mensagem e o contexto não é tão próxima, pois a primeira tem uma forma mais explícita e externalizada. Enquanto as culturas de alto contexto sejam geralmente próprias de sociedades tradicionais nas quais a maioria das relações sociais é direta e personalizada, as culturas de baixo contexto são próprias de sociedades tecnologicizadas nas quais a maioria das relações sociais é de caráter formal e impessoal. Os problemas da comunicação surgem no momento em que os sujeitos acostumados a uma comunicação de baixo contexto entram em contato com sujeitos provenientes de culturas de alto contexto: então se torna difícil para os primeiros conseguirem entender expressões verbais ou comportamentos não verbais cujo significado não é explícito, mas se refere a um contexto frequentemente pouco conhecido.

A mídia de massa, televisão, rádio, revistas e jornais, livros, exposições e mostras são os canais de comunicação para muitas pessoas. As principais características são representadas pela magnitude do público e pelo fato de não haver comunicação interpessoal, se não mínima, entre quem envia a mensagem e os usuários que a recebem. A mídia de massa, graças ao seu grau de invasividade, pode causar uma grande resposta emocional, não-racional e condicionar as atitudes e comportamentos das pessoas (Fig. 2.4).

30 Hall E. T. The hidden dimension. New York: Doubleday, 1966.

Figura 2.4 Ambiente: físico, social e cultural.

| | Ambiente físico | Ambiente social | Ambiente cultural |
|------|---|---|--|
| ITEM | <ul style="list-style-type: none"> • Ruído • Vibrações • Radiações • Temperatura • Eletricidade • Humidade • Iluminação • Corrente de ar • Pressão do ar • Fogo • Compostos da água • Compostos da atmosfera • Compostos do solo • Micro-organismos • Plantas • Animais • Estruturas arquitetônicas • Manufaturados • Instrumentos | <ul style="list-style-type: none"> • Instituições educativas • Meios de comunicação de massa • Instituições religiosas • Classe social • Família • Grupos • Idioma | <ul style="list-style-type: none"> • Emprego de utensílios • Emprego de ferramentas • Vínculos familiares • Redes sociais • Modalidades de comunicação • Normas culturais • Religião • Ideologias • Valores |

O CONCEITO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Utilizando como parâmetros a matéria e o propósito, podemos qualificar a área de conhecimento da enfermagem como uma disciplina interessada no homem como destinatário da assistência de enfermagem. Nesse sentido, o objetivo que persegue é a ação: oferecer um serviço peculiar e qualificado no vasto campo da proteção da saúde. Os vários modelos teóricos da disciplina Enfermagem permitem uma definição precisa do objeto e da finalidade, bem como dos métodos que permitem, àqueles que professam essa disciplina, aplicar a própria base de conhecimentos.

De fato, dentro desses modelos ou estruturas substanciais, assumem um valor significativo e entram em particular relação entre si os quatro conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem: homem-pessoa, saúde-doença, ambiente-sociedade, assistência de enfermagem.

Os teóricos estrangeiros da enfermagem, em suas respectivas teorias, definiram a assistência de enfermagem (Figura 2.5):

- V. Henderson: A função peculiar do enfermeiro é ajudar o indivíduo doente ou saudável na execução daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para seu restabelecimento (ou uma morte serena), atividades que executaria sem a necessidade de ajuda se tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários, só que de modo a ajudá-lo a alcançar independência o mais rapidamente possível. Henderson define a enfermagem em termos funcionais
- F. G. Abdellah: a enfermagem abarca um serviço aos indivíduos e às famílias e, portanto, à sociedade. Esse serviço se embasa em uma arte e em uma ciência que direcionam as atitudes, as competências intelectuais e as habilidades técnicas de cada enfermeiro em relação ao desejo e capacidade de ajudar as pessoas, doentes ou sãs, a satisfazerem as próprias necessidades de saúde; estes procedimentos podem ser levados a termo sob uma direção clínica geral ou específica.
- D. Orem: a assistência de enfermagem para homens, mulheres e crianças em particular ou para unidades compostas por várias pessoas, como as famílias, exige que os enfermeiros tenham competências especializadas que lhes permitam prestar cuidados que compensem ou ajudem a superar o déficit de autocuidado devidas ou derivadas da saúde. Essas competências especializadas são definidas de ações de enfermagem.
- I. King: a enfermagem é um comportamento observável encontrado nos sistemas de assistência à saúde na sociedade. O objetivo da enfermagem é ajudar os indivíduos a manterem sua saúde e, portanto, reagirem, interagirem e transacionarem. A percepção do enfermeiro e da pessoa assistida influencia o processo de interação.
- C. Roy: a enfermagem, de modo amplo, corresponde a um sistema teórico de conhecimentos que prescreve um processo de

análise e de ação para oferecer assistência ao doente ou pessoa potencialmente doente. Distingue ciência e disciplina prática. A ciência em enfermagem é um sistema evolutivo de conhecimento sobre a pessoa que assiste: observa, classifica e relata os processos que influenciam positivamente seu estado de saúde. A disciplina prática é um corpo conhecimentos usados para oferecer um serviço essencial à pessoa de modo a favorecer sua capacidade de influenciar de maneira positiva sua saúde.

A definição italiana de assistência de enfermagem, desenvolvida no contexto do Modelo da Atenção em Enfermagem que se quer apresentar neste texto, é apresentada abaixo e desenvolvida no próximo capítulo.

Figura 2.5 Teorias da disciplina em Enfermagem.

| Teorias | | Nightingale | Orem | Leininger | Watson | King | Roper, Logan e Tierney | Chiari | Cantarelli |
|--------------------|--------------|-------------|------|-----------|--------|------|------------------------|--------|------------|
| Fatores ambientais | Físicos | Sim | Sim | | Sim | | Sim | | Sim |
| | Biológicos | | Sim | | | | Sim | Sim | |
| | Sociais | | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| | Econômicos | | Sim | | | | | | |
| | Culturais | | Sim | Sim | Sim | | Sim | Sim | Sim |
| | Psicológicos | | | Sim | Sim | | Sim | Sim | |
| | Políticos | | | Sim | | | Sim | | |
| | Ecológicos | | | Sim | | | Sim | | |
| Espirituais | | | | Sim | | | | | |

O AMBIENTE EM RELAÇÃO AOS CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA DISCIPLINA ENFERMAGEM

Anteriormente, foram desenvolvidos individualmente os quatro conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem, mas, como já mencionado no início deste capítulo, também é importante conhecer a inter-relação entre eles. A seguir, portanto, coloca-se em relação ao ambiente, um dos conceitos

fundamentais da área de conhecimento, com os outros, analisando-o em relação ao homem-pessoa, à saúde-doença, ao ambiente-sociedade e à assistência de enfermagem. Como especificado anteriormente, o conceito de ambiente encontrou sua localização precisa em relação à concepção de homem-pessoa como um sistema aberto e, portanto, em interação contínua e dinâmica como ambiente circundante, com a saúde-doença como processo que muda com o tempo e com a mudança das situações sociais e a assistência de enfermagem³¹, entendida como um comportamento observável que é implementado mediante um complexo de ações coordenadas entre si para resolver uma necessidade de atenção em enfermagem manifestada em um cidadão/doente.

A necessidade de assistência de enfermagem, considerada em suas três componentes que a caracterizam (biofisiológica, psicológica e sociocultural) nasce sempre que determinadas condições físicas ou psíquicas que a exigem ocorram. Essas condições específicas emergem quando as ações compensatórias de assistência, próprias da competência cultural, não são mais capazes de responder às necessidades específicas de ajuda ou, melhor, quando exigem conhecimentos, competências técnicas e endereço deontológico de pertinência exclusiva do profissional de enfermagem.

AMBIENTE E HOMEM-PESSOA

Volto ao esclarecimento de 1996 (primeira edição do volume “O Modelo da Atenção em Enfermagem”) em que o conceito de homem-pessoa foi especificado como um sistema aberto em contínuo intercâmbio com o ambiente externo. A perspectiva sistêmica, utilizada para definir o conceito de homem-pessoa, encontra suas raízes no contexto da Teoria Geral dos Sistemas elaborada por L. von Bertalanffy, onde se especifica que o homem possui dentro de si muitos sistemas e subsistemas relacionados entre si de forma integrada, que se tornam um sistema global único. Mais uma vez, foi sublinhado que os elementos do sistema não são isolados: a funcionalidade

31 Definição de Marisa Cantarelli, Modelo da Atenção em Enfermagem.

do organismo depende estritamente da emissão contínua de impulsos do ambiente circunstante, que se tornam energia para a sobrevivência do sistema.

Para manter a funcionalidade, cada sistema deve ser dotado de elementos; em outras palavras, deve possuir os bens necessários para atingir seus objetivos. Os recursos são precisamente esses bens. Podem se distinguir três tipos de recursos que devem necessariamente estar presentes em cada sistema: a matéria, a energia, a informação.

A matéria é o conjunto dos elementos utilizados pelo sistema. Para o sistema humano, a matéria é representada pelos fatores (indicadores) que constituem o ambiente físico. A matéria se estende desde os gases atmosféricos, ao solo e aos seus produtos, aos efeitos da ação humana sobre o ambiente natural, até a incluir os fatores de tipo biológico. A matéria é, portanto, representada pelos elementos (indicadores) concretos e “tangíveis” que constituem o ambiente mais amplo no qual o homem está inserido. Não há dúvida de que não é possível estabelecer de forma inequívoca o tipo de influência próprio do ambiente físico, até porque, dependendo do caso, fatores semelhantes podem ter efeitos diferentes no ser humano e vice-versa, fatores diferentes podem ter efeitos semelhantes. De um modo geral, porém, é possível afirmar que é da componente física que o homem retira os meios para o seu sustento, os meios com os quais respira, se alimenta, se veste, se protege das intempéries, se defende dos perigos; além disso, é sempre a partir dos elementos de uma mesma componente que o homem deve defender-se, sobre os quais exerce um controle para preservar a sua própria saúde. As estruturas da casa, por exemplo, expressam as condições ligadas à exigência funcional de proteção e defesa.

A energia é a força necessária para transmitir movimento ao próprio sistema, para garantir a sua sobrevivência. O homem obtém energia a partir dos recursos do componente ambiente físico, como por exemplo os alimentos e o calor. A informação é o sinal que é transmitido em cada mensagem. Todo sistema, e como tal também o homem, deve poder dispor de muita informação;

este recurso lhe é indispensável para aumentar constantemente a margem de segurança em seu interior. Sem informação o sistema humano está em risco, não consegue prever as orientações a imprimir ao seu comportamento, enfraquecem-se os espaços de defesa que, quando o sinal é transmitido, resultam, entretanto, reforçados e dotados daquela dose de certeza que lhe é necessária para prosseguir. O homem recebe e produz informações através das formas de mediação simbólica próprias da componente sociocultural do ambiente.

Como o meio ambiente, entendido em um sentido amplo como físico, social e cultural, influencia o homem e suas necessidades? De que maneira age?

Todo ser e, como tal, também o homem, é colocado desde o início de sua vida em uma complexa rede de relações com outros seres vivos. O indivíduo não é uma mônada fechada, mas um sistema aberto. O ser humano deve ser considerado um sistema aberto, no qual as dimensões psíquica e física estão intimamente entrelaçadas, em relação aos outros sistemas que o cercam. Jean Piaget afirmava que o indivíduo nasceu no mundo com um patrimônio genético que o predispõe ao aprendizado e ao crescimento cognitivo e psicológico, mas a maneira pela qual esse patrimônio será orientado e usado será determinado pelas formas da cultura e da sociedade à qual ele pertence pelo nascimento e dentro da qual se desenvolve. Na verdade, desde o nascimento, o sujeito é submetido a um intenso processo de socialização, cuja ação se expressa através das formas culturais que regulam todo o percurso da vida do indivíduo. Sabe-se que essas formas podem variar muito de uma sociedade para outra, afetando profundamente a experiência sensorial da criança, sua emocionalidade e sua forma de perceber os outros e o mundo externo, de tal modo a constituir características irreversíveis no sujeito.

Os principais agentes de socialização, entendendo com este termo todas as pessoas, grupos e instituições que contribuem para a concretização deste processo, nas sociedades industriais e pós-industriais, podem ser identificados na família, nas instituições culturais e no grupo dos pares. Ainda hoje, a família, apesar de ter cedido lugar a outros agentes de socialização, continua

a ser o agente da socialização primária, enquanto as instituições culturais são a principal fonte de socialização secundária. O grupo de pares é também um agente muito poderoso de socialização e chega aonde a família e as instituições culturais muitas vezes não conseguem chegar. Entre os agentes de socialização cultural, grande peso é atribuído aos meios de comunicação de massa, como vetores capazes de difundir notícias por toda parte, e com eles os modelos. As instituições religiosas podem assumir a função de disseminar valores e modelos comportamentais que contribuam para a constituição do papel. A influência da religião no comportamento é particularmente interessante uma vez que algumas doutrinas impõem regras de vida muito restritivas no que diz respeito, entre outras, aos hábitos alimentares, higiênicos e sexuais.

O profundo impacto do ambiente sociocultural, juntamente ao ambiente físico, que desde o nascimento atuam sobre a pessoa, condicionando todas as relações com o seu Eu, com os outros e com as coisas, tornam problemática a aplicação ao homem do conceito de instinto e a própria possibilidade de definir as necessidades em termos puramente biológicos e/ou psicológicos. O homem é o único “animal” que pode conscientemente contrariar o instinto de conservação em nome de significados ideais, de natureza religiosa, moral, política etc. Os processos de socialização, de formação e de controle social que se geram em um grupo, de qualquer tipo, vão moldar dinamicamente as motivações, as atitudes e os padrões de percepção dos indivíduos que o compõem. Os *habitus* sociais e as crenças práticas penetram profundamente no estado corporal, de modo que os modelos culturais apareçam literalmente incorporados à forma habitual de se posicionar, de falar, sentir, pensar e, conseqüentemente, também de expressar as necessidades.

Não se pode negar que o ambiente físico tenha uma influência indiscutível sobre o homem, mas é o ambiente sociocultural que dita os modelos comportamentais que o homem utiliza para se relacionar com o ambiente físico. As estruturas da habitação e urbanas, por exemplo, ligadas à função de proteção e defesa, variam, do ponto de vista arquitetônico, conforme

a variação da estratificação social, e podem apresentar aspectos incômodos que constituem verdadeiras barreiras.

Tudo se passaria, portanto, como se o conjunto das relações sociais e das formas de mediação simbólica, presentes num determinado ambiente sociocultural, constituíssem o elemento determinante do processo de produção da subjetividade individual. Mas a pessoa não é apenas pura cera maleável na qual se imprimem as diversas influências físicas e psíquicas das ações parentais, da linguagem, dos símbolos, das regras sociais etc. Ela é, como evidenciaram outros autores, um campo de elaboração de tais influências, que passa por sucessivas seleções e uma estruturação de si mesma como um ser único relativamente autônomo. Mesmo não podendo prescindir das formas de determinação que lhe são gradualmente oferecidas pelo ambiente sociocultural em que vive, pois constituem uma condição essencial para a sua sobrevivência, para a garantia de seu pertencimento a um mundo em que se pode comunicar e receber respostas às próprias necessidades, a pessoa, com base nas próprias experiências, constitui um sistema próprio de significados e símbolos, que apenas parcialmente retiram seu material do ambiente. Os códigos sociais e culturais são, portanto, assimilados e internalizados pelo sujeito, que logo consegue utilizá-los como ferramentas expressivas e comunicativas, mas o significado efetivamente vivenciado pelo mesmo, mesmo que mediado por esses códigos, não coincide necessariamente com o significado atribuído de uma forma convencional a tais códigos no mundo sociocultural cotidiano.

Entre o mundo interno do sujeito, que se estrutura seja pela utilização direta do material fornecido pelo ambiente social, cultural e físico, seja pela mediação desses mesmos materiais por meio de seleções e reelaborações pessoais, até construir sua própria esfera específica de sentido, e o mundo externo das relações que a pessoa mantém com os outros e com as coisas, cria-se uma descontinuidade de separação que permite à pessoa estabelecer relações com os seus pares, mas preservar a sua diversidade. Esta concepção foi evidenciada sobretudo na análise de Freud sobre a relação entre Id, Ego e

Superego. Freud escreve que a exigência de formar um ideal do Ego surgiu no indivíduo como resultado das críticas que seus pais lhe dirigiram, às quais, ao longo do tempo, se associaram os educadores, os professores e o conjunto incalculável e indefinido de todas as outras pessoas de seu ambiente. E, ainda, que a consciência moral tem sua origem nas influências dos pais, dos educadores e do ambiente social. Em Freud, o Superego desempenha uma função essencial para a estruturação do Ego na sua relação com o Id. Se o desenvolvimento do Ego consiste inicialmente em distanciar-se do narcisismo primário, deslocando a libido para o ideal do Ego imposto pelo exterior, posteriormente este desenvolvimento parece consistir em libertar-se, pelo menos em parte, do domínio do ideal do Ego, seja por efeito da concretização do próprio ideal ou através de uma reformulação interna que relativiza a versão original. Nesta situação, em que nunca devemos ignorar os significados que a pessoa atribui ao seu “viver”, seria, porém, redutor ater-nos unicamente ao conceito da total insondabilidade da ação humana: hipóteses sobre as tendências da ação individual podem ser formuladas a partir da análise de algumas “condições estruturais” específicas do contexto em que tal ação se desenvolve.

AMBIENTE E SAÚDE-DOENÇA

Como dito anteriormente, o conceito de saúde é visto como um processo dinâmico, que deve ser considerado como uma sucessão de capacidades e incapacidades funcionais que podem também variar imperceptivelmente, que não permitem uma classificação rígida da mesma. No que diz respeito à primeira afirmação, isto é, como o conceito de saúde é mutável e está ligado à evolução dos tempos, pode-se notar que, de fato, o conceito de saúde considerado no início do século XX não é o mesmo que é hoje. Saúde era a ausência de doença, ou seja, ausência de sintomas. Tal suposição fazia parte do chamado “modelo biomédico”, que considerava a doença como uma entidade física pura e simples devida a agentes naturais, os germes patogênicos. A relação entre saúde e meio ambiente estava estrita e exclusivamente ligada ao ambiente físico.

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde expandiu significativamente o conceito de saúde, definindo-a explicitamente como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não como a mera ausência de doença”. Essa definição tinha as suas raízes numa compreensão da saúde pública que incluía a noção de responsabilidade social para com a saúde, mas foi no final da década de 1970, com a Declaração de Alma-Ata, que a importância da componente social na procura da saúde começou a surgir e ganhar proeminência.

De fato, a saúde pode ser perturbada por situações que não surgem diretamente no organismo, mas que constituem reações a acontecimentos ou fenômenos que ocorrem no mundo externo. Por outro lado, as doenças são determinadas ou favorecidas por condições socioambientais específicas. Já no início dos anos 1960, o microbiologista francês René Dubos começou, em contraste com o pensamento médico dominante, a criticar e a desconstruir o mito de uma medicina triunfalista, que arrogava apenas para si mesma o mérito da duplicação, nas populações dos países de desenvolvimento tecnológico avançado, da expectativa de vida no nascimento, afirmando que tal fato, pelo contrário, era devido sobretudo à melhoria das condições gerais de vida. As afirmações de Dubos contribuíram para a criação de amplo consenso em torno da tese geral que atribuía grande importância às condições socioambientais e comportamentais como eminentes fatores de saúde ou, vice-versa, de risco. Referindo-se a Dubos, McKeown demonstrou e especificou que a melhoria das condições gerais de vida, colocada na base do aumento demográfico e do aumento da expectativa de vida no nascimento, foi principalmente uma consequência de uma melhor nutrição devido à maior disponibilidade de alimentos e, em segundo lugar, ao declínio de doenças transmitidas através dos alimentos e da água, devido à melhoria das redes de água e esgoto. Os problemas das doenças deviam ser enfrentados não apenas nas formas reducionistas e mecanicistas da microbiologia, mas também no ambiente social e nos comportamentos.

Além disso, não há dúvida de que a transição das doenças infecciosas do passado para as doenças metabólicas-degenerativas do presente, como a

arteriosclerose ou o câncer, hoje as principais causas de morte nos países mais desenvolvidos, está ligada a numerosos fatores ambientais e sociais.

A compreensão dos componentes do bem-estar social só foi desenvolvida recentemente e à luz dos conhecimentos atuais em relação aos fatores sociais que influenciam a saúde. Os fatores socioeconômicos e as diferenças de classe social constituem hoje apenas o começo para uma compreensão mais profunda do modo de vida e de saúde da população. À luz dos nossos conhecimentos, como afirmou Ilona Kickusch, em 1987, incluímos na relação saúde/ambiente componentes como a cultura, a mudança social, o apoio e as relações sociais.

Um modelo ecológico de saúde vê o indivíduo como parte integrante de um grupo social e reconhece os componentes biológicos e não biológicos da saúde: a saúde é um fenômeno multidimensional; a interação entre os indivíduos e seu ambiente, seja físico, seja social e cultural, é considerada integrada e global. É nesta perspectiva que a OMS, ao tratar dos pré-requisitos fundamentais para a saúde das populações da Região Europeia, inclui entre estes pré-requisitos uma adequada nutrição, um rendimento adequado, uma habitação digna, a instrução, a água potável, o saneamento, um trabalho gratificante, a redução da poluição da água e do ar. Sem dúvida, o modo de vida na sociedade industrial é prejudicial à saúde. Isto não depende necessariamente da aceitação voluntária das situações de risco, mas do fato de que muitos nem sempre conseguem optar por um estilo de vida mais saudável. Os hábitos nocivos devem ser considerados como aspectos da vida cultural. Os comportamentos de risco podem ser uma forma de resolver conflitos com a sociedade, fazendo com que o indivíduo acabe atribuindo mais importância ao benefício imediato e à aceitabilidade por parte da sociedade do que aos efeitos sobre a saúde. Os comportamentos de risco de curto ou longo prazo são frequentemente aceitos por algumas culturas e favorecidos pela tradição, pelos meios de comunicação e pela publicidade. As condições de vida têm, portanto, repercussões diretas no estado de saúde ou no aparecimento de determinadas

doenças, mas os estudos epidemiológicos dizem pouco sobre as motivações sobre o que as pessoas, conscientemente, fazem para se manterem saudáveis e não evidenciam em base a quais elementos os indivíduos decidem o que fazer para enfrentar algumas situações patológicas.

Um modelo ecológico de saúde diz respeito também à dimensão ecológica das doenças, ou seja, ao fato de existirem patologias ligadas a um determinado ambiente físico, a um clima, à presença de fatores poluentes, à densidade dos habitantes, homens ou animais, de uma determinada região: tomemos, por exemplo, casos de cólera, febre tifoide, hepatite viral e sua presença endêmica ou suas manifestações endêmicas em relação a fatores climático-ambientais bem conhecidos. Os fatores culturais, além dos físicos, também podem contribuir para a dimensão ecológica das doenças: desde as infecciosas (a própria cólera ocorre em relação a algumas práticas humanas ou à falta de higiene), até as mesmas doenças de interesse psicológico-psiquiátrico. Pensemos, por exemplo, na anorexia nervosa, agora presente de forma quase epidêmica entre as adolescentes, e nas dinâmicas culturais que a originam.

O apoio que o indivíduo recebe nas relações sociais também é um elemento que interage na relação ambiente/saúde e, sempre mais frequentemente, as reflexões sobre comportamentos ligados à gestão da saúde e da doença focalizam a atenção sobre as redes sociais. A este respeito, pode-se argumentar que estamos diante de uma parábola: de um interesse inicial centrado principalmente no indivíduo e no comportamento individual, passa-se depois para uma fase em que a atenção estava centrada principalmente no ambiente, nos fatores socioculturais que influenciam as formas de gestão da saúde, as diferentes respostas aos sintomas e doenças, para depois focalizar novamente a atenção sobre o indivíduo. Mas nesta fase o indivíduo não é mais considerado como um átomo isolado, que, graças a prescrições de papéis, assume determinados comportamentos e gerencia a sua saúde e doença de acordo com cânones culturalmente aceitos e compartilhados, mas como um indivíduo inserido numa ampla rede de relações e relacionamentos,

cujo comportamento pode ser explicado e compreendido como função das características relacionais e estruturais de suas redes sociais de referência. É evidente que desta forma se entende e se explica o comportamento dos sujeitos, não mais apenas como expressão do jogo de papéis e das pressões exercidas pela sociedade para se conformar a determinados modelos de comportamento, mais precisamente como uma expressão das características estruturais e relacionais das redes sociais de referência.

As redes de alta densidade, que podem enquadrar-se na categoria mais ampla das redes da “sociabilidade” primária, adquirem uma importância não negligenciável para efeitos da saúde da pessoa por duas razões básicas:

- primeiro, porque são centradas sobre fortes laços de suporte emocional, psicológico e afetivo, que “protegem” o sujeito, aumentam a sua capacidade de adaptação ao mundo exterior e enraízam a sua identidade, o seu sentido de “pertencimento”;
- segundo, porque dentro de tais redes circula uma série de serviços e intercâmbios (por exemplo assistência pessoal e flexível), que respondem a necessidades que nem sempre podem ser socializadas a partir do exterior.

Em relação ao que foi dito até aqui, reitera-se a afirmação já mencionada: a saúde se apresenta como um processo dinâmico que deve ser considerado como uma sucessão de capacidades e incapacidades funcionais, que podem variar até mesmo imperceptivelmente. A saúde não pode, portanto, estar sujeita a uma classificação rígida.

Esta concepção de saúde está alinhada com a definição de Kickbusch: “saúde como medida da capacidade de um indivíduo ou de um grupo, por um lado, de realizar as próprias aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de mudar e adaptar-se ao ambiente”³².

O conceito de saúde no sentido de capacidade funcional permite levar em consideração critérios de adequação para determinadas atividades. Se por

32 Kickbusch I. Promozione della salute: verso una nuova salute pubblica. In: Ingrosso M. Dalla prevenzione della malattia alla prevenzione della salute. Milano: Ed. Franco Angeli, 1987.

saúde entendemos a capacidade do indivíduo de exercer a sua atividade nos papéis sociais fundamentais que lhe são atribuídos, principalmente o familiar e o profissional, então os critérios de julgamento sobre a saúde variarão com a diversificação dos direitos e deveres nos quais se concretizam tais papéis.

Este conceito vê a saúde como condição positiva que diz respeito à pessoa. A implicação deste conceito positivo e relativo de saúde é que todos podem alcançar um “estado de bem-estar” fazendo pleno uso das próprias capacidades funcionais.

É nesta perspectiva que a OMS, ao definir os objetivos da saúde para todos, afirmou que: “o objetivo social primário deveria ser a conquista por todos os cidadãos do mundo, até ao ano 2000, de um estado de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”³³. A saúde é interpretada como um processo que reflete atividade e mudança tendo um potencial implícito de crescimento, em vez de como um ponto de chegada ou como um produto estático. Este processo inclui um conjunto de flutuações e autotransformações que muitas vezes tornam impossível traçar linhas retas entre saúde e doença.

O conceito social e ecológico de saúde não tem como objetivo final alcançar uma “saúde perfeita”, mas assegurar a saúde como recurso da vida quotidiana; trata-se de um conceito positivo que enfatiza os recursos pessoais e sociais, além das capacidades físicas, em vez dos fatores de risco. Estas perspectivas sobre a saúde se concentram particularmente na interação entre as pessoas, como indivíduos e como grupos, e no seu ambiente social e físico, e do seu efeito sobre a saúde.

AMBIENTE E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM³⁴

Ambiente e assistência de enfermagem são lidos na lógica do Modelo da Atenção em Enfermagem, no qual o cuidado é considerado *um comportamento observável que se implementa através da realização de*

33 Ufficio Regionale per L'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Gli obiettivi della salute per tutti. C.I.S.I. Roma, 1986.

34 No próximo capítulo serão amplamente especificados os conteúdos do Modelo.

um complexo de ações coordenadas entre si, para resolver uma necessidade específica que se manifestou em um cidadão doente. Se define necessidade específica de assistência de enfermagem como a *exigência por parte do homem de receber assistência de enfermagem caso ocorram condições específicas que os exijam.* Portanto, o objetivo da assistência de enfermagem é permitir ao homem alcançar a independência, satisfazendo as suas necessidades de assistência de enfermagem, na sua tripla componente: biofisiológica, psicológica, sociocultural.

Esse objetivo é perseguido por meio de ações inseridas na atenção em enfermagem. A atuação da enfermagem é, de fato, o resultado alcançado pela realização de um complexo de ações coordenadas entre si para resolver uma necessidade específica que surge em um cidadão doente.

Toda relação de assistência de enfermagem tem, portanto, duas pessoas como atores: o homem doente e o profissional enfermeiro, cada um com a própria bagagem cultural e filosofia de vida. Contudo, na relação entre homem e enfermeiro não se encontram apenas duas culturas, mas duas pessoas que interpretam a sua cultura de origem, pois são, ao mesmo tempo, seus fruidores e defensores.

O enfermeiro, porém, diferentemente do leigo e enquanto profissional:

- a. implementa conhecimentos disciplinares sobre a satisfação da necessidade;
- b. reconhece a individualidade da manifestação subjetiva da necessidade de assistência de enfermagem;
- c. não atende em nome de sua individualidade, mas em função de parte dela que está no outro: auxilia a humanidade do outro.

Isto implica em uma resposta profissional que tenha também em conta as relações que intercorrem entre o ambiente e as mesmas necessidades de assistência de enfermagem, que serão objeto de análise nos próximos dois capítulos.

A NECESSIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Antes de encerrar este capítulo é fundamental esclarecer o significado de necessidade na assistência de enfermagem. Não considero oportuno relatar toda a pesquisa sobre esse tema descrita na primeira edição do texto sobre o Modelo da Atenção em Enfermagem; apresentarei um resumo que nos permite chegar à definição de necessidade na disciplina Enfermagem. É importante esclarecer o termo necessidade a partir da reflexão sobre o “hábito de dizer” na enfermagem, ou seja: o enfermeiro, no exercício da sua atividade, responde a algumas necessidades dos usuários. Porém, antes mesmo de aceitar e afirmar isso, é necessário estabelecer o que se entende por “necessidade” e o significado dado a este termo. Além disso, é importante saber se este termo expressa um significado único ou significados diferentes, dependendo das diversas disciplinas.

Parti, portanto, da definição dada pelo Devoto-Oli (dicionário). Necessidade: “falta de algo que seja indispensável ou mesmo apenas oportuno, ou pelo qual se sente desejo. Refere-se a coisas materiais, espirituais, morais, afetivas: pão, ideais, afeto”. A definição do dicionário é aceitável em algumas disciplinas? Quais? É aplicável à disciplina Enfermagem?

Estas questões orientaram uma pesquisa bibliográfica, que permitiu analisar a definição de “necessidade” nos seguintes campos disciplinares: biofisiológico, psicológico, socioeconômico e de assistência de enfermagem.

DEFINIÇÃO DE NECESSIDADE NO ÂMBITO BIOFISIOLÓGICO

Em Biofisiologia, antes de falar em necessidade, é necessário introduzir o conceito de homeostase. Claude Bernard, já no final do século XIX, expressou o conceito de constância do ambiente interno como condição para uma vida independente. Mais tarde, Cannon cunhou o termo homeostase, definindo-o como a estabilidade das funções vitais fundamentais, independentemente

da flutuação contínua das condições ambientais. Este estado de equilíbrio é necessário para toda a vida biológica e o processo através do qual este equilíbrio é mantido introduz a problemática do conceito de “necessidade”.

A necessidade é definida como o objeto da Motivação e em sentido objetivo como a falta de certos elementos no ambiente interno, portanto é justamente a alteração da homeostase que desencadeia a cascata de reações biológicas cuja finalidade é a busca de um novo equilíbrio.

DEFINIÇÃO DE NECESSIDADE NO ÂMBITO PSICOLÓGICO

A pesquisa bibliográfica da definição de necessidade no campo psicológico revelou-se um trabalho mais complexo, porque o termo está ligado ao conceito mais amplo de motivação, como impulso que induz o comportamento humano; o tema estimulou o pensamento e a pesquisa de muitos autores nas diversas correntes de pensamento da psicologia.

Somente no século passado, a partir da década de 1930, se desenvolveu no âmbito da psicologia o estudo da personalidade, como elemento unitário, e dos seus diversos aspectos ou fatores, também graças ao desenvolvimento de outras disciplinas que têm como campo de estudo o homem, a sociologia, a antropologia e a psiquiatria.

Para restringir o campo de estudo, foram considerados apenas os termos: necessidade, motivação, motivo, impulso; este último apenas para o campo da psicologia dinâmica e de todos eles foram levados em consideração principalmente as definições quando consideradas úteis para determinar o contexto em que o termo era utilizado. Isto tornou-se necessário à medida que capítulos ou volumes inteiros foram escritos sobre “necessidade” e “motivação”.

A pesquisa permitiu conhecer e comparar as definições dadas pelos diversos autores da área psicológica; tais definições foram subdivididas e apresentadas seguindo a estrutura proposta por Galimberti³⁵:

35 N.T.: Dizionario di psicologia, de Umberto Galimberti, pela editora UTET Università, de Turim

NECESSIDADE: estado de tensão mais ou menos intensa devido à falta de algo que responda a exigências fisiológicas mais ou menos prementes ou a exigências voluptuosas que se tornaram, por hábito, requeridas ou a exigências percebidas como indispensáveis para a realização de si, ou às exigências sociais aprendidas do meio ambiente.

A necessidade se manifesta em diferentes níveis que envolvem outras tantas áreas disciplinares. Estes se sobrepõem parcialmente aos níveis evocados pela motivação, nas quais a necessidade é uma figura primária.

Dicionário de Psicologia, UTET, 1992

A definição de necessidade no campo psicológico, porém, diz respeito a vários campos; não negligenciáveis são o fisiológico, da psicologia experimental, da psicologia da personalidade, da psicologia profunda, das teorias de autorrealização e da teoria cognitiva (todos esses campos são analisados na pesquisa). Passando à análise do termo motivação, Galimberti dá a seguinte definição:

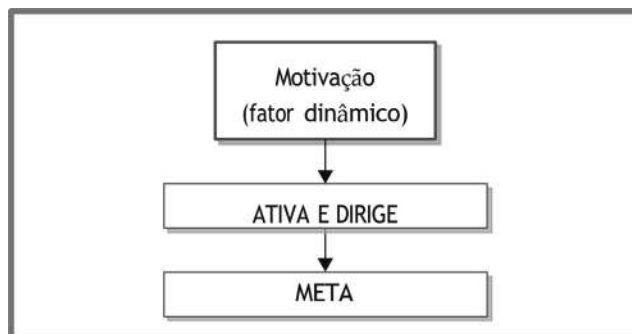
MOTIVAÇÃO: fator dinâmico do comportamento animal e humano que ativa e direciona um organismo em direção a um objetivo. As motivações podem ser conscientes ou inconscientes, simples ou complexas, transitórias ou permanentes, primárias, ou seja, de natureza fisiológica, ou secundárias, de natureza pessoal ou social, às quais se somam motivações superiores como os ideais ou modelos existenciais que o indivíduo assume com vistas à própria autorrealização. Estas distinções e os seus níveis de articulação são expostos sob o título necessidade, que, pela estreita dependência que tem com o mais recente conceito de motivação, deve ser considerado parte integrante desta discussão.

Dicionário de Psicologia, UTET, 1992

O mesmo termo pode ser analisado segundo diversas classificações ou interpretações (Fig. 2.6):

- a. intelectualista (livre arbítrio);
- b. biológica (necessidade fisiológica);
- c. instintivo (componente inato, modificado pelo hábito aprendido);
- d. pulsional (motivação inconsciente);
- e. antropológica (matriz cultural);
- f. sociológico (harmonia com o grupo);
- g. humanista existencial (valores e ideais).

Figura 2.6 Motivação.



Estas diferentes interpretações podem ser unificadas em relação aos conceitos de homeostase e anti-homeostase, pois podem responder ao conceito de privação a ser satisfeita, mas também podem ser explicadas de acordo com uma necessidade de ativação do organismo, o que não persegue sempre uma condição de equilíbrio, mas procura uma situação de estimulação, no mundo das coisas concretas, no mundo social ou no mundo ideal.

O termo motivação é definido de forma diferenciada nas teorias da psicologia experimental-comportamental que retomam os conceitos definidos na análise do termo necessidade, reconhecendo o fator aprendido como determinante da caracterização da resposta, sem distinção entre necessidades primárias ou biogénicas e secundárias ou psicogénicas.

Da análise das definições dadas pelos diversos autores, no domínio psicológico, pode-se deduzir que variam de acordo com as diferentes correntes de pensamento, sofrendo uma evolução predominantemente cumulativa. De fato, quase todos os autores reconhecem um componente biológico orgânico, com a aceção de déficit/falta, cujo mecanismo de funcionamento pode ser interpretado de forma diferente, dependendo das teorias elaboradas.

A este componente, de forma orgânica, muitos autores associam um segundo valor que se refere ao aspecto sociocultural, determinado pelo ambiente e que se identifica no impulso à autorrealização, com o significado de

necessidade psicológica, como ativação de uma resposta, estimulada por um fator externo. Alguns autores deram ao termo necessidade conotações ainda diferentes, particularmente no campo da psicologia dinâmica.

DEFINIÇÃO DE NECESSIDADE EM ÂMBITO SOCIOECONÔMICO

Decidiu-se abordar o discurso sobre a necessidade tanto no domínio econômico como no sociológico, vista a estreita interligação do tema abordado nos dois campos disciplinares. Isto confirma o fato de que frequentemente sociólogos e economistas têm tratado as necessidades de forma intercambiável; além disso, houve sociólogos e economistas cultivadores de ambas as áreas disciplinares.

Não parece existir uma definição estritamente sociológica do conceito de necessidade partilhada adequadamente por todos, uma vez que o fenômeno genericamente definido como necessidade implica a interação de diferentes dimensões: biológica, psicológica e social.

Muitas das ciências “antropocêntricas”, como a psicologia, a sociologia e a antropologia, colocam questões como: por que o homem tem certas características? por que ele age assim? Por que ele socializa assim? A tudo isto devemos acrescentar também a tentativa mais recente de estudar e representar uma série de conexões entre as condições do comportamento animal e as do comportamento humano; de fato, outras ciências como a biologia e a etnologia contribuem para dar respostas, através das informações que possuem, sobre as dinâmicas que impulsionam o comportamento humano. Agindo desta forma, segundo Sabino Acquaviva, a conexão com outras ciências oferece: “a possibilidade de estudar determinados problemas com maior eficácia e que, de fato, dos progressos de todas essas disciplinas possa emergir um quadro unificado”³⁶.

Segundo Luciano Gallino³⁷, o conceito de necessidade utilizado por muitos autores do campo sociológico é descrito:

36 Acquaviva S. *La strategia del gene. Bisogni e struttura sociale*. Bari: Laterza, 1995.
37 Gallino L. *Dizionario di Sociologia*. Torino: UTET, 1978.

com importantes variantes de significado que são sub-repticiamente trocadas no decorrer da argumentação. Grande parte destas variantes provêm de outras disciplinas, especialmente da filosofia, da psicologia e da economia, e foram assumidas no universo do discurso sociológico sem uma adequada revisão que visasse torná-las elementos específicos de tal universo.

Justamente por isso, muitos dos autores encontrados podem ser inseridos em diferentes áreas científicas. Procuramos, portanto, dar uma visão global deste conceito no campo sociológico, utilizando, tanto quanto possível, definições; onde isso se mostrou difícil ou completamente impossível, nos valem de descrições. A necessidade em sociologia é geralmente entendida como “os motivos diretos ou indiretos da ação social”; isto é, são considerados fatores socialmente atuantes em diversas direções e em diferentes campos estruturais.

Gallino afirma que

o termo necessidade denota uma falta de certos recursos materiais ou imateriais, objetiva ou subjetivamente necessários para que um determinado sujeito (individual ou coletivo) alcance um estado de maior bem-estar ou eficiência ou funcionalidade, ou seja, menor desconforto ou ineficiência ou disfuncionalidade, em comparação com o estado atual, seja sentido, apurado ou antecipado pelo mesmo sujeito ou por outros em seu nome. Não são constitutivos do conceito de necessidade nem a sensação de falta por parte do sujeito da necessidade - aquele que necessita dos recursos - nem a identificação do sujeito com uma pessoa (pode ser um grupo, uma classe, uma associação, um setor da economia), nem o fato de a falta já ter sido verificada de forma tangível (talvez só possa ser prevista para um futuro mais ou menos próximo).

O conceito de necessidade pode ser assumido como uma necessidade ou exigência de ordem biológica, física ou psíquica em relação às condições do ser humano entendido como organismo e como tal voltado à conservação. Em economia, a necessidade é enfrentada pelas diferentes escolas de pensamento,

predominantemente no período entre a segunda metade do século XIX e o início do século XX.

O termo necessidade também na disciplina econômica não tem um significado diferente daquele atribuído na linguagem comum, é de fato definido como um estado de insatisfação do homem, dependendo das suas necessidades corporais ou espirituais.

É importante saber, no entanto, que um dos principais problemas que a economia coloca diz respeito à utilização dos recursos (natureza, capital e trabalho) para satisfazer as necessidades humanas. Na verdade, em economia, a necessidade está associada principalmente ao conceito de utilidade, custo e benefício de um bem material. A impossibilidade de dispor de recursos ilimitados obriga a produzir quantidades limitadas de bens e, portanto, constrange cada sociedade a fazer uma escolha sobre quais bens produzir e quais sacrificar e, conseqüentemente, decidir quais necessidades serão satisfeitas e quais permanecerão insatisfeitas. Pode-se, portanto, concluir que não existe uma definição clara de necessidade nesta área do saber.

DEFINIÇÃO DE NECESSIDADE NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O primeiro passo neste campo foi realizar uma pesquisa bibliográfica no interior do âmbito disciplinar da Enfermagem, a fim de encontrar as definições e descrições de necessidade que a própria disciplina elaborou. A pesquisa foi conduzida tendo principalmente em mente “necessidade” como termo de referência; contudo, além deste termo, foram frequentemente encontrados termos como “demanda”, “queixa”, “exigência”, “carência”; termos que são frequentemente usados genericamente, sem serem claramente definidos ou descritos.

Algumas antologias que recolhem o pensamento das principais teóricas da enfermagem (George³⁸, Marriner³⁹, Meleis⁴⁰, Wesley⁴¹) foram, portanto, consideradas, ainda que consciente dos limites e das interpretações que as autoras potencialmente atribuíram aos diferentes teóricos; além disso, foram analisadas as obras originais disponíveis de algumas enfermeiras.

Existem, na verdade, muito poucas definições de necessidade no campo da assistência de enfermagem. Definições que, no entanto, muitas vezes se referem claramente a outras disciplinas, em particular à psicologia e à sociologia. Mesmo as autoras que mais do que outras trataram das necessidades do homem, como Henderson e Orem, não deram uma clara definição do que entendem por necessidade de assistência de enfermagem, deixando descrições genéricas; outras autoras, por vezes, relataram as definições e descrições de necessidade dadas por outros autores, especialmente psicólogos. Outras autoras ainda deram conotações diferentes às necessidades, como Abdellah, que identificou alguns “problemas de enfermagem” como resposta às necessidades da pessoa, mudando assim a perspectiva não mais sobre o homem, mas sobre o enfermeiro; ou ainda, como Roper, que identificou as “atividades de vida” como manifestações observáveis das necessidades fundamentais do homem. No entanto, houve algumas autoras que deram uma definição mais precisa, como Adam, Watson e Orlando, elas identificaram a necessidade como uma demanda da pessoa, que se satisfeita alivia ou diminui o seu desconforto ou melhora a sua sensação de bem-estar, para que encontre a sua independência na satisfação da necessidade mesma.

Concluindo assim a análise e pesquisa das definições de necessidade nos diversos campos do saber, algumas considerações se impõem: a necessidade

38 George J. *Le teorie del Nursing*. Torino: UTET, 1995.

39 Marriner A. *I teorici dell'infermieristica e le loro teorie*. Milano: CEA, 1989.

40 Meleis A.I. *Theoretical Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1991.

41 Wesley R., Mchugh M. *Modelli e teorie infermieristiche*. Padova: Summa, 1993.

não pode ser definida por si e em si mesma, pois contém um valor semântico muito amplo e, portanto, não pode ser classificada de forma única.

É um fato estabelecido que as necessidades fazem parte do homem e que existem várias definições de necessidade em diferentes disciplinas, como a biofisiologia, a psicologia, a sociologia, a economia e a enfermagem. Uma classificação em termos de necessidades primárias ou fundamentais e necessidades secundárias induzidas é problemática, assim como é a distinção entre necessidades inatas e necessidades culturalmente adquiridas.

A necessidade, de fato, para além da ideia que expressa um estado de déficit ou carência, não tem uma definição unívoca mesmo dentro das disciplinas individuais; na verdade, é muitas vezes definida através de um sinónimo. Em qualquer caso, analisando tanto as definições como as descrições, podemos concordar que a “necessidade” se expressa através do déficit de algo, déficit que o indivíduo tenta de qualquer modo preencher.

As definições relatadas referem-se, quase inteiramente, a uma distância entre o que se tem e o que se pensa ou se gostaria de ter ou ser. É possível, portanto, afirmar que a hipótese que orientou a pesquisa pelo significado do termo “necessidade” foi verificada; de fato, dentro das disciplinas tomadas em consideração, existem definições de necessidade que assumem valores diferentes dependendo das escolas de pensamento ou dos autores.

O acima citado nos leva a compreender que a definição de necessidade na disciplina Enfermagem é mais do que apropriada desde que provenha de um modelo conceitual bem preciso que guie a atuação da atividade do enfermeiro. Para definir o conceito de necessidade de assistência de enfermagem é, portanto, fundamental fazer uma escolha relativamente aos conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem, tais como: homem-pessoa, ambiente-sociedade, saúde-doença, assistência de enfermagem.

Na verdade, o enfermeiro pode ser definido como um profissional que atua na vasta área da saúde e intervém quando a pessoa que vive num ambiente

específico necessita de assistência de enfermagem. Como já mencionado anteriormente, uma ampla discussão sobre o tema será desenvolvida nos próximos dois capítulos que desenvolverão o Modelo da Atenção em Enfermagem e sua aplicação.





CAPÍTULO 3

A TEORIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Foi destacado que, embora o enfermeiro possua um corpo de conhecimentos dos quais reivindica monopólio, estes ainda não estão completamente sistematizados e organizados numa estrutura disciplinar. As profissões são geralmente organizadas em torno de um corpo de conhecimentos científicos, reivindicando sua exclusividade de especialização. Organizar os conhecimentos numa estrutura disciplinar significa também possuir um quadro teórico de referência na realização das atividades.

Como já escrito no capítulo anterior, o percurso para chegar à sistematização do saber em Enfermagem (teoria) na cultura italiana passa pela definição dada aos quatro conceitos fundamentais (homem, saúde, ambiente e assistência de enfermagem) reconhecidos no âmbito da disciplina Enfermagem. De fato, os mesmos representam os conceitos a serem discutidos em diferentes configurações e contextos socioculturais; da sua interpretação e conjugação nascem as diferentes elaborações teóricas, modelos conceituais que produzem como resultado uma forma diferente de sermos enfermeiros e de prestarmos assistência de enfermagem. Dentro de uma teoria, os conceitos devem ser claramente especificados, para evitar que um mesmo conceito seja interpretado de forma diferente por indivíduos diferentes. A linguagem científica é rigorosa e monossêmica.

Dentro de um modelo teórico um termo assume apenas um significado e isso o diferencia de todos os demais significados existentes no panorama linguístico. O rigor da linguagem permite esclarecer as diferenças entre os modelos teóricos. Na verdade, escolher e adotar uma teoria em Enfermagem significa escolher uma forma precisa de prestar assistência, ou seja, aquela por ela prevista.

O MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

A elaboração do Modelo que propus envolveu anos de estudo, pesquisa e verificação de sua aplicabilidade. Na verdade, foi apresentado oficialmente após ter sido aplicado em ambiente hospitalar e verificada a sua validade. A pesquisa “Identificação de um modelo profissional para a valorização da enfermagem”, parte integrante das pesquisas finalizadas de interesse regional na área da saúde, financiadas pela Região da Lombardia e efetuadas no Hospital Cazzaniga (1994/1995), foi a oportunidade simultânea para a verificação⁴².

O Modelo da Atenção em Enfermagem assumiu então cada vez mais importância, sobretudo pelo caminho então percorrido para a superação do Descritor Ocupacional e, após a sua revogação, passa a ser considerado um suporte teórico válido para o exercício da atividade profissional em Enfermagem.

No longo percurso da elaboração do Modelo, além de escolher os conceitos de homem, ambiente e saúde, já apresentados no capítulo 2, eu defini os conceitos de Assistência de Enfermagem e de Necessidade de Assistência de Enfermagem dentro do próprio Modelo.

A Assistência de Enfermagem foi definido como “um comportamento observável que é realizado mediante a implementação de um complexo de ações coordenadas entre si, para resolver uma necessidade específica manifestada em um cidadão/pessoa assistida”. A assistência de enfermagem é, portanto, um comportamento observável por meio das ações de cuidado; tem como objetivo oferecer um serviço à comunidade, objetivo que persegue por meio de ações de assistência de enfermagem.

42 Uma síntese da pesquisa foi inserida no capítulo 5.

As ações de assistência de enfermagem são definidas como prestações, isto é, os resultados conquistados mediante a implementação de um complexo de ações entre si coordenadas, para resolver uma necessidade específica manifestada em um cidadão/pessoa assistida. Em síntese, considerando a assistência de enfermagem como um conceito dinâmico e observável por meio de ações de cuidado e definindo essas ações como prestações foi possível concluir que o conceito de atenção em enfermagem é elemento determinante na definição dos conceitos da disciplina Enfermagem.

Dentro da disciplina, as prestações, ou seja, as ações de cuidado, representam um dos conceitos fundamentais necessários à sistematização e organização dos conhecimentos em um nível disciplinar. Definir claramente os conceitos fundamentais, para que sejam compartilhados pela profissão, traz como consequência natural a construção de um quadro conceitual compartilhado pelos enfermeiros e um ponto de referência para a prática diária. Do quadro conceitual derivam então as teorias que completam a construção da estrutura disciplinar. O desenvolvimento sistemático de uma teoria da Enfermagem pode promover a atenção em enfermagem e contribuir para criar as bases da ciência em enfermagem.

A ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

Tendo definido a atenção em enfermagem como o resultado alcançado por meio da implementação de um complexo de ações coordenadas entre si para a resolução de uma necessidade específica manifestada por um cidadão/pessoa assistida, a própria definição é analisada com base nos três elementos principais que constituem o conceito de atenção em enfermagem:

1. resolve uma necessidade específica;
2. corresponde a um complexo de ações coordenadas;
3. é um resultado.

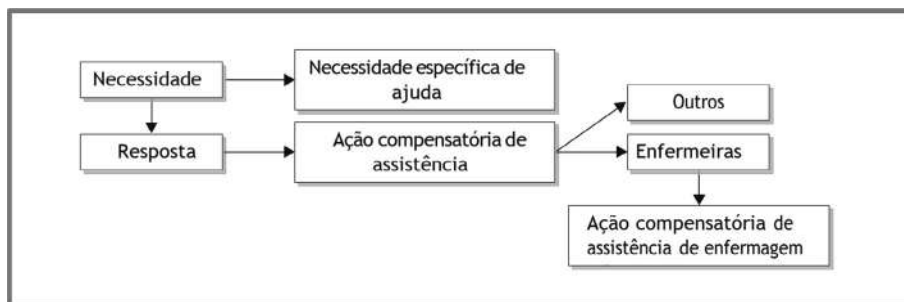
A ATENÇÃO EM ENFERMAGEM RESOLVE UMA NECESSIDADE ESPECÍFICA

De forma genérica, a necessidade é lida como uma demanda, uma exigência manifestada pelo homem. Todo indivíduo tem necessidades, independentemente de serem diretamente conhecidas ou não.

O homem é instado a agir, em diferentes momentos e níveis de escolha, com base na natureza e variedade das necessidades que possui. A necessidade específica de assistência de enfermagem é a demanda, a exigência por parte do homem de receber assistência de enfermagem sempre que se verificarem particulares condições físicas ou psíquicas específicas que a requeiram.

A necessidade específica de assistência de enfermagem só pode ser satisfeita pelo profissional enfermeiro, por quanto ele possui os conhecimentos, a competência técnica e o direcionamento deontológico que podem levar à resolução da necessidade.

Figura 3.1 Necessidade específica de assistência de enfermagem.



A necessidade de assistência de enfermagem pode ser manifesta ou desconhecida. A necessidade manifesta é aquela que se transforma em demanda de assistência de enfermagem, enquanto a necessidade desconhecida é uma necessidade objetivo de saúde que poderia potencialmente se transformar em necessidade manifesta e, portanto, em demanda.

A necessidade desconhecida está presente em pessoas que ainda não sabem que estão doentes ou também pode ser representada pela necessidade de

intervenções preventivas. Quantitativamente, as necessidades desconhecidas são maiores que as necessidades manifestas. A demanda por cuidados em enfermagem é, portanto, inferior às reais necessidades da população.

A transformação da necessidade desconhecida em necessidade manifesta e, portanto, em demanda de assistência, pode ser realizada pelo enfermeiro. A expressão da necessidade de assistência de enfermagem nem sempre se traduz na procura de uma prestação específica, permanecendo no mais em um nível genérico de “demanda de assistência de enfermagem”. O enfermeiro traduz a demanda genérica na demanda por uma específica prestação de cuidado, individuando, conseqüentemente, a resposta e a forma de desenvolver o processo assistencial.

Em tal modo, o enfermeiro participa contemporaneamente da definição da demanda e da oferta de atenção. É neste nível que entram em jogo o verdadeiro profissionalismo e a responsabilidade do enfermeiro, identificando a demanda, o tratamento técnico-especializado, o tipo, a qualidade e a quantidade de prestações de cuidado. Somente se existirem os pré-requisitos de conhecimento, competência e profissionalismo o Processo de Enfermagem poderá ser realizado corretamente.

Tabela 3.1 Necessidades de assistência de enfermagem e relativas prestações de cuidado.

| Necessidades de assistência de enfermagem | Para cada necessidade um cuidado |
|--|---|
| 1. necessidade de respirar | 1. assegurar a respiração |
| 2. necessidade de se alimentar e hidratar | 2. assegurar a alimentação e a hidratação |
| 3. necessidade de eliminação urinária e intestinal | 3. assegurar a eliminação urinária e intestinal |
| 4. necessidade de higiene | 4. assegurar a higiene |
| 5. necessidade de movimentação | 5. assegurar a movimentação |
| 6. necessidade de repouso e sono | 6. assegurar o repouso e o sono |

| | |
|--|--|
| 7. necessidade de manter a função cardiocirculatória | 7. assegurar a função cardiocirculatória |
| 8. necessidade de um ambiente seguro | 8. assegurar um ambiente seguro |
| 9. necessidade de interação na comunicação | 9. assegurar a interação na comunicação |
| 10. necessidade de procedimentos terapêuticos | 10. aplicar os procedimentos terapêuticos |
| 11. necessidade de procedimentos diagnósticos | 11. executar os procedimentos diagnósticos |

Na Tabela 3.1 estão listadas as necessidades de assistência de enfermagem detectadas e suas relativas prestações de cuidado. A identificação das necessidades de cuidados em enfermagem não é aleatória. Decorre da observação do “fazer da enfermagem”, representado pelas inúmeras atividades efetivamente desempenhadas pelo enfermeiro.

A teorização levou a ler este “fazer da enfermagem” de forma diferente. Isso ocorreu escolhendo e agrupando todas aquelas atividades que atendem a uma única necessidade. Desta disposição resultaram onze agrupamentos, aos quais corresponde o mesmo número de necessidades de assistência de enfermagem. Dessas onze necessidades de assistência de enfermagem, duas são induzidas: a necessidade de procedimentos diagnósticos e de procedimentos terapêuticos.

Estas duas necessidades não são inerentes ao homem, daí a definição de necessidades induzidas; o critério que norteou a sua inclusão no Modelo da Atenção em Enfermagem é a necessidade de construir um modelo que não esteja divorciado da realidade, entendida como prática, e que consequentemente a atenda. Nestes dois casos, o enfermeiro não assegura a necessidade, mas *executa e aplica* os procedimentos diagnósticos/terapêuticos, uma vez que existe uma limitação clara e precisa da competência disciplinar. A situação é diferente para as outras necessidades de assistência de enfermagem. A atenção em enfermagem é introduzida pelo verbo assegurar, mas a atenção em enfermagem resolve sempre uma necessidade de assistência de enfermagem.

A ATENÇÃO EM ENFERMAGEM É UM COMPLEXO DE AÇÕES COORDENADAS

As ações devem ser consideradas como um conjunto de atos físicos e/ou verbais e/ou mentais realizados segundo uma sucessão lógica, que o enfermeiro pode realizar para atingir um objetivo específico. Múltiplos atos constituem, portanto, uma ação, enquanto múltiplas ações destinadas a resolver a necessidade da pessoa constituem a prestação. A resposta a uma necessidade da pessoa pode ser completada por meio de diferentes ações que o profissional enfermeiro escolherá com base na avaliação do caso individual tratado.

O processo decisório implementado pressupõe que cada ação esteja relacionada com a necessidade específica da pessoa e vise a sua resolução. As ações que constituem o serviço são coordenadas entre si, pois visam a resolução de uma única necessidade. O processo de tomada de decisão implementado pelo enfermeiro pressupõe a escolha de ações voltadas a um único resultado e total responsabilidade por todo o processo.

Ao analisar o processo decisório que leva à escolha das ações para a prestação de um serviço, podemos classificar os desempenhos em simples ou complexos; autônomos ou interdependentes:

- *Prestação simples* tratam do processo de tomada de decisão que leva ao resultado de saúde é conhecido, as alternativas são limitadas e há a certeza da execução das ações.
- *Prestações complexas* apresentam, dentro do processo decisório, uma série variada de alternativas possíveis, envolvendo assim maior observação, informação e poder discricionário do profissional. Os riscos são, portanto, maiores e há incerteza no resultado.
- *Prestação autônoma* é quando são identificadas competências precisas em enfermagem, a interdependência com outras profissões na obtenção do resultado é ausente ou baixa, a responsabilidade do enfermeiro pelo resultado é plena e direta.

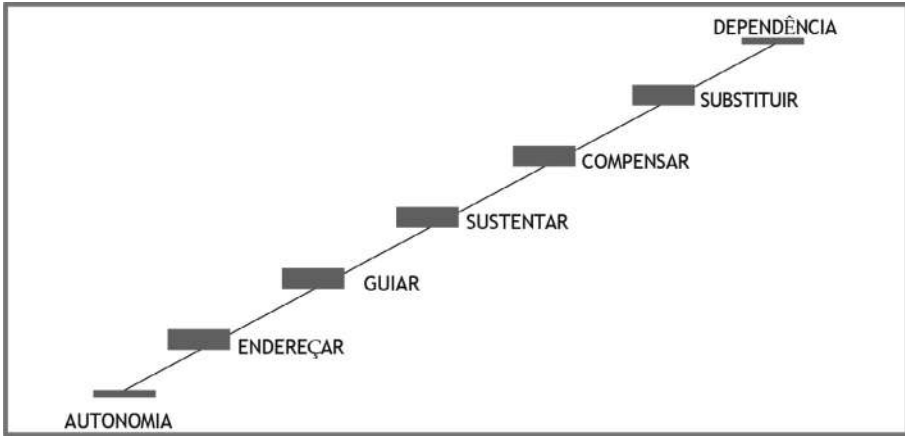
- *Prestação interdependente* é quando o seu resultado é garantido por decisões tomadas por diferentes profissionais; a interdependência é, portanto, média ou média-alta. A responsabilidade pelo resultado é, portanto, parcial, enquanto há responsabilidade total pela ação específica em enfermagem que levou ao resultado.

A autonomia do enfermeiro é prevalentemente completa ou de baixa interdependência nas primeiras nove prestações indicadas na tabela 3.1. Contudo, no que diz respeito aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, existe um elevado nível de interdependência, pois existe prescrição médica; no que diz respeito ao resultado, a responsabilidade é parcial, enquanto é total para as ações em enfermagem que asseguram essas prestações.

As prestações de enfermagem são definidas como um complexo de ações de assistência de enfermagem, decorrentes da Atenção em Enfermagem, ou seja, os resultados alcançados através da realização de um complexo de ações coordenadas entre si, para resolver uma necessidade específica que se manifestou num cidadão/pessoa assistida. Foram identificadas as ações pertencentes a cada prestação em enfermagem com o critério de diferenciar as próprias ações dentro de cada prestação individual com base no nível de dependência das pessoas a quem o serviço é direcionado, gerando práticas de cuidado. As ações identificadas são relatadas no final deste capítulo.

Na figura 3.2 é proposto um continuum cujos polos são autonomia e dependência; foram identificadas as condições em que o paciente pode se encontrar e os verbos capazes de expressar a intervenção em enfermagem.

Figura 3.2 Continuum.



Algumas prestações em enfermagem não possuem todas as finalidades identificadas, pois nem sempre o enfermeiro pode realizar as ações pertinentes. Por exemplo, por vezes o enfermeiro, mesmo sem utilizar ajudas de vários tipos, pode “substituir” parcial ou totalmente a pessoa assistida (por exemplo, na sedação ou estado de inconsciência). Agora, não é o enfermeiro a endereçar a pessoa em razão de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. As duas respetivas prestações (“realizar procedimentos diagnósticos” e “aplicar procedimentos terapêuticos”) pedem uma prescrição médica. O enfermeiro é responsável pela sua implementação e na própria implementação pode realizar uma série de intervenções que não são puramente “executivas”.

O continuum identifica a condição da pessoa assistida no que diz respeito à satisfação das necessidades de assistência de enfermagem. Nos seus polos opostos encontram-se as condições extremas de autonomia e dependência e, entre estas, algumas situações intermédias em termos de necessidade de assistência de enfermagem. Nos diferentes níveis do continuum, estão agrupadas múltiplas ações em enfermagem com um propósito comum. Neste sentido, cada posição do continuum é um “espaço” caracterizado por uma complexidade intrínseca específica e representa a modulação da intervenção

em enfermagem em relação à situação da pessoa. Em particular, a autonomia é a situação em que a pessoa tem as capacidades e a possibilidade de satisfazer as próprias necessidades e não necessita da intervenção em enfermagem.

O enfermeiro intervém quando são evidenciadas condições que indicam redução da autonomia e com ações com as finalidades indicadas a seguir:

- **Endereçar:** orientar em função de um explícito e conveniente critério de escolha. A ação de endereçamento se baseia no pressuposto que a pessoa, adquiridos determinados conhecimentos, seja capaz de satisfazer as próprias necessidades.
- **Guiar:** apoiar a escolha com uma intervenção teórica e/ou prática. A ação de guia baseia-se no pressuposto de que a pessoa, tendo feito escolhas e adquirido competências específicas, seja capaz de agir de forma eficaz para satisfazer as próprias necessidades.
- **Apoiar:** contribuir à manutenção de uma condição de relativa estabilidade e segurança. A ação de apoio se baseia no pressuposto de que a pessoa, colocada em condições de poder fazê-lo, mantém ou implementa os conhecimentos e competências adquiridos para satisfazer a necessidade.
- **Compensar:** intervir para restabelecer um equilíbrio anterior através de uma substituição parcial. A ação compensatória baseia-se no pressuposto de que a pessoa necessita constantemente de intervenções em enfermagem de substituição parcial na execução das atividades vinculadas à satisfação da necessidade.
- **Substituir:** desempenhar completamente uma ou mais funções de uma pessoa em seu nome. A ação de substituição baseia-se no pressuposto de que a pessoa necessita constantemente de intervenções em enfermagem de substituição total, que também pode ocorrer mediante a utilização de ajudas, auxiliares e equipamentos por parte do enfermeiro.

A ATENÇÃO EM ENFERMAGEM É UM RESULTADO

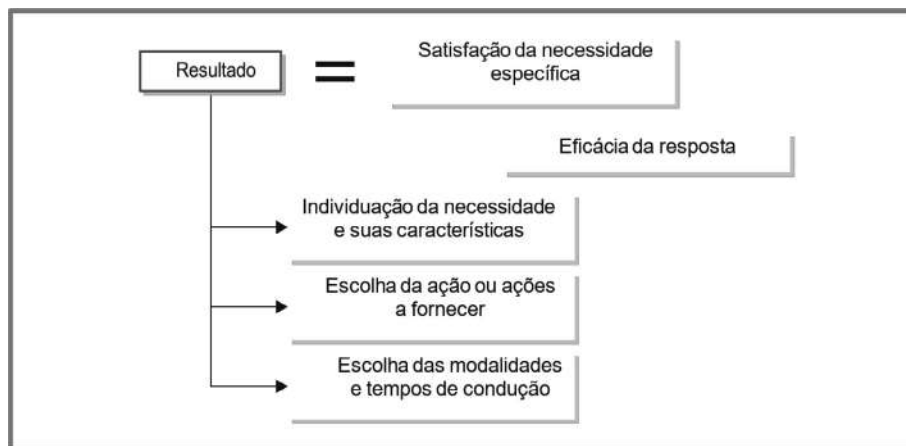
A prestação, diferentemente da função ou tarefa, responsabiliza o enfermeiro pelo resultado alcançado, atribuindo-lhe amplos espaços de autonomia na condução do processo assistencial. Enquanto a função se concentra nas tarefas individuais que a compõem, a prestação desloca o foco para os resultados, atribuindo autonomia e responsabilidade ao profissional e colocando a pessoa assistida e suas necessidades no centro do processo assistencial.

Na atenção em enfermagem, o enfermeiro tem total responsabilidade pelo resultado do seu trabalho, decidindo:

- a tipologia da intervenção em enfermagem (o quê);
- a modalidade de ação (como);
- os tempos de prestação e de avaliação dos resultados (quando).

A responsabilização tem como ponto de referência a atividade relativa ao caso tratado e, portanto, a eficácia da prestação. O enfermeiro é responsável pelo modo como conduz uma ação, do tipo de ação escolhida na intervenção, mas sobretudo pelo resultado obtido. Atribuindo ao enfermeiro a responsabilidade do resultado se atribui também um maior espaço de autonomia, confirmando-o assim no papel de profissional que lhe compete. (Fig. 3.3).

Figura 3.3 A prestação é um resultado.



competência técnica e um código deontológico para poder alcançar um resultado de saúde mantendo autonomia em suas decisões e assumindo total responsabilidade pelo seu trabalho. A autonomia assistencial é o resultado do aprendizado e do desenvolvimento profissional.

A autonomia assistencial pressupõe uma forma de controle que proteja os usuários e os profissionais. O controle pode ser exercido por associações profissionais, por meio da determinação de normas de conduta e códigos de ética. Tal forma de controle deve prever a possibilidade de aplicar sanções específicas contra os profissionais, sanções que podem incluir a suspensão da profissão ou o cancelamento da autonomia.

Um segundo tipo de controle é o exercido por profissionais pertencentes a uma mesma organização, através da definição de métodos de intervenção, da determinação de padrões de resultado, da verificação do cumprimento de objetivos comuns e do controle da utilização de recursos.

Em síntese, o significado desta teoria é de proporcionar à profissão em Enfermagem um modelo conceitual que combine o conceito e prática da prestação (cuidado) ao de área específica do conhecimento científico (disciplina teórico-conceitual). Com efeito, o profissional, estando dotado de uma competência técnica exclusiva, tem total autonomia profissional em relação aos resultados da própria atividade, entendendo-se por resultados a satisfação das necessidades dos usuários.

A orientação para os resultados é, portanto, um elemento fundamental de uma profissão. Conclui-se, portanto, que somente o reconhecimento da competência técnica exclusiva do enfermeiro poderá legitimar a sua autonomia profissional. Mas para definir a competência técnica exclusiva é preciso também delimitar os limites operacionais da própria profissão e, dentro desses limites, inserir os conteúdos específicos. Como conteúdos específicos da profissão estão as prestações de enfermagem (cuidados). Além disso, ao determinar as prestações em enfermagem, contribuimos para a definição de um dos elementos fundamentais dentro dos conceitos da disciplina Enfermagem.

Da mesma forma, como a prestação de enfermagem confere responsabilidade pelo resultado alcançado e atribui amplos espaços de autonomia profissional, tendo identificado quais são as prestações de enfermagem, também os espaços de autonomia do enfermeiro ficam definidos. Portanto, ao propor o conceito de prestação de enfermagem, mais resultados são alcançados:

- prestar uma atenção em enfermagem à pessoa, isto é, personalizar o cuidado;
- contribuir à sistematização e organização do corpo de conhecimentos próprios do enfermeiro;
- definir as competências nas quais ele assume plena autonomia.

Tais resultados levam enfim à afirmação da profissionalidade do enfermeiro. A evolução da assistência de enfermagem pode exigir um aumento no número das ações ou dos atos incluídos em cada prestação. É, portanto, possível atualizar os feitos e ações, enquanto as prestações permanecem intocáveis como respostas a uma necessidade específica.

Na revisão desta terceira edição do texto foram mantidas as ações e atos elaborados e indicados na primeira edição de 1996. Na definição de tais ações e atos não havia sido levado em consideração o Descritor Ocupacional então vigente, mas baseados no “fazer” efetivo do enfermeiro, na convicção, então, de que tal escolha pudesse ser um estímulo para produzir aquela mudança tão necessária ao reconhecimento da atenção em enfermagem. Reconhecimento efetivamente obtido posteriormente.

AS AÇÕES NA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM E OS ATOS PARA CADA AÇÃO

Passa-se então, após um breve esclarecimento sobre os elementos transversais, a aprofundar ulteriormente as ações identificadas no âmbito de cada atuação individual e posteriormente as ações previstas para cada ação em si. As tabelas, conforme já indicado, estão detalhadas no final do capítulo.

OS ELEMENTOS TRANSVERSAIS

A prestação em enfermagem é o resultado de uma série de ações correspondentes a uma mesma necessidade e de alguns aspectos característicos que fazem parte do ser enfermeiro e estão presentes em todos os serviços:

- a comunicação;
- a educação em saúde entendida como método;
- o respeito pela privacidade.

As ações em enfermagem são divididas em elementos menores: os atos, que especificam o conteúdo da intervenção em enfermagem e são subdivididos em “atos específicos da ação” e “atos de suporte”. São atos de suporte, por exemplo: lavar as mãos, preparar o material, identificar e preparar a pessoa, fornecer à pessoa informações relativas ao ato, reorganizar o material. Estes atos de apoio são transversais, pois, embora sejam parte integrante de todas as ações, não pertencem exclusivamente a nenhuma delas.

A CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES

Nas tabelas propostas no final do capítulo, cada prestação de enfermagem contém um conjunto de ações que, agrupadas para a finalidade comum, podem ser utilizadas pelo enfermeiro para satisfazer a relativa necessidade de assistência de enfermagem. As ações (e atos) de uma determinada prestação de enfermagem podem, no entanto, ser utilizadas para satisfazer outras necessidades. Por exemplo, a ação “favorecer a execução de exercícios musculares ativos”, incluída em “garantir o movimento”, também pode ser utilizada para “garantir a função cardiovascular”. Além disso, em 10 das 11 prestações de enfermagem a referência a intervenções no ambiente é deliberadamente excluída, por existir uma prestação específica.

Nas tabelas propostas nunca se repete uma ação nem um ato em mais de uma prestação de enfermagem. Finalmente, ações (e feitos) com

um determinado propósito podem exigir ações incluídas em outros níveis do continuum. Por exemplo, a ação “incentivar a ingestão de alimentos e bebidas permitidos” por vezes não pode prescindir de “instruir” a pessoa sobre como manter uma alimentação e hidratação adequadas. Portanto, no cronograma: endereçar, orientar, apoiar, compensar, substituir, cada nível subsequente pode conter as ações expressas no nível anterior. Porém, nas tabelas propostas, as ações do nível anterior nunca são reportadas também no nível seguinte.

No fundo, dada a individualidade de manifestação e a satisfação das necessidades por parte da pessoa assistida, há uma integração de ações e feitos que o profissional pode e deve realizar, mas que não é possível “codificar” ou representar em nenhum esquema, completando a Atenção em Enfermagem.

OS DESTINATÁRIOS DA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM

A lógica do continuum autonomia/dependência baseia-se na possibilidade de identificar a condição da pessoa assistida (“paciente”) em relação a cada necessidade individual, portanto, de prever situações em que essa pessoa necessita de direcionamento, orientação, apoio, compensação, substituição. Todavia, a intervenção em enfermagem é muitas vezes dirigida não apenas ao “paciente”, mas também ao seu entourage. É por isso que, nas ações que têm por finalidade “endereçar” e “orientar”, o termo pessoa pode referir-se tanto ao usuário quanto às pessoas significativas para o próprio usuário e/ou para o enfermeiro (enquanto “referentes”, parceiros na assistência).

Onde pessoas significativas são destinatárias de uma intervenção em enfermagem com uma finalidade diferente de dirigir e orientar, foram formulados atos específicos (ver “garantir a interação na comunicação”). As ações de orientação, em especial, também evidenciam a abordagem à pessoa e às suas necessidades de assistência de enfermagem. Com efeito, ao planejar “ilustrar à pessoa os fatores que podem influenciar [nome da necessidade]”, se tomam em consideração os diferentes componentes – biofisiológicas,

psicológicas, socioculturais – das necessidades de assistência de enfermagem (veja os atos específicos da ação). Esta orientação está vinculada ao conceito de homem-ambiente no Modelo: o homem entendido como um sistema complexo em equilíbrio dinâmico interno e externo e em interação física e psíquica com o meio ambiente; homem inserido no complexo sistema das relações sociais.

PARTICULARIDADES DA PRESTAÇÃO DO CUIDADO

As prestações do cuidado “aplicar os procedimentos terapêuticos” e “executar os procedimentos diagnósticos” não seguem a lógica utilizada na vinculação do conceito de prestação à disciplina Enfermagem. Na verdade, envolvem o uso de verbos diferentes em relação às outras (aplicar e executar no lugar do verbo assegurar) porque, com relação ao resultado, há uma corresponsabilidade: procedimentos diagnósticos e terapêuticos exigem prescrição médica à pessoa assistida, portanto a satisfação da necessidade depende das decisões e das ações de ambos os profissionais. A presença destas duas prestações no Modelo é legitimada pela análise da práxis em enfermagem em nosso país, que reserva as ações relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

LEITURAS DA NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DO AMBIENTE

Tal como no capítulo anterior para os dois primeiros conceitos (homem-pessoa, saúde-doença), aqui também queremos aprofundar o ambiente em relação ao quarto conceito fundamental da disciplina Enfermagem: a assistência de enfermagem, do qual já fizemos uma breve menção no final do capítulo 2.

A necessidade de assistência de enfermagem é constituída por três componentes: biofisiológico, psicológico e sociocultural. O primeiro componente é igual em todos os homens, os outros dois variam de indivíduo para indivíduo. Esta variação obviamente não nos permite uniformizar a leitura das necessidades de cuidado, nem a resposta às mesmas, mas como e

de que maneira os três componentes, interagindo, promovem a caracterização da necessidade de assistência de enfermagem.

Enquanto fica evidente como o componente biofisiológico permanece em sua essência o mesmo em todas as pessoas (todos os homens se alimentam introduzindo no organismo proteínas, vitaminas, sais minerais etc.), os dois restantes componentes requerem maior esclarecimento. Cada indivíduo nasce geralmente numa sociedade já estabelecida com base numa longa série de experiências e interações dos seus antecessores: as formas simbólicas cognitivas e normativas, as estruturas das relações sociais, as condições materiais do ambiente, também mediadas simbolicamente, são todos elementos que contribuem para a constituição do sujeito único. De fato, desde o início, o sujeito é submetido a um intenso processo de socialização, cuja ação se expressa através das formas culturais que regulam o parto, a amamentação, o tipo de manipulação a que a criança é submetida, o vestuário, as relações com as figuras parentais, e os outros membros do ambiente familiar, relações com o exterior etc. Estas formas, que podem variar de uma sociedade para outra, influenciam profundamente a pessoa, de tal modo a constituir características relativamente estáveis e identificáveis através das formas de ação quotidiana. Uma influência similar não pode deixar de ser encontrada também nas formas de manifestação das necessidades de assistência de enfermagem e, em particular modo no componente sociocultural dessas necessidades; um componente, além disso, caracterizado precisamente como resultado de influências específicas derivadas prevalentemente do ambiente sociocultural.

A pessoa não é um puro produto de tal ambiente e as necessidades de assistência de enfermagem não são produto apenas de influências socioculturais e físicas do ambiente externo. Com efeito, da mesma forma como a pessoa está em constante relação com o ambiente interno e externo, o componente psicológico da necessidade de assistência de enfermagem reinterpreta de forma totalmente pessoal os restantes componentes de tal necessidade,

mediando e remodelando a manifestação do mesmo com características que, embora mantendo uma essência semelhante, se apresentam diferentes em cada pessoa. Enquanto o componente sociocultural das necessidades de assistência de enfermagem tende a uniformizar a manifestação dessas necessidades de pessoas pertencentes ao mesmo ambiente sociocultural, o componente psicológico, preservando uma individualidade absoluta, determina a diferente e peculiar manifestação da necessidade em cada pessoa.

De fato, é evidente como as influências do ambiente, entendido no sentido amplo como físico, social e cultural, no que diz respeito à necessidade de assistência de enfermagem são extremamente complexas e difíceis de padronizar em relações únicas e unilaterais. Na verdade, uma simples relação de causa-efeito entre o ambiente físico e o componente biofisiológico da necessidade de assistência de enfermagem não pode ser sustentável, tal como seria reduutivo levantar a hipótese da existência de umnexo causal único e unidirecional entre o ambiente sociocultural e o componente sociocultural de tal necessidade.

Existem relações muito complexas que ligam o ambiente à necessidade de assistência de enfermagem, relações que contemplam por um lado a intersecção de múltiplos informantes e por outro a difícil identificação do componente da necessidade de enfermagem afetada pelo processo de influência. São concebíveis processos de influência que estabelecem principalmente uma relação entre um informante do ambiente e um ou mais componentes da necessidade de enfermagem, mas o esclarecimento desta relação tem o único propósito de sublinhar a sua existência e conseqüentemente o seu possível impacto.

O AMBIENTE E AS NECESSIDADES NO MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

Consideremos agora os informantes previamente identificados e caracterizadores do conceito de ambiente no Modelo da Atenção em Enfermagem, com o objetivo de explicar as relações com os componentes da necessidade de cuidado.

A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE SOCIOCULTURAL

A família é a forma mais natural e íntima de convivência humana, pautada por vínculos altamente envolventes que vão da estima ao amor, da coexistência na reciprocidade ao desejo de satisfazer as mais disparatadas necessidades interpessoais. A família, portanto, através do processo de socialização primária, representa um momento e lugar fundamental capaz de impactar o componente sociocultural e psicológico das necessidades de assistência de enfermagem das pessoas.

Um dado interessante que deve fazer refletir sobre a forte influência que a família tem sobre as necessidades de assistência de enfermagem, em particular no seu componente psicológico e sociocultural, é que 75% de todos os cuidados de saúde ocorrem no contexto informal da família alargada. Quando uma pessoa se vê obrigada a solicitar a intervenção em enfermagem, se apresenta com toda uma série de formas de manifestação e satisfação de suas necessidades de assistência de enfermagem que derivam em grande parte, senão sobretudo, da família de pertencimento.

De fato, quantos são os hábitos, os conhecimentos, as tradições, os valores e os métodos de utilização dos utensílios que a família transmite ao indivíduo e que contribuem para caracterizar as suas necessidades de assistência de enfermagem! Basta pensar nos hábitos relacionados com o sono, como o microclima do aposento utilizado como quarto de dormir, a presença de outras pessoas no seu interior, a tolerância ao ruído... e não no valor atribuído à alimentação e às consequentes práticas alimentares. Geralmente, uma pessoa também aprende com a família a modalidade de uso dos utensílios: o uso de uma esponja dura ou macia para a higiene diária, ou de alguns talheres para comer determinados alimentos.

O Grupo também medeia valores e comportamentos ligados à saúde e à gestão da doença, valores e comportamentos que podem, por si só, produzir necessidades de assistência de enfermagem. Pode-se citar o caso, por exemplo,

do hábito de fumar ou de beber álcool que, especialmente para as novas gerações, constitui muitas vezes uma espécie de integração com os valores e modelos do seu grupo de referência.

Pertencer a alguns grupos recreativos, por exemplo grupos desportivos, também caracteriza as necessidades de assistência de enfermagem. Uma pessoa acostumada a praticar esportes, quando se encontrar em uma situação de possibilidade limitada de movimento, por exemplo por um membro inferior engessado ou em tração, será mais afetada psicologicamente do que outra pessoa com hábitos sedentários, mas participará ativamente da recuperação funcional do membro inferior executando com constância e diligência os exercícios indicados pelo enfermeiro para manutenção do tônus muscular.

Cada forma histórica de religião passou de uma forte ideia de experiência criativa a uma realidade institucional e, portanto, organizada e social, exprimindo uma determinada teologia e uma determinada moral, uma hierarquia de especialistas que presidem a gestão de um patrimônio de ideias e normas morais.

Quando uma religião passa da fase da inspiração criativa para a da sua institucionalização numa determinada sociedade, que tem o seu próprio passado e que preserva grande parte das tradições, ela não pode, se quiser enraizar-se permanentemente no tecido social, para manter operativa a sua mensagem, desinteressar-se das necessidades existenciais, necessidades que, se não satisfeitas, podem se tornar destrutivas. Um exemplo é a proibição, característica dos povos hindus, do consumo de carne de vaca. A vaca, de fato, sempre foi uma fonte de subsistência para os agricultores indianos. A utilidade da vaca teria se transformado, por decreto de um poder religioso e estatutário, numa proibição destinada a proteger, por meio de um tabu, um capital produtivo essencial à vida das populações agrícolas das planícies indo-gangéticas.

Teorias relacionadas ao significado de que certas práticas rituais podem se revestir no plano adaptativo e ambiental têm sido objeto de uma análise cuidadosa desde o século passado. Algumas religiões, todavia, impõem

regras de alimentação que podem influenciar na necessidade de alimentação e hidratação, principalmente no componente sociocultural. Os judeus ortodoxos, por exemplo, consideram a refeição um rito religioso e devem comer um alimento específico: o “Kosher”. Os muçulmanos observam o jejum total durante todo o dia durante o mês do Ramadã. A estrita observância de uma dieta vegetariana é a marca registrada do Budismo e do Hinduísmo. Para os hindus, a religião também influencia o componente sociocultural da necessidade de higiene: tradicionalmente a mão direita é usada apenas para realizar tarefas “limpas”, a boca deve ser enxaguada após cada refeição e a região anal lavada após a defecação.

No que diz respeito à estratificação social, existem correlações importantes, documentadas por pesquisas realizadas no campo sociológico, entre classe social (portanto, papel e status) e estado de saúde, ou resposta à doença e, por último, mas não menos importante, expectativa e duração de vida. O papel social descreve a função que um indivíduo desempenha na sociedade; existem diferentes papéis sociais, cada um dos quais carrega expectativas e coloca exigências igualmente específicas.

Geralmente, cada pessoa desempenha papéis diferentes: existe um papel central e vários papéis relacionados; dependendo das circunstâncias, de tempos em tempos o papel central pode ser assumido. Cada função tem características distintas, na maioria das vezes inter-relacionadas e interdependentes. Quando uma pessoa se encontra em condições de necessidade de receber assistência de enfermagem, os seus métodos de comportamento, hábitos e normas ligadas a um determinado papel vivido em condições de autonomia, influenciam as expectativas da mesma pessoa à colaboração e, por último, mas não menos importante, a manifestação de suas necessidades de assistência de enfermagem.

Os papéis das pessoas, bem como o estatuto, são aprendidos através do processo de socialização e os componentes da necessidade de assistência de enfermagem principalmente afetados por este processo de influência são mais uma vez os componentes socioculturais e psicológicos. A possibilidade

de o status da pessoa influenciar a necessidade de assistência de enfermagem merece um breve esclarecimento à parte.

Assim como o papel, alguns fatores que contribuem para determinar o status de uma pessoa são resultado da internalização de conhecimentos, regras, normas, valores sociais etc., ou seja, produto do processo de socialização. Mas o status de uma pessoa é em grande parte determinado pela sua atividade profissional e, conseqüentemente, pelas condições económicas em que essa pessoa se encontra; condições que, independentemente do nível de instrução e de outros fatores transmitidos pelo processo de socialização, condicionam fortemente os modos de vida da pessoa, os hábitos e a capacidade da pessoa de responder autonomamente às próprias necessidades. Basta pensar nas práticas de higiene ou alimentação adotadas pelas classes sociais mais desfavorecidas, ou no desempenho de determinadas atividades laborais. O manifestar-se das necessidades de assistência de enfermagem só pode ser influenciado por estes fatores, tanto em termos de hábitos adquiridos, e portanto, com envolvimento dos componentes socioculturais e psicológicos das necessidades de assistência de enfermagem, como no que se refere a elementos decorrentes do ambiente físico, como por exemplo as características arquitetônicas e microclimáticas do domicílio, com conseqüente envolvimento importante do componente biofisiológico das mesmas necessidades de assistência de enfermagem.

No que diz respeito às atividades laborais que condicionam os estilos de vida e os hábitos, uma pessoa que trabalha à noite, por exemplo, altera os ritmos de sono/vigília e os horários das refeições, um professor que leciona em escolas noturnas habitua-se a dormir poucas horas noturnas, nunca adormecendo antes de uma hora da manhã, e jantando tarde da noite. Tais hábitos podem se refletir respectivamente na necessidade de descanso e sono e de nutrição e hidratação.

As instituições educativas são a base necessária para o desenvolvimento do potencial individual e para garantir um papel útil na sociedade. Constituem também um fundamento útil para compreender o significado de saúde, para

fazer escolhas conscientes sobre modelos de vida e para cuidar da própria saúde e da sua família.

A pessoa pode não ter os conhecimentos necessários para decidir conscientemente como viver ou pode ser inibida por comportamentos tradicionais. Mesmo dispondo de informações e motivações corretas, nem sempre poderá conseguir uma mudança, especialmente quando uma determinada forma de comportamento já faz parte integrante da vida quotidiana e a pessoa não tem uma educação de base que lhe permita compreender as informações e as motivações recebidas para modificar o próprio comportamento.

Um certo nível de instrução geralmente favorece nas pessoas uma maior compreensão das motivações que estão na base de cada prestação de cuidado e uma colaboração ativa na satisfação das necessidades de assistência de enfermagem. Também os hábitos que uma pessoa possui são afetados pelo seu nível cultural. O desconhecimento do uso correto de aquecedores a gás nas residências pode causar, por exemplo, intoxicação por monóxido de carbono que atua sobre o componente biofisiológico da necessidade de respirar e de manter a função cardiovascular.

A partir da análise dos métodos de comunicação expostos anteriormente, fica claro como o ambiente, especialmente o ambiente social e cultural, influencia principalmente o componente psicológico e sociocultural das necessidades de prestação de cuidado, especialmente a necessidade de interação na comunicação. Neste sentido, reportamos alguns exemplos etnográficos reais que melhor esclarecem a relação que pode existir entre o ambiente sociocultural e a manifestação da necessidade de interação na comunicação, sendo certo que essa influência não se destina exclusivamente a esta necessidade.

As pessoas em certos grupos culturais aumentam o volume da voz quando falam, enquanto outras mantêm a voz baixa. Por exemplo, os irlandeses levantam frequentemente a voz, não porque estejam zangados, mas porque

isso faz parte da sua cultura. Por outro lado, os judeus costumam usar um tom de voz baixo para falar. Em outros grupos culturais as pessoas podem usar o silêncio como forma de comunicação.

Algumas pessoas de outros grupos culturais comunicam através do contato pessoal, como os italianos, que normalmente usam o toque como veículo para expressar sentimentos e emoções. Outros grupos, por outro lado, interpretam o toque como algo invasivo à privacidade ou lhe atribuem uma conotação sexual e, conseqüentemente, o consideram um fator negativo. Em alguns grupos culturais, o aperto de mão tem um significado cultural e é um comportamento aprendido. Italianos, espanhóis e franceses geralmente consideram um aperto de mão vigoroso um sinal de bom caráter e força. Alguns indianos, entretanto, podem considerar um aperto de mão vigoroso como uma atitude agressiva. Nos Estados Unidos, um comportamento comumente aceito é de olhar diretamente nos olhos da pessoa com quem se está falando, uma prática considerada inadequada para pessoas de outros grupos culturais, até mesmo estado-unidenses.

A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE FÍSICO

A influência exercida pelo ambiente natural nas necessidades de assistência de enfermagem, se considerada isoladamente, pode estar associada principalmente ao componente biofisiológico das mesmas necessidades. Itens como ruído, temperatura, eletricidade, fogo, microrganismos, componentes orgânicos e inorgânicos do solo, terra e ar etc., que atuam predominantemente sobre o componente biofisiológico das necessidades de assistência de enfermagem: a qualidade e a quantidade dos alimentos ingeridos estão relacionadas com o componente biofisiológico da necessidade de nutrição e hidratação, bem como com o mesmo componente da necessidade de eliminação urinária e intestinal. A qualidade do ar respirado está intimamente relacionada com o componente biofisiológico da necessidade de respirar.

Embora a relação entre o ambiente natural e o componente biofisiológico das necessidades de assistência de enfermagem pareça direta, o mesmo não se pode dizer dos componentes socioculturais e psicológicos, ainda que não se possam excluir influências sobre estes. Além disso, ocorre sempre uma releitura, realizada pelo componente psicológico, em relação aos itens.

Por exemplo, pessoas sujeitas diariamente a certos estímulos de ruído demonstrarão uma caracterização decididamente diferente da necessidade de descanso e sono em comparação com pessoas não sujeitas aos mesmos estímulos: um ruído desconhecido “perturba” muito mais do que um ruído conhecido. Pessoas habituadas a viver em determinadas condições microclimáticas, como ambientes frios e com baixa humidade, que subitamente se encontram a viver em ambientes quentes e húmidos, podem, por exemplo, sofrer influências no componente biofisiológico da necessidade de respirar e manter a função cardiovascular.

Embora para alguns itens do ambiente natural possa parecer de difícil leitura a relação que liga os mesmos itens a todos os três componentes da necessidade de assistência de enfermagem, o mesmo não pode ser dito para as relações que existem entre o ambiente artificial e os componentes das necessidades de assistência de enfermagem.

Desde sempre o homem foi estimulado a controlar o ambiente externo adaptando-o e adaptando-se às suas modificações. Este processo de adaptação envolveu uma manipulação do próprio ambiente natural; manipulação que, como já sublinhado, se expressa de forma diferente, mantendo inalterada a essência, dependendo das características socioculturais das populações analisadas.

Entre as estruturas arquitetônicas, a casa representa sem dúvida um dos principais pontos de referência no interior da comunidade e é o eixo em torno do qual as pessoas geralmente organizam a própria vida. Mas alguns fatores relacionados com a moradia, tais como barreiras arquitetônicas, podem dar origem a problemas de autonomia na satisfação das próprias necessidades. Idosos e pessoas com deficiência que ocupam apartamentos em condomínios mal equipados podem apresentar uma necessidade de locomoção diferente de

pessoas com as mesmas características que vivem em residências equipadas com serviços eficientes.

Mesmo o uso, ou não, de auxílios para a deambulação, por exemplo, pode modificar a manifestação da necessidade de movimento, assim como a presença ou remoção de objetos fontes de obstáculos ou escorregões.

O AMBIENTE E A RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A resposta à necessidade de cuidado pode ser completada por meio de diferentes ações e/ou atos que o profissional enfermeiro escolherá com base nos resultados que emergem da avaliação de cada necessidade individual de assistência de enfermagem. A ação de enfermagem não é um fim em si mesma, como acontece num trabalho executivo, mas é o meio para atingir um objetivo específico da necessidade de assistência de enfermagem.

Para alcançar a real satisfação das necessidades de assistência de enfermagem, o profissional enfermeiro pode operar uma integração de atos e ações pertencentes também a prestação de cuidados diferentes das necessidades específicas de enfermagem a serem abordadas. Cada necessidade de assistência de enfermagem, caracterizada em relação às diferentes influências que o ambiente exerce sobre ela, exige uma resposta que leve em conta seu modo de manifestação.

A utilização associada de ações e atos que, apesar de fazerem parte de uma determinada prestação de cuidado, podem ser utilizadas para satisfazer uma diferente necessidade de assistência de enfermagem, é um elemento, entre outros, de personalização do cuidado prestado. Para facilitar, por exemplo, o início do sono, é necessário que o enfermeiro coloque em prática ações e atos que no Modelo da Atenção em Enfermagem são classificados na prestação “garantir o movimento”: se a pessoa necessita de uma ação de compensação, o enfermeiro ajudará a pessoa a assumir a posição na cama que costuma ter para adormecer, ao mesmo tempo em que a posicionará diretamente na posição de decúbito preferida caso necessite de uma ação de substituição.

Outro elemento de personalização é a identificação da condição na qual a pessoa se encontra em relação a cada necessidade individual, identificação que permite prever situações em que esta pessoa necessita de orientação, ajuda, apoio, compensação, substituição. A resposta em enfermagem, modulada em relação à situação específica da pessoa, mais uma vez será caracterizada com base em influências ambientais específicas.

No âmbito das ações incluídas no Modelo da Atenção em Enfermagem, são as ações de orientação e ajuda, em particular, que ressaltam com suas ações o triplo componente da necessidade de cuidado e a influência do ambiente. Com efeito, ao planejar ilustrar para a pessoa os fatores que podem influenciar as necessidades de enfermagem, são levados em consideração conteúdos como hábitos, crenças, clima etc.

Isso significa, por exemplo, que quando o enfermeiro ensina o usuário a escolher ou preparar uma dieta, respeitando as prescrições, ele deve estar atento e sensível aos significados culturais que a pessoa pode atribuir à alimentação. Na verdade, em alguns grupos, o estar com sobrepeso tem como valor o ser amado e querido pelos familiares. Neste caso, um cliente obeso com diabetes a quem simplesmente é dito para perder peso pode não conseguir seguir a dieta prescrita devido ao significado cultural que atribui à obesidade. Além disso, em ações que têm por objetivo “endereço” e “guiar”, o termo pessoa pode referir-se tanto ao usuário quanto a pessoas significativas para esse usuário.

Nesse sentido, foi demonstrado que a participação ativa do pai na vida familiar está associada a um aumento nos hábitos de saúde por todos os membros da família. O pai pode realmente moldar e ensinar as crianças para que atendam às próprias necessidades, como a prática higiênica de lavar os dentes; além disso, sua participação geral nas atividades familiares pode apoiar a mãe a ensinar os mesmos comportamentos. Nos dois casos, podem ser obtidas melhorias nos hábitos de cuidado à saúde da criança. O enfermeiro, ao prestar assistência de enfermagem à criança, terá, portanto, que considerar a influência exercida pelo pai em seus hábitos de higiene e, portanto, realizar

ações de orientação, especialmente informando sobre os efeitos dos hábitos/convicções sobre a higiene, também em relação a ele.

Em muitas situações, o enfermeiro inclui toda a família como destinatária de suas ações, ciente da influência que cada membro da família tem sobre o outro para alcançar um resultado de saúde ou para atender às necessidades de assistência de enfermagem dos usuários. Por exemplo, em um programa de prevenção ao tabagismo em uma escola, o enfermeiro, considerando a forte influência que os pais que fumam podem exercer, no ato 'informar sobre os efeitos dos hábitos/convicções sobre a respiração' também envolverão os pais na participação às reuniões.

Embora ações de endereçamento e guia sejam as mais evidentes nas abordagens aos diferentes componentes das necessidades de assistência de enfermagem, também as ações sustentar, compensar e substituir são proporcionadas de acordo com a conotação específica que assumem os componentes das necessidades de cuidado, conotação influenciada pelo meio ambiente.

Para incentivar a higiene de uma pessoa, é necessário, por exemplo, que o enfermeiro lhe forneça o material que ela está habituada a usar, um sabão neutro se aquele assistido for alérgico, um pente de dentes largos para a pessoa da raça negra com cabelos crespos, e disponha de um ambiente adequado respeitando os tempos e os métodos de higiene que a pessoa geralmente utiliza.

RELAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA ASSISTIDA

Rogers e Maslow consideram todas as pessoas dentro de um processo de se tornar (ou seja, em movimento em direção ao próprio potencial) e não como a representação de produtos acabados; eles estão convencidos de que as pessoas estejam voltadas a uma direção fundamentalmente positiva, direcionada ao crescimento. À tal convicção está ligado:

1. o saber identificar o valor e o potencial existente em cada pessoa, que, mesmo que pareça empobrecida e doente, possui forças a serem mobilizadas para satisfazer suas necessidades;

2. o reconhecer que as pessoas têm necessidades e estão motivadas a satisfazê-las, de modo que o comportamento do indivíduo, além de ter um seu significado próprio e preciso, é determinado pelas suas necessidades.

Fazendo nossas algumas das considerações anteriores, torna-se possível afirmar que as pessoas com necessidades de assistência de enfermagem são motivadas a colaborar para satisfazê-las, segundo formas condizentes ao seu comportamento, este último determinado pelo ambiente sociocultural em que estão inseridas. Este importante conceito implica a crença de que o comportamento de cada pessoa assistida tem um significado próprio e preciso, por mais estranho ou errado que possa parecer. Esta afirmação significa que as ações de uma pessoa transmitem mensagens relacionadas às suas crenças, aos seus sentimentos, bem como à sua funcionalidade física. O acima exposto deve ser considerado válido também para o enfermeiro.

A relação entre enfermeiro e pessoa assistida assume o caráter de um encontro entre dois universos distintos, cada um caracterizado pelo próprio ambiente físico, social e cultural de origem: por um lado a pessoa que necessita de ajuda para satisfazer as suas necessidades e por outro o profissional que, exercendo a disciplina Enfermagem, presta cuidados em resposta à necessidade de assistência de enfermagem identificada.

Visto que o encontro entre o profissional de saúde e as pessoas cuidadas têm sempre o caráter de um confronto entre dois universos culturais, é fundamental que o enfermeiro se torne sensível não apenas aos valores e estilos de vida expressos pela pessoa assistida, mas ao próprio significado cultural das próprias práticas e convenções. Uma reflexão antropológica sobre a própria cultura, a prática de uma constante autoetnografia que realce o caráter cultural dos nossos pressupostos implícitos, isto é, de todas aquelas coisas que são tidas como óbvias e certas, permite-nos distinguir entre as nossas necessidades e as do paciente, entre uma assistência eficaz e adequada e a simples reconfirmação, através dos gestos e julgamentos habituais, das nossas certezas indiscutíveis.

Com base no exposto e ainda com ligação à ação em enfermagem delineada pelo Modelo de referência, afirma-se que:

1. a prestação de cuidado envolve uma relação em que o enfermeiro estabelece com alguém diferente de si para ajudá-lo a satisfazer as suas necessidades de assistência de enfermagem;
2. a atividade de enfermagem é constituída por ações compensatórias de cuidado que são alcançadas por meio de uma relação de confiança e cooperação, em que o enfermeiro interage fortemente com o assistido para construir a solução para a necessidade de cuidados identificada;
3. a relação de cuidado é definida quando o enfermeiro e o assistido se encontram pela primeira vez. Esse momento de encontro é caracterizado por um amplo poder discricionário do enfermeiro que decide, entre outras coisas, a forma como enfrentar o relacionamento interpessoal com o assistido e sua família ou grupo. Esta relação é essencial e decisiva não só no que diz respeito à qualidade do cuidado, mas também no que diz respeito ao fato de que cada atuação de cada enfermeiro é original e única, uma vez que os métodos de resposta do enfermeiro são caracterizados pelo ambiente em que vive e pelo qual é influenciado;
4. o encontro entre enfermeiro e assistido permanece, porém, sempre dentro de uma relação profissional; esta afirmação significa que, embora a modalidade de resposta do profissional enfermeiro seja única, a lógica do processo decisório subjacente à atuação da enfermagem não se altera: cada ação e cada ato são escolhidos de acordo com a sua capacidade de resposta à manifestação particular assumida pela necessidade de cuidados, manifestação que nada mais é do que o resultado das influências exercidas pelo ambiente sobre os componentes da mesma necessidade de assistência de enfermagem.

INDIVIDUAÇÃO DAS AÇÕES EM ENFERMAGEM

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A RESPIRAÇÃO |
|--------------------------------|--|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Descrever à pessoa os fatores ambientais que podem influenciar a respiração |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter a função respiratória |
| Sustentar | Favorecer a respiração Favorecer a execução de exercícios respiratórios |
| Compensar | Manter desobstruídas as vias aéreas |
| Substituir | Manter desobstruídas as vias aéreas Atuar manobras de reanimação respiratória |
| O cuidado pode incluir a ação: | Monitorar a respiração |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A ALIMENTAÇÃO E A HIDRATAÇÃO |
|--------------------------------|--|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Descrever à pessoa os fatores que podem influenciar alimentação e hidratação |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter alimentação e hidratação |
| Sustentar | Favorecer a ingestão de alimentos e/ou bebidas (dieta livre) Favorecer a ingestão de alimentos e bebidas permitidos |
| Compensar | Alimentar e hidratar por via enteral natural |
| Substituir | Alimentar e hidratar por via enteral artificial |
| O cuidado pode incluir a ação: | Monitorar o balanço hídrico e o aporte alimentar |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A ELIMINAÇÃO URINÁRIA E INTESTINAL |
|--------------------------------|---|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Informar à pessoa os fatores que podem influenciar eliminação urinária e intestinal |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter a função urinária e intestinal |
| Sustentar | Favorecer a eliminação espontânea |
| Compensar | Manter o defluxo de urina, fezes e gases |
| Substituir | Obter a evacuação de urins e fezes mediante instrumentos |
| O cuidado pode incluir a ação: | Monitorar a eliminação Monitorar a evacuação |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A HIGIENE |
|-----------------------------|--|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Descrever à pessoa os fatores que podem influenciar a higiene |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as maneiras de manter a higiene e o vestuário apropriado |
| Sustentar | Favorecer a higiene e vestimenta |
| Compensar | Fornecer uma ajuda parcial para a higiene e o vestuário |
| Substituir | Executar a higiene Executar curativos |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR O MOVIMENTO |
|--------------------------------|--|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Descrever à pessoa os fatores que podem influenciar o movimento e a atividade física |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter o movimento |
| Sustentar | Favorecer a deambulação e a mobilização espontânea Favorecer a execução de exercícios musculares ativos |
| Compensar | Fornecer uma ajuda parcial para a deambulação e a mobilização |
| Substituir | Mover e posicionar a pessoa Efetuar exercícios de mobilização passiva |
| O cuidado pode incluir a ação: | Monitorar a capacidade motora |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR O REPOUSO E O SONO |
|--------------------------------|---|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Ilustrar à pessoa sobre os fatores que podem influenciar o repouso e o sono |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre os modos para manter o repouso e o sono |
| Sustentar | Favorecer o início e a continuação do sono Favorecer o relaxamento |
| O cuidado pode incluir a ação: | Monitorar o sono |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A FUNÇÃO CARDIOCIRCULATÓRIA |
|--------------------------------|--|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Ilustrar à pessoa os fatores que podem influenciar a função cardiocirculatória |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter a função cardiocirculatória |
| Sustentar | Favorecer a circulação |
| Compensar | Melhorar a circulação nos tecidos periféricos mediante compressão externa |
| Substituir | Manter a temperatura corpórea Atuar manobras de reanimação cardiocirculatória |
| O cuidado pode incluir a ação: | Monitorar a funcionalidade cardiocirculatória Monitorar o estado da cútis e das mucosas |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR UM AMBIENTE SEGURO |
|-----------------------------|--|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Guiar | Instruir a pessoa a prevenir riscos ambientais |
| Substituir | Manter o microclima Prevenir e/ou reduzir os ruídos Prevenir os traumas e as quedas Prevenir os riscos do gás Prevenir os riscos da eletricidade e os incêndios Prevenir as infecções |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A INTERAÇÃO NA COMUNICAÇÃO |
|--|---|
| | Recolher dados finalizados da assistência de enfermagem (mediante colóquio e/ou gravações) ¹ |
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Ilustrar à pessoa os fatores que podem influenciar a interação na comunicação |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter a comunicação |
| Sustentar | Favorecer a comunicação verbal |
| Compensar | Ajudar a pessoa a transmitir e receber mensagens |
| Substituir | Utilizar meios e métodos em substituição à comunicação verbal |
| ¹ É relatada essa ação, mesmo sendo a coleta de dados uma fase do processo de assistência de enfermagem, enquanto inerente à prestação. | |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | APLICAR OS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS |
|-----------------------------|--|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre a gestão da terapia |
| Sustentar | Favorecer a assunção de substâncias terapêuticas |
| Substituir | Administrar substâncias terapêuticas Executar a diálise Introduzir e/ou manter a funcionalidade de sondas, catéteres e drenos Manter e/ou remover os dispositivos ortopédicos Executar ataduras e medicações (com emprego de fármacos) Executar pressoterapia |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | EXECUTAR OS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-----------------------------|---|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Guiar | Instruir a pessoa na gestão do material biológico |
| Substituir | Executar exames instrumentais Recolher material biológico Monitorar o estado de consciência |

A CLASSIFICAÇÃO DOS ATOS DE ENFERMAGEM E A INDIVIDUAÇÃO DOS MESMOS

Nas tabelas propostas, cada ação em enfermagem contém um conjunto de ações que, agrupadas por finalidade comum, podem ser utilizadas pelo enfermeiro para realizar a ação pretendida propriamente dita, de forma a responder à necessidade de assistência de enfermagem.

As ações previstas dentro de cada ação podem ser utilizadas para múltiplas ações pertencentes a serviços diferentes, de forma a satisfazer outras necessidades, ainda que nas tabelas propostas abaixo as ações nunca se repitam em mais de uma ação, deixando ao enfermeiro critério na escolha de ações a serem implementadas.

Na verdade, os atos com uma determinada finalidade podem exigir atos incluídos em outros níveis do continuum. Portanto, nestes níveis (correspondentes aos propósitos de endereçar, guiar, sustentar, compensar e substituir), cada nível subsequente pode conter atos expressos no nível anterior.

Isto é para reiterar que, dada a individualidade da manifestação e da satisfação das necessidades da pessoa assistida, há uma integração de ações que o profissional pode e deve realizar, mas que não é possível codificar ou representar em nenhum esquema.

Em essência, a apresentação das prestações de cuidado, a sua divisão em ações e subsequentemente em atos, nunca devem ser lidas como uma quebra rígida do “fazer em enfermagem”. De fato, a atividade do enfermeiro é suportada por um processo mental sistemático que o leva a escolher e finalizar as suas prestações para responder a uma necessidade, recorrendo a ações e atos escolhidos com base na avaliação do caso individual tratado.

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A RESPIRAÇÃO |
|----------------------|--|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Descrever à pessoa os fatores ambientais que podem influenciar a respiração |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os efeitos de hábitos/convicções sobre a respiração • Informar sobre os efeitos do clima e do microclima sobre a respiração • Informar sobre os efeitos da atividade física/laboral sobre a respiração • Informar sobre os efeitos de substâncias farmacológicas sobre a respiração • Informar sobre os efeitos do abuso de substâncias alcoólicas/ excitantes sobre a respiração • Informar sobre os efeitos do uso de drogas sobre a respiração • Informar sobre os efeitos do estado emotivo sobre a respiração • Informar sobre os efeitos de alterações orgânicas sobre a respiração |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter a função respiratória |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a executar exercícios respiratórios e de tosse, drenagem postural • Ensinar a limpeza da cânula traqueal • Ensinar como utilizar os aparelhos que favorecem a respiração • Ensinar à pessoa como reconhecer as características da respiração |
| Sustentar | Favorecer a respiração |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a circulação de ar em frente ao rosto |
| | Favorecer a execução de exercícios respiratórios |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer utilizar dispositivos específicos¹ • Fazer executar a respiração diafragmática • Fazer executar a respiração através dos lábios semicerrados • Fazer executar a respiração costal baixa • Fazer executar a respiração costal alta • Fazer executar a respiração segmental |
| Compensar | Manter livres as vias aéreas (sem intervenções invasivas) |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efetuar percussões e vibrações • Fazer efetuar exercícios de tosse • Limpar a cânula traqueal • Efetuar a drenagem postural |

| | |
|--|---|
| Substituir | Manter livres as vias aéreas |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> Aspirar as secreções das vias aéreas superiores Executar a manobra de Heimlich Fazer assumir uma posição de segurança |
| | Atuar manobras de reanimação respiratória |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> Executar a ventilação manual com Ambu |
| | Monitorar a respiração <ul style="list-style-type: none"> Identificar os caracteres da respiração |
| ¹ Por exemplo, os indicadores de fluxo respiratório | |
| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A ALIMENTAÇÃO E A HIDRATAÇÃO |
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Demonstrar à pessoa os fatores que podem influenciar a alimentação e a hidratação |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> Informar sobre os efeitos de hábitos/convicções sobre a alimentação e hidratação Informar sobre os efeitos da atividade física/laboral sobre a alimentação e hidratação Informar sobre os efeitos do clima sobre a alimentação e hidratação Informar sobre os efeitos de substâncias farmacológicas na alimentação e hidratação Informar sobre os efeitos do abuso de substâncias alcoólicas/excitantes na alimentação e hidratação Informar sobre os efeitos do uso de drogas na alimentação e hidratação Informar sobre os efeitos do estado emotivo na alimentação e hidratação Informar sobre os efeitos de alterações orgânicas na alimentação e hidratação |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter a alimentação e a hidratação |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> Ensinar os comportamentos para favorecer uma alimentação e hidratação equilibradas Indicar os motivos e os princípios da dieta a seguir Ensinar a escolher/preparar uma dieta respeitando os gostos e/ou as prescrições Ensinar as modalidades de amamentação no seio e/ou com a mamadeira Ensinar as modalidades para o desmame da criança Ensinar a monitorar a ingestão de alimentos e/ou bebidas |

| | |
|---|---|
| Sustentar | Favorecer a ingestão de alimentos e/ou bebidas (dieta livre) |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a prótese dentária • Fornecer os meios normais que permitem levar o alimento e a comida à boca e/ou aqueles que permitem comer e beber sem babar² • Fornecer o extrator de leite materno • Preparar/fornecer a comida e/ou a bebida apropriada em quantidade, temperatura, consistência, condimento • Preparar uma mamadeira de leite artificial • Fornecer dietas de vários tipos • Fornecer alimentos de baixa carga bacteriana ou estéreis |
| Compensar | Alimentar e hidratar por via enteral natural |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar comida na boca • Oferecer o que beber • Alimentar o recém-nascido com mamadeira |
| Substituir | Alimentar e hidratar por via enteral artificial |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir a sonda nasogástrica • Administrar alimentos e/ou líquidos por sonda • Administrar alimentos e/ou líquidos por estomia <p>Monitorar o equilíbrio hídrico e o aporte alimentar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar o peso e/ou a altura • Identificar a espessura das dobras cutâneas do tríceps • Identificar a circunferência muscular na metade do braço • Mensurar as entradas por via enteral • Mensurar as entradas por via parenteral • Mensurar a urina • Pesas as fezes • Quantificar o vômito • Calcular a perspiratio insensibilis |
| <p>¹ Por exemplo: copos com bico ou com duas alças, tigelas e pratos fundos, talheres com cabos embutidos.</p> | |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A ELIMINAÇÃO URINÁRIA E INTESTINAL |
|--|---|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Descrever à pessoa os fatores que podem influenciar a eliminação urinária e intestinal |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os efeitos de hábitos/convicções sobre a eliminação • Informar sobre os efeitos da alimentação/hidratação sobre a eliminação • Informar sobre os efeitos da atividade física/laboral sobre a eliminação • Informar sobre os efeitos do clima sobre a eliminação • Informar sobre os efeitos de substâncias farmacológicas sobre a eliminação • Informar sobre os efeitos do estado emotivo sobre a eliminação • Informar sobre os efeitos de alterações orgânicas sobre a eliminação |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter a função urinária e intestinal |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar os comportamentos que favorecem uma eliminação regular • Ensinar como utilizar os aparelhos para favorecer a eliminação de urina, fezes e gases • Ensinar como monitorar quantidade, frequência, cor das micções e dejeções |
| Sustentar | Favorecer a eliminação voluntária |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer auxílios para a eliminação¹ • Estimular o reflexo esfinteriano digitalmente ou instrumentalmente • Estimular a micção |
| Compensar | Manter o defluxo de urina, fezes e gases |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar auxílios² para a coleta/drenagem dos resíduos orgânicos |
| Substituir | Obter a evacuação de urina e fezes mediante instrumentos |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Executar o cateterismo vesical • Executar o clister evacuativo • Executar o esvaziamento manual da ampola retal |
| | Monitorar a eliminação <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os caracteres da diurese e da micção • Identificar os caracteres das fezes e da evacuação |
| ¹ Se entendem auxílios como: urinol, comadre, papagaio. ² Se entendem auxílios como: preservativo, fraldão, placas, sacos, sonda retal. | |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A HIGIENE |
|----------------------|--|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Informar à pessoa os fatores que podem influenciar a higiene e a vestimenta |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os efeitos de hábitos/convicções sobre higiene e vestuário • Informar sobre os efeitos da atividade física/laboral sobre a higiene e o vestuário • Informar sobre os efeitos do clima sobre a higiene e o vestuário • Informar sobre os efeitos do estado emotivo sobre a higiene e o vestuário • Informar sobre os efeitos de alterações orgânicas sobre a higiene e o vestuário |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter a higiene e o vestuário apropriado |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar os princípios com os quais efetuar a higiene e os cuidados com o corpo • Indicar os produtos e acessórios com os quais efetuar a higiene e o cuidado com o corpo • Indicar o uso de roupas especiais e acessórios para o vestuário |
| Apoiar | Favorecer a higiene e a vestimenta |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer material habitual per a higiene ou materiais e produtos especiais¹ • Fornecer o vestuário habitual ou roupas particulares² • Fornecer instrumentos que tornem mais fácil a higiene e o vestir³ |
| Compensar | Fornecer ajuda parcial para a higiene e a vestimenta |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a pessoa a tomar banho e ducha • Ajudar a pessoa a lavar os cabelos • Ajudar a pessoa a fazer o pedilúvio • Ajudar a pessoa a lavar o rosto e as mãos • Ajudar a pessoa a fazer a higiene perineal • Ajudar a pessoa na higiene oral • Ajudar a pessoa a se barbear • Ajudar a pessoa a cortar as unhas • Ajudar a pessoa a se pentear • Ajudar a pessoa a tirar e vestir as roupas |

| | |
|---|---|
| Substituir | Efetuar a higiene |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Executar banho ou ducha • Lavar os cabelos • Executar o pedilúvio • Lavar o rosto e as mãos • Executar a higiene perineal • Executar a higiene oral • Barbear • Cortar as unhas • Pentear • Tirar/Colocar as vestimentas |
| | Executar curativos (sem emprego de fármacos) |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Medicar as feridas |
| ¹ Por exemplo, soluções efervescentes para a higiene da cavidade bucal. ² Por exemplo, vestuário para sala operatória, roupas sem fechos e abotoaduras complexos. ³ Por exemplo, manoplas, calçadeiras e escovas de cabo longo | |
| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR O MOVIMENTO |
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Demonstrar à pessoa os fatores que podem influenciar o movimento e a atividade física |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os efeitos de hábitos/convicções no movimento • Informar sobre os efeitos da atividade laboral no movimento • Informar sobre os efeitos do clima no movimento • Informar sobre os efeitos de substâncias farmacológicas no movimento • Informar sobre os efeitos do abuso de substâncias alcoólicas/ excitantes no movimento • Informar sobre os efeitos do uso de drogas no movimento • Informar sobre os efeitos do estado emotivo no movimento Informar sobre os efeitos de alterações orgânicas no movimento |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter o movimento |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar como executar a mobilização • Ensinar como manter a postura apropriada • Ensinar como realizar os exercícios que favorecem o trofismo muscular e a funcionalidade articular • Ensinar como utilizar auxílios e próteses para favorecer o movimento e a postura |

| | |
|------------|--|
| Sustentar | Favorecer a deambulação e a mobilização espontânea |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer utilizar os auxílios necessários para a deambulação e a mobilização¹ • Fazer utilizar os auxílios necessários para manter a posição de algumas partes do corpo² |
| | Favorecer a execução de exercícios musculares ativos |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer levantar as pernas e/ou os braços (com ou sem pesos) • Pedir à pessoa para se levantar e se sentar alternativamente • Fazer mover as pernas em pêndulo e/ou bicicleta • Fazer abrir e fechar as mãos em punho • Fazer flexionar e estender, contrair e afastar os membros |
| Compensar | Fornecer ajuda parcial para a deambulação e a mobilização |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a pessoa a assumir e/ou manter a posição supina • Ajudar a pessoa a assumir e/ou manter o decúbito lateral • Ajudar a pessoa a assumir e/ou manter a posição prona • Ajudar a pessoa a assumir e/ou manter a posição semissentada • Ajudar a pessoa a assumir e/ou manter a posição sentada • Ajudar a pessoa a deslocar-se da cama para a poltrona/cadeira de rodas e/ou vice-versa • Ajudar a pessoa a deslocar-se da cama para a maca e/ou vice-versa • Ajudar a pessoa na deambulação |
| Substituir | Mover e posicionar a pessoa |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar e/ou manter a posição supino • Posicionar e/ou manter decúbito lateral • Posicionar e/ou manter decúbito prono • Posicionar e/ou manter a pessoa semissentada • Posicionar e/ou manter membros e extremidades em posição funcional • Transferir a pessoa do leito à poltrona/cadeira de rodas e/ou vice-versa • Transferir a pessoa do leito à maca e/ou vice-versa |
| | Efetuar exercícios de mobilização passiva |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levantar as pernas e/ou os braços da pessoa • Mover as pernas da pessoa em pêndulo e/ou em bicicleta • Abrir e fechar em punho as mãos da pessoa • Flexionar e estender os membros da pessoa |

| | |
|---|--|
| | Monitorar a capacidade motora <ul style="list-style-type: none"> • Identificar o tempo transcorrido pela pessoa em pé, sentada, deitada • Identificar a força muscular • Identificar a mobilidade articular |
| ¹ Por exemplo: membros artificiais, muletas, cadeira de rodas, sapatos ortopédicos, tutores. ² Por exemplo: almofadas, calços, espaldares, chuveiros, posicionamento apoiado, camas articuladas. | |
| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR O REPOUSO E O SONO |
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Demonstrar à pessoa os fatores que podem influenciar o repouso e o sono |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os efeitos de hábitos/convicções sobre repouso e sono • Informar sobre os efeitos da atividade física/laboral sobre repouso e sono • Informar sobre os efeitos do clima e do microclima no repouso e sono • Informar sobre os efeitos da alimentação/hidratação no repouso e sono • Informar sobre os efeitos de substâncias farmacológicas no repouso e sono • Informar sobre os efeitos do abuso de substâncias alcoólicas/excitantantes no repouso e sono • Informar sobre os efeitos do uso de drogas no repouso e sono • Informar sobre os efeitos do estado emotivo no repouso e sono • Informar sobre os efeitos de alterações orgânicas no repouso e sono |
| Guiar | Instruir a persona sobre as modalidades para manter o repouso e o sono |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Indicar os comportamentos que favorecem o repouso e o sono • Explicar como efetuar exercícios de relaxamento |
| Sustentar | Favorecer o início e a continuação do sono |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer material de leitura adaptado e de acordo com os gostos e exigências • Fornecer tampões auriculares e viseiras de blackout |
| | Favorecer o relaxamento |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnicas de relaxamento¹ |
| | Monitorar o sono <ul style="list-style-type: none"> • Detectar a duração e a qualidade do sono |
| ¹ Por exemplo: favorecer a escuta de música, leitura, contar histórias, embalar, massagear. | |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A FUNÇÃO CARDIOCIRCULATÓRIA |
|----------------------|---|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Endereçar | Informar a pessoa sobre os fatores que podem influenciar a função cardiocirculatória |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Informar os efeitos de hábitos/convicções sobre a função cardiocirculatória • Informar os efeitos da atividade física/laboral sobre a função cardiocirculatória • Informar os efeitos do clima e do microclima sobre a função cardiocirculatória • Informar os efeitos da alimentação/hidratação sobre a função cardiocirculatória • Informar os efeitos de substâncias farmacológicas sobre a função cardiocirculatória • Informar os efeitos do abuso de substâncias alcoólicas/excitantes sobre a função cardiocirculatória • Informar os efeitos do estado emotivo sobre a função cardiocirculatória • Informar os efeitos de alterações orgânicas sobre a função cardiocirculatória |
| Guiar | Instruir a pessoa sobre os modos de manter a função cardiocirculatória |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar os exercícios para favorecer a circulação • Ensinar como identificar a temperatura corpórea, a pressão arterial e a frequência cardíaca • Ensinar como controlar o estado da cútis • Ensinar como utilizar as aplicações de calor e frio • Ensinar como utilizar auxílios que favoreçam a circulação |
| Sustentar | Favorecer a circulação |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a manter as extremidades em posição inclinada • Ajudar a manter as extremidades em posição anti-inclinada • Ajudar a tomar uma posição antichoque • Ajudar a utilizar os auxílios de atos para evitar compressão em certas áreas¹ |
| Compensar | Melhorar a perfusão nos tecidos periféricos por compressão externa |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Friccionar a pele • Massagear os membros superiores e/ou inferiores |
| Substituir | Manter a temperatura corpórea |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar auxílios para manter a temperatura corpórea² • Utilizar esponjas ou banhos frios e/ou quentes • Aplicar a bolsa de água quente • Aplicar a bolsa de gelo ou gelo sintético • Aplicar compressas quentes-úmidas |

| | |
|-----------------------------|---|
| | Atuar manobras de reanimação cardiocirculatória |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Efetuar a estimulação cardíaca com soco precordial • Efetuar a massagem cardíaca externa |
| | Monitorar a funcionalidade cardiocirculatória <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a temperatura corpórea • Identificar a frequência cardíaca central • Identificar a frequência cardíaca periférica • Identificar a pressão arterial |
| | Monitorar o estado da cutis e das mucosas <ul style="list-style-type: none"> • Identificar o colorido • Identificar cada compressão • Identificar o estado de hidratação • Identificar a integridade • Identificar a temperatura |
| | ¹ Por exemplo: levantadores de cobertores, estofamentos etc. |
| | ² Por exemplo: camas d'água com temperatura regulável, cobertores ou invólucros de vários materiais. |
| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR UM AMBIENTE SEGURO |
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Guiar | Instruir a pessoa a prevenir riscos ambientais |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Indicar os comportamentos e as modalidades para evitar os traumas e as quedas • Indicar os comportamentos e as modalidades para evitar envenenamentos/intoxicações • Indicar os comportamentos e os modos para evitar danos da eletricidade e os incêndios • Indicar os comportamentos e os modalidades de intervir no microclima • Indicar, em um ambiente novo, a localização dos aposentos/serviços • Ensinar a utilização dos sistemas de chamada e socorro • Ensinar como preparar os locais para o isolamento • Ensinar os modos de emprego das barreiras protetivas |
| Substituir | Manter o microclima |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Regular a temperatura • Regular a taxa de umidade dos ambientes • Ventilar os locais |
| | Prevenir e/ou reduzir ruídos |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar a manutenção periódica das partes móveis de acessórios e auxílios • Limitar os ruídos difusos¹ • Utilizar painéis móveis insonorizantes |

| | |
|---|--|
| | Prevenir os traumas e as quedas |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar a manutenção periódica dos auxílios de deambulação, mover-se/levantar-se • Regular a iluminação • Remover dos percursos objetos fonte de obstáculo ou escorregamento |
| | Prevenir riscos com o gás |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar o controle de aparelhos emissores de gás • Observar as normas de segurança para o uso de glutaraldeídos e similares |
| | Prevenir os riscos com eletricidade e incêndio |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar o controle de sistemas e equipamentos elétricos • Providenciar o controle dos sistemas de prevenção de incêndio |
| | Prevenir as infecções |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Preparar os quartos para o isolamento • Manter uma carga microbiana baixa nos ambientes confinados de alto risco |
| ¹ Entende-se por “ruídos difusos” aqueles produzidos por fontes como, por exemplo, TV, rádio, monitores, calçados. | |
| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | ASSEGURAR A INTERAÇÃO NA COMUNICAÇÃO |
| FINALIDADE | AÇÕES |
| | Coletar dados voltados à assistência de enfermagem (mediante colóquio e/ou gravação) |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Efetuar um colóquio com a pessoa assistida • Efetuar um colóquio com as pessoas significativas • Efetuar uma revisão dos documentos significativos para a assistência de enfermagem • Efetuar um colóquio com os colegas e/ou com outros profissionais • Registrar os dados coletados |
| Endereçar | Demonstrar à pessoa os fatores que podem influenciar a interação na comunicação |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os efeitos das substâncias farmacológicas sobre a interação na comunicação • Informar sobre os efeitos do abuso de substâncias alcoólicas/excitantes na interação e comunicação • Informar sobre os efeitos do uso de drogas na interação e comunicação • Informar sobre os efeitos do estado emocional na interação e comunicação • Informar sobre os efeitos de alterações orgânicas na interação e comunicação na respiração |

| | |
|--|--|
| Guiar | Instruir a pessoa sobre as modalidades para manter a comunicação |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Indicar as diversas modalidades de comunicação • Ensinar como utilizar auxílios e técnicas para a comunicação |
| Sustentar | Favorecer a comunicação verbal |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar e/ou manter a interação com a pessoa • Iniciar e/ou manter a interação com as pessoas significativas • Incentivar a expressão oral de eventos e situações que preocupam a pessoa que está sendo cuidada e/ou as pessoas significativas |
| Compensar | Ajudar a pessoa em transmitir e compreender as mensagens |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Valer-se de um intérprete e/ou de colaboradores • Fornecer/utilizar meios e técnicas que permitem a comunicação oral e escrita¹ |
| Substituir | Usar meios e métodos em substituição à comunicação verbal |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar e/ou fazer utilizar a comunicação • Fornecer estímulos sensoriais |
| ¹ Por exemplo: material de escrita, contra-cânula oclusiva, amplificador, intercomunicador, leitura labial. | |
| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | APLICAR OS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS |
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Guiar | Instruir a pessoa na gestão da terapia |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Indicar as condições para administração da terapia • Ensinar a obter a dosagem das substâncias terapêuticas • Indicar o comportamento a adotar em caso de erro na ingestão de substâncias terapêuticas • Indicar os métodos de conservação das substâncias terapêuticas • Ensinar como usar materiais e dispositivos de saúde • Indicar os cuidados a tomar na exposição a terapias com radiações ionizantes e não ionizantes |
| Sustentar | Favorecer a ingestão de substâncias terapêuticas |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Preparar as substâncias terapêuticas para a autoadministração |

| | |
|------------|--|
| Substituir | Administrar substâncias terapêuticas |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar substâncias terapêuticas por via oral • Administrar substâncias terapêuticas por SNG • Administrar substâncias terapêuticas em mucosas • Administrar substâncias terapêuticas por via transcutânea • Administrar substâncias terapêuticas por via subcutânea • Administrar substâncias terapêuticas por via intramuscular • Administrar substâncias terapêuticas por via intravenosa • Realizar oxigenoterapia |
| | Executar a diálise |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efetuar a diálise peritoneal intermitente • Efetuar a diálise peritoneal contínua • Efetuar a hemodiálise |
| | Introduzir e/ou manter a funcionalidade de sondas, catéteres, drenagens |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir e controlar a sonda retal • Introduzir e controlar o cateter vertical • Introduzir e controlar a sonda vaginal • Introduzir e controlar a sonda estomal • Executar a lavagem vesical contínua • Controlar as drenagens • Introduzir e controlar os catéteres venosos periféricos • Controlar os catéteres venosos centrais |
| | Manter e/ou remover os dispositivos ortopédicos |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar a tração transesquelética • Remover os aparelhos gessados |
| | Executar ataduras e curativos (com emprego de fármacos) |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efetuar ataduras • Mediar feridas sem drenagem • Mediar feridas com drenagem • Remover os pontos de sutura |
| | Executar a pressoterapia |
| | <p>Atos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar luvas, meias, ataduras elásticas • Utilizar dispositivos pneumáticos |

| PRESTAÇÃO DE CUIDADO | EXECUTAR OS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS |
|----------------------|---|
| FINALIDADE | AÇÕES |
| Guiar | Instruir a pessoa na gestão do material biológico |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar as modalidades para colher e conservar uma amostra de fezes e/ou urina |
| Substituir | Executar os exames instrumentais |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Executar o ECG • Medir a PVC • Executar a intradermoreação • Executar o teste cutâneo (tuberculina) • Aplicar as vacinas |
| | Recolher material biológico |
| | Atos <ul style="list-style-type: none"> • Recolher a urina • Recolher as fezes • Recolher as secreções e/ou líquidos de drenagem • Aplicar o esfregaço nasal/oral (swab) • Aplicar o esfregaço auricular (swab) • Coletar amostra das secreções vaginais • Coletar amostra de sangue venoso • Coletar amostra hemática capilar |
| | Monitorar o estado de consciência <ul style="list-style-type: none"> • Fazer à pessoa perguntas verbais • Submeter a pessoa a estímulos tácteis, térmicos, doloríficos • Verificar o reflexo fotomotor |





CAPÍTULO 4

METODOLOGIA PARA A APLICAÇÃO DO MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

No capítulo anterior apresentei o Modelo da Atenção em Enfermagem que representa o primeiro modelo teórico italiano, porém, o que seria um Modelo Teórico não aplicável? Cito Ernest Greenwood:

[...] a importância da teoria implica uma forma de atividade normalmente não encontrada numa ocupação não profissional, isto é, o estabelecimento de uma teoria através de pesquisa sistemática. Para formular teorias aptas a produzir uma base sólida para as técnicas profissionais, é necessária a aplicação do método científico aos problemas relativos à profissão. A prática constante do método científico fortalece, no entanto, os elementos da racionalidade.

A força de uma teoria reside, portanto, na sua aplicabilidade e nos “resultados”, não menos importantes, que afetam a qualidade, neste caso, da assistência de enfermagem prestada e no exercício da profissão de enfermeiro. Na verdade, uma teoria poderia ser aplicável, mas não “produzir vantagens” quer para a qualidade do “produto final” (neste caso, a assistência de enfermagem), quer para o profissional que exerce uma profissão (neste caso, o enfermeiro). Uma teoria carente de ambos os requisitos, de aplicabilidade e de resultados positivos, é um fim em si mesma e, em qualquer caso, impede a conquista da autonomia profissional.

A aplicabilidade do Modelo da Atenção em Enfermagem foi testada e os resultados obtidos respondem plenamente às expectativas e objetivos que eu me havia proposto: personalizar a assistência de enfermagem e tornar esta atividade uma profissão.

Com isso, não quero impor meu ponto de vista. Ao contrário, espero que o estudo e a pesquisa na área da enfermagem continuem neste sentido e que outros modelos teóricos italianos possam ser desenvolvidos, para que o debate que leva à consolidação da disciplina Enfermagem cresça e produza aquela proliferação de ramos teóricos em torno dos quais se agrupam as especializações.

A METODOLOGIA CIENTÍFICA

A metodologia desenvolvida para consentir ao enfermeiro exercer a própria capacidade de tipo decisional relativamente à atividade de classificação das situações problemáticas profissionais e aplicação de modelos comportamentais. A Atenção em Enfermagem como Modelo capaz de ensinar a leitura das necessidades de assistência de enfermagem e a respectiva prestação de cuidado está intimamente ligada à metodologia de resolução de problemas (problem solving), a identificação com a cidadania e com a saúde da coletividade. Há estreita necessidade de estudo e desenvolvimento integrados a outras áreas, como a psicologia e a gestão/gerência, ciências humanas e ciências sociais.

Na verdade, a identificação da necessidade de assistência de enfermagem às pessoas representa para o enfermeiro um problema da área de conhecimento em enfermagem, o qual se centra na própria atenção e sobre o qual aplica os próprios conhecimentos e metodologias disciplinares.

A SOLUÇÃO DE PROBLEMAS (*PROBLEM SOLVING*)

Nos últimos anos, a pesquisa se concentrou no tema da resolução de problemas. As opiniões sobre o tema não coincidem, pois alguns especialistas consideram a experiência individual como o principal fator na resolução de

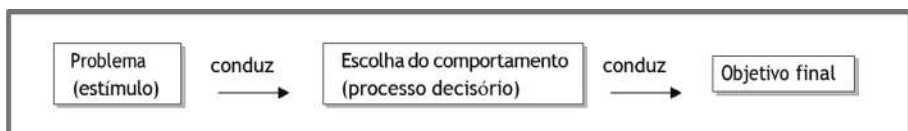
problemas, enquanto outros defendem a primazia da percepção do problema, como um guia eficaz para a sua solução.

Foram realizadas inúmeras experiências que melhoraram até certo ponto o conhecimento sobre como o homem resolve os problemas, mas ainda há muito a descobrir, mesmo que, naturalmente, muitas teorias tenham sido elaboradas sobre o assunto. Uma das mais acreditadas afirma que na resolução de problemas são executadas instruções detalhadas a nível inconsciente, equivalentes a programas de computador que organizam, em seqüências ordenadas, mas complexas, as miríades de informações elementares presentes na nossa mente. Precisamente nessas seqüências reside a capacidade de reagir ao ambiente e de adaptar-se a ele com um processo cognitivo dinâmico.

Tal processo requer não tanto a faculdade de pensar em geral, quanto a capacidade mais específica de observar, pesquisar e modificar a pesquisa com base nas indicações obtidas, com um mecanismo clássico de retroação (*feedback*), bem conhecido na teoria dos controles e da regulação. Em suma, o indivíduo dispõe de um método baseado em uma determinada lógica, que se desenvolve segundo uma série de etapas que começam com a tomada de consciência da existência de um determinado problema e que terminam com a ação prática. Esta abordagem ajuda a reduzir erros e aumenta a eficácia das informações e dos recursos de que a pessoa dispõe.

É necessário também considerar mais de perto as conexões e distinções que se deve saber gerir. O ambiente em mudança é o estímulo que coloca o problema. Ao sentir algum desconforto, somos induzidos a reagir desencadeando um processo decisório que deve ser direcionado para uma finalidade ou objetivo final, conforme indica o diagrama da figura 4.1.

Figura 4.1 Solução de problema.



Neste esquema, os problemas constituem o ponto de partida com base nos quais são escolhidas as ações adequadas para atingir o objetivo final. Nesta perspectiva, portanto, a resolução de problemas é vista como uma forma de reagir aos problemas: trata-se sem dúvida de uma simplificação extrema.

O MÉTODO RACIONAL DE DECISÃO (PROCESSO DECISÓRIO)

A seguir resumo as fases que materializam o processo decisório através de um método racional: a decisão como processo, a definição de processo decisório e a realização do processo decisório. Adotar um método racional, lógico na decisão significa conceber a decisão não como um ato isolado e autônomo, mas como um processo contínuo. Por que como um processo? Quando uma decisão é tomada, isto é, quando uma escolha é feita, esta geralmente aparece ao observador externo como um evento único, realizado em si mesmo: um evento que ocorre apenas naquele determinado momento, e que antes desse momento não subsiste. Em outras palavras, antes que a decisão seja tomada ou que a escolha seja feita, não se pode dizer que ela existe: a decisão existe apenas no preciso momento em que é tomada. Se isto é verdade, também é verdade que o homem, a menos que não seja um louco, ou que se deixe levar à ação por impulsos imprevistos e irracionais (como acontece por exemplo em um momento de raiva), não raciocina por impulsos, por compartimentos estanques – como se deveria admitir se se considerasse cada decisão como um evento isolado – mas segue uma ordem lógica e contínua de pensamento. Este pensamento se concretiza às vezes em “atos”, que são justamente aqueles que comumente se chamam “decisões” ou “escolhas”.

A decisão pode então ser definida como o ato em que se concretiza praticamente o processo racional realizado permanentemente pelo indivíduo que tende a atingir determinados objetivos a partir de determinados dados. Só se se concebe a decisão como um processo é possível compreender em seu valor exato as razões, o significado e as implicações imediatas e remotas de

cada ato de decisão. Caso contrário, qualquer tentativa de justificação parece fadada ao fracasso.

Por trás de cada decisão aparentemente isolada e completa em si mesma, de fato, há tempos de estudo, coleta e tratamento de dados, de exame das possíveis alternativas, de elaboração de programas, de revisão dos objetivos iniciais.

O processo racional que leva à decisão é denominado processo decisório. Querendo dar uma definição mais ampla, pode-se dizer que o processo de decisão é o processo racional contínuo através do qual, a partir de determinados dados e realizando uma análise e avaliação sobre a conveniência e consequências das possíveis soluções alternativas, no que diz respeito a um objetivo específico, se faz a escolha final.

Aplicando o método científico às várias fases em que se divide este processo, é possível torná-lo um verdadeiro esquema lógico a seguir na tomada de qualquer decisão. Seguindo as fases deste esquema, reduz-se significativamente a possibilidade de fazer escolhas incorretas, de tomar decisões precipitadas e improvisadas e de não considerar adequadamente todos os elementos do problema que requer uma decisão. Em última análise, se diminui o coeficiente de risco inerente à tomada de decisão.

A exigência de seguir um esquema lógico para chegar à decisão é reiterada pelo fato de, dentro de uma organização, a verdadeira dificuldade não consistir tanto em identificar a solução exata de um problema, mas identificar exatamente o problema. Não apenas: uma vez identificado o problema e decidida a ação a seguir, é necessário garantir que esta siga o seu curso e não seja encoberta ou dificultada por aqueles a quem está confiada a sua execução. Além disso, deve-se garantir que em qualquer momento e a qualquer nível o processo de tomada de decisão em curso não entre em conflito com outros processos de tomada de decisão e com as políticas e os objetivos gerais da organização.

Face a tais exigências, e para evitar que a alguns pontos não seja dada a necessária consideração, é fundamental que o processo decisório, para ser realizado de forma correta, seja dividido numa série de fases:

1. identificação e definição do problema;
2. análise do problema;
3. pesquisa e exame das soluções alternativas;
4. escolha da melhor solução;
5. implementação da solução escolhida;
6. controle dos resultados.

O PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO UM MODELO

O processo de assistência de enfermagem tem origem na aplicação do conhecimento em enfermagem como princípio do método experimental de solução de problemas. O método disciplinar básico aqui identificado permite ao profissional, que possui os conhecimentos disciplinares da ciência em enfermagem, de exercer a própria capacidade de decisão relativamente à classificação das situações problemáticas profissionais e à aplicação de modelos comportamentais em enfermagem, as prestações de cuidado, capazes de resolver as necessidades de Atenção em Enfermagem na saúde coletiva. O processo de assistência de enfermagem é aplicável no seu sentido metodológico, em cada âmbito profissional do conhecimento em enfermagem e em qualquer estrutura lógico-conceitual da disciplina.

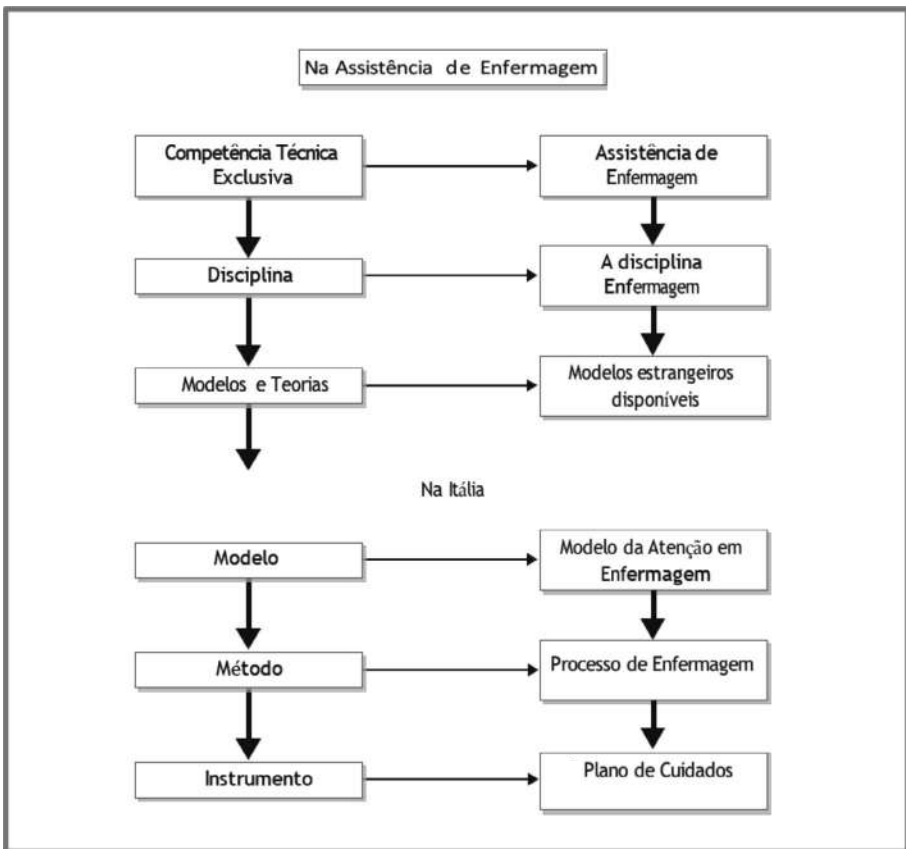
A PRÁXIS DEVE SER ORIENTADA PELA TEORIA

A indicação de que a práxis deve ser orientada pela teoria é quase axiomática, norteia o pensamento filosófico e epistemológico desde as grandes escolas de pensamento grego. A ideia de que o pensamento precede a ação foi então desenvolvida ao longo dos séculos até se estruturar, no nosso século, em sistemas de formação aptos a fornecer aos profissionais modelos comportamentais aplicáveis à realidade.

Querendo utilizar uma classificação epistemológica simples, e talvez simplista, deveríamos dividir cada reflexão cognitiva que se deseja aplicar à prática

em modelo, método e instrumento. O modelo identifica uma representação simplificada da realidade e fornece, ao sistema profissional, uma justificativa ideal do comportamento profissional. O método, específico da disciplina, representa o caminho conceptual a seguir para aplicar o conhecimento à realidade, e o instrumento o meio com o qual se deseja prosseguir o caminho (Fig. 4.2).

Figura 4.2 Da teoria à prática.



Em virtude da classificação de epistemologia aristotélica, estamos num nível prático da disciplina Enfermagem; em um nível do saber pragmaticamente prático que tem por objeto o Processo de Enfermagem. A necessidade para

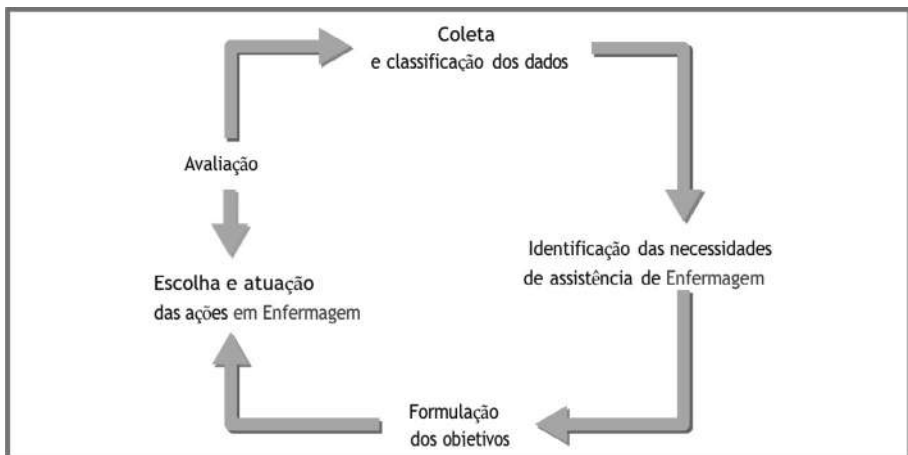
o enfermeiro, em relação assistencial com a pessoa assistida, de seguir uma metodologia configurável como Processo de Enfermagem, bem como possuir instrumentos aplicativos eficazes, permite uma atenção orientada à estrutura conceitual ou substancial que consente aperfeiçoar métodos e instrumental.

O Processo de Enfermagem parte de uma necessidade que leva a pessoa a solicitar a intervenção em enfermagem e ao profissional enfermeiro empreender um procedimento resolutivo, colocando a serviço do homem o próprio conhecimento.

O Processo de Enfermagem orientado pelo Modelo da Atenção em Enfermagem é composto por cinco fases interligadas em uma relação circular (Fig. 4.3):

1. coleta e classificação dos dados;
2. identificação das necessidades de assistência de enfermagem;
3. formulação dos objetivos;
4. escolha e atuação das ações em enfermagem;
5. avaliação.

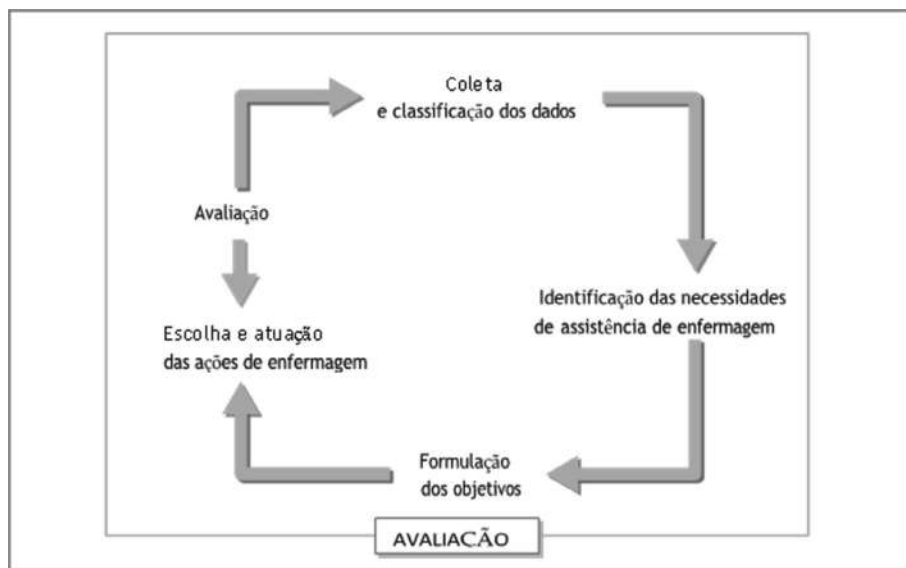
Figura 4.3 Processo de Enfermagem orientado pelo Modelo da Atenção em Enfermagem.



A avaliação, embora seja e continue a ser uma fase do processo e, portanto, um “momento” de consideração global-final, não deve ser considerada apenas nesse contexto. A avaliação também é transferida para qualquer momento do processo de cuidado e, portanto, dentro das demais fases. De fato, além da avaliação estabelecida como quinta fase do processo de assistência de enfermagem, na fase de coleta e classificação dos dados prevê-se uma “avaliação inicial” e nas fases intermédias uma “avaliação contínua”.

O Processo de Enfermagem não é realizado apenas uma vez para cada pessoa; deve ser repetido continuamente e várias vezes para a mesma pessoa. Na verdade, ocorre sempre que é detectada uma necessidade de assistência de enfermagem; cada necessidade exige uma resposta, isto é, a atuação em enfermagem para a qual é necessária a implementação de um processo de cuidado (Fig. 4.4).

Figura 4.4 A avaliação pode levar à repetição do Processo de Enfermagem.



A condição inicial que permite ao enfermeiro relacionar-se com a pessoa assistida é uma situação de desconforto, uma situação problemática e

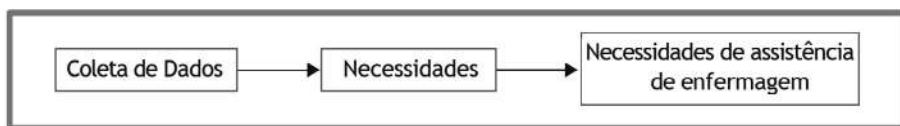
genérica que leva a pessoa a solicitar, de forma clara ou não, a contribuição do profissional e, vice-versa, leva o enfermeiro a assumir a responsabilidade pela situação de necessidade da sua competência disciplinar.

A coleta e classificação dos dados são orientadas pelos conceitos fundamentais da disciplina em Enfermagem e, em particular, pela forma como estes são definidos no Modelo da Atenção em Enfermagem. Visa obter informações relativas ao homem, à sua saúde, ao ambiente e à assistência de enfermagem (ver capítulo 2), bem como ao grau de autonomia da pessoa na satisfação da necessidade para poder planejar ações em enfermagem com fins de endereçamento, guia, suporte, compensação e substituição (ver capítulo 3).

É um compromisso sistemático de coleta, organização, classificação e interpretação de todos os dados que concorrem para o plano de cuidado. A partir da reflexão e interpretação dos dados coletados, o enfermeiro chega à identificação das necessidades de assistência de enfermagem que coincide com o processo diagnóstico, entendido como dedução decorrente da decodificação dos dados realizada por meio do núcleo do Modelo da Atenção em Enfermagem.

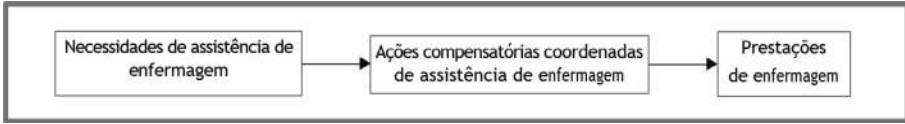
A necessidade de assistência de enfermagem, conforme já explicado nas páginas anteriores, é composta por três componentes, biológico, psicológico e sociocultural, mas para os dois últimos aspectos, não é possível conceber uma diagnose de enfermagem. De fato, enquanto o primeiro componente permanece o mesmo em todos os homens, os outros dois variam de indivíduo para indivíduo tornando qualquer sistema e classificação impossível. (Fig. 4.5).

Figura 4.5



A partir da reflexão e da interpretação dos dados, emergem as necessidades satisfeitas autonomamente pela própria pessoa, que devem ser supervisionadas adequadamente, e as necessidades de assistência de enfermagem. Estas últimas devem ser submetidas ao imediato interesse resolutivo (Fig. 4.6).

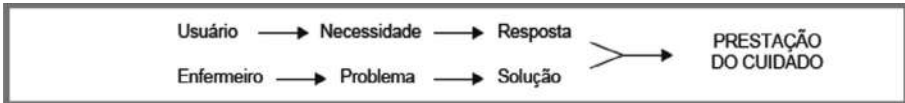
Figura 4.6



O aspecto resolutivo passa pela formulação dos objetivos, ou seja, a meta predefinida como alcançável pela pessoa assistida. Do ponto de vista da enfermagem, o objetivo é alcançado através das prestações de cuidado, ou seja, “um complexo de ações coordenadas para resolver uma necessidade específica que se manifestou em um cidadão usuário”.

Com o objetivo deve ser indicada a ação a ser implementada, os critérios de avaliação e o compromisso de tempo estimado. O objetivo representa a meta, a chegada que se pretende e que se deve alcançar (Fig. 4.7).

Figura 4.7



No Modelo da Atenção em Enfermagem o objetivo repropõe em termos positivos a situação que em termos negativos havia levado à identificação da necessidade de assistência de enfermagem. Portanto, o objetivo a ser alcançado representa para o usuário a resolução da necessidade de assistência de enfermagem e para o enfermeiro a atuação em enfermagem.

A definição dos objetivos parece logo estar intimamente ligada à sua formulação, em termos de linguagem técnica; ou seja, são formulados obedecendo ao valor sintático, semântico e pragmático da linguagem do Modelo da Atenção em Enfermagem.

Existem um ou mais objetivos para cada necessidade de assistência de enfermagem que devem ser expressos em termos mensuráveis, observáveis, reais, comportamentais e temporais.

Com a escolha e atuação das ações em enfermagem adequadas à consecução dos objetivos, o enfermeiro propõe soluções específicas

relacionadas com as características da pessoa e, em última análise, adequadas à resolução da tripla dimensão da necessidade de assistência de enfermagem (biológica, psicológica, sociocultural).

A última fase do Processo de Enfermagem, como método disciplinar da ciência em enfermagem, é a da avaliação: esta deve ser calibrada aos objetivos que o usuário deve alcançar através da nossa intervenção. O cumprimento do objetivo é verificado justamente com a avaliação final. Mediante um mecanismo de feedback é possível estabelecer se a solução da necessidade de assistência de enfermagem foi resolvida.

Se a finalidade, entendida como objetivo, não foi alcançada, o processo terá de ser retomado e se realizará assim a característica dinamicidade e circularidade do Processo de Enfermagem.

O PLANO DE CUIDADO

Os instrumentos, no sentido disciplinar, devem ser entendidos como meios que permitem aplicar o Processo de Enfermagem ao indivíduo. O Processo de Enfermagem, como forma de pensar do enfermeiro, concretiza-se no Plano de Cuidado (prescrição), que reflete as fases do método próprio da disciplina Enfermagem e torna visível o caminho lógico percorrido pelo próprio enfermeiro.

O plano de assistência de enfermagem permite identificar as ações em enfermagem relacionadas àquelas pessoas, naquele ambiente específico, naquele momento específico da jornada (da vida à morte). É a ferramenta que permite concretizar o processo de enfermagem em um contexto espacial e temporal. O Plano de Cuidado é um instrumento dinâmico, porquanto é dinâmica a relação com a pessoa assistida e permite a individualização do modo cuidador para cada pessoa.

Os planos de cuidado são tantos quantos são os destinatários e através deles o enfermeiro descobre a pessoa, as suas formas de satisfação das necessidades, bem como as necessidades de assistência de enfermagem e pode

determinar os objetivos a atingir para os quais introduz as próprias ações em enfermagem. O plano constitui a implementação do processo em papel ou computador e deve necessariamente ser adaptado aos contextos temporais, espaciais e socioculturais em que se exerce a prática da ciência em enfermagem.

O Plano de Cuidado configura-se como um instrumento disciplinar, pois é capaz de confrontar o Modelo da Atenção em Enfermagem com cada indivíduo que encontra. É o meio que concretiza a personalização da assistência de enfermagem, sua prescrição a ser executada por si mesmo, por aqueles a quem supervisiona ou àqueles de direito no dentre os papéis de trabalhadores nos serviços de saúde. Se o Processo de Enfermagem é único, os Planos de Cuidado são tantos quantos são os destinatários da atenção em enfermagem.

Do ponto de vista formal, há que se afirmar que nenhum instrumento disciplinar em Enfermagem pode ser definido como tal se não abranger todas as fases do Processo de Enfermagem. O Plano de Cuidado é um instrumento profundamente correlato à realidade em que será utilizado: a sua criação depende do “tipo” de enfermeiro que o utiliza e das particulares manifestações das necessidades de assistência de enfermagem das pessoas sob cuidado. Isso leva a dizer que não existe um instrumento melhor que outro; existe um instrumento útil para cada realidade, ou não útil.

Em conclusão, reitera-se, então, que o Plano de Cuidado deve, necessariamente, ser orientado pelo processo de enfermagem e pelo modelo conceitual tomado como referência. O Plano de Cuidado deve ser simples, orientado para o resultado, guiado e deve requerer uma formação preliminar sobre a visão conceitual que o inspirou.

Para maior clareza, deve-se precisar que o Plano de Cuidado também é comumente chamado de “Registro de Enfermagem” (termo usado no jargão comum dos enfermeiros). Neste texto, prefere-se usar o termo plano de assistência de enfermagem, porquanto o mesmo se diferencia substancialmente da denominada Ficha de Enfermagem, considerando que o Plano somente será o instrumento aplicativo do Processo de Enfermagem se orientado por

um modelo, não podendo, portanto, reduzir-se a uma simples coleta de dados, como poderia ser uma ficha. Nada impede, uma vez estabelecido esse conceito, de utilizar o termo Registro de Enfermagem como ferramenta de aplicação do Processo de Enfermagem, desde que fique claro que se trata do Plano de Assistência de Enfermagem, tendo como fonte o Modelo da Atenção em Enfermagem.

ELABORAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Conforme mencionado anteriormente, o plano de assistência de enfermagem é o instrumento do processo de enfermagem, para cuja elaboração são relatadas a seguir as diretrizes e o exemplo de um Plano de Cuidado orientado de acordo com o Modelo da Atenção em Enfermagem.

Diretrizes

***Diretrizes para a elaboração de um instrumento de registro
para planejamento do cuidado na perspectiva do
Modelo da Atenção em Enfermagem***

A elaboração de um instrumento de registro, o plano de cuidado, não pode prescindir da reflexão apresentada sobre o Modelo da Atenção em Enfermagem e sobre o processo de enfermagem. Isso se articula em diversos componentes que têm a função de explicitar a planificação, a atuação e a avaliação da assistência de enfermagem prestada a uma pessoa.

- O instrumento de registro é composto essencialmente por:
 - Um primeiro momento de conhecimento da pessoa que começa com informações gerais e continua com a coleta de dados visando investigar:
 - as formas com que as necessidades se manifestam, segundo as suas diferentes dimensões (biofisiológica, psicológica, sociocultural);
 - as formas com as quais as pessoas habitualmente satisfazem algumas necessidades;
 - a existência de necessidades de assistência de enfermagem.
- **Para cada necessidade**, na primeira parte da coleta de dados, são relatados:
 - influência dos hábitos/condições na satisfação da necessidade;
 - autonomia/necessidade de ajuda para satisfazer a necessidade (conhecimentos e capacidades).

Se possível e apropriado esta parte é realizada com perguntas dirigidas à pessoa assistida. Na segunda parte, podem ser relatadas ulteriores observações e indicadores de funcionalidade úteis à planificação da assistência de enfermagem.

Quando todas as necessidades foram exploradas, o enfermeiro concluirá o colóquio/observação sondando a pessoa e os familiares:

- se há outros aspectos sobre os quais gostariam de falar e não foram abordados;
 - quais são as expectativas em relação à internação/assistência;
 - quais são as expectativas em relação aos cuidados de enfermagem.
-
- Um segundo momento de **planificação e atuação** da assistência de enfermagem que inicia com o plano de cuidado necessário para a satisfação das necessidades de assistência de enfermagem e continua com o preenchimento do prontuário de enfermagem.
 - Um terceiro momento destinado à **avaliação** conclusiva quanto ao estado de autonomia da pessoa na satisfação das necessidades de assistência de enfermagem. Se prevê também um espaço para anotar comunicações para os enfermeiros que irão atender a pessoa em outros serviços e/ou em momentos futuros.

O plano de assistência de enfermagem, como instrumento proposto, tem **validade geral e indicativa**, pois, por definição, os instrumentos são estreitamente ligados à realidade operativa dentro da qual o processo de enfermagem é implementado.

O instrumento **pode ser enriquecido**, conforme necessário, com fichas de registro concebidas para conter dados úteis para as atividades de enfermagem (por exemplo, ficha de ingestão alimentar etc.). Deixa-se às exigências de cada específica realidade operativa (hospital, domicílio, área intensiva, área pediátrica, área psiquiátrica etc.) a elaboração final do instrumento com a integração do que os colegas, com a sua competência e experiência, considerem significativo.

EXEMPLO DE UM PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Apresenta-se a seguir um Plano de Cuidado, estruturado e orientado pelo Modelo da Atenção em Enfermagem, elaborado em 1996, para a primeira edição deste texto. Sobre essa matriz foi agora desenvolvido (para esta edição) um instrumento que ajuda o enfermeiro a colher as variáveis do ambiente que possam caracterizar as necessidades de assistência de enfermagem da pessoa assistida para poder responder com a prestação do cuidado adequado (segue exemplo de Plano de Assistência de Enfermagem na primeira fase do Processo de Enfermagem).

Na verdade, é hoje universalmente reconhecido que o Processo de Enfermagem é o principal método através do qual a disciplina Enfermagem coloca a serviço do homem os próprios conhecimentos. A condição inicial que permite ao enfermeiro relacionar-se com o usuário é uma situação de desconforto, uma situação problemática e geral que leva a pessoa a solicitar, de forma clara ou não, a contribuição do profissional e, vice-versa, leva o enfermeiro a responsabilizar-se pela situação de necessidade da sua competência disciplinar.

Convencionalmente, o processo de enfermagem é descrito a partir da fase de coleta e classificação dos dados. Por um critério de interesse no confronto com o problema de enfermagem foi tomado em consideração de modo particular apenas a primeira fase do processo de enfermagem e nessa o ambiente físico, social e cultural no qual a pessoa vive. Foram previamente identificados os informantes do ambiente que são considerados os principais responsáveis pela caracterização das necessidades de assistência de enfermagem em seu tríplice componente de análise, dentro dos quais estão inseridos os vários itens do ambiente, os quais o enfermeiro deve conhecer para poder construir seu plano de cuidado.

A fim de que a abordagem crítica seja de alguma forma útil à práxis de enfermagem, foi oportuno colocar o enfermeiro em posição de detectar os elementos do ambiente que influenciam as necessidades de assistência de enfermagem em seu tríplice componente de análise e sobre os quais têm possibilidade de intervenção profissional, podendo, conseqüentemente, escolher e propor as ações adequadas para garantir uma resposta estruturada pela atenção em enfermagem.

Refazendo o caminho de análise realizado quanto à decomposição e classificação dos elementos constitutivos do ambiente físico e sociocultural, foram individuadas as referências de natureza conceitual, indicadores ou itens e informantes. Embora estes dois elementos sejam indispensáveis para realçar e definir os constituintes do ambiente físico e sociocultural no plano teórico,

devem ser-lhes aplicados os mesmos procedimentos de operacionalização para chegar às variáveis que permitem a sua detecção e classificação no plano prático, úteis para a coleta de informações sobre os elementos do ambiente que influenciam as necessidades de assistência de enfermagem.

A variável é justamente a contrapartida empírica da imagem conceitual: assume a função de representar o indicador, não assumindo, porém, todo o seu significado semântico. Em outras palavras, uma ou mais variáveis podem ser construídas em relação a um mesmo indicador. Com o propósito de evidenciar os itens que investigam o resultado de eventuais influências nas necessidades de assistência de enfermagem, foi analisada uma coleta e classificação dos dados existentes, orientada pelo Modelo da Atenção em Enfermagem. Essa coleta, relacionada às nove primeiras necessidades de assistência de enfermagem incluídas no Modelo, tem como objetivo investigar na primeira parte as formas como a necessidade se manifesta de acordo com as suas diferentes dimensões, na segunda parte as formas como a pessoa costuma satisfazer algumas necessidades e, finalmente, na terceira parte, a existência de necessidades de assistência de enfermagem.

Na primeira parte resultam como examinados diversos itens ambientais, tais como:

- os hábitos, que incorporam em si todas as normas culturais (usos, costumes, tradições, comportamentos) e o uso de dispositivos/auxílios, que podem também se referir ao uso de utensílios e equipamentos provenientes do ambiente cultural, veiculam os itens do ambiente social. De fato, resulta aleatório, operar um discernimento do ambiente sociocultural, identificado como “as duas faces da mesma moeda”.
- as condições podem também incluir possíveis influências exercidas pelo ambiente físico.

Uma outra consideração diz respeito ao termo “observações” incluído na coleta de dados sobre a necessidade de um ambiente seguro. Na verdade,

deve também ser entendido como a obtenção de dados a partir da observação direta do ambiente de vida e de trabalho da pessoa assistida, sendo os dados obtidos por entrevista apenas o espelho dos conhecimentos que a pessoa tem sobre o possível impacto do ambiente, plenamente compreendido, sobre as necessidades de assistência de enfermagem.

Como a necessidade de assistência de enfermagem pode ser desconhecida, a transformação de tal necessidade em necessidade manifesta deve ser operada pelo enfermeiro. A fim de completar o que emergiu da análise, considerou-se oportuno integrar a coleta e classificação dos dados tanto na parte relativa às informações gerais sobre a pessoa quanto na parte relativa a cada particular ou singular necessidade de assistência de enfermagem.

Os itens ambientais que influenciam as necessidades de assistência de enfermagem foram escolhidos enquanto significativos para o enfermeiro que pode intervir sobre eles na prestação de cuidado. No exemplo de Plano de Cuidado a seguir, as variáveis ambientais identificadas são mostradas em negrito.

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
(PRIMEIRA FASE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM)

Data de admissão

| | | |
|--------------------------|-------------|---------------------|
| Sobrenome | Nome | Leito n° |
| Data de nascimento | Idade | Nacionalidade |

Origem étnica Raça

Onde nasceu a pessoa

Onde viveu a pessoa de __/__/__ a __/__/__

Onde vive a pessoa

Comunicação verbal língua falada dialeto

Comunicação não verbal

Meios de comunicação preferidos escrita vídeo

Religião praticante sim não

Eventuais exigências e/ou proibições devidos à religião

Classe social alta média baixa

Atividade laboral:

atual

anterior

Título de estudo

Nível de instrução alto médio baixo

Interesses especiais

.....

.....

Endereço Telefone

Moradia casa apartamento (outro) sem residência fixa

cidade campo (outro)

Contato de um parente ou pessoa indicada

Estado civil

Papel na família

Composição familiar

Vínculos familiares família aberta família fechada

Eventuais implicações que o problema de saúde cria na vida da família

.....

.....

Grupo de pertencimento

Horários de visita de parentes e amigos

Proveniência: casa outro ente transferência interna de

Internações anteriores: não sim

Causas

Motivo da atual internação/ingresso (opinião da pessoa)

Orientação diagnóstica

Terapia em curso

Alergias não sim

Uso de tabaco/fumo/drogas não sim

Data e motivo da alta/transferência

NECESSIDADE DE INTERAÇÃO NA COMUNICAÇÃO

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Acredita que alguns hábitos e/ou condições favorecem a interação e/ou a comunicação | | | | |
| <input type="checkbox"/> não | | <input type="checkbox"/> não sabe | | <input type="checkbox"/> sim |
| Acredita que alguns hábitos e/ou condições dificultam a interação e/ou comunicação | | | | |
| <input type="checkbox"/> não | | <input type="checkbox"/> não sabe | | <input type="checkbox"/> sim |
| Notou modificações no último período | | | | |
| <input type="checkbox"/> não | | <input type="checkbox"/> sim | | |
| A pessoa sente necessidade de ter um parente/pessoa significativa próximo a ela. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Utiliza particulares meios/técnicas para se comunicar <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | | | | |
| (se sim) | | <input type="checkbox"/> material para a escrita | | <input type="checkbox"/> contracânula oclusiva |
| | | <input type="checkbox"/> (outro) | | |
| Utiliza particulares meios/técnicas para poder compreender as mensagens <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | | | | |
| (se sim) | | <input type="checkbox"/> óculos/lentes | | <input type="checkbox"/> próteses acústicas |
| | | <input type="checkbox"/> (outro) | | |
| Lê e escreve no idioma | | | | |
| Necessita de ajuda para | | | | |
| <input type="checkbox"/> manter a interação | | <input type="checkbox"/> utilizar auxílios/próteses | | |
| <input type="checkbox"/> manter estímulos sensoriais | | | | |
| <input type="checkbox"/> (outro) | | | | |
| Participou da anamnese com o enfermeiro | | | | |
| <input type="checkbox"/> sem problemas | | <input type="checkbox"/> com dificuldade | | |
| Ao final da anamnese a pessoa demonstra não conhecer: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Observações | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| A pessoa parece | | | | |
| <input type="checkbox"/> presente | | <input type="checkbox"/> ansiosa | | <input type="checkbox"/> aflita |
| <input type="checkbox"/> desconfiada | | <input type="checkbox"/> (outro) | | <input type="checkbox"/> em coma |
| | | | | <input type="checkbox"/> deprimida |

NECESSIDADE DE UM AMBIENTE SEGURO

Acredita estar exposto a fatores físicos que não permitam manter um ambiente seguro

- | | | |
|-----------|------------------------------|------------------------------|
| Ruídos | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |
| Vibrações | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |
| Radiações | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |

Acredita estar exposto a fatores químicos que não permitam manter um ambiente seguro

- não sim

Acredita que alguns hábitos e/ou condições não lhe permitem manter um ambiente seguro

- não não sabe sim

Acredita que alguns hábitos e/ou condições lhe permitem manter um ambiente seguro

- não não sabe sim

Tem notado modificações nos últimos tempos

- não sim

Utiliza

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> aparelhos elétricos | <input type="checkbox"/> próteses/auxílios |
| <input type="checkbox"/> cilindros para oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> materiais infectados |
| <input type="checkbox"/> (outro) | |

Necessita de ajuda para

- manter o microclima
 prevenir riscos da eletricidade
 utilizar os sistemas de chamada/socorro
 (outro)

Ao final da anamnese a pessoa demonstra não conhecer:

.....

.....

Observações

.....

NECESSIDADE DE MOVIMENTO

Quais são os hábitos em relação ao movimento.....
.....
.....

Acredita que alguns hábitos e/ou condições favoreçam a mobilização
 não não sabe sim

Acredita que alguns hábitos e/ou condições dificultem a mobilização
 não não sabe sim

Notou modificações nos últimos tempos não sim

Quais são as barreiras arquitetônicas que impedem o movimento.....
.....
.....

Tem convicções específicas transmitidas pela sabedoria popular sobre a mobilização
.....
.....
.....

Que valor dá ao movimento
.....
.....

Usa medidas/auxílios específicos para se alimentar e hidratar-se não sim
(se sim) usa acessórios/auxílios efetua exercícios musculares
 (outro)

Necessita de ajuda para caminhar assumir e manter a postura
 levantar da cama utilizar prótese
 (outro)

Ao final da anamnese a pessoa demonstra não conhecer:.....
.....
.....

Observações .
.....
.....
.....

Tônus muscular :..... Mobilidade articular
Dor incidente não sim
(outro).

NECESSIDADE DE ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

Quais são os hábitos relacionados a alimentação e hidratação.....
.....

Considera que alguns hábitos e/ou condições favoreçam a alimentação e hidratação
 não não sabe sim

Considera que alguns hábitos e/ou condições dificultem a alimentação e a hidratação
 não não sabe sim

Tem notado modificações nos últimos tempos não sim

Tem convicções específicas transmitidas pela sabedoria popular sobre alimentação e hidratação
.....
.....

Qual valor dá à alimentação e à hidratação
.....

Usa medidas/auxílios específicos para se alimentar e hidratar-se não sim
(se sim) segue uma dieta usa prótese dentária
 é portador de sonda nasogástrica é portador de gastrostomia
 (outro) :

Necessita de ajuda para assumir a posição utilizar a prótese
 preparar os alimentos ingerir alimentos e bebida pela boca
 ingerir alimentos por via enteral artificial
 (outro) :

Ao final da anamnese a pessoa demonstra não conhecer:
.....

Observações:.....
.....
.....

Peso Altura
(outro)

NECESSIDADE DE ELIMINAÇÃO URINÁRIA E INTESTINAL

Quais são os hábitos relacionados a alimentação e hidratação.....
.....

Considera que alguns hábitos e/ou condições favoreçam a alimentação e hidratação
 não não sabe sim

Considera que alguns hábitos e/ou condições dificultem a alimentação e a hidratação
 não não sabe sim

Tem notado modificações nos últimos tempos não sim

Tem convicções específicas transmitidas pela sabedoria popular sobre alimentação e hidratação
.....
.....

Qual valor dá à alimentação e à hidratação
.....

Usa medidas/auxílios específicos para se alimentar e hidratar-se não sim
(se sim) segue uma dieta usa prótese dentária
 é portador de sonda nasogástrica é portador de gastrostomia
 (outro)

Necessita de ajuda para assumir a posição utilizar a prótese
 preparar os alimentos ingerir alimentos e bebida pela boca
 ingerir alimentos por via enteral artificial
 (outro)

Ao final da anamnese a pessoa demonstra não conhecer:
.....
.....

Observações
.....
.....

Peso Altura
(outro)

NECESSIDADE DE HIGIENE

Quais são os hábitos em relação à higiene parcial e total

Quais são os hábitos em relação à vestimenta

Considera que alguns hábitos e/ou condições favoreçam a higiene e a vestimenta
 não não sabe sim

Considera que alguns hábitos e/ou condições prejudiquem a higiene e a vestimenta
 não não sabe sim

Percebeu modificações nos últimos tempos não sim

Tem convicções específicas transmitidas pela sabedoria popular sobre a higiene e a vestimenta.....

Qual valor atribui à vestimenta

Usa medidas/auxílios específicos para a higiene e a vestimenta não sim

Necessita de ajuda para utilizar produtos/auxílios fazer a higiene parcial
 fazer a higiene total se vestir/tirar as roupas
 (outro)

Ao final da anamnese a pessoa demonstra não conhecer:

Observações.....

O aspecto parece cuidado descuidado
A vestimenta parece cuidado descuidado
(outro)

NECESSIDADE DE REPOUSO E SONO

Quais são os hábitos e/ou condições relativos aos repouso e ao sono

.....
.....

Acredita que alguns hábitos e/ou condições favoreçam o repouso e o sono

não não sabe sim

Acredita que alguns hábitos e/ou condições prejudiquem o repouso e o sono

não não sabe sim

Tem notado modificações nos últimos tempos não sim

Tem convicções específicas transmitidas pela sabedoria popular sobre o repouso e o sono.

.....
.....

Qual valor atribui ao repouso e ao sono

.....
.....

Usa com autonomia medidas/auxílios específicos para favorecer o sono não sim

(se sim)

lê

assiste TV

usa auxílios

toma remédios

(outros)

Necessita de ajuda para

relaxar dispor/utilizar

(outros)

Ao final da anamnese a pessoa demonstra não conhecer:

.....
.....

Observações

.....
.....

Horas de sono

Despertares noturnos não sim

(outro).

NECESSIDADE DA FUNÇÃO CARDIOCIRCULATÓRIA

Acredita que alguns hábitos e/ou condições favoreçam a função cardiocirculatória
 não não sabe sim

Acredita que alguns hábitos e/ou condições atrapalhem a função cardiocirculatória
 não não sabe sim

Tem notado modificações nos últimos tempos não sim

Tem convicções específicas transmitidas pela sabedoria popular sobre a função cardiocirculatória
.....
.....

Usa medidas/auxílios específicos para manter a função cardiocirculatória
 não sim

(se sim) mantém a posição usa auxílios
 (outro)

Necessita de ajuda para manter posições utilizar auxílios
 (outro)

Ao final da anamnese a pessoa demonstra não conhecer:.....
.....
.....

Observações
.....
.....

FC. PA. TC. (tipo de medição)
Lesões cutâneas:
(outro):

NECESSIDADE DE RESPIRAÇÃO

Acredita que alguns hábitos e/ou condições favoreçam a respiração

não não sabe sim

Acredita que alguns hábitos e/ou condições atrapalhem a respiração

não não sabe sim

Tem notado modificações nos últimos tempos não sim

Tem convicções específicas transmitidas pela sabedoria popular sobre a respiração

.....
.....

Usa medidas/auxílios específicos para favorecer a respiração não sim

(se sim)

mantém a posição utiliza auxílios

efetua ginástica respiratória

(outro)

Necessita de ajuda para

manter posições efetuar exercícios respiratórios

utilizar auxílios

(outro)

Ao final da anamnese a pessoa demonstra não conhecer:

.....
.....

Observações:

.....
.....

FR: Tipo e respiração

Colorido da cútis:

das mucosas:

do leito ungueal:

(Outros)

Aspectos dos quais a pessoa gostaria de falar com o enfermeiro e que não foram tratados

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Expectativas em relação a esta internação/atenção domiciliar/cuidados

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Expectativas em relação à assistência de enfermagem

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Os familiares relatam,

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Assinatura do Enfermeiro

.....

NA ALTA HOSPITALAR

AValiação DO GRAU DE AUTONOMIA DA PESSOA NA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES
DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MOMENTO DA ALTA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMUNICAÇÕES E ENCONTROS COM OPERADORES DE OUTRAS ESTRUTURAS
SOCIOSSANITÁRIAS DOS SERVIÇOS TERRITORIAIS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ASSINATURA DO ENFERMEIRO

.....

DATA

.....

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: FAZER DE UMA PROFISSÃO AUTÔNOMA

Revedo o caminho percorrido até aqui, ao longo deste livro, tenho agora certeza de afirmar que “a enfermagem é uma profissão autônoma”. Desde a primeira página foi declarado que a distinção fundamental entre ser ou não uma profissão é que as profissões baseiam a sua prática profissional “numa base de conhecimentos organizados num sistema inteiramente coerente, denominado corpo de teoria”. O terceiro e mais importante capítulo deste volume foi dedicado ao Modelo da Atenção em Enfermagem que representa uma teorização que orienta o *fazer* da enfermagem mais bem expresso como exercício profissional.

A verificação do nível teórico do Modelo apresentado pode ser feita utilizando os critérios desenvolvidos por Dikhoff, James e Wiedenbak (conforme já indicado no capítulo 1), que propuseram quatro níveis que permitem classificar os modelos com base no seu desenvolvimento teórico. Esses níveis incluem teorias:

- descritivas, no primeiro nível;
- descritivas, também no segundo nível;
- preditivas, no terceiro nível;
- prescritivas, no quarto nível.

As teorias de primeiro nível descrevem de modo abstrato os fenômenos ou classes de fenômenos de que tratam; as de segundo nível descrevem e relacionam entre si os fenômenos ou classes de fenômenos; as teorias de terceiro nível predizem (também) ulteriores relações; as teorias de quarto nível fornecem indicações precisas para direcionar a ação e são chamadas de “teorias prescritivas” ou “teorias para a prática”.

A aplicação da teoria na prática é o conteúdo do capítulo 4. Me parece que posso afirmar, segundo os critérios de Dikhoff, James e Wiedenbak, que no Modelo da Atenção em Enfermagem os conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem têm uma definição peculiar

e uma posição lógica inter-relacionada. São declarados métodos e instrumentos que permitem recolocar na prática a visão da profissão e manter o vínculo teoria-prática.

Segundo o esquema proposto pelos três autores, o Modelo da Atenção em Enfermagem pode ser classificado no quarto nível teórico, pois:

- descreve os conceitos de significado monosssemântico e concreto;
- explica as relações entre conceitos de significado monosssemântico;
- conceitualiza o propósito da assistência de enfermagem;
- conceitualiza, dentro da Atenção em Enfermagem, ações específicas a serem realizadas para atingir o objetivo do cuidado da prática cuidadora.

A inclusão da formação em Universidade é também a garantia de um percurso de estudos baseado na teoria como base para a prática. Segundo Greenwood: “a preparação extensiva na teoria sistemática de sua disciplina proporciona ao profissional um tipo de conhecimento que, em comparação, torna evidente a ignorância do indivíduo não profissional”.

Disso deriva a autoridade profissional, pois, numa relação profissional, é o profissional que detém o monopólio do julgamento de seu trabalho. Este monopólio está ligado ao conhecimento do próprio trabalho, e à definição clara e precisa da própria competência.

Me sinto agora à vontade para afirmar que a profissão em Enfermagem na Itália identificou claramente os objetivos a alcançar e como alcançá-los para progredir no processo de profissionalização. O Modelo apresentado ainda é uma contribuição válida para este processo; na verdade, enquanto teoria, se compartilhada, pode ser aplicado e constituir os termos dentro dos quais o profissional enfermeiro racionaliza as suas operações em situações concretas.

DO CUIDADO À PRÁTICA CUIDADORA NOS FAZERES DA ENFERMAGEM

A revisitação e o enriquecimento crítico do antigo descritor ocupacional (rol de tarefas/ocupação) levaram ao modelo da atenção em enfermagem (aptidão profissional/profissão). Neste ponto o objetivo consiste em situar, depois de realizada uma análise da realidade, o enfermeiro (ou melhor, o grupo organizado de enfermeiros) no *continuum* previsto por Severino Salvemini (La progettazione delle mansioni)⁴³.

Nesse continuum, onde se localizaria a assistência de enfermagem e quais elementos poderiam ser enucleados pelo Modelo da Atenção em Enfermagem? Neste ponto é oportuno repropor os conceitos que surgiram ao tratar do enriquecimento da ocupação e combiná-los com a disciplina específica, utilizando o referido Modelo como referência conceitual à profissão. Isso pode nos ajudar a compreender a realidade: existe ou não o que cria a nossa identidade profissional? Quais são, no Modelo, os parâmetros objetivos que nos permitem ler a realidade?

Estas questões podem ser respondidas analisando o desenvolvimento e a utilização do conceito de “Atenção” na disciplina Enfermagem e como isso afeta a organização do trabalho. Na verdade, como já tratado nos capítulos anteriores, partindo do conceito de “prestação” proposto por Salvemini chegamos à definição de “Atenção” em Enfermagem, prevista no Modelo da Atenção em Enfermagem. O esquema abaixo resume suas diferentes características:

43 N.T.: A ideia de uma “progettazione delle mansioni” corresponderia a uma ideia de organização do trabalho com base na planificação das tarefas.

| Salvemini A planificação das tarefas | Cantarelli Modelo do Plano de Assistência de Enfermagem |
|---|--|
| <p>Planificação do Desempenho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Execução: exerce diretamente a atividade laborativa, mas à função de execução, se agregam também aquelas de seguimento indicado. • Programação: estabelece os objetivos (resultados). • Organização: avaliação dos recursos. • Controle: avaliação dos resultados. | <p>Plano de Assistência de Enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Execução: se dá por suposto que para a enfermagem exista o momento da tipologia trabalho por descrição de tarefas, que, mais especificadamente, se concretiza no exercício das ações compensatórias providas pela assistência de enfermagem. • Programação: o enfermeiro estabelece os objetivos da atenção e, em situação/em ato, planifica a assistência de enfermagem. • Organização: o enfermeiro escolhe métodos, instrumentos e tempos mediante os quais persegue os objetivos propostos, segundo os conhecimentos próprios da área. • Controle: o enfermeiro tem pleno controle sobre as etapas de seu trabalho em virtude da autonomia implícita e do nível de conhecimentos possuído, conseqüentemente avalia os resultados produzidos e agregados pela atenção em enfermagem. |

Referindo-nos à Atenção em Enfermagem como um descritor de tarefas enriquecido, torna-se também essencial lembrar os conceitos fundamentais do Modelo, pois os mesmos assumem um significado relevante no planejamento da própria atenção.

- Necessidade = determina claramente o serviço, pois quando o serviço está bem definido, fica igualmente definido o sujeito que responde à necessidade.
- Ação de Enfermagem = ações coordenadas, pois o mecanismo de coordenação fica com o profissional.
- Processo decisório = o processo de assistência de enfermagem demonstra o controle que o profissional tem nas diversas etapas, ou seja, desde a coleta de dados até a execução das ações.
- Autonomia = decorre do controle que o profissional tem sobre as etapas do processo de tomada de decisão.
- Responsabilidade = o conhecimento, a autonomia disciplinar, o controle mais ou menos extensivo sobre o processo de tomada de decisão significa que o profissional é responsável pelos resultados/ações.

O quanto descrito é, em síntese, a “transição” de uma atividade baseada em tarefas para uma atividade baseada em desempenho mediante planificação em ato, o que envolve também uma mudança no papel da enfermagem: de enfermeira executora a enfermeira profissional.

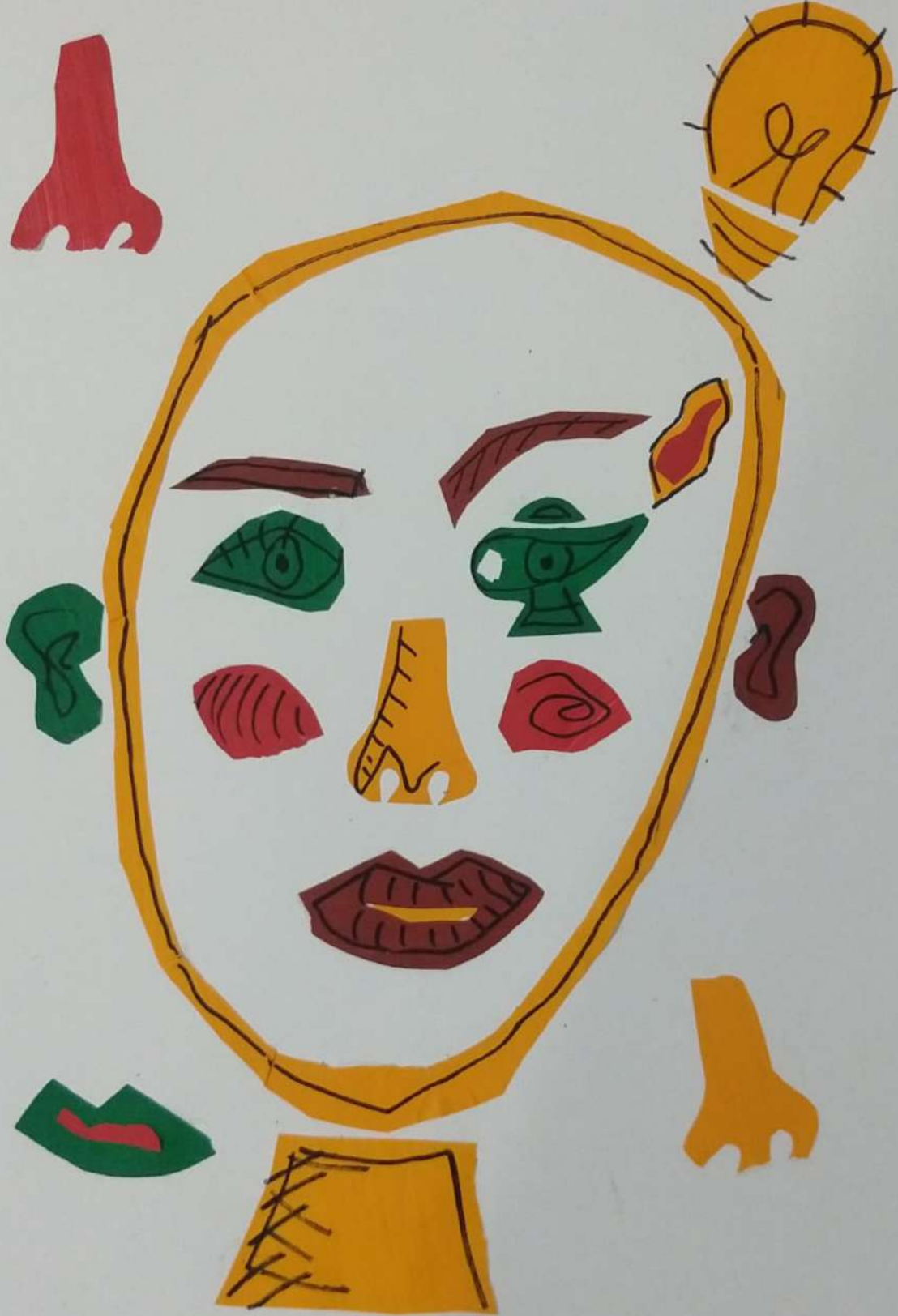
O enfermeiro profissional, para identificar-se no próprio papel, deve:

- conhecer o inteiro processo de trabalho, ou seja, as ações que compõem cada atuação e, ainda, os atos contidos em cada ação para atingir a característica de completude;
- ser capaz, no Modelo da Atenção em Enfermagem, de coordenar autonomamente o próprio trabalho (complexo de ações coordenadas), enquanto conhece, graças ao período de formação realizado, métodos e instrumentos que permitem planificar a atenção em enfermagem;
- conhecer os potenciais resultados esperados resultantes da sua atuação, pois os conhecimentos disciplinares específicos permitem-lhe definir a atenção em enfermagem que responde à necessidade específica manifestada ou detectada;
- responder pelos resultados alcançados e, portanto, responsável pelas ações implementadas para atingir o objetivo do cuidado, ainda que resultado produzido em colaboração de diferentes figuras profissionais.

Quando a sua atividade laboral se insere num sistema organizado em que estão presentes outros profissionais com diferentes especificidades e competências, é fundamental que possua:

1. O nível de conhecimentos necessários para realizar o trabalho (responder ao usuário, prestar um serviço). Possuir o conhecimento da disciplina Enfermagem.
2. Consciência da especificidade do serviço em função do qual responde, com atuações eficazes para com as necessidades de assistência de enfermagem. Possuir habilidades de atenção em enfermagem.

Neste ponto fica clara a origem do nome dado ao Modelo: o enfermeiro vinculado ao Descritor Ocupacional era um executor, a transição da tarefa para a planificação da atenção o tornou profissional, mas o conteúdo disciplinar tornou a atenção em enfermagem. Daí o Modelo da Atenção em Enfermagem.





CAPÍTULO 5

A PESQUISA DO MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

A PESQUISA EM ENFERMAGEM

Nos capítulos anteriores foi analisada a evolução da assistência de enfermagem nos últimos anos que antecederam a escrita dos mesmos e o esforço realizado pelos enfermeiros para um claro posicionamento profissional. O Modelo da Atenção em Enfermagem “cresceu” à medida que “crescia” a profissão. Na verdade, o Modelo, sendo italiano, tomou em consideração e se desenvolveu com base na cultura do nosso país e em particular aquela da enfermagem.

A primeira hipótese de mudança da realidade foi impulsionada pela gestão. De fato, foi identificada, como uma alternativa à tarefa, a ocupação enriquecida, ou seja, a atenção em enfermagem. Para passar da prestação de tarefas à planificação da atenção em enfermagem foi necessário recorrer aos conteúdos da disciplina Enfermagem, tema abordado no capítulo 3.

A disciplina Enfermagem pode ser definida como um campo de conhecimento estruturado, obediente às regras da epistemologia, no qual se insere o Modelo da Atenção em Enfermagem com o objetivo de representar um quadro conceitual de referência para a Profissão de Enfermagem. O Modelo foi desenvolvido através de um programa de pesquisa inicialmente obscuro. Este programa é composto por regras metodológicas: algumas indicam quais

caminhos de pesquisa evitar (heurística negativa), outras quais caminhos seguir (heurística positiva)⁴⁴.

Um programa de investigação é bem-sucedido se tudo isto conduzir a uma mudança progressiva, mas não será bem-sucedido se conduzir a uma mudança regressiva. O sofisticado falsificacionismo metodológico de Imre Lakatos e Alan Musgrave prevê que:

[...] Uma teoria é aceitável ou científica apenas se tiver um aumento corroborado de conteúdo empírico em comparação com teorias anteriores (ou rivais), ou seja, apenas se conduzir à descoberta de novos fatos.

[...] A teoria é progressiva teoricamente se for caracterizada por conteúdo empírico superior às teorias que a precedem e também é empiricamente definida como progressiva se parte do conteúdo empírico for corroborado, ou se levar à descoberta de um fato novo. A experiência continua a ser, num sentido importante, o “árbitro imparcial” da controvérsia científica. Não podemos nos libertar do problema da “base empírica” se quisermos aprender com a experiência.

Tendo adotado a abordagem aqui descrita, como professora da Universidade de Milão, atuando na classe de Pesquisa em Enfermagem, formulei, entre outros, alguns objetivos relativos ao domínio dos elementos básicos do processo de investigação e ao desenvolvimento da pesquisa em enfermagem. Nos anos acadêmicos de 1992/1993, 1993/1994 e 1995/1996, com o intuito de formular hipóteses auxiliares constituintes de um cinturão protetor em torno ao núcleo do Modelo, foram realizadas algumas investigações destinadas a enriquecer o próprio Modelo. O primeiro trabalho, por exemplo, levou a reelaborar todas as ações dentro de cada singular atuação em enfermagem e a reclassificá-las a partir de uma lógica baseada no nível de dependência da pessoa na resposta às necessidades (anos 1992/1993).

44 Lakatos I., Musgrave A. *Critica e crescita della conoscenza*. Milano: Feltrinelli, 1993.

Ainda no âmbito da classe de Pesquisa em Enfermagem dos anos acadêmicos 1993/1994 e 1995/1996, as ações às onze necessidades de assistência de enfermagem foram divididas em atos. A última hipótese de pesquisa foi formulada no ano acadêmico 1997/1998; essa dizia respeito à identificação de atividades em enfermagem não vinculadas às necessidades de cuidados em enfermagem. Naquele ano, como sempre no âmbito da classe de pesquisa em enfermagem por mim ministrado, com um grupo de estudantes, foi elaborada uma ficha de observação tendo por objetivo a identificação das atividades praticadas pelos enfermeiros durante o próprio turno de serviço. A pesquisa envolveu os enfermeiros atuantes em cinco hospitais (a observação cobriu as 24 horas de atividade) e três serviços territoriais (a observação foi relativa ao serviço diurno) (Tab. 5.1).

Tabela 5.1 Atividades de enfermagem não ligadas às necessidades de assistência

| CATEGORIA | ATIVIDADE |
|---|---|
| A1 | Aquisição e transmissão de informações não finalizadas da assistência de enfermagem |
| A1 | Ordenar relatórios |
| A1 | Hora do café |
| B | Contatos de cunho burocrático-administrativos com Departamentos diversos ¹ |
| B | Preenchimento de formulários e registros diversos ² |
| O | Reunião das equipes de enfermagem das unidades operativas com a enfermeira chefe |
| O | Participações em reuniões e comissões |
| O | Atividades de estudo |
| S1 | Atividades de envelopamento do material a esterilizar |
| S1 | Esterilização |
| S1 | Atividades de limpeza e desinfecção aparelhos diversos |
| S1 | Atividades de limpeza e desinfecção acessórios ⁴ |
| S1 | Atividades de limpeza e desinfecção carrinhos ⁵ |
| S1 | Limpeza de instrumental cirúrgico |
| S1 | Preparação de conjuntos com instrumentos cirúrgicos |
| S1 | Aprovisionamento do material do depósito às unidades e postos de trabalho |
| S2 | Verificação e fechamento recipientes de lixo especial |
| S2 | Verificação e fechamento sacos roupa infectada |
| S2 | Verificação fármacos: validade, provisionamento |
| S2 | Verificação validade materiais diversos ⁶ |
| ¹ Exemplo: sala de enfermagem, setor de pessoal. ² Exemplo: movimento diário pacientes internados, nosológico. ³ Exemplo: respiradores, aspiradores, monitores. ⁴ Exemplo: máscaras, termômetros. ⁵ Exemplo: urgências, curativos. ⁶ Exemplo: fios de sutura, catéteres, sondas. | |

Este levantamento completava assim o quadro das atividades de enfermagem compreendidas na área assistencial. O estudo e o conhecimento do Modelo da Atenção em Enfermagem estimulou os estudantes a

quererem se aprofundar em determinados setores, sempre no campo da assistência direta. Esse interesse também foi despertado pela experiência profissional tida antes de frequentar o curso universitário para docente/ dirigente. Assim, o conhecimento e a experiência levaram os próprios alunos a aprofundarem alguns aspectos das áreas pediátrica, geriátrica, psiquiátrica, obstétrica, de cuidados paliativos, tratamento da Aids e patologias tumorais. Estes passaram a ser os estudos para a elaboração das teses de graduação (TCC)⁴⁵.

A hipótese que norteou os trabalhos de tese foi: existem atividades distintas entre o que faz o enfermeiro que atua em um serviço de base e o que faz o enfermeiro que atua em um setor especializado?

A hipótese foi sujeita a verificação através do levantamento e reflexão sobre a atividade desenvolvida pelos enfermeiros para satisfazer as necessidades de assistência de enfermagem dos usuários atendidos nos diversos setores de atenção à saúde.

O anexo número 2 contém a lista de teses de graduação sobre o Modelo da Atenção em Enfermagem dos anos 1988/1989 e até o ano letivo 1999/2000. O resultado positivo destes trabalhos é indubitável, tanto no plano de consolidação do Modelo da Atenção em Enfermagem, como no plano didático, pois os estudantes foram colocados numa situação concreta de pesquisa em enfermagem e, portanto, na possibilidade de viver, numa condição protegida, as problemáticas que acompanham um trabalho de pesquisa, tais como:

- a necessidade de utilizar métodos e ferramentas científicas para conduzir atividades de pesquisa;
- a necessidade de possuir competência disciplinar em Enfermagem para enfrentar de forma qualificada as questões conceituais e procedimentais relativas aos conteúdos da própria pesquisa.

45 N.T.: TCC = Trabalho de Conclusão de Curso. Na Itália, é tese de conclusão; no Brasil é monografia de conclusão. No Brasil, convencionou-se chamar por Trabalho de Conclusão de Curso.

A PRIMEIRA EXPERIMENTAÇÃO DO MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM EM UMA REALIDADE HOSPITALAR (1994)⁴⁶

Paralelamente ao aperfeiçoamento e às operações de refinamento conceitual, foi lançada a primeira pesquisa que teve como objetivo verificar os resultados da aplicação do Modelo da Atenção em Enfermagem em termos de personalização da assistência e valorização da figura do enfermeiro. A oportunidade foi oferecida pela Região da Lombardia no âmbito do plano de pesquisas financiadas de interesse regional no domínio da saúde (Ato de 17 de outubro de 1991, N.V./290).

PROTOCOLO DE PESQUISA

No quadro a seguir é apresentado o protocolo da pesquisa, então formulado, conforme o esquema previsto no edital. A investigação foi assim aprovada e financiada pela Região, e a mim confiada como responsável científica.

⁴⁶ Cantarelli M. La soddisfazione della persona nell'assistenza infermieristica. Atti Convegno 1997. Collana SUDI, n. 10.

(omitido)

Título da pesquisa

Identificação de um modelo profissional para a valorização de figura de enfermagem

Conteúdo da pesquisa

Fornecer uma imagem do modelo técnico atual a nível hospitalar e incentivar a mudança para um modelo profissional.

Finalidade

Valorizar as figuras de enfermagem através do uso de um modelo profissional.

Objetivos da pesquisa

O projeto visa desenvolver um método geral teórico e prático de avaliação da assistência de enfermagem útil para a programação dos serviços e melhorar sua qualidade.

(omitido)

Fatores que determinaram a natureza do planejamento da pesquisa

O conceito de profissão é definido segundo a clássica abordagem “funcionalista”, da qual surgem duas características da profissão: a competência técnica exclusiva e o ideal de serviço. A pesquisa da competência técnica exclusiva levou à formulação de um quadro conceitual da profissão de enfermagem, uma abstração que se torna realidade quando orienta a diversificada atividade de enfermagem e se materializa na satisfação das necessidades fundamentais do usuário, em plena autonomia e competência. Considerando que os métodos operacionais de descrição de tarefas e funções até hoje utilizados pelos enfermeiros são considerados, pela maioria deles, não congruentes nem com as competências, motivações e ferramentas que possuem, nem com as expectativas e solicitações de quem recorre aos serviços de saúde, foi desenvolvido o conceito de atenção em enfermagem e sua aplicação no campo operativo; esse conceito pode destacar as áreas de plena autonomia e responsabilidade da enfermagem em comparação com outras profissões e pode começar a dar respostas congruentes e qualificadas aos usuários. O Modelo da Atenção em Enfermagem proposto se qualifica e se legitima através da busca de ferramentas de orientação, direção e controle do comportamento profissional que devem garantir o alcance do objetivo de desempenho em determinado nível e o grau de qualidade da própria prestação.

Resultados esperados

Os resultados permitirão comparar a atividade de enfermagem nos dois modelos identificados e demonstrar o grau de concretização das figuras de enfermagem através da aplicação do modelo escolhido. A análise dos resultados poderá fornecer ao Gestor sugestões úteis para incentivar o trabalho das figuras da enfermagem que operam na própria Região.

Metodologia

Articulação do projeto. O projeto está dividido em três fases:

Na primeira fase

Construção e calibração do instrumento previsto – a entrevista não diretiva – e sua aplicação à análise das realidades. Preparação de entrevistadores.

Na segunda fase

Estudo e aplicação do projeto de formação [que prevê a formação no modelo profissional – Modelo da Atenção em Enfermagem – e sua aplicação]. Será desenvolvido um módulo didático - calibrado para realidades diferentes da sede onde está prevista a pesquisa - para depois ser ministrado no local escolhido a todos os profissionais de enfermagem que ali atuam.

Na terceira fase

Análise da realidade operacional após a aplicação do projeto de formação. O instrumento previsto

DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA HOSPITALAR E DA POPULAÇÃO OBJETO DA PESQUISA

A pesquisa teve como campo operacional e investigativo os enfermeiros do hospital Gazzaniga, na província de Bérgamo (BG). A estrutura hospitalar estava inserida no território da Unidade Socio sanitária Local (USSL)⁴⁷ n° 26, de Albino (BG), parte da futura área 10, e tinha uma constituição que, de acordo com o sistema de classificação hospitalar da Lei 132, de 12 de fevereiro de 1968, poderia ser definido como hospital local. A USSL n° 26, de Albino, reunia o território de dezoito municípios da média Val Seriana. Os municípios, que no seu conjunto conduziam a uma área de influência de quase cem mil habitantes, apresentavam características morfológicas e socioeconômicas muito distintas entre si. Estavam representados municípios, localizados

47 N.T.: A Unidade Socio sanitária Local (USSL) ou “Azienda Unità Socio Sanitaria Locale” (“AUSL”) corresponde às Empresas Estatais “Unidade Socio sanitária Local”, integrantes Sistema Sanitário Italiano, geridas pelas regiões (como se fossem os estados, no caso do Brasil), responsáveis pelo sistema de saúde de base territorial.

no cinturão da capital provincial, configurados como áreas residenciais da cidade, e municípios de dimensões mínimas, localizados em zona serrana e com vocação predominantemente turística e/ou de produção artesanal. A zona baixa da autarquia local de saúde era servida, a nível hospitalar, pela estrutura nosocomial de Alzano Lombardo; a parte alta da USSL, incluindo o vale Gandino, os municípios de Gazzaniga, Fiorano al Serio, Vertova, Colzate, Pradalunga e Albino eram atendidos pelo hospital de Gazzaniga.

No território descrito existem e operavam cinco distritos socio-sanitários localizados nos municípios de Gandino, Gazzaniga, Albino, Nembro e Alzano Lombardo. O hospital Gazzaniga, em sua estrutura, acolhia também os Serviços 1 e 4 e parte do Serviço 2 da USSL. A estrutura hospitalar em que se centrou a pesquisa foi construída na parte baixa do território do município de Gazzaniga, dentro do centro habitado e teve origem numa “instituição piedosa” fundada no final do século XIX com base num legado de benfeitores. O edifício era constituído pelo núcleo original, hoje utilizado principalmente para serviços, e por dois novos edifícios construídos no início da década de 1970.

As novas estruturas abrigavam os consultórios e divisões de internação. O hospital Gazzaniga era composto por uma divisão de Medicina Geral com 60 leitos, dividida em seção masculina e feminina, uma divisão de Cirurgia Geral com 40 leitos e uma divisão de Ortopedia-Traumatologia com 40 leitos.

As divisões eram ladeadas por uma seção de Hemodiálise – Centro de Assistência Limitada – de 6 leitos, liderada pela divisão de Nefrologia dos Hospitais Reunidos de Bergamo. Às unidades de internação se uniam as respectivas atividades de sala operatória constituídas em núcleos específicos e todas as realidades dos serviços diagnóstico-terapêuticos.

No hospital, funcionavam o Serviço de Análises Laboratoriais, o Serviço de Radiologia, a Unidade de Reabilitação e Reeducação Motora, o Serviço de Farmácia, o Serviço de Pronto Socorro e Acolhimento, o Serviço de Anestesia e Terapia da Dor e inúmeras outras atividades ambulatoriais. A estrutura

hospitalar também abrigava uma importante policlínica com inúmeros serviços especializados hospitalares e não hospitalares. Naturalmente, além dos serviços de saúde, existiam todos os serviços de economia e administração que permitiam a atividade e a sustentação do sistema hospitalar.

PESSOAL DE ENFERMAGEM

No hospital de Gazzaniga, o quadro total de pessoal de enfermagem era composto por 100 unidades, distribuídas nas enfermarias e serviços conforme tabela abaixo (Tab. 5.2). Por “enfermeiros”, nesta fase de descrição, entendemos os Enfermeiros Gerenciais, designados Enfermeiros Profissionais com Habilitação em Direção da Assistência de Enfermagem (ED), os Enfermeiros Profissionais (EP) e os Enfermeiros Gerais (EG). O número global de 100 enfermeiros incluía quatro enfermeiros profissionais habilitados a funções diretivas e um enfermeiro profissional que mantinha funções de coordenação no serviço de Pronto Socorro. Alguns dos enfermeiros profissionais indicados possuíam vínculo empregatício de meio período.

Tabela 5.2 Enfermeiros do Hospital de Gazzaniga, por unidade operativa de pertencimento

| UNIDADES OPERATIVAS | Enfermeiro Profissional (Nível Superior) | Enfermeiro Geral (Nível Técnico) |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| Cirurgia Geral | 14 | 2 |
| Medicina masculina | 12 | 1 |
| Medicina feminina | 11 | 2 |
| Traumatologia e Ortopedia | 12 | 1 |
| Hemodiálise | 5 | 0 |
| Pronto Socorro | 6* | 6 |
| Sala operatória cirurgia | 5 | 2 |
| Sala operatória traumato-ortopédica | 5 | 2 |
| Poliambulatório | 7 | 3 |

* Dos seis enfermeiros, um por tempo parcial, mas com cobertura previdenciária.

No hospital de Gazzaniga os enfermeiros (especialmente os profissionais) eram predominantemente do sexo feminino: quase 92%, com idade média de 24 anos. Isto implicava uma rotatividade de profissionais ligados tanto aos fenômenos biológicos e culturais da mulher como à continuação dos estudos na área profissional.

A equipe em enfermagem era gerenciada pela Direção de Enfermagem da USSL n. 26, de Albino, dirigida por um Chefe dos Serviços Auxiliares de Saúde, que era coadjuvado no hospital de Gazzaniga por um enfermeiro profissional com habilitação em direção da assistência de enfermagem. Eram definidos como população objeto da presente pesquisa todos os enfermeiros das unidades operativas do hospital de Gazzaniga onde era possível identificar uma relação assistencial de tipo contínuo. Foram, portanto, considerados os enfermeiros das divisões de Medicina Geral, Cirurgia Geral, Traumatologia, Ortopedia, Pronto Socorro e Hemodiálise (77 enfermeiros).

INFORMAÇÕES E AÇÕES PRELIMINARES À REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Após as reuniões realizadas com a direção da USSL para as medidas de autorização necessárias, providenciou-se a informação sobre o conteúdo e objetivos da pesquisa. Num primeiro momento, a informação foi dirigida à Direção de Enfermagem do hospital de Gazzaniga, a fim de descrever o projeto de pesquisa e estabelecer uma colaboração profícua. Em 14 de fevereiro de 1994, foi realizada uma reunião convidando todo o pessoal de enfermagem objeto da pesquisa e, para conhecimento, também os gestores médicos das unidades operacionais colocadas em observação. Durante a reunião foram explicados aos presentes os objetivos e as finalidades da pesquisa, bem como o projeto de produção de conhecimento.

Para as enfermeiras-chefe dos hospitais Gazzaniga e Alzano Lombardo (parte da mesma USSL) foi elaborado e implementado o módulo formativo desenhado para a investigação. De fato, considerou-se importante e estratégico

informar e envolver na primeira fase todos os enfermeiros coordenadores. O curso foi realizado de 1º a 5 de fevereiro de 1994.

PRIMEIRA FASE DA PESQUISA (PREPARAÇÃO DE INSTRUMENTOS E ENTREVISTADORES, REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS, ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E LEITURA DA REALIDADE)

A ideia proposta era de comparar o modelo aplicado naquela realidade hospitalar com o Modelo da Atenção em Enfermagem. Assumiu-se que um modelo técnico poderia ser adotado na realidade operacional dos enfermeiros; foi construído o instrumento de análise para poder identificar suas características/fatores. As palavras-chave para os entrevistadores e a grade de entrevistas foram baseadas nos fatores peculiares ao modelo técnico, ou seja:

1. organização do trabalho: baseada essencialmente no conceito de rotina ou ainda práticas com conotação habitudinária;
2. repartição do trabalho: atividades repartidas em tarefas precisas de acordo com uma sequência considerada racional;
3. procedimento: que descreve o método de execução de uma tarefa atribuída;
4. executoriedade: os trabalhadores realizam operações predefinidas por força executória, aplicando decisões “preordenadas”, as quais não aceitam pura e simplesmente e sentem desconforto nessa simples execução e aplicação;
5. papel operativo: os trabalhadores conhecem e aplicam métodos de funcionamento definidos “externamente”, pré-estabelecidos e, por hábito ou costume, o papel operativo é aceito.

A preparação do entrevistador para a entrevista não diretiva foi realizada pelo Responsável científico da pesquisa por meio de treinamento teórico e treinamento de campo. O entrevistador realizou 15 entrevistas-teste que foram posteriormente revisadas com a ajuda do tutor.

No final da preparação, o entrevistador compareceu ao hospital de Gazzaniga, local onde a pesquisa seria realizada, para reconhecer o campo e a população envolvida (4 e 5 de fevereiro de 1994). Todas as entrevistas agendadas foram posteriormente realizadas de acordo com o calendário indicado na tabela 5.3.

Tabela 5.3 Calendário entrevistas.

| Data | Nº entrevistas efetuadas |
|-------------|---------------------------------|
| 14.02.1994 | 5 |
| 23.02.1994 | 7 |
| 25.02.1994 | 8 |
| 28.02.1994 | 9 |
| 04.03.1994 | 7 |
| 18.03.1994 | 8 |
| 23.03.1994 | 8 |
| 25.03.1994 | 8 |
| 31.03.1994 | 9 |
| 15.04.1994 | 8 |
| TOTAL | 77 |

As entrevistas foram todas codificadas anonimamente segundo critérios de ordem de execução, ano de nascimento, ano do diploma profissional e ano do vínculo empregatício. As entrevistas não diretivas foram realizadas com auxílio de gravador de som, em ambiente tranquilo e isolado.

Foram realizadas 100% das entrevistas previstas: 77 entrevistas não diretivas que foram analisadas de acordo com a grade de leitura pré-estabelecida, ou seja, utilizando as palavras-chave escolhidas para a análise e pesquisa do modelo técnico (organização do trabalho, repartição do trabalho, procedimento, executoriedade, papel operativo). A análise foi de tipo qualitativo e de tipo quantitativo.

Os resultados da análise realizada foram divididos em figuras profissionais da enfermagem:

- enfermeiros gerais;
- enfermeiros profissionais;
- enfermeiros profissionais habilitados em direção da assistência de enfermagem (Enfermeiro Chefe).

O modelo técnico propunha uma organização do trabalho baseada essencialmente no conceito de “rotina” e “hábitos do cotidiano”. Esta peculiaridade também identifica todas as variáveis externas à unidade observada que podem favorecer a ocorrência do modelo procurado. As variáveis detectadas estão indicadas na tabela 5.4.

Tabela 5.4 Variáveis colhidas antes da aplicação do projeto formativo (n. 77 entrevistas).

| Variáveis | EG (n.) | EP (n.) | ED (n.) | TOT (n.) |
|---|---------|---------|---------|----------|
| Organização do trabalho com base na rotina | 6/12 | 47/60 | 5/5 | 58/77 |
| Repartição da atividade em tarefas | 11/12 | 53/60 | 5/5 | 69/77 |
| Procedimento: modalidade de efetuar a função | 3/12 | 27/60 | 2/5 | 32/77 |
| Executoriedade: desconforto em executar operações e aplicar decisões predefinidas | 0/12 | 27/60 | 3/5 | 30/77 |
| Papel operativo: aceitação do executar operações e aplicar decisões predefinidas | 5/12 | 36/60 | 1/5 | 42/77 |

Os dados apresentados evidenciavam que o modelo seguido pelos enfermeiros na atividade laboral em enfermagem no hospital era um modelo técnico distante do conceito de autonomia profissional. As pessoas tinham, portanto, um papel operativo na organização; as mesmas deviam, então, aprender a conhecer os métodos de funcionamento definidos fora das realidades específicas e aplica-los nas suas condições específicas de trabalho.

SEGUNDA FASE DA PESQUISA: APLICAÇÃO DO PROJETO FORMATIVO

O mesmo projeto de formação que no momento informativo foi elaborado e atuado para as enfermeiras-chefe foi aplicado a todos os enfermeiros que trabalhavam nos locais de pesquisa. Foram realizados três módulos para enfermeiros profissionais: o primeiro ocorreu nos dias 4, 5, 6 e 7 de outubro de 1995, o segundo nos dias 11, 12, 13 e 14 de outubro de 1995, e o terceiro nos dias 18, 19, 20 e 21 de outubro de 1995. Realizou-se também uma sessão para enfermeiros gerais, que teve lugar em 24 de outubro de 1995.

TERCEIRA FASE DA PESQUISA: ANÁLISE DA REALIDADE OPERATIVA APÓS A APLICAÇÃO DO PROJETO FORMATIVO

Após o projeto de formação, investigou-se o tipo de modelo utilizado com a hipótese de encontrar as características de um modelo profissional. O instrumento de análise (entrevista semiestruturada) devia sondar as características do modelo profissional nos operadores, incluindo: adaptar decisões, ações e comportamentos em relação aos problemas a serem resolvidos e aos resultados a serem obtidos, com um papel ativo e proativo (versus atitudes e comportamentos predominantemente passivos típicos do modelo técnico); maior autonomia e discricionariedade (versus uniformidade de comportamento e padrões mínimos exigidos); cultura de valorização das pessoas e de desenvolvimento (versus uma cultura de “compromisso eficiente”, de “uso eficiente” dos recursos, das competências manuais e intelectuais).

O Modelo da Atenção em Enfermagem utilizado na pesquisa para orientar a formação e a prática profissional baseou-se na resposta às necessidades de assistência de enfermagem da pessoa e promoveu a transição de uma assistência baseada em tarefas, portanto padronizada, para uma assistência baseada na planificação da atenção em enfermagem, portanto com desempenho personalizado.

A realização da entrevista semiestruturada para análise da realidade após a aplicação do projeto formativo e do Modelo da Atenção em Enfermagem foi precedida pela construção de um guia com o objetivo de orientar a entrevista para o objetivo predefinido. Assim, foram identificadas 11 questões que poderiam auxiliar na análise e pesquisa do modelo profissional. A entrevista foi realizada com 51 enfermeiros, dos quais 2 enfermeiros-chefes (4%), 44 enfermeiros profissionais (86%), 5 enfermeiros gerais (10%). A distribuição por qualificação e departamento é apresentada na tabela 5.5.

Tabela 5.5 Enfermeiros entrevistados após a aplicação do projeto formativo divididos por unidade operativa de pertencimento.

| Unidades Operativas | EG (n.) | EP (n.) | ED (n.) | TOT (n.) |
|---------------------------|---------|---------|---------|----------|
| Cirurgia geral | 1 | 11 | 1 | 13 |
| Medicina masculina | 2 | 11 | 0 | 13 |
| Medicina feminina | 1 | 8 | 0 | 9 |
| Traumatologia e Ortopedia | 1 | 9 | 1 | 11 |
| Hemodiálise | 0 | 5 | 0 | 5 |

As 11 perguntas-guia e os dados quantitativos que surgiram no complexo (em todas as unidades operativas e para as diferentes figuras de enfermagem presentes) são apresentadas na tabela 5.6.

Tabella 5.6 Perguntas-guia e respostas das diversas figuras de enfermagem (ED, EP e EG) em todas as unidades operativas envolvidas.

| D | PERGUNTAS-GUIA | % respostas |
|---|--|-------------------------|
| 1 | Como considera a sua atividade laboral | profissão trabalho |
| | | 94% 6% |
| 2 | Como profissional pensa que sua atividade seja | autônoma dependente* |
| | | 20% 80% |

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------|
| 3 | Acredita que outras pessoas possam substituí-la em prestar assistência de enfermagem | sim não talvez | 19% 63% 18% |
| 4 | Está satisfeito com seu trabalho | sim não | 86% 14% |
| 5 | Utiliza o processo de enfermagem | rigorosamente não rigorosamente | 69% 31% |
| 6 | Pensa prestar uma assistência de enfermagem personalizada | sim não | 65% 35% |
| 7 | Pensa que o usuário poderia se considerar satisfeito de sua ação em enfermagem | sim não | 90% 10% |
| 8 | Pensa que os usuários de seu unidade/serviço julguem a assistência de enfermagem | fraca apenas suficiente suficiente boa ótima | 0 2% 6% 86% 6% |
| 9 | Considera a assistência de enfermagem prestada no seu departamento ou serviço | fraca apenas suficiente suficiente boa ótima | 0 0 21% 67% 12% |
| 10 | Recebe gratificações do usuário | sempre frequentemente raramente nunca | 2% 78% 20% 0 |
| 11 | Dispõe de informações suficientes para poder satisfazer as necessidades do usuário | Sim não | 78% 22% |
| * frequentemente 66%, sempre 12%, poucas vezes 22%. | | | |

A tabela 5.7 especifica a situação de cada unidade operativa.

Tabela 5.7 Respostas de cada unidade operativa.

| D | HEMODIÁLISE | EP n. 5 |
|---|---|---------------------------|
| 1 | Atividade laboral entendida como profissão trabalho | 100% 0 |
| 2 | Atividade laboral entendida como autônoma dependente* | 0 100% |
| 3 | Outros podem prestar assistência de enfermagem sim não talvez | 0 80% 20% |
| 4 | Satisfação laboral sim não | 100% 0 |
| 5 | Utilização do processo de enfermagem rigorosamente não rigorosamente | 40% 60% |
| 6 | Assistência de enfermagem personalizada sim não | 80% 20% |
| 7 | Satisfação do usuário sim não | 100% 0 |
| 8 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada pessoalmente fraca apenas suficiente suficiente boa ótima | 0 0 0 0 100% |
| 9 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada em seu departamento ou serviço fraca apenas suficiente suficiente boa ótima | 0 0 0 80% 20% |

| | | | |
|---|---|--|----------------------|
| 10 | Gratificação por parte dos usuários | sempre frequentemente raramente nunca | 0 80% 20% 0 |
| 11 | Posse de informações suficientes para atender às necessidades | sim não | 80% 20% |
| * frequentemente 20%, sempre 40%, poucas vezes 40%. | | | |

| D | CIRURGIA | ED n. 1 | EP n. 11 | EG n. 1 |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Atividade laboral entendida como profissão trabalho | 100% 0 | 100% 0 | 100% 0 |
| 2 | Atividade laboral entendida como autônoma dependente* | 0 100% | 45% 55% | 0 100% |
| 3 | Outros podem prestar atuações em enfermagem sim não talvez | 100% 0 0 | 9% 73% 18% | 100% 0 0 |
| 4 | Satisfação no trabalho sim não | 100% 0 | 100% 0 | 100% 0 |
| 5 | Utilização do processo de enfermagem rigorosamente não rigorosamente | 100% 0 | 82% 18% | 100% 0 |
| 6 | Assistência de enfermagem personalizada sim não | 100% 0 | 64% 36% | 100% 0 |
| 7 | Satisfação do usuário sim não | 100% 0 | 100% 0 | 100% 0 |
| 8 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada pessoalmente fraca apenas suficiente suficiente boa ótima | 0 0 0 100% 0 | 0 0 0 81% 9% | 0 0 0 100% 0 |

| | | | | | |
|---|---|-------------------|------|------|------|
| 9 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada no seu departamento ou serviço | fraca | 0 | 0 | 0 |
| | | apenas suficiente | 0 | 0 | 0 |
| | | suficiente | 0 | 18% | 0 |
| | | boa | 100% | 73% | 0 |
| | | ótima | 0 | 9% | 100% |
| 10 | Gratificação por parte dos usuários | sempre | 0 | 0 | 0 |
| | | frequentemente | 100% | 100% | 100% |
| | | raramente | 0 | 0 | 0 |
| | | nunca | 0 | 0 | 0 |
| 11 | Posse de informações suficientes para satisfazer as necessidades | sim | 100% | 100% | 100% |
| | | não | 0 | 0 | 0 |
| * ED: poucas vezes. EP: frequentemente 27%, poucas vezes 28%. EG: sempre. | | | | | |

| D | MEDICINA MULHERES | EP n. 8 | EG n. 1 |
|---|--|-----------------|----------------|
| 1 | Atividade laboral entendida como profissão trabalho | 87% 13% | 100% 0 |
| 2 | Atividade laboral entendida como autônoma dependente* | 25% 75% | 100% 0 |
| 3 | Outros podem prestar assistência de enfermagem sim não talvez | 0 63% 37% | 0 100% 0 |
| 4 | Satisfação laboral sim não | 87% 13% | 100% 0 |
| 5 | Utilização do processo de enfermagem rigorosamente não rigorosamente | 63% 37% | 100% 0 |
| 6 | Assistência de enfermagem personalizada sim não | 50% 50% | 0 100% |
| 7 | Satisfação do usuário sim não | 87% 13% | 100% 0 |

| | | | | |
|-----------------------|--|-------------------|-------|------|
| 8 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada pessoalmente | fraca | 0 | 0 |
| | | apenas suficiente | 0 | 0 |
| | | suficiente | 12,5% | 0 |
| | | boa | 75% | 100% |
| | | ótima | 12,5% | 0 |
| 9 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada em sua unidade ou serviço | fraca | 0 | 0 |
| | | apenas suficiente | 0 | 0 |
| | | suficiente | 25% | 0 |
| | | boa | 62% | 100% |
| | | ótima | 13% | 0 |
| 10 | Gratificação por parte dos usuários | sempre | 12,5% | 0 |
| | | frequentemente | 75% | 100% |
| | | raramente | 12,5% | 0 |
| | | nunca | 0 | 0 |
| 11 | Posse de informações suficientes para satisfazer as necessidades | sim | 75% | 0 |
| | | não | 25% | 100% |
| * frequentemente 75%. | | | | |

| D | MEDICINA HOMENS | EP n. 11 | EG n. 2 | |
|---|--|-------------------|------------|------|
| 1 | Atividade laboral entendida como | profissão | 91% | 100% |
| | | trabalho | 9 | 0 |
| 2 | Atividade laboral entendida como | autônoma | 18% | 100% |
| | | dependente* | 82% | 100% |
| 3 | Outros podem prestar assistência de enfermagem | sim | 18% | 100% |
| | | não | 73% | 0 |
| | | talvez | 9% | 0 |
| 4 | Satisfação laboral | sim | 73% | 100% |
| | | não | 27% | 0 |
| 5 | Utilização do processo de enfermagem | rigorosamente | 64% | 0 |
| | | não rigorosamente | 36% | 100% |
| 6 | Assistência de enfermagem personalizada | sim | 73% | 50% |
| | | não | 27% | 50% |

| | | | | |
|--|---|--|----------------------------|---------------------------|
| 7 | Satisfação do usuário | sim não | 73% 27% | 100% 0 |
| 8 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada pessoalmente | fraca apenas suficiente suficiente boa ótima | 0 0 0 81% 9% | 0 50% 50% 0 0 |
| 9 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada no seu departamento ou serviço | fraca apenas suficiente suficiente boa ótima | 0 0 55% 45% 0 | 0 0 50% 50% 0 |
| 10 | Gratificação por parte dos usuários | sempre frequentemente raramente nunca | 12,5% 75% 12,5% 0 | 0 100% 0 0 |
| 11 | Posse de informações suficientes para satisfação das necessidades | sim não | 75% 25% | 0 100% |
| * EP: frequentemente 73%, sempre 9%; EG: frequentemente 50%, sempre 50%. | | | | |

| D | TRAUMATOLOGIA | ED n. 1 | EP n. 9 | EG n. 1 |
|---|--|----------------|-----------------|----------------|
| 1 | Atividade laboral entendida como profissão trabalho | 100% 0 | 100% 0 | 100% 0 |
| 2 | Atividade laboral entendida como autônoma dependente* | 0 100% | 0 100% | 0 100% |
| 3 | Outros podem prestar assistência de enfermagem sim não talvez | 100% 0 0 | 11% 67% 0 | 100% 0 0 |
| 4 | Satisfação laboral sim não | 100% 0 | 63% 33% | 100% 0 |
| 5 | Utilização do processo de enfermagem rigorosamente não rigorosamente | 100% 0 | 78% 22% | 100% 0 |

| | | | | | |
|---|--|-------------------|------|------|------|
| 6 | Assistência de enfermagem personalizada | sim | 100% | 78% | 100% |
| | | não | 0 | 22% | 0 |
| 7 | Satisfação do usuário | sim | 100% | 89% | 100% |
| | | não | 0 | 11 | 0 |
| 8 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada pessoalmente | fraca | 0 | 0 | 0 |
| | | apenas suficiente | 0 | 0 | 0 |
| | | suficiente | 0 | 0 | 0 |
| | | boa | 100% | 100% | 100% |
| | | ótima | 0 | 0 | 0 |
| 9 | Opinião do enfermeiro sobre a assistência prestada em sua unidade ou serviço | fraca | 0 | 0 | 0 |
| | | apenas suficiente | 0 | 0 | 0 |
| | | suficiente | 0 | 0 | 0 |
| | | boa | 100% | 78% | 100% |
| | | ótima | 0 | 22% | 0 |
| 10 | Gratificação por parte dos usuários | sempre | 0 | 0 | 0 |
| | | frequentemente | 100% | 100% | 0 |
| | | raramente | 0 | 0 | 100% |
| | | nunca | 0 | 0 | 0 |
| 11 | Posse de informações suficientes para satisfazer as necessidades | sim | 100% | 55% | 0 |
| | | não | 0 | 45% | 100% |
| * ED: frequentemente. EP: frequentemente 78%, poucas vezes 22%. EG: poucas vezes. | | | | | |

A Tabela 5.8 resume a porcentagem de respostas divididas por unidade operativa e figuras de enfermagem.

Tabela 5.8 Perguntas-padrão (D) e respostas (em %) das diversas figuras de enfermagem (ED, EP e EG) em todas as unidades operativas envolvidas.

| D | | Diálise | Cirurgia | | | Medicina mulheres | | Medicina homens | | Trauma | | |
|---|------------------------|---------|----------|-----|-----|-------------------|-----|-----------------|-----|--------|-----|-----|
| | | EP | ED | EP | EG | EP | EG | EP | EG | ED | EP | EG |
| 1 | profissão | 100 | 100 | 100 | | 87 | 100 | 91 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | trabalho | | | | 100 | 13 | | 9 | | | | |
| 2 | autônoma | 0 | | 45 | | 25 | 100 | 18 | | | | |
| | dependente | 100 | 100 | 55 | 100 | 75 | | 82 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 3 | substituível | | 100 | 9 | 100 | | | 18 | 100 | 100 | 11 | 100 |
| | não substituível | 80 | | 73 | | 63 | 100 | 73 | | | 67 | |
| | às vezes substituível | 20 | | 18 | | 37 | | 9 | | | 22 | |
| 4 | enf. satisfeito | 100 | 100 | 100 | 100 | 87 | 100 | 73 | 100 | 100 | 67 | 100 |
| | enf. não satisfeito | | | | | 13 | | 27 | | | 33 | |
| 5 | sequência exata | 40 | 100 | 82 | 100 | 63 | | 64 | | 100 | 100 | |
| | sequência errada | 60 | | 18 | | 37 | 100 | 36 | 100 | | | 100 |
| 6 | personalizada | 80 | 100 | 64 | | 50 | | 73 | 50 | 100 | 78 | 100 |
| | não personalizada | 20 | | 36 | 100 | 50 | 100 | 27 | 50 | | 22 | |
| 7 | usuário satisfeito | 100 | 100 | 100 | 100 | 87 | 100 | 73 | 100 | 100 | 89 | 100 |
| | usuário não satisfeito | | | | | 13 | | 27 | | | 11 | |
| 8 | opinião usuário | | | | | | | | | | | |
| | fraca | | | | | | | | | | | |
| | apenas suficiente | | | | | | | | 50 | | | |
| | suficiente | | | | | 12,5 | | | 50 | | | |
| | boa | 100 | 100 | 91 | 100 | 75 | 100 | 91 | | 100 | 100 | 100 |
| | ótima | | | 9 | | 12,5 | | 9 | | | | |

| | | opinião enfermeiro | | | | | | | | | | |
|----|---------------------------|--------------------|-----|-----|-----|------|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| 9 | fraca | | | | | | | | | | | |
| | apenas suficiente | | | | | | | | | | | |
| | suficiente | | | 18 | | 25 | | 55 | 50 | | | |
| | boa | 80 | 100 | 73 | | 62 | 100 | 45 | 50 | 100 | 78 | 100 |
| | ótima | 20 | | 9 | 100 | 13 | | | | | 22 | |
| | | valorização | | | | | | | | | | |
| 10 | sempre | | | | | 12,5 | | | | | | |
| | frequentemente | 80 | 100 | 100 | 100 | 75 | 100 | 55 | | 100 | 100 | |
| | raramente | 20 | | | | 12,5 | | 45 | 100 | | | 100 |
| | nunca | | | | | | | | | | | |
| 11 | informações suficientes | 80 | 100 | 100 | 100 | 75 | | 82 | 100 | 100 | 55 | |
| | Informações insuficientes | 20 | | 0 | | 25 | 100 | 18 | | | 45 | 100 |

Em detalhes, apenas as respostas dos enfermeiros profissionais (EP) são mostradas na Tabela 5.9.

Tabela 5.9 Perguntas-chave (D) e respostas (em %) dos enfermeiros profissionais (IP) em todas as unidades operativas envolvidas.

| D | | Díalise | Cirurgia | Medicina mulheres | Medicina homens | Trauma | TOTAL |
|-------------------------|---------------------------|---------|----------|-------------------|-----------------|--------|-------|
| 1 | profissão | 100 | 100 | 87 | 91 | 100 | 95,6 |
| | trabalho | 0 | 0 | 13 | 9 | 0 | 4,4 |
| 2 | autônoma | 0 | 45 | 25 | 18 | 0 | 17,6 |
| | dependente | 100 | 55 | 75 | 82 | 100 | 82,4 |
| | dependência | | | | | | |
| | dependente frequentemente | 20 | 27 | 75 | 73 | 78 | 54,6 |
| | dependente sempre | 40 | 0 | 0 | 9 | 0 | 9,8 |
| dependente poucas vezes | 40 | 28 | 0 | 0 | 22 | 18 | |

| | | | | | | | |
|----|----------------------|-----|-----|------|----|-----|------|
| 3 | substituível | 0 | 9 | 0 | 18 | 11 | 7,6 |
| | não substituível | 80 | 73 | 63 | 73 | 67 | 71,2 |
| | talvez substituível | 20 | 18 | 37 | 9 | 22 | 21,2 |
| 4 | enf. satisfeito | 100 | 100 | 87 | 73 | 67 | 85,5 |
| | enf. insatisfeito | 0 | 0 | 13 | 27 | 33 | 14,6 |
| 5 | sequência exata | 40 | 82 | 63 | 64 | 100 | 69,8 |
| | sequência errada | 60 | 18 | 37 | 36 | 0 | 28,2 |
| 6 | personalizada | 80 | 64 | 50 | 73 | 78 | 69 |
| | não personalizada | 20 | 36 | 50 | 27 | 22 | 31 |
| 7 | usuário satisfeito | 100 | 100 | 87 | 73 | 89 | 89,8 |
| | usuário insatisfeito | 0 | 0 | 13 | 27 | 11 | 10,2 |
| 8 | opinião usuário | | | | | | |
| | fraca | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | apenas suficiente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | suficiente | 0 | 0 | 12,5 | 0 | 0 | 2,5 |
| | boa | 100 | 91 | 75 | 91 | 100 | 91,4 |
| | ótima | | 9 | 12,5 | 9 | | 6,1 |
| 9 | opinião enfermeiro | | | | | | |
| | fraca | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | apenas suficiente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | suficiente | 0 | 18 | 25 | 55 | 0 | 19,6 |
| | boa | 80 | 73 | 62 | 45 | 78 | 67,6 |
| | ótima | 20 | 9 | 13 | 0 | 22 | 12,8 |
| 10 | valorização | | | | | | |
| | sempre | 0 | 0 | 12,5 | 0 | 0 | 2,5 |
| | frequentemente | 80 | 100 | 75 | 55 | 100 | 82 |
| | raramente | 20 | 0 | 12,5 | 45 | 0 | 15,5 |
| | nunca | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|---------------------------|----|-----|----|----|----|------|
| 11 | informações suficientes | 80 | 100 | 75 | 82 | 55 | 78,4 |
| | informações insuficientes | 20 | 0 | 25 | 18 | 45 | 21,6 |

A partir das entrevistas, os pesquisadores também extraíram elementos qualitativos (frases, palavras-chave e temas recorrentes) que são relatados abaixo na análise dos dados que chegaram, especificamente, pelos enfermeiros profissionais.

ANÁLISE DOS DADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA

Abaixo estão a análise dos dados por pergunta única relativa às respostas dos enfermeiros profissionais (EP) e, finalmente, a análise de dados em relação aos objetivos e resultados esperados.

ANÁLISE POR PERGUNTA E RESPOSTA DOS ENFERMEIROS

As respostas à pergunta 1 indicavam que as pessoas entrevistadas, em quase todos os casos, consideravam seu trabalho como profissão. A partir das frases, verificou-se que, entre os atributos tipicamente profissionais, o aspecto mais frequentemente relatado era o corpo sistemático da teoria ou o conjunto de conhecimento sobre o campo específico de atividade. De fato, os termos conhecimento, competência, preparação e treinamento apareceram em 26 das 41 definições (63%). Outros atributos relatados, mas com menos frequência foram: autoridade profissional (27%), código ético e cultura profissional (17%), sanção da comunidade, ou seja, reconhecimento social (5%).

A resposta à pergunta 2 destacou que 82% dos enfermeiros entrevistados consideravam a própria atividade como dependente. Entre eles, 10% acreditavam que a atividade em enfermagem era “sempre” dependente, enquanto 72% se expressavam em termos de uma dependência ocasional. De fato, para 18%, a dependência se verificava “poucas vezes” e para 72% “frequentemente”.

A pergunta 3 mostrou que 92% dos entrevistados percebiam a especificidade funcional da profissão em Enfermagem, a saber, que o enfermeiro era o único profissional capaz de prestar assistência de enfermagem. 71% dos enfermeiros profissionais excluíram a possibilidade de que outros prestassem assistência de enfermagem. 21% acreditavam que os enfermeiros “às vezes” poderiam ser substituídos por outros e pela descrição das ocasiões em que isso poderia acontecer, surgiu que:

1. desde que indicado o objeto da substituição, em 75% trata-se de ações;
2. desde que indicado o sujeito que substituíria, em 80% trata-se de enfermeiros gerais;
3. desde que indicada a situação, em 75% trata-se de situação de “emergência”.

A frase típica era “em ocasiões de emergência, foi possível confiar algumas tarefas (arrumação de camas, higiene do paciente, alimentação) aos enfermeiros gerais ou pessoal auxiliar”. A resposta à pergunta 4 indicava que 85% dos entrevistados ficavam satisfeitos com o próprio trabalho e que os poucos casos de insatisfação se deviam principalmente às “condições de trabalho” (67%). Outro elemento que determinou uma resposta negativa foi a não-consideração da atividade ou da figura do enfermeiro (33%).

As frases típicas foram: “A profissão de Enfermagem é pouco considerada e, portanto, pouco respeitada”; “Não há condições para poder trabalhar com serenidade e tranquilidade, muitas vezes se é forçado a parar um trabalho para executar outro mais urgente, às vezes esquecendo o anterior”; “Parte do tempo que pode ser dedicado diretamente ao paciente está envolvido em atividades burocráticas ou em outras atividades direcionadas ao departamento, mas que não são estritamente de competência do enfermeiro”.

Pela resposta à pergunta 5 ficou claro que 70% dos enfermeiros haviam interiorizado a sequência clássica de fases que constituem o processo de

enfermagem. Nas situações de “erro”, tratava-se sobretudo do posicionamento da “avaliação”, uma vez que esta era corretamente entendida como uma verificação inicial, mas também final e contínua.

A pergunta 6 indicou que 69% dos enfermeiros profissionais entrevistados acreditavam prestar uma assistência personalizada. Contudo, algum afirmava: “nem sempre temos tempo para implementar um atendimento adequado e personalizado”, “muitas vezes o meu atendimento é precipitado e impessoal”, “por falta de tempo somos obrigados a atuar e responder rapidamente ao que o usuário pede”.

As perguntas 7 e 8 indicaram a opinião dos enfermeiros sobre o serviço prestado, propondo uma avaliação “do ponto de vista do usuário”. Nessa perspectiva, 97% dos profissionais enfermeiros colocavam a assistência prestada nas categorias “bom” e “excelente” (pergunta 8), e 90% acreditaram que o usuário estava satisfeito com as ações de enfermagem (pergunta 7). Caso contrário, os motivos de insatisfação estavam principalmente ligados à assistência “apressada” que, em 80% dos casos, era atribuível à “falta de tempo”.

A resposta à pergunta 9 indicou a opinião dos enfermeiros sobre a qualidade da assistência de enfermagem, propondo uma avaliação “do ponto de vista pessoal”. Nessa perspectiva, 70% dos profissionais enfermeiros classificaram a assistência prestada nas categorias “bom” e “excelente”. A pergunta 10 indicou que os enfermeiros entrevistados se sentiram valorizados e gratificados pelo usuário: 84,5% declararam que isso acontecia “sempre” ou “frequentemente”.

Na resposta à pergunta 11, 78% dos enfermeiros afirmaram ter informação suficiente disponível para satisfazer as necessidades de assistência de enfermagem. Aqueles que consideravam não ter informação suficiente muitas vezes não davam uma explicação específica e diziam que “deveria haver mais cursos de atualização”, que “pesquisa e estudo servem sempre para melhorar”. A resposta mais “pertinente”, que remete para a pergunta orientadora, foi “as

informações mais importantes não dizem respeito às nossas competências e estas têm prioridade sobre as que dizem respeito à nossa assistência”.

ANÁLISE DOS DADOS EM RELAÇÃO AOS OBJETIVOS E AOS RESULTADOS ESPERADOS

O objetivo que, no início da pesquisa, foi traçado como meta a atingir foi: valorizar as figuras de enfermagem através da utilização de um modelo profissional. Também no início da pesquisa foi declarado: os resultados esperados permitirão comparar a atividade de enfermagem nos dois modelos identificados (modelo ocupacional e modelo profissional) e demonstrar o grau de realização das figuras de enfermagem através da aplicação do modelo profissional: Modelo da Atenção em Enfermagem.

Para dar uma imagem da atividade em enfermagem antes e depois da intervenção formativa, e para verificar os resultados obtidos através da adoção de um modelo profissional, foram comparados os dados obtidos nas duas entrevistas com os enfermeiros que participaram da pesquisa.

A primeira entrevista, anterior à aplicação do projeto de formação orientado pelo Modelo da Atenção em Enfermagem, havia destacado que o modelo seguido pelos enfermeiros profissionais no seu trabalho era um modelo técnico-ocupacional, não científico-profissional. Nas entrevistas, de fato emergiram:

- organização do trabalho em modo rotineiro;
- divisão do trabalho por tarefas;
- efetivação do trabalho com base em procedimentos;
- execução de operações predefinidas e aplicação de decisões (*desconforto pela*);
- papel operativo (tarefeiro).

A entrevista que se seguiu à aplicação do projeto de formação evidenciou a transição de um modelo ocupacional (técnico) para um modelo profissional (científico). Esse resultado apareceu claramente ao comparar os

métodos de trabalho utilizados pelos enfermeiros antes e depois da formação, ou seja, relacionando:

1. as palavras-chave da primeira entrevista e o conteúdo das questões da segunda entrevista, conforme indicado na tabela a seguir:

| Palavra-chave primeira entrevista | Perguntas segunda entrevista |
|---|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Organização do trabalho • Repartição do trabalho • Procedimento | 5 - 6 - 11 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Executoriedade • Papel operativo | 1 - 2 - 3 - 4 - 7 - 8 - 9 - 10 |

2. as características da atividade laboral surgidas na época das duas entrevistas, que são as seguintes:

| Na primeira entrevista | Na segunda entrevista |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Repartição da atividade em claros e precisos processos técnicos • Sucessão de operações elementares • Critérios de decisão e modos de operar predefinidos | <ul style="list-style-type: none"> • Planificação da assistência de enfermagem (Plano de Cuidado) • Assistência de enfermagem personalizada (Tomada de Decisão em ato) • Satisfação das necessidades de assistência de enfermagem (ampliação da autonomia do usuário) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Utilização das pessoas para executar operações predefinidas e para aplicar critérios decisórios | |

Dos dados deduziu-se que os enfermeiros, após a formação e aplicação do Modelo, conseguiam modelar a ação segundo as necessidades específicas do usuário. Neste sentido, parece que a aplicação de algumas formas de operar pré-codificadas e a utilização de critérios de avaliação ou de decisão pré-definidos foram abandonadas. O Modelo Técnico-Ocupacional, identificado com a primeira entrevista, parece assim ultrapassado e com ele a organização do trabalho de forma rotineira, a repartição da atividade em tarefas, a utilização de procedimentos que definiam a sucessão de diversas operações elementares. Ao mesmo tempo, emergiu

a satisfação dos enfermeiros com o próprio trabalho e a satisfação dos usuários com o serviço prestado. Nesse sentido, a utilização de um Modelo Científico-Profissional valoriza o enfermeiro por meio de dois mecanismos:

1. os enfermeiros, mais conscientes de serem profissionais, atribuem maior valor ao serviço que oferecem ao usuário;
2. o usuário, ao receber uma resposta personalizada às suas necessidades, atribui maior crédito à figura da enfermagem.

A utilização do Modelo da Atenção em Enfermagem promoveu, portanto, a mudança na direção desejada: valorização da figura da enfermagem e melhoria da qualidade do serviço prestado pelos enfermeiros. Esta melhoria na qualidade do cuidado também fica evidente na análise das 1.434 fichas em enfermagem, cuja leitura destacou a utilização do processo de enfermagem orientado pelo Modelo, portanto a identificação de ações adequadas a cada indivíduo sob cuidado e a sua modalidade de satisfação das necessidades de assistência de enfermagem.

OUTRAS PESQUISAS E APLICAÇÕES DO MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

A apresentação oficial do Modelo da Atenção em Enfermagem ocorreu após a pesquisa de Gazzaniga ter sido validada na práxis. Contudo, existem outras pesquisas na área da assistência de enfermagem, na organização e na formação que adotaram como quadro conceitual o Modelo da Atenção em Enfermagem.

O MODELO NA FORMAÇÃO

Escolhi e desejo apresentar neste texto uma grande obra que, apesar do considerável número de anos decorridos, poderia ser um estímulo para uma mudança que considero indispensável na nossa profissão. O campo de estudos da formação. Em 1991, o Ministério das Universidades e da Investigação

Científica e Tecnológica preparou um decreto com o qual autorizou as Faculdades de Medicina e Cirurgia de vinte e seis universidades italianas a estabelecer no triênio 1991/1993 o diploma em Ciências da Enfermagem.

O decreto previa a ativação do curso após definição da organização e prévia verificação da subsistência, em cada local individual, dos recursos financeiros, de pessoal e de estrutura adequada. Os decretos subsequentes deveriam intervir para definir e atualizar os ordenamentos dos cursos que deveriam ter se inspirado em alguns critérios fundamentais no que diz respeito às comunitárias, distribuição homogênea dos cursos nas faculdades para evitar sobreposições e duplicação dos mesmos, tendo em conta as provisões ocupacionais.

No que diz respeito aos currículos dos cursos, o projeto de decreto referia-se à decisão do Conselho Universitário Nacional (CUN). A este projeto de decreto, para o diploma em Ciências da Enfermagem, foi anexada uma tabela elaborada pelo próprio CUN, em 17 de setembro de 1991, e aprovada pela Federação Nacional dos Colégios de Enfermagem⁴⁸, em 28 de outubro de 1991 (Presidente Odilia D'Avella, 1991-1994).

O parecer da Federação deixou inalterada a divisão da formação em três direções, reconheceu a docência a outras figuras não-enfermeiras para a disciplina em Enfermagem e aceitou que os enfermeiros tivessem contratos de docência apenas para atividades técnico-práticas. Por isso, aprovou totalmente o programa proposto pelo CUN; programa que considerei mais adequado para a formação de um técnico, não de um profissional que baseia a sua competência num corpo disciplinar próprio que lhe permite responder, com serviços autônomos, às necessidades dos usuários, num domínio notavelmente vasto e em todos os setores da sociedade.

Nesse ponto, o que era possível fazer? Como operar para que a importante conquista do ingresso dos Enfermeiros na Universidade não se transformasse em uma grande decepção? Identifiquei o espaço para podermos nos inserir de

48 A Federação de Colégios IPASVI se transforma em 2018 em Federação Nacional das Ordens Profissionais de Enfermagem (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche).

forma construtiva no art. 6º do Decreto Legislativo nº 502, de 30 de dezembro de 1992, onde estava prevista a formação em enfermagem. Isto me levou a guiar a elaboração de um projeto de formação orientado por um quadro conceitual preciso, um modelo em enfermagem preciso. Definido o quadro conceitual do ensino de enfermagem, seriam definidos os fins, objetivos específicos e os conteúdos; exercícios teriam sido previstos, mas primeiro era preciso ficar claro qual enfermeiro treinar e para qual assistência.

O Modelo da Atenção em Enfermagem orientou o planejamento de ensino do curso trienal para enfermeiros de nível universitário. A filosofia que orientou este projeto previa a formação de um único enfermeiro, um único profissional com um quadro conceitual de referência claro, que o inserisse na profissão com uma identidade profissional definida.

O Anexo 3 reporta a proposta de Ordenamento da Formação relativo ao curso de Diploma Universitário em Ciências da Enfermagem, elaborado pela Escola de Enfermagem da Universidade de Milão e apresentado no Congresso da Escola em 16-17 de junho de 1993. No mesmo anexo, a proposta elaborada pela Escola foi comparada com a proposta do Ministério e com aquela do CUN. A proposta elaborada não encontrou implementação. Em 2004, os enfermeiros entram na universidade com uma formação em dois níveis, o curso de graduação com duração de três anos e um curso de habilitação bienal, oferecidos na Faculdade de Medicina; o parecer vinculante do CUN foi estritamente condicionado pelos problemas da Faculdade e pelo número das cátedras para as disciplinas médicas.

Naquele momento, estava em jogo a inserção da formação em enfermagem na universidade e, para obter esse objetivo “a todo custo”, a política profissional em enfermagem foi aquela de aceitar o programa do CUN. A inserção dos enfermeiros na universidade era um interesse preeminente, os programas poderiam ser mudados mais tarde. Francamente, vinte anos depois, eu esperaria que os enfermeiros tivessem tido a força e a coragem de mudar sua formação.

O MODELO NO MUNDO DA ENFERMAGEM

O Modelo da Atenção em Enfermagem tem guiado (e orienta) muitas outras pesquisas ao longo do tempo, como as que se referem às atividades de enfermagem realizadas nos serviços territoriais, suas cargas de trabalho etc. Cito, por exemplo, uma pesquisa recente “Distribuição e acurácia preditiva do ‘Índice de Complexidade Assistencial’ em uma unidade semi-intensiva” efetuada na coordenação de Medicina de Urgência da Autoridade Sanitária Universitária Integrada de Trieste e publicada na revista “Professioni Infermieristiche” (n. 2, 2017) da CNAI⁴⁹.

Na descrição do percurso que levou ao Modelo da Atenção em Enfermagem, foram destacadas duas datas: a primeira, 1987, quando o Modelo foi apresentado pela primeira vez, por ocasião do Congresso promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade de Milão sobre “Um modelo profissional para assistência de enfermagem: a transição de uma assistência por tarefas para uma assistência por planificação da atenção⁵⁰; a segunda data, 1996, quando foi publicado o livro “O Modelo da Atenção em Enfermagem”, instrumento essencial para a disseminação do próprio Modelo. De 1996 até hoje, cerca de 8.000 cópias foram vendidas e a coleção de Ciências da Enfermagem que teve o Modelo como guia atingiu 61.000 cópias.

A publicação dos livros, as conferências e os cursos efetuados foram todos meios importantes para a divulgação do Modelo: mas que resultado eles trouxeram?

Mais de vinte anos se passaram desde 1996. Lendo os dados no meu site, tive a oportunidade de entender o quão importante e capilar tem sido a divulgação do Modelo em várias partes do mundo. Meu site foi inaugurado

49 N.T.: “Professioni Infermieristiche” é uma revista de vínculo oficial com a Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i (CNAI) da Itália (Federação Nacional das Associações de Enfermeiras e Enfermeiros da Itália), é uma revista internacional de artigos científicos avaliados por pares e publicada em italiano e inglês, abarcando todas as áreas da ciência em enfermagem e desenvolvimento da prática do cuidado.

50 Cantarelli M. Un modello professionale per l’assistenza infermieristica. Atti Convegno SUDI 1987. Collana SUDI, n. 2.

em 2007 e, apenas nos últimos dois anos, de maio de 2015 a setembro de 2017, as nações interessadas no tema são 36 e os visitantes 12.304 dos quais 9.312 italianos, que consultaram 48.747 páginas, 80% consultaram o Modelo da Atenção em Enfermagem.

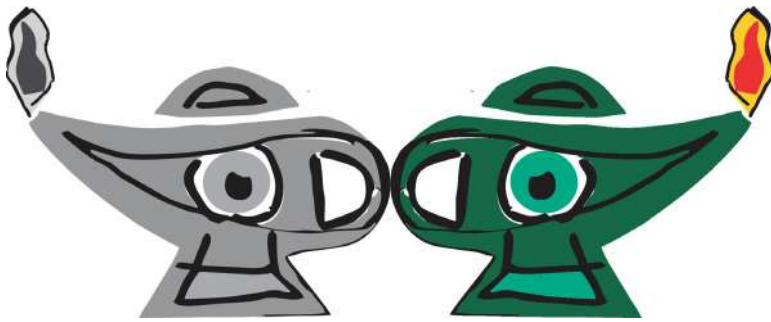
Frequentemente, me foi relatado pelos colegas sua apreciação pelo que foi elaborado e as muitas experiências de aplicação do Modelo realizadas espontaneamente ao longo do tempo pelos enfermeiros de vários setores operativos. O que pude constatar é a ampla utilização do registro de enfermagem orientado pelo Modelo da Atenção em Enfermagem. Em muitas estruturas, faz parte da bagagem em enfermagem e é uma ajuda importante para o trabalho dos enfermeiros.

Mas essa tão ampla difusão não corresponde a uma análise em profundidade da disciplina. Não foram apresentados outros modelos teóricos, retornamos às traduções do inglês como se a Itália fosse desprovida de uma cultura em enfermagem. Isso me levou a analisar com mais cuidado a documentação e percebi que do Modelo são frequentemente aplicados o método e o instrumento, sem o conhecimento e a análise de profundidade dos conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem que guiaram o nascimento do próprio modelo: o estudo dos conceitos da disciplina Enfermagem. De fato, a escolha feita da leitura dos conceitos fundamentais da disciplina Enfermagem: homem-pessoa, saúde-doença, ambiente-sociedade e assistência de enfermagem guiou o nascimento do Modelo. A escolha dos conceitos fundamentais tornou possível definir o conceito de necessidade de assistência de enfermagem.

E mais uma vez gostaria de reiterar a todos os enfermeiros que a evolução e o crescimento da profissão Enfermagem não podem progredir sem uma base teórica forte e seu profundo conhecimento. Esta é a razão que me levou a retomar o discurso iniciado há tantos anos, a revisar o texto e a publicar a terceira edição do Modelo da Atenção em Enfermagem, privilegiando o tratamento dos conceitos fundamentais da disciplina

Enfermagem, mas os livros e as pesquisas às vezes não são suficientes; estou convencida de que a legitimação da profissão de Enfermagem será garantida apenas se se tiver a coragem de atuar aquele processo de desenvolvimento cognitivo e subjetivo capaz de agregar pessoas e consenso em torno da força das ideias e não com base em pequenos ou grandes jogos de aliança.





ANEXOS

ANEXO 1

CONTEÚDO DOS PROGRAMAS DE “PRINCÍPIOS ADMINISTRATIVOS APLICADOS À PROFISSÃO” NAS ESCOLAS DA REGIÃO DA LOMBARDIA

| (*) | Argumentos Tratados | | Legislação Sanitária | Aspectos Jurídicos da Profissão | Princípios de Administração |
|------|--|--|--|---|--|
| | Qualificação dos Docentes | | | | |
| 7 A | Área de Administração e Gestão + Enfermeiro Docente | | Notas: legislação vigente para determinação da força de trabalho | | Eficácia-eficiência processo decisório |
| 10 A | Área de Economia e Gestão | | Sistema e Serviços de Saúde | Descritor de Tarefas | Políticas de gestão de orçamentos, custos, processo decisório |
| 13 B | Área de Administração e Gestão | | <i>Programa não recebido</i> | | |
| 18 B | Área de Economia | | <i>Programa não recebido</i> | | |
| 20 B | | | <i>Programa não recebido</i> | | |
| 1 A | Área de Economia e Comércio | | Plano Nacional de Saúde | | |
| 10 B | Área de Economia e Comércio | | | | |
| 3 A | Área de Sociologia | | | Descritor de Tarefas | Conceitos e indicadores de eficácia-eficiência processo decisório |
| 7 B | Área de Sociologia | | Legislação orgânica | Relatórios jurídicos Descritor de Tarefas | Responsabilidades dos setores de administração |
| 11 A | Área de Direito | | Gestão Local, Distritos e Hospitais | Aspectos jurídicos | Conceito de administração> produtividade, princípios funcionais |
| 12 B | Área de Direito | | <i>Programa não recebido</i> | | |
| 13 A | Área de Direito | | <i>Programa não recebido</i> | | |
| 3 B | Área de Direito | | Sistema e Serviços de Saúde | | |
| 4 B | Área de Direito | | Sistema e Serviços de Saúde | | |
| 8 B | Área de Direito | | Sistema e Serviços de Saúde | | Conceito de Eficácia – Eficiência |
| 11 B | Área de Direito | | <i>Programa não recebido</i> | | |
| 8 A | Área de Ciências Políticas | | Sistema e Serviços de Saúde | Descritor de Tarefas, Aspectos jurídicos da profissão | Direito administrativo |
| 2 B | Área de Ciências Políticas | | Sistema e Serviços de Saúde, Gestão do Trabalho | Descritor de Tarefas | Recursos – Custos balanço |

| Princípios Organizativos | Princípios de Planejamento, Gestão e Avaliação | Direito trabalhista e contrato | Planejamento do trabalho de enfermagem – turnos | Formulários – coleta e codificação de dados |
|---|---|--|--|--|
| Variáveis institucionais | Planejamento Financiamento | Vínculos e oportunidades para a mudança organizativa | Discussão de casos Serviço de Enfermagem Carga de Trabalho | |
| Organização de variáveis | Mecanismos operativos (controle, coordenação e comunicações) | Contrato | Planos de trabalho | |
| Princípios da organização | | | Estudo situações reais | |
| Natureza das tarefas e programabilidade | Programação Avaliação Financiamento | | Turnos de serviço Relação com outros serviços | |
| Conceito de organização e princípios | Programação dos serviços | Contrato Relação de trabalho Seguridade Social | Planejamento do trabalho de enfermagem | Ficha Clínica |

| (*) | Argumentos Tratados | Legislação sanitária | Aspectos jurídicos da profissão | Princípios de administração |
|------|---|--|---|---|
| | Qualificação dos Docentes | | | |
| 5 B | Contabilidade | Sistema de saúde Rede Hospitalar Noções de direito | Descritor de Tarefas | Direito administrativo |
| 9 A | Contabilidade | Sistemas e Serviços de Saúde – Legislação pertinente | Descritor de Tarefas Características jurídicas da profissão | |
| 9 B | Contabilidade | Sistemas e Serviços de Saúde – Legislação pertinente | | Princípios de administração |
| 12 A | Contabilidade | Sistemas e Serviços de Saúde – Legislação pertinente | Estado jurídico dos funcionários em hospitais | Técnica de administração |
| 4 A | Enfermeiro Docente | Legislação sanitária Departamentos de Enfermagem Determinação do quadro de pessoal | Descritor de Tarefas Diretrizes de gestão Colégios | Administração: conceitos gerais |
| 5 A | Enfermeiro Docente | | | Princípios de administração Critérios de eficácia- eficiência Sistema decisório |
| 6 A | Enfermeiro Docente | Determinação do quadro de pessoal | Descritor de Tarefas | |
| 1 B | Enfermeiro Docente | Determinação do quadro de pessoal Legislação pertinente | Descritor de Tarefas Posição hierárquica do pessoal | Princípios administrativos |
| 6 B | Enfermeiro Docente | Organograma Hospitalar Legislação Aspectos Económicos | Escala hierárquica Descritor de Tarefas | Conceitos administrativos |
| 14 B | Chefia em Serviços Sanitários Auxiliares | <i>Programa não recebido</i> | | |
| 15 B | Chefia em Serviços Sanitários Auxiliares | <i>Programa não recebido</i> | | |
| 2 A | Medicina | Determinação do quadro de pessoal Legislação pertinente | Hierarquia e responsabilidade | Avaliação eficácia- eficiência |
| 19 B | Medicina + Economia | <i>Programa não recebido</i> | | |

| Princípios organizacionais | Princípios de Planejamento, Gestão e Avaliação | Direito trabalhista e contrato | Planejamento do trabalho de enfermagem – turnos | Formulários – coleta e codificação de dados |
|--|---|--|---|--|
| Variáveis sociais | Funções de chefia | Direito do trabalho Relatório de emprego Direitos do funcionário Proteção da mãe trabalhadora | | Formulários Estatísticas hospitalares |
| Conceito Princípios organizacionais Metodologia | Poder, Autoridade formal e responsabilidade Programação atividades | O Sindicato | Relação hierárquica e funcional no serviço hospitalar Análise das funções de enfermagem | Formulários Notas Formulários e processos escriturais |
| Princípios de organização variáveis Modelos organizacionais | Princípios de Planejamento, Gestão e Avaliação | | Organização do trabalho de Enfermagem Programação, horários e turnos Análise de carências | Coleta e Codificação dados Registros |
| Variáveis organizacionais Variáveis estruturais | Princípios de Planejamento, Gestão e Avaliação | | Planificação do trabalho de enfermagem Serviço de enfermagem: planificação do trabalho | Coleta de dados – Sistema de informação – Documentos Formulários – Informação e Registros |
| Elementos da organização do trabalho | | Contrato de trabalho | Estudo de casos | Formulários Coleta e Codificação de Dados |

ANEXO 2

LISTA DE TESES DE GRADUAÇÃO (TCC) SOBRE O MODELO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM DOS ANOS ACADÊMICOS 1988/1989 E 1999/2000

| Estudiante | Título | Orientador Ano Académico |
|--------------------------|--|---|
| Guerrieri Carolina | Le prestazioni dell'ostetrica | M. Cantarelli (A.A. 1988/89) |
| Cerati Maria Cristina | Un modello concettuale per l'assistenza infermieristica: le prestazioni | M. Cantarelli (A.A. 1988/89) |
| Pitacco Giuliana | Le prestazioni infermieristiche in ambito pediatrico | M. Cantarelli (A.A. 1988/89) |
| Ortelli Silvana | Il Modello delle prestazioni infermieristiche: un riferimento concettuale per la formazione infermieristica universitaria di base. Proposta di pianificazione dell'insegnamento Al primo anno di corso | M. Cantarelli (A.A. 1989/90) |
| Vita Annamaria | Il Modello delle prestazioni infermieristiche: un riferimento concettuale per la formazione infermieristica universitaria di base. Proposta di pianificazione dell'insegnamento Al secondo anno di corso | M. Cantarelli (A.A. 1989/90) |
| Fiamminghi Meris | Il Modello delle prestazioni infermieristiche: un riferimento concettuale per la formazione infermieristica universitaria di base. Proposta di pianificazione dell'insegnamento Al terzo anno di corso | M. Cantarelli (A.A. 1989/90) |
| Schirinzi Lina | Le prestazioni Infermieristiche nell'assistenza domiciliare agli anziani | M. Cantarelli (A.A. 1989/90) |
| Pintarelli Paolo | L'unità di valutazione geriatrica: il ruolo dell'infermiere professionale secondo il modello delle prestazioni infermieristiche | M. Cantarelli (A.A. 1990/91) |
| Ventura Renata | Etica e modello professionale delle prestazioni infermieristiche | M. Lusignani (A.A. 1990/91) |
| Cavaliere Bruno | L'impiego del metodo di "Istruzione programmata" per l'insegnamento del Modello delle prestazioni infermieristiche | L. Pasquot (A.A. 1991/92) |
| Campana Ernestina | Le prestazioni infermieristiche dell'Assistente Sanitaria | A. Lolli (A.A. 1991/92) |
| Bortolini Pasquale | Il Modello delle Prestazioni e la programmazione didattica: un'ipotesi | L. Pasquot (A.A. 1991/92) |
| Dradi Umberta | Metodo per la valutazione del bisogno di assistenza infermieristica utilizzando il modello delle prestazioni infermieristiche | M. Cantarelli (A.A. 1991/92) |
| Manara Dulio | Il Modello delle prestazioni infermieristiche e la risposta personalizzata agli aspetti culturali dell'assistenza infermieristica | E. Manzoni (A.A. 1992/93) |

| Estudiante | Título | Orientador Ano Académico |
|--------------------------|---|---|
| Riva Sandra | Il Modello delle prestazioni infermieristiche e l'assistenza al paziente oncologico | AM. Vita (A.A.1992/93) |
| Rigamonti Gabriella | L'aspetto psicologico del bisogno di assistenza infermieristica nel Modello delle prestazioni infermieristiche | E. Manzoni (A.A. 1993/94) |
| Alberti Michela | La rilevazione dei bisogni di assistenza infermieristica degli ospiti di una casa di riposo, sulla base del modello delle prestazioni infermieristiche: indagine effettuata presso la casa di cura San Giuseppe di Bagolino | P. Zappa (A.A.1993/94) |
| Montanari Grazia | L'assistenza infermieristica alla persona affetta da patologia tumorale secondo il Modello delle prestazioni infermieristiche nella formazione infermieristica di base e complementare | L. Pasquot (A.A.1993/94) |
| Schiavon Loris | Lettura di una realtà organizzativa attraverso il Modello delle prestazioni infermieristiche indagine in una realtà del Veneto | G. Pontello (A.A.1993/94) |
| Bottana Maria | Progettare un programma di insegnamento clinico per i tre anni del corso universitario di base per infermiere che abbia, come riferimento teorico, il Modello delle prestazioni infermieristiche | M. Cantarelli (A.A.1993/94) |
| Da Col Daria | Il Modello delle prestazioni infermieristiche: un riferimento concettuale per la formazione | M. Cantarelli (A.A.1993/94) |
| Anastasia Daniela | Il Modello delle Prestazioni infermieristiche: le azioni e gli atti infermieristici | M. Cantarelli (A.A.1993/94) |
| Bollini Giovanna | Il Modello delle prestazioni infermieristiche: norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica | AM. Vita (A.A.1993/94) |
| Breviglieri Cristina | Progetto di una scheda di valutazione per il personale infermieristico secondo il Modello delle prestazioni infermieristiche | AM. Vita (A.A.1993/94) |
| Ripa Paola | La formazione infermieristica e l'esercizio professionale: importanza di un modello concettuale di riferimento | AM. Vita (A.A.1993/94) |
| Mangiacavalli Barbara | Il Modello delle prestazioni infermieristiche e l'assistenza infermieristica pediatrica | S. Ortelli (A.A.1993/94) |
| Tempesta Marco | Il Modello delle prestazioni infermieristiche come modello concettuale per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica | L. Pasquot (A.A.1993/94) |
| De Luca Giuseppe | L'assistenza infermieristica in ambito psichiatrico secondo il Modello delle prestazioni infermieristiche: Indagine nell'Unità Operativa di psichiatria n. 20 della Regione Lombardia | M. Cantarelli (A.A. 1994/95) |

| Estudante | Título | Orientador |
|-----------------------|--|---------------------------------|
| | | Ano Acadêmico |
| Ghidini Anna Maria | L'ambiente e le componenti del bisogno di assistenza infermieristica | D. Da Col (A.A. 1996/97) |
| Bezze Elena | Le tecniche infermieristiche e il continuum autonomia-dipendenza del Modello delle prestazioni infermieristiche | D. Da Col (A.A. 1996/97) |
| Citterio Stefano | La relazione fra motivazione professionale e disponibilità a partecipare a un progetto di applicazione del Modello delle prestazioni infermieristiche nell'ambito del tirocinio del diploma universitario per infermieri | P. Zappa (A.A. 1996/97) |
| Magon Giorgio | La tariffazione delle prestazioni infermieristiche | M. Cantarelli (A.A. 1996/97) |
| Coriani Sandra | L'ambiente e le prestazioni infermieristiche | D. DA Col (A.A. 1996/97) |
| Labelli Elsa | I fattori produttivi necessari per l'erogazione delle prestazioni infermieristiche in ospedale in una Azienda ULSS | G. Pontello (A.A. 1997/98) |
| Pirotta Isabella | Una applicazione del Modello delle prestazioni infermieristiche per la rilevazione del carico di lavoro infermieristico: il sistema STAR | M. Cantarelli (A.A. 1997/98) |
| Vezzoli Fabrizio | Il Modello delle prestazioni infermieristiche e la rilevazione del carico di lavoro dell'assistenza infermieristica: una procedura informatica di supporto | M. Cantarelli (A.A. 1997/98) |
| Sala Maurizio | Valutazione dei livelli di soddisfazione lavorativa del personale infermieristico, coinvolto nel progetto di applicazione del Modello delle prestazioni infermieristiche, presso un'unità operativa dell'azienda ospedaliera S. Gerardo di Monza | P. Zappa (A.A. 1997/98) |
| Zappi Wilma | Applicazione del Modello delle prestazioni infermieristiche per l'analisi dell'attività delle figure infermieristiche-Distretto 4 della ASL Città di Milano | M. Cantarelli (A.A. 1997/98) |

ANEXO 3

PROPOSTA DE ORDENAMENTO DIDÁTICO DO CURSO DE DIPLOMA UNIVERSITÁRIO EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM

| | | |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">CURSO UNIVERSITÁRIO EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM MINISTÉRIO DAS UNIVERSIDADES, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - DECRETO 2 DEZEMBRO 1991</p> <p>Art. 1 (Finalidade, organização geral, normas de acesso).</p> <p>1. Junto à faculdade de medicina e cirurgia pode ser instituído o curso de diploma universitário em ciências da enfermagem, articulado nas seguintes habilitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) assistência geral; b) assistência geral pediátrica; c) assistência geral obstétrica; <p>2. O curso de diploma, de duração trienal, visa formar trabalhadores com conhecimentos científicos e técnicos necessários ao desempenho das funções de enfermeiro responsável pela assistência geral e ainda pelas assistências pediátrica e obstétrica. O curso termina com a emissão do diploma universitário em ciências da enfermagem, com menção da habilitação seguida.</p> | <p style="text-align: center;">CURSO UNIVERSITÁRIO (TRIEINAL) EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM PROPOSTA DO CONSELHO UNIVERSITÁRIO NACIONAL (CUN)</p> <p>Art. 1 (Finalidade, organização geral, normas de acesso).</p> <p>1. É instituído na Faculdade de Medicina e Cirurgia, o Curso de Diploma Universitário em Ciências da Enfermagem.</p> <p>2. O Curso de Diploma visa formar trabalhadores com conhecimentos científicos e técnicos necessários ao exercício das funções de enfermeiro responsável pela assistência geral. O curso termina com a emissão do Diploma Universitário de 1º nível em enfermagem profissional; passar no exame de Estado habilita ao exercício da profissão.</p> | <p style="text-align: center;">PROPOSTA DE CURSO UNIVERSITÁRIO EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM, DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE DE MILÃO</p> <p>Art. 1 (Finalidade, organização geral, normas de acesso).</p> <p>1. Se confirma a modificação CUN.</p> <p>2. O curso de diploma de duração trienal deve ter o objetivo de formar enfermeiros com conhecimento científico e profissionais tais que prestem a aplicação da ciência em enfermagem a indivíduos e a grupos de indivíduos em estado de bem-estar e de doença. O curso se conclui com a emissão do Diploma Universitário de primeiro nível como Enfermeiro responsável pela assistência geral; a aprovação no exame de Estado habilita ao exercício da profissão.</p> |
|---|--|--|

3. Em relação à normativa local e com observância das respectivas normas específicas, as universidades poderão instituir cursos de aperfeiçoamento, nos termos do Decreto Presidencial n.º 162/1982, reservados aos titulares de diploma universitário em ciências da enfermagem e concluídos anteriormente à qualificação dos mesmos porquanto remetam às funções especializadas e de coordenação das funções de enfermagem de base nos seguintes setores:

- a) assistência clínica;
- b) geriatria;
- c) assistência cirúrgica;
- d) área crítica;
- e) assistência domiciliar;
- f) assistência domiciliar geriátrica;
- g) psiquiatria e saúde mental;
- h) funções didáticas e diretivas (enfermeiro-chefe);
- i) saúde pública;
- j) higiene e epidemiologia hospitalar;
- k) pediatria e neonatologia;
- l) obstetria.

Na área crítica, segundo a normativa da Comunidade Económica Europeia, estão incluídas: diálise, terapia hiperbárica, terapia intensiva, terapia enterostomal. Também para esses setores podem ser previstos cursos específicos de aperfeiçoamento.

3. A formação deve acontecer obrigatoriamente em estruturas hospitalares, devendo ser garantida, além de uma adequada preparação teórica, um adequado treinamento profissional prático. Nos termos do art. 6, parágrafo 3, do Decreto Legislativo n.º 502, de 30 dezembro de 1992, o Curso de Diploma pode ser articulado também em seções conveniadas com a Universidade. As estruturas hospitalares conveniadas devem responder a requisitos de idoneidade para disponibilidade de instalações, equipamentos e dotação instrumental por tipologia de serviços e das prestações implementadas. Respondem automaticamente a tais requisitos os Institutos Hospitalares e de Tratamento de caráter científico, operantes em setor coerente com aquele próprio do Curso de Diploma Universitário. As estruturas não-universitárias são identificadas com os protocolos de entendimento mencionados no art. 6, parágrafo 3, do Decreto Legislativo n.º 502, de 30 de dezembro de 1992. O Conselho de Faculdade nomeia, entre aqueles que possuam o perfil profissional específico, um responsável a quem confia a coordenação das atividades teórico-práticas, levando em consideração as normativas específicas do setor.

3. O Curso de diploma universitário referente ao art. 1, item 1, instituído conforme previsto pelo art. 2º, da Lei 341/1990, se vale do treinamento profissional prático das sedes hospitalares individuadas pelos protocolos de entendimento no sentido do art. 6º, parágrafo 3º, do Decreto Legislativo n.º 502, de 30.12.1992. As estruturas hospitalares e de gestão local em saúde conveniadas devem responder a requisitos de idoneidade, disponibilidade de instalações e equipamentos e dotação instrumental por tipologia dos serviços e de prestações proporcionadas. Respondem automaticamente a tais requisitos os Institutos Hospitalares e de Tratamento de caráter científico, operantes em setor coerente com o do próprio Curso de Diploma universitário. As citadas estruturas não universitárias são identificadas com protocolos de entendimento conforme o art. 6º, parágrafo 3º, do Decreto Legislativo n.º 502, de 30.12.1992. O Conselho de Unidade nomeia docentes enfermeiros, entre os enfermeiros em posse dos Diplomas universitários de I.I.D., D.A.I, I.D.D.¹, em espera dos enfermeiros diplomados em Ciências da Enfermagem, um responsável em quem confiar a coordenação das atividades teórico-práticas.

1 N.T.: As siglas corresponderiam a “Infermiere insegnante dirigente (I.I.D.)”, “Dirigente di Assistenza Infermieristica (D.A.I.)” e “Dirigente e docente di scienze infermieristiche (D.D.S.I.)”/“Infermiere dirigente e docente (I.D.D.)”, ou seja, Licenciado em Enfermagem, Bacharel em Enfermagem e Bacharel em Ciências da Enfermagem, nos termos brasileiros.

4. O curso de diploma não é suscetível de abreviações, exceto no caso de frequência prévia de estudos de nível universitário, realizados na Itália ou no exterior, para cursos de graduação ou diploma com conteúdos teóricos e práticos considerados equivalentes e utilizáveis como créditos, nos termos do art. 11 da Lei n.º 341, de 19 de novembro de 1990. A deliberação de reconhecimento dos créditos é adotada pelo conselho de estrutura didática.

4. Em relação à legislação local e com a observância das respectivas normas específicas, aqueles que obtiveram o Diploma Universitário trienal podem se inscrever em cursos que proporcionam uma habilitação em enfermagem. Os cursos de especialização duram de três meses a um ano, são organizados pelo Conselho da Faculdade, implicam em uma frequência de atividades teóricas e práticas por pelo menos 80 horas mensais e voltados à qualificação de enfermeiros que desempenhem funções especializadas e de coordenação das funções de enfermagem de base em:

- a) assistência clínica
- b) geriatria
- c) assistência cirúrgica
- d) área crítica
- e) psiquiatria e saúde mental
- f) funções didáticas e diretivas (enfermeiro-chefe)
- g) saúde pública
- h) higiene e epidemiologia hospitalar
- i) pediatria e neonatologia

Na área crítica, segundo a normativa da Comunidade Econômica Europeia, estão incluídas: diálise, terapia hiperbárica, terapia intensiva, terapia enterostomal. Para tais setores podem ser previstos cursos breves de aperfeiçoamento, com duração de três meses ou módulos opcionais inseridos na organização didática dos cursos de aperfeiçoamento de duração efetiva pelo menos semestral. São admitidos nos Cursos de Aperfeiçoamento aqueles que tenham o diploma de nível I. As Universidades poderão instituir ainda cursos de atualização, nos termos e nas modalidades previstas pelo art. 6º, da Lei n.º 341/1990. A tais cursos se aplicam as normas do art. 12, do Decreto Legislativo n.º 541, de 30 de dezembro de 1992.

4. Esclarecer relação entre Cursos de aperfeiçoamento e especialização em enfermagem. As Universidades poderão instituir ainda cursos de atualização, nos termos e nas modalidades previstas pelo art. 6º, da Lei n.º 341/1990. A tais cursos se aplicam as normas do art. 12, do Decreto Legislativo n.º 541, de 30 de dezembro de 1992.

5. Com base nas estruturas e equipamentos disponíveis, o número de inscritos no curso de diploma é estabelecido pelo conselho universitário, ouvido o conselho de unidade, com base nos critérios gerais estabelecidos pelo Ministério das Universidades, Pesquisa, Ciência e Tecnologia, nos termos do art. 9, parágrafo quarto, da Lei n.º 341/1990. São admitidos como prova para obter a inscrição ao primeiro ano os diplomados dos institutos de instrução secundária de segundo grau com duração de cinco anos. Se o número dos candidatos for superior ao número de vagas disponíveis, o acesso ao primeiro ano do curso de diploma, dentro dos limites das vagas determinadas, está condicionado à aprovação em exame através de prova escrita com questões de escolha múltipla para 70% dos pontos disponíveis e da avaliação das notas no diploma do ensino secundário igual a 30% da pontuação global. O conselho de unidade aprova com pelo menos seis meses de antecedência da data os temas sobre os quais será efetuada a prova escrita. Estão dispensados de realização do exame e têm prioridade na classificação os inscritos após 1º de novembro de 1988 no curso de medicina e que tenham sido aprovados em três exames no primeiro ano de curso.

5. O Curso de Diploma não é suscetível de abreviação, exceto no caso de anterior frequência de estudos de nível universitário, efetuados na Itália ou no exterior, para cursos com conteúdos teóricos e práticos considerados equivalentes e aceitáveis como créditos, nos termos do art. 11, da Lei n.º 341, de 19 de novembro de 1990. A deliberação de reconhecimento dos créditos é adotada pelo Conselho de Unidade ou Universitário, conforme a norma estatutária.

5. Se confirma CUN.

6. A habilitação é escolhida pelo aluno até 15 de abril do segundo ano do curso. Os titulares de diploma universitário poderão se inscrever no terceiro ano do curso em número superior ao de vagas disponíveis até o máximo 15%, tendo em vista a obtenção de outra habilitação.

6. Com base nas estruturas e equipamentos disponíveis, o número de inscritos no Curso de Diploma é estabelecido pelo Conselho Universitário, mediante proposta do Conselho de Unidade, com base nos critérios gerais fixados pelo Ministério das Universidades, Pesquisa, Ciência e Tecnologia, nos termos do art. 9º, parágrafo 4º, da Lei n.º 341/1990. Tais critérios são fixados em acordo com o Ministério da Saúde. O número máximo de inscrições é estabelecido para cada ano de curso. As transferências são aceitáveis no respeito dos limites previstos. São admitidos às provas para obter a inscrição ao primeiro ano os diplomados dos institutos de instrução secundária de segundo grau com duração de cinco anos. A admissão ao Curso é feita por prévia avaliação, mediante exame médico, da idoneidade psicofísica. Caso o número de aspirantes seja superior ao de vagas disponíveis, o acesso ao primeiro ano do Curso de Diploma, no limite das vagas determinadas, é subordinado ao resultado de um exame mediante prova escrita com perguntas de respostas de múltipla escolha para 70% dos pontos disponíveis e de uma avaliação das notas do diploma de escola secundária superior ou igual a 30% da restante pontuação total. As Faculdades podem reservar 10 dos 70 pontos previstos para a prova escrita para efetuar uma entrevista vocacional. O Conselho de Faculdade aprova com pelo menos seis meses de antecipação da data da prova os temas da prova escrita, relativos de qualquer forma a setores de cultura geral e de ciências biomédicas e naturalísticas.

6. Esclarecer se se trata de número programado ou fechado para o acesso ao Curso de Diploma.

... e ciências humanas.

Art. 2 (Ordenamento didático).

1. O curso de diploma prevê 4.600 horas de ensino, atividades práticas, estudos dirigidos e também de estágio. Isso compreende áreas, cursos integrados e disciplinas, sendo organizado em ciclos convencionais (semestres); cada semestre compreende horas de ensino e de atividades práticas e estudo dirigido (primeiro ano 650 horas, segundo ano 620 horas, terceiro ano 460 horas), cujo peso relativo é definido de modo convencional (crédito, correspondente medianamente a 50 horas). As atividades práticas e de estudo dirigido compreendem a pelo menos 50% das horas previstas para cada ano. O estágio profissional é desenvolvido por 720 horas no primeiro ano (360 por semestre), 900 horas no segundo ano (450 por semestre) e 1.250 horas no terceiro ano (625 por semestre).

Art. 2 (Ordenamento didático).

1. O Curso de Diploma prevê atividades didáticas e de estágio iguais ao horário total estabelecido pela normativa local e subdividido em ciclos convencionais (semestres); as atividades são articuladas em aulas teóricas, estudo clínico supervisionado, atividades de seminários, exercícios, atividades de estágio, atividades tutoriais, atividades de autoaprendizado, autoavaliação e aprofundamento. Cada semestre compreende horas de ensino e estudo clínico supervisionado e de estágio por um total de 1,800 horas anuais. A atividade de estágio é de 1.250 horas no primeiro ano, 1.150 no segundo e 1.350 no terceiro ano. O peso relativo de cada área é definido pelo número dos créditos, cada um correspondendo em média a 50 horas, com uma parte teórica, inclusive a de seminários, que não pode exceder 50% das horas previstas.

Art. 2 – Ordenamento didático

1. Confirma-se CUN. A Lei n.º 795, de 15.11.1973, de “ratificação e execução do Acordo Europeu sobre a educação e formação das enfermeiras, adotado em Estrasburgo em 25.10.1967”; prevê no Anexo I, “Normas mínimas para a instrução e a formação das enfermeiras”, Capítulo III “Duração e matérias do programa de ensino” que “O número de horas de ensino de enfermagem de base deve ser fixado em um mínimo de 4.600 horas. Pelo menos metade de dito tempo deverá ser dedicado à prática hospitalar”. Com referência a essa norma e conforme o quanto previsto no currículo elaborado pela Escola de Enfermagem, da Universidade de Milão, propõe-se que: “cada semestre compreende horas de ensino e de estudo clínico dirigido e de estágio por 1.525 horas totais no primeiro ano de curso, 1.525 horas totais no segundo e 1.600 horas no terceiro ano de curso. A atividade de estágio é de 560 horas no primeiro ano, 740 no segundo e 1.060 no terceiro ano.”

2. As atividades didáticas são ordenadas em áreas formativas, que definem os objetivos didáticos intermediários, em cursos integrados, que definem a articulação do ensino nos diversos semestres e correspondem aos exames que devem ser prestados, em disciplinas que indicam as competências científico-profissionais dos docentes nos específicos cursos integrados. São ativadas, como disciplinas integradas nos cursos previstos pelo ordenamento, ulteriores disciplinas compreendidas nos agrupamentos concursais para vagas de professor de primeira ou segunda faixa. A este respeito, se faz referência aos agrupamentos indicados no último edital de concurso, relativos a uma e outra faixas. As disciplinas não dão lugar a verificações de perfil autônomo.

3. O conselho da estrutura didática pode predispor planos de estudo alternativos, além de aprovar planos individuais propostos pelo estudante, com a condição de que o peso relativo da área e de cada curso integrado em específico non se afaste (em aumento ou diminuição) em mais de 15% do previsto na grade curricular. A dedicação horária resultante da eventual subtração da dedicação horária dos cursos integrados individuais pode ser utilizada para se aprofundar na área onde o aluno também é obrigado a frequentar um curso de inglês científico, com o objetivo de se capacitar para se manter atualizado com a literatura científica. O respectivo exame, a realizar através de entrevista e tradução de textos científicos, será realizado no primeiro ano.

2. As atividades didáticas são ordenadas em áreas, que definem os objetivos gerais, culturais e profissionalizantes. As áreas compreendem os cursos integrados, que definem a articulação do ensino nos diferentes semestres e correspondem aos exames que deverão ser realizados; aos cursos integrados pertencem os setores científico-disciplinares, que indicam as competências científico-profissionais, enquanto as disciplinas dizem respeito às titularidades dos docentes de cada setor. Nos cursos integrados previstos pelo ordenamento são ativáveis as disciplinas integradas nos setores científico-disciplinares ligadas ao curso integrado. As disciplinas atendem unicamente à titularidade dos docentes e não dão margem a verificações de desempenho autônomas. Elas são ativadas com ato programático da Faculdade e inseridas no Manifesto anual dos Estudos, que é também forma de publicação dos docentes.

3. O Conselho Universitário pode elaborar planos de estudo alternativos, com diferente distribuição dos Cursos integrados nos semestres, assim como aprovar planos individuais propostos pelo estudante, sob a condição de que o peso relativo da área e do determinado curso integrado não se afastem em mais ou em menos de 20% daquele da grade curricular. A carga horária que deriva da subtração eventual de empenho horário de cada curso integrado pode ser utilizada para aprofundamentos na área onde é preparada a monografia de graduação. O aluno também é obrigado a frequentar um curso de inglês científico para adquirir a capacidade de se atualizar na literatura científica.

2. Se confirma CUN.

3. Se confirma CUN.

| | | |
|--|---|---|
| <p>4. O aluno deverá realizar os exames para os cursos integrados constantes do plano curricular em cada semestre. Não é possível realizar os exames de um ano se não tiverem sido realizados todos os exames do ano anterior até a sessão de outono, exceto dois, e superado os estágios. Os exames são normalmente realizados no final de cada semestre, respectivamente no mês de fevereiro e nos meses de junho e julho. São previstas sessões de recuperação, uma no mês de setembro (chamada outonal) e uma extraordinária (chamada invernal) a prever em períodos de interrupção das aulas, em janeiro-fevereiro. Na sessão extraordinária não podem ser prestados mais de dois exames.</p> | <p>4. O estudante deve a cada semestre prestar os exames para os cursos integrados incluídos no ordenamento. Os exames são prestados como norma ao fim de cada semestre, nos períodos de suspensão das aulas. Sessões de recuperação são previstas, uma no mês de setembro (chamada outonal) e uma extraordinária (chamada invernal). Na sessão extraordinária não podem ser prestados mais de dois exames.</p> | <p>4. Se confirma CUN.</p> |
| <p>5. Para as atividades didáticas de natureza principalmente técnico-prática ligadas ao ensino profissional específico, poderão ser chamados docentes a contrato, escolhidos entre aqueles que, pelos cargos exercidos ou pelas atividades profissionais exercidas, sejam de reconhecida experiência e competência nas matérias que forem objeto de ensino. Neste caso, aplica-se a normativa prevista no art. 25 do Decreto Presidencial n.º 382/1980. Os professores a contrato podem fazer parte das comissões de exame.</p> | <p>5. Para as atividades didáticas de prevalente caráter técnico-prático ligadas a específicos ensinamentos profissionais podem ser chamados docentes a contrato, selecionados entre aqueles que, pelos cargos exercidos ou pelas atividades profissionais exercidas, sejam de reconhecida habilitação e competência nas matérias que forem objeto do ensinamento. Em tal caso, aplica-se a normativa prevista pelo art. 25, do Decreto do Presidente da República n.º 382/1980. Os professores a contrato podem fazer parte das comissões de exames.</p> | <p>5. Para as atividades de estágio, podem ser chamados docentes a contrato, selecionados entre aqueles que, pelos cargos exercidos ou pelas atividades profissionais exercidas, sejam de reconhecida experiência e competência nas matérias que forem objeto do ensino. Em tal caso, se aplica a normativa prevista pelo art. 25 do Decreto do Presidente da República n.º 382/1980. Os professores s contrato podem fazer parte das comissões de exame.</p> |
| <p>6. As áreas, com os créditos indicados entre parênteses, os objetivos, os cursos integrados e as relativas disciplinas, são os seguintes:</p> | <p>6. As áreas didático-organizativas com os objetivos didáticos, os cursos integrados e respectivos setores científico-disciplinares são os seguintes, com os créditos específicos indicados ao lado de cada um:</p> | <p>6. Confirma-se CUN.</p> |
| <p>1º Ano – I semestre: ÁREA A. Propedêutica (Créditos: 6.0)</p> | <p>1º Ano – I semestre ÁREA A. Propedêutica (créditos: 7.0)</p> | <p>1º Ano ÁREA A. Ciências da enfermagem geral</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Objetivo: aprender as bases para a compreensão qualitativa e quantitativa dos fenômenos biológicos e as noções de base da enfermagem.</p> <p>A.1. Curso integrado de física, estatística e informática:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Física médica; • Estatística médica; • Informática geral. <p>A.2. Curso integrado de química e propedêutica bioquímica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Química e propedêutica; • Bioquímica. <p>A.3. Curso integrado de histologia e anatomia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histologia; • Anatomia humana. <p>A.4. Curso integrado de biologia e genética:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biologia geral; • Biologia celular; • Genética geral. <p>A.5. Curso integrado de enfermagem geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem geral; • Enfermagem clínica I; • Teorias da enfermagem. <p>A.6. Inglês científico.</p> <p>A.7. Atividade de estágio supervisionado a ser efetuada em serviços hospitalares e extra-hospitalares.</p> | <p>Objetivo: aprender as bases para a compreensão qualitativa e quantitativa dos fenômenos biológicos e as noções de base da enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curso integrado de física, estatística e informática (Créditos 0.8) • Curso integrado de química médica e propedêutica bioquímica (Créditos 0.8) • Curso integrado de histologia e anatomia humana (Créditos 1.0) • Curso integrado de biologia e genética (Créditos 0.6) • Curso integrado de enfermagem geral (Créditos 1.2) • Inglês científico (Créditos 1.0) • Atividade de estágio supervisionado a ser efetuada junto a clínicas universitárias, serviços hospitalares e extra-hospitalares. Horas: 625 | <p>Objetivos: Ao final do primeiro ano de curso o estudante deve estar apto a explicar o conceito de Atenção em Enfermagem e conhecer os princípios que regulam o equilíbrio do organismo humano com referência a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • homem entendido como sistema complexo, em equilíbrio dinâmico interno e externo e em interação física e psíquica com o ambiente; • homem inserido no sistema complexo das relações sociais mediante relações guiadas por normas éticas e legislativas; • enfermeiro entendido como sujeito ativo inserido em um sistema complexo de relações cognoscitivas a enfrentar com metodologia científica; • enfermeiro considerado como autor de progresso enquanto profissional inserido em um sistema de variáveis sociais, econômicas e culturais, em interação recíproca e em contínua evolução. <p>Deve ainda ter adquirido os conhecimentos que, em relação às ações individuadas no primeiro ano do curso, constituem a razão científica de cada um dos onze blocos da atenção em enfermagem.</p> |
|--|---|---|

1º Ano – II semestre:
**ÁREA B. Bioquímica,
microbiologia e fisiologia
aplicadas às ciências da
enfermagem (Créditos: 6.0)**

Objetivo: aprender os princípios de funcionamento bioquímico-fisiológicos de procariontes, eucariontes e organismos; aprender os princípios de avaliação dos parâmetros relativos; aprofundar as noções teórico-práticas de enfermagem.

1º Ano – II semestre
**ÁREA B. Bioquímica,
Microbiologia e Fisiologia
Aplicadas (Créditos 6.5)**

Objetivo: educar à observação e análise dos vários fenômenos bioquímico-fisiológicos e à avaliação dos parâmetros relativos. Passar conhecimentos relativos à psicologia, pedagogia e epidemiologia. Aprofundar as noções teórico-práticas de cura e assistência segundo os princípios da enfermagem.

1º Ano – I semestre

- A.1. Curso integrado de Ciências da enfermagem (História da assistência de enfermagem, Filosofia da assistência de enfermagem, Normativa e ética profissional)
- A.2. Curso integrado de Ciências da enfermagem assistencial I (Princípios científicos da assistência de enfermagem, Teorias de enfermagem, Modelos e teorias da disciplina Enfermagem na Itália)
- A.3. Curso integrado de física, estatística, informática (Estatística, Física, Informática)
- A.4. Curso integrado de química, bioquímica (Química, Bioquímica, Bioquímica Clínica)
- A.5. Curso integrado de Biologia genética e imunologia (Biologia, Genética, Microbiologia, Patologia clínica).

1º Ano – II semestre

- A.6. Curso integrado de Ciências de enfermagem assistencial II (Metodologia da assistência de enfermagem aplicada, Ética e deontologia profissional)
- A.7. Curso integrado de Ciências da enfermagem especializada I (Assistência de enfermagem na saúde pública, Assistência de enfermagem materno-infantil, Assistência de enfermagem ao idoso, Metodologia da abordagem preventiva)
- A.8. Curso integrado de Anatomia (Anatomia humana normal, Histologia)
- A.9. Curso integrado de Fisiologia humana (Fisiologia humana, Biofísica médica, Alimentação e nutrição humana)
- A.10. Curso integrado de Ciências humanas (Psicologia geral, Pedagogia geral)

B.1. Curso integrado de química biológica e bioquímica clínica:

- Clínica biológica;
- Bioquímica clínica;
- Biologia molecular;
- Técnicas analíticas de química clínica.

B.2. Curso integrado de microbiologia clínica:

- Microbiologia;
- Microbiologia clínica.

B.3. Curso integrado de fisiologia humana:

- Fisiologia humana;
- Biofísica;
- Ciência da alimentação e princípios de dietética.

B.4. Curso integrado de enfermagem:

- Enfermagem clínica II;
- Ética profissional;
- Elementos de psicologia e pedagogia;
- Epidemiologia.

B.5. Atividades de estágio supervisionado: a efetuar em serviços hospitalares e extra-hospitalares.

2º Ano

ÁREA C. Fisiopatologia, farmacologia e medicina geral e princípios de enfermagem (Créditos: 12.0)

Objetivo: apreender os princípios gerais de patologia e fisiopatologia, os principais parâmetros de avaliação e as respectivas metodologias de análise mais comuns; apreender os princípios de farmacologia, saúde pública e medicina clínica em relação à profissão de enfermagem.

B.1. Curso integrado de bioquímica (Créditos 1.0)

B.2. Curso integrado de microbiologia e imunologia e imuno-hematologia (Créditos 1.2)

B.3. Curso integrado de fisiologia humana (Créditos 1.4)

B.4. Curso integrado de enfermagem (Créditos 2.4)

B.5. Atividades de estágio supervisionado a efetuar junto a clínicas universitárias, serviços hospitalares e extra-hospitalares. Horas: 625

2º Ano

ÁREA C. Fisiopatologia, farmacologia e medicina geral e princípios de enfermagem (12.0)

Objetivo: aprender os princípios gerais de patologia e fisiopatologia, os principais parâmetros de avaliação e os respectivos métodos de análise mais comuns; aprender os princípios de farmacologia, saúde pública e medicina clínica em relação à profissão de enfermagem.

ÁREA B. Atividades de estágio

Objetivos: ao final do primeiro ano de curso, o estudante deve estar apto a exercer a própria atividade congruentemente e limitadamente aos princípios científicos aprendidos. Em especial deve:

- estar apto a reconhecer as necessidades específicas de assistência de enfermagem do usuário, praticando a relativa prescrição;
- organizar os conhecimentos adquiridos para poder resolver as necessidades específicas da assistência de enfermagem;
- definir, com referência a cada Prescrição de Enfermagem, as ações congruentes, torná-las operativas e avaliar os êxitos;
- aplicar os princípios de intervenção sobre o homem e sobre o ambiente em relação ao quanto aprendido, segundo uma metodologia científica.

B.1 Atividade de estágio supervisionado a ser efetuada junto a: creches, escolas maternas neonatologia, consultórios materno-infantis, centros diurnos e residenciais para idosos autossuficientes.

2º ANO – I semestre

ÁREA C. Ciências de enfermagem clínicas

Objetivos: Ao final do segundo ano de curso o estudante deve estar apto a:

I semestre

C.1. Curso integrado de patologia e fisiopatologia geral:

- Patologia geral;
- Fisiopatologia geral.

C.2. Curso integrado de patologia clínica:

- Patologia clínica;
- Imuno-hematologia.

C.3. Curso integrado de medicina:

- Farmacologia: elementos de medicina interna e de terapia e dietética.

C.4. Curso integrado de enfermagem clínica I:

- Enfermagem clínica em medicina geral;
- Enfermagem clínica in cirurgia geral;
- Psicologia e pedagogia aplicada.

C.5. Atividades de estágio supervisionado: a serem efetuados em serviços hospitalares, serviços ambulatoriais e territoriais.

I semestre

C.1. Curso integrado de patologia e fisiopatologia geral (Créditos 1.5)

C.2. Curso integrado de patologia clínica (Créditos 1.0)

C.3. Curso integrado de medicina (Créditos 1.5)

C.4. Curso integrado de enfermagem clínica I (Créditos 2.0)

C.5. Atividades de estágio supervisionado: 400 horas a efetuar em departamentos hospitalares, serviços ambulatoriais e territoriais.

- reconhecer os principais fatores internos e externos que podem determinar uma alteração do equilíbrio do organismo;
- transferir os conhecimentos gerais relativos às normas éticas à Profissão de Enfermagem;
- inferir problemas particulares relativos à assistência de enfermagem e respostas que, com metodologia científica, satisfaçam as necessidades específicas de ajuda;
- transferir os conhecimentos adquiridos à sua atividade, respondendo com autonomia às necessidades específicas de assistência de enfermagem determinadas por alterações orgânicas;
- descrever a importância da pesquisa de enfermagem como método de verificação das intervenções assistenciais. Deve também ter adquirido os conhecimentos que, com relação às ações identificadas para o segundo ano do curso, constituem a razão científica de cada um dos onze blocos da Atenção em Enfermagem.

C.1. Curso integrado de ciências de enfermagem clínica I (Assistência de enfermagem aplicada II, Tecnologia e instrumentação assistencial, Fundamentos jurídicos da profissão)

C.2. Curso integrado de Ciências Humanas II (Psicologia II, Pedagogia II, Legislação sanitária e social)

C.3. Curso integrado de Patologia e fisiopatologia geral (Patologia geral, Patologia clínica, Cirurgia geral)

C.4. Curso integrado de Medicina (Medicina interna, Farmacologia)

II semestre

C.6. Curso integrado de saúde pública:

- Higiene e educação sanitária;
- Legislação e organização sanitária;
- Organização da profissão de enfermagem, aspectos jurídicos e deontológicos.

C.7. Curso integrado de medicina materno-infantil:

- Obstetrícia e ginecologia I;
- Puericultura e pediatria I;

C.8. Curso integrado de enfermagem clínica II:

- Enfermagem clínica em obstetrícia e ginecologia;
- Enfermagem clínica em puericultura e pediatria.

C.9. Atividade de estágio supervisionado: a ser efetuado em serviços hospitalares, serviços ambulatoriais e territoriais. Devem ser iniciadas experiências de estágio noturno.

II semestre

C.6. Curso integrado de saúde pública e prevenção (Créditos 1.5)

C.7. Curso integrado de medicina materno-infantil (Créditos 1.5)

C.8. Curso integrado de Enfermagem clínica II (Créditos 3.0)

C.9. Atividades de estágio supervisionado: 400 horas a efetuar em departamentos hospitalares, serviços ambulatoriais e territoriais. Devem ser iniciadas experiências de estágio noturno.

2º ANO – II semestre

C.5. Curso integrado de enfermagem clínica II (Assistência de enfermagem clínica à criança, Assistência de enfermagem clínica ao adulto, Assistência de enfermagem clínica ao idoso)

C.6. Curso integrado de enfermagem geral II (Metodologia da pesquisa em enfermagem, Metodologia da abordagem educativa clínica)

C.7. Curso integrado de Saúde pública e prevenção (Higiene geral e aplicada, Medicina preventiva e social, Epidemiologia e estatística sanitária)

C.8. Curso integrado de Medicina materno-infantil e geriátrica (Pediatria geral e especializada, Ginecologia, Neuropsiquiatria, Geriatria)

C.9. Curso integrado de Patologia médica e medicina de reabilitação (Oncologia, Psiquiatria, Ortopedia e Traumatologia, Medicina de Reabilitação).

ÁREA D. Atividade de estágio

Objetivos: Ao final do segundo ano de curso o estudante deve estar apto a exercer a própria atividade congruente e limitadamente aos princípios científicos aprendidos. Deve especialmente:

- identificar, em relação a cada Assistência de enfermagem, as ações congruentes, torná-las operacionais avaliando seus êxitos;
- ter consciência do próprio papel dentro de um sistema organizacional.

D.1 Atividades de estágio supervisionado a efetuar junto a clínicas universitárias, serviços hospitalares e extra-hospitalares:

- Medicina.
- Cirurgia.
- Pediatria.
- Obstetrícia – Ginecologia.
- Ortopedia – Traumatologia.
- Serviços psiquiátricos.
- Oncologia – Curas paliativas.
- Serviços territoriais da gestão local em saúde
- Casas de repouso para idosos.

3º Ano – Habilitação em assistência geral

ÁREA D. Enfermagem geral (Créditos: 12.0)

Objetivo: fornecer as bases culturais e aplicadas para o exercício da profissão de enfermagem em departamentos clínicos e ambulatoriais para a sucessiva especialização setorial:

3º Ano

ÁREA D. Enfermagem de habilitação em enfermagem geral (12.0)

Objetivo: fornecer as bases culturais e aplicadas para o exercício da profissão de enfermagem em departamentos clínicos e ambulatoriais e para a posterior especialização setorial.

I semestre

D.1. Curso integrado de medicina clínica geral e da terceira idade (Créditos 2.0)

D.2. Curso integrado de medicina de emergência e do paciente crítico (Créditos 1.5)

D.3. Curso integrado de enfermagem clínica III (área crítica, incluída a área de psiquiátrica) (Créditos 3.0)

D.4. Atividades de estágio supervisionado, a ser efetuadas por um total de 350 horas nos departamentos especializados e nos serviços territoriais em relação às orientações, com turnos noturnos e progressiva assunção de responsabilidade profissional.

3º Ano – I semestre

ÁREA E. Ciências da enfermagem especializada

Objetivos: O estudante ao final do terceiro ano de curso deve estar apto a:

- sintetizar o Modelo da Atenção em Enfermagem em suas partes fundamentais;
- planificar a Assistência de enfermagem considerando a complexidade do sistema no qual está inserido o usuário do serviço;
- responder às necessidades específicas de Assistência de enfermagem com uma Atenção em Enfermagem adequada, respeitando o relativo grau de interdependência;
- operar no respeito e em conformidade às normas deontológicas definidas pela profissão;
- operar no respeito e em conformidade às normas jurídicas definidas pelo Direito;
- identificar as intervenções de competência aptas a enfrentar os desequilíbrios dos sistemas entre homem-ambiente.

E.1. Curso integrado de ciências da enfermagem clínica III (Assistência de enfermagem clínico-especializada, Assistência de enfermagem à criança, Assistência de enfermagem ao adulto, Assistência de enfermagem ao idoso, Tecnologia e instrumentações assistenciais II)

E.2. Curso integrado de Ciências de enfermagem especiais III (Assistência de enfermagem aplicada, Ética da enfermagem e bioética)

E.3. Curso integrado de Medicina de urgência e em área crítica (Medicina interna, Cardiologia, Neurologia, Terapia intensiva, Reanimação e pronto socorro)

| | | |
|--|---|---|
| <p>3º Ano – Habilitação em assistência geral pediátrica ÁREA E. Enfermagem pediátrica (Créditos: 12.0) Objetivo: fornecer as bases culturais e aplicadas para o exercício da profissão de enfermagem em departamentos clínicos e ambulatoriais pediátricos e para a sucessiva especialização setorial.</p> | <p>II semestre D.5. Curso integrado de elementos de especializações médicas (Créditos 1.2) D.6. Curso integrado de enfermagem clínica IV (em áreas gerais e especializadas) (Créditos 3.5) D.7. Curso integrado de medicina social (Créditos 2.0)</p> | |
| <p>I semestre E.1. Curso integrado de pediatria: • Pediatria clínica; • Pediatria preventiva e social. E.2. Curso integrado de neonatologia: • Perinatologia e puericultura; • Terapia intensiva neonatal. E.3. Curso integrado de enfermagem pediátrica especial I: • Enfermagem clínica em neonatologia; • Enfermagem clínica em pediatria. E.4. Atividade de estágio supervisionado: a ser efetuada nos departamentos especializados e nos serviços territoriais em relação às habilitações com turnos noturnos e assunção progressiva de responsabilidade profissional.</p> | <p>3º ANO ÁREA E. Ciências da enfermagem especializadas</p> | <p>3º Ano – II semestre E.4. Curso integrado de Ciências da enfermagem (Organização do sistema de enfermagem, Organização profissional) E.5. Curso integrado de especialidades médicas (Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Nefrologia e Hemodiálise, Doenças infecciosas, Dermatologia) E.6. Curso integrado de Medicina social (Medicina do trabalho, Sociologia geral, Medicina legal)</p> |

II semestre

E.5. Curso integrado de neuropsiquiatria infantil:

- Neuropsiquiatria infantil;
- Psicologia do desenvolvimento.

E.6. Curso integrado de enfermagem pediátrica II:

- Enfermagem clínica em neuropsiquiatria;
- Enfermagem preventiva em âmbito pediátrico.

E.7. Curso integrado de medicina social:

- Medicina preventiva, reabilitadora e social;
- Legislação social;
- Medicina do trabalho;
- Sociologia;
- Metodologia da pesquisa;
- História da medicina.

E.8. Atividade de estágio supervisionado: a ser efetuada nos departamentos especializados e nos serviços territoriais em relação às habilitações, com turnos noturnos e assunção progressiva de responsabilidade profissional.

3º Ano – Habilitação em assistência obstétrica

ÁREA F. Enfermagem obstétrica (Créditos: 12.0)

Objetivo: fornecer as bases culturais e aplicadas para o desempenho da profissão de enfermagem em departamentos clínicos e ambulatoriais de obstetrícia e ginecologia e para a sucessiva especialização setorial.

ÁREA F. Atividades de estágio

Objetivos: Ao final do III ano de curso, o estudante deve estar apto a:

- utilizar o processo de assistência com a finalidade de enfrentar cientificamente as situações que se apresentam no exercício da atividade profissional;
- avaliar a necessidade da criação de grupos de profissionais voltados à proteger a profissão e o usuário;
- transmitir os conhecimentos adquiridos em relação ao próprio papel profissional, à própria função específica e à natureza da própria atividade a estudantes, colegas e outros grupos interessados.

F.1. Atividades de estágio supervisionado a efetuar junto a clínicas universitárias, serviços hospitalares e extra-hospitalares relacionados com o ensino teórico.

I semestre

F.1. Curso integrado de fisiopatologia obstétrica:

- Fisiopatologia obstétrica;
- Ginecologia.

F.2. Curso integrado de medicina neonatal:

- Patologia neonatal;
- Elementos de anestesia e reanimação neonatal.

F.3. Curso integrado de enfermagem obstétrico-ginecológica:

- Enfermagem obstétrica;
- Enfermagem ginecológica.

F.4. Atividade de estágio supervisionado: a ser efetuada nos departamentos especializados e nos serviços territoriais em relação às habilitações, com turnos noturnos e assunção progressiva de responsabilidade profissional.

II semestre

F.5. Curso integrado de psicologia e psicossomática:

- Psicossomática da gravidez e preparação ao parto;
- Psicologia social.

F.6. Curso integrado de enfermagem gineco-obstétrica:

- Enfermagem obstétrica;
- Metodologias de enfermagem.

F.7. Curso integrado de medicina social:

- Medicina preventiva, reabilitativa e social;
- Legislação social;
- Medicina do trabalho;
- Sociologia;
- Metodologia da pesquisa;
- História da medicina.

F.8. Atividade de estágio supervisionado: a ser efetuada nos departamentos especializados e nos serviços territoriais em relação às habilitações, com turnos noturnos e assunção progressiva de responsabilidade profissional.

| | | |
|--|---|--|
| <p>Art. 3 (Organização didática – Verificação de aproveitamento – Exame final).</p> <p>1. A frequência às aulas, aos estágios e às atividades práticas é obrigatória e deve ser documentada no portfólio pessoal do estudante. Para serem admitidos ao exame final de diploma, os estudantes devem ter frequentado regularmente os cursos, passado nos exames de todas as disciplinas previstas e efetuado, com avaliação positiva, os estágios prescritos. Os estudantes que não passarem em todos os exames e não obtiverem avaliação positiva nos estágios podem repetir o ano por não mais de uma vez como <i>extra curso</i>, sendo colocados como excedentes.</p> <p>2. A frequência nas aulas e a participação nos estágios são obrigatórias por pelo menos 75% do horário previsto; elas acontecem segundo deliberação do conselho universitário, para assegurar a cada estudante um adequado período de experiência e de formação profissional, nas estruturas próprias da faculdade ou em estruturas idôneas conveniadas. O estudante tem a possibilidade de repetir o estágio no caso de avaliação negativa.</p> <p>3. O Conselho de Curso predispõe um específico prontuário do aluno, que consente ao estudante e ao próprio conselho o controle das atividades realizadas e da aquisição dos progressos devidos, para poder prestar os exames anuais e finais.</p> | <p>Art. 3 – Organização didática – Verificação de aproveitamento – Exame final</p> <p>1. A frequência às aulas, aos estágios e às atividades práticas é obrigatória e deve ser documentada no portfólio pessoal do estudante. Para admissão ao exame final do Diploma, os estudantes devem ter frequentado regularmente os cursos, passado pelos exames em todas as disciplinas previstas e efetuado, com avaliação positiva, os estágios prescritos. Os estudantes que não passam em todos os exames e não obtêm avaliação positiva nos estágios podem repetir o ano por não mais de uma vez como <i>extra curso</i>, sendo colocados como excedentes.</p> <p>2. A frequência às aulas e a participação no estágio são obrigatórias por pelo menos 75% do horário previsto; a sua organização é supervisionada pelo Conselho de Curso, que predispõe também um prontuário de formação, que consente ao estudante e ao mesmo Conselho o controle da catividade exercida e da verificação dos progressos alcançados, para prestar os exames anuais e finais.</p> <p>3. Ao final do período trienal, após passar nos exames previstos, no estágio, no respectivo exame final e na defesa de monografia, que consiste em uma discussão escrita de natureza teórico-aplicativa, é obtido o Diploma Universitário.</p> | <p>Art. 3 (Organização didática – Verificações de aproveitamento – Exame final)</p> <p>1. Se confirma CUN.</p> <p>2. Se confirma CUN.</p> <p>3. Se confirma CUN.</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|---|--|
| <p>4. Ao término do triênio, após prestar os exames previstos, os estágios respectivos, o exame final e a defesa de uma monografia de graduação (TCC), que consiste em uma dissertação escrita de natureza teórico-aplicativa, é concedido o diploma em ciências da enfermagem, com menção da habilitação seguida.</p> | <p>4. A Comissão final de exame relativa ao estágio é nomeada pelo Reitor e é composta pelo coordenador de curso da específica universidade ou seu delegado, por dois docentes nomeados pelo Conselho de Unidade, por dois peritos nomeados respectivamente pelo Ministério das Universidades, Pesquisa, Ciência e Tecnologia e pelo Ministério da Saúde entre os inscritos no conselho profissional de enfermagem ou, em sua falta, em uma das Associações Nacionais de categoria. Onde os Ministros interessados não comuniquem tais nomes até 20 de maio de cada ano, ou em caso de sua demissão antes do início dos exames, o Reitor proverá à dita nomeação, consultado o conselho Universitário.</p> | <p>4. A Comissão final de exame relativa ao estágio é nomeada pelo Reitor e é composta por dois docentes nomeados pelo Conselho de Unidade, entre os quais o responsável pela coordenação das atividades teórico-práticas, por dois peritos nomeados respectivamente pelo Ministério das Universidades, Pesquisa, Ciência e Tecnologia e pelo Ministério da Saúde entre os inscritos no Registro profissional em enfermagem.</p> |
| <p>5. A comissão final de exame relativa ao estágio é indicada pelo reitor e é composta pelo presidente do curso da respectiva graduação ou seu delegado, por dois docentes nomeados pelo conselho de faculdade, por dois expertos nomeados respectivamente pelo Ministério das Universidades, Pesquisa, Ciência e Tecnologia e pelo Ministério da Saúde entre os inscritos no conselho profissional de enfermagem. Onde os Ministérios interessados não comuniquem tais nomes até 20 de maio de cada ano, ou em caso de sua demissão antes do início dos exames, o reitor proverá as substituições após consultar o conselho universitário.</p> | <p>5. A Comissão para o exame final de Diploma é nomeada pelo Reitor com base nas normativas vigentes.</p> <p>Os estudos devidos no Curso de Diploma são reconhecidos, ainda que parcialmente, nos Cursos de graduação ministrados na Faculdade de Medicina e Cirurgia. O critério geral de reconhecimento dos cursos integrados, concluídos com êxito positivo no Curso de Diploma Universitário, é o da sua validade cultural, propedêutica e profissionalizante, no que diz respeito à continuação dos estudos para obtenção do Diploma de graduação. O reconhecimento é completo para continuação de Cursos de graduação e habilitação em Enfermagem. O Conselho de Unidade, por deliberação própria, poderá eventualmente indicar cursos integrativos, também instituídos expressamente para seguir e completar a formação. Os cursos de Diploma Universitário e os de graduação, onde tenham denominação igual ou similar, permitem a passagem de um ao outro mediante a aplicação de uma normativa geral de passagem, aprovada pelo Conselho de Unidade.</p> | <p>5. Se confirma CUN.</p> |

6. A comissão para o exame final de diploma é nomeada pelo Reitor com base nas normas vigentes.

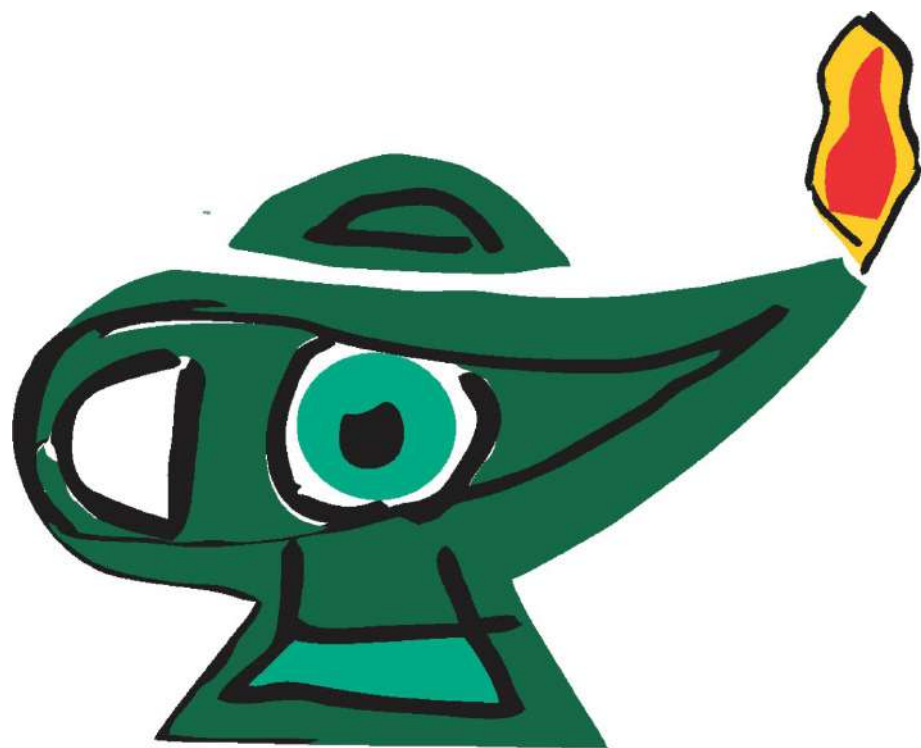
7. Os estudos realizados no curso de diploma são reconhecidos, mesmo parcialmente, nos cursos de graduação administrados na Faculdade de Medicina e Cirurgia. O critério geral de reconhecimento dos cursos integrados, seguidos com êxito positivo no curso de diploma universitário, é o de sua validade cultural, propedêutica e profissionalizante, referente à continuação dos estudos para a obtenção do diploma de graduação. O conselho de faculdade, por deliberação própria, poderá eventualmente indicar cursos integrativos, também instituídos expressamente, a serem seguidos para completar a formação para aceder à graduação. Os cursos de diploma universitário e aqueles de graduação, onde tenham denominação igual ou similar, permitem a passagem de um a outro mediante uma normativa geral de passagem, aprovada pelo conselho de faculdade, considerando em especial os estudantes excedentes com referência à possibilidade de inscrição supranumerária em comparação aos passíveis de inscrição conforme o estatuto.

6. Os estudos efetuados no Curso de Diploma são reconhecidos, também parcialmente, nos Cursos de Graduação em Ciências de Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Acquaviva S., *La strategia del gene. Bisogni e struttura sociale*. Bari: Laterza, 1995.
- Abdellah G.F. in Marriner A., *I teorici dell'infermieristica e le loro teorie*. Milano: CEA Casa Editrice Ambrosiana, 1989.
- Adam E., *Essere infermiera*. Milano: Vita e Pensiero, 1989.
- Bertalanffy von L., *Il Sistema uomo. La psicologia nel mondo moderno*. Milano: ILI, 1971.
- Bertalanffy von L., *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppo, applicazione*. Milano: ISEDI, 1971.
- Boulding K.E., *General System*. New York: Harper & Row, 1956.
- Buckley W., *Sociology and Modern Systems Theory*. Englewood Cliff (N.J.): Prentice-Hall, 1967.
- Cantarelli M., Pontello G., "Principi amministrativi applicati alla professione", *Quaderni dell'Infermiere*, n. 26. Milano: Masson, 1985.
- Cantarelli M., *Management Infermieristico*. Atti Convegno SUDI 1985. Milano: Masson, 1987.
- Cantarelli M., "Un Modello professionale per l'assistenza infermieristica". Atti Convegno SUDI 1987. *Collana SUDI*, n. 2.
- Cantarelli M., "La soddisfazione della persona nell'assistenza infermieristica". Atti Convegno 1997. *Collana SUDI*, n. 10.
- Cantarelli M., "La Disciplina infermieristica. Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche". Atti Convegno 1993. *Collana SUDI*, n. 8.
- Durkheim É., Prefazione alla seconda edizione di *La divisione del lavoro sociale*. Milano: Edizioni di comunità, 1962.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*. Torino: UTET, 1992. Gallino L., *Dizionario di Sociologia*. Torino: UTET, 1978.
- Geertz C., *Interpretazione di culture*. Bologna: Ed. Il Mulino, 1987. George J., *Le teorie del Nursing*. Torino: UTET, 1995.
- Giger N.J., Davidhizar R.E., "Transcultural Nursing Assessment: a Method for Advancing Nursing Practice", *Int. Nurs. Rev.*, vol. 37, n. 1, 1990.
- Greenwood E., *Attributes of a Profession*. *Social Work*, II, 1957. Hall E.T., *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday, 1966.
- Henderson V., *Principi fondamentali della Assistenza Infermieristica*. Roma: NEMI, 1972.
- Jahoda M., *Current Concepts of Positive Mental Health*, Joint Commission on Mental Illness and

- Healt Monograph Series 1. New York: Basic Books, 1958.
- Kickbusch I., *Promozione della salute: verso una nuova salute pubblica, in Ingrosso M., Dalla prevenzione della malattia alla prevenzione della salute.* Milano: Ed. Franco Angeli, 1987.
- King I., *Le teorie del nursing.* Torino: UTET, 1995.
- Koos E.L., *The Healt of Regionville.* New York: Columbia University Press, 1954.
- Lakatos I., Musgrave A., *Critica e crescita della conoscenza.* Milano: Feltrinelli, 1993.
- Leighton A.H., *My name is legion.* New York: Basic Books, 1959. Leininger M., citata in Wesley R.
- Maslow A.H., *Motivazioni e personalità.* Roma: Armando Editore, 1973.
- Marriner A., *I teorici dell'infermieristica e le loro teorie.* Milano: CEA Casa Editrice Ambrosiana, 1989.
- Meleis A.I., *Theoretical Nursing.* Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1991.
- Orem E.D., *Nursing. Concetti di pratica professionale.* Padova: Summa, 1992.
- Orlando I.J., *The Dynamic Nurse-Patient Relationship.* New York: National League for Nursing, 1980.
- Parsons T., "The Professions and Social Structure". *Social Forces*, XVII (1939), poi in *Essays in Sociological Theory*, ed. rev., Glencoe (III), Free Press, 1954.
- Redlich F.C., *The Concept of Healt in Psychiatry*, in *Explorations in Social Psichiatry*, Leighton A.H., Clausen J.A., Wilson R.N. (red.). New York: Basic Books, 1957.
- Rizzo Parse R.M, citata in Wesley R.
- Rogers C.R., *Un modo di essere.* Firenze: Psycho, 1983.
- Roper N., citata in Wesley R.
- Roy C., *Il modello Roy di adattamento.* Padova: Summa, 1993. Salvemini S., *La progettazione delle mansioni.* Milano: ISEDI, 1977.
- Ufficio regionale per L'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, *Gli obiettivi della salute per tutti.* Roma: C.I.S.I., 1986.
- Wesley R., Mchugh M., *Modelli e teorie infermieristiche.* Padova: Summa, 1993.
- Watson J., *The Phisology and Science of Caring.* Boulder: Colorado Associated Univesity Press, 1979.



ÍNDICE REMISSIVO

A

Abdellah G. F. 91, 134, 155, 318

Abram E. 90

Ação/Ações 10, 11, 19, 21, 24, 25, 31, 34, 53, 58, 86, 90, 98, 99, 109, 114, 115, 120, 121, 125, 128, 129, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 147, 153, 160, 161, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 211, 212, 213, 214, 216, 218, 219, 220, 221, 224, 243, 242, 245, 246, 250, 251, 259, 263, 265, 276, 277, 279, 280, 306, 308, 309, 310

Acquaviva S. 152, 318

Adam E. 88, 89, 155, 318

Alexander H. 108

Ambiente 10, 11, 29, 32, 35, 45, 51, 86, 87, 91, 93, 94, 96, 98, 99, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 127, 130, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 156, 159, 160, 164, 172, 174, 175, 176, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 203, 211, 218, 220, 223, 224, 225, 226, 261, 284, 306, 308, 311

Ambiente-sociedade 10, 35, 45, 86, 91, 93, 94, 111, 133, 136, 156, 284

Assistência de enfermagem 10, 11, 14, 19, 22, 24, 25, 27, 34, 35, 38, 42, 45, 61, 78, 82, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 93, 99, 119, 133, 134, 135, 136, 146, 147, 148, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 192, 193, 204, 209, 210, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 243, 244, 245, 246, 249, 251, 252, 253, 255, 259, 262, 263, 265, 266, 268, 269, 270, 276, 277, 279, 280, 283, 284, 307, 308, 309

Assistente sanitária 27

Autonomia 14, 20, 38, 42, 58, 74, 76, 81, 82, 84, 113, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 179, 183, 209, 218, 222, 223, 245, 255, 262, 263, 279, 309
Avaliação 67, 88, 90, 91, 103, 104, 106, 107, 108, 110, 165, 169, 184, 193, 213, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 245, 255, 277, 279, 301, 302, 307, 308, 315

B

Bertalanffy L. 94, 95, 96, 136, 318

Bizier N. 90

Boulding K. E. 96, 318

Buckley W. 97, 318

C

Campo 13, 21, 23, 26, 33, 37, 45, 50, 51, 53, 54, 77, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 94, 98, 99, 108, 112, 131, 133, 140, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 179, 249, 253, 255, 256, 260, 261, 275, 280

Classe social 115, 118, 119, 123, 124, 143, 179

Competência técnica 10, 42, 44, 82, 83, 85, 89, 162, 170, 255

Contexto 15, 27, 88, 90, 112, 117, 123, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 141, 149, 177, 217, 220

Continuum 43, 79, 166, 167, 173, 193, 244

Corpo de teoria 85, 242

Crocrossine 49, 60

Cruz Vermelha 9, 27, 49, 50, 51, 53, 54, 55

Cruz-vermelhinha 49

Cultura 29, 33, 35, 36, 43, 45, 84, 85, 94, 115, 120, 122, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 138, 143, 147, 159, 182, 187, 249, 263, 275, 284, 302

D

Davidhizar R. E. 131, 318

Decisão 11, 20, 32, 42, 58, 165, 212, 213, 214, 245, 279, 281

Decisional 210

Decisório 11, 165, 188, 211, 212, 213, 245

Descritor de tarefas 245

Dinâmica social 122

Disciplina Enfermagem 10, 35, 93, 94, 133, 135, 148, 156, 159, 161, 170, 174,
187, 210, 215, 220, 224, 242, 244, 246, 249, 284, 307

Durkheim 128, 318

E

Educação 13, 14, 15, 17, 26, 27, 28, 29, 41, 65, 122, 125, 126, 127, 128, 129,
172, 181, 303, 310

Enfermagem 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29,
30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 46, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 65, 66,
67, 68, 70, 73, 75, 76, 77, 78, 82, 83, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 94, 133, 135,
136, 146, 148, 154, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 169,
170, 171, 173, 174, 176, 184, 185, 187, 193, 209, 210, 214, 215, 216, 217,
218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 240, 242, 243, 244, 245, 246,
248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 258, 259, 260, 263, 264, 276,
278, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 293, 298, 299, 303, 306, 307, 308, 309,
310, 311, 312, 313, 314, 316, 317, 318

Enfermeira(o) 11, 13, 19, 20, 22, 24, 25, 27, 29, 34, 35, 37, 38, 39, 45, 54, 56,
57, 58, 59, 60, 61, 62, 69, 70, 74, 77, 83, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 93, 94, 99,
100, 110, 134, 147, 148, 155, 156, 159, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168,
169, 170, 171, 172, 173, 178, 184, 185, 186, 187, 188, 193, 209, 210, 216,
217, 218, 219, 220, 221, 223, 224, 226, 243, 244, 245, 246, 247, 252, 253,
254, 258, 259, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 276, 280, 282, 298,
299, 300, 306

Enfermeiro geral 59, 70, 74

Enfermeiro Profissional 60, 73, 258

Escola de Enfermagem 12, 26, 28, 31, 32, 65, 68, 76, 77, 78, 82, 282, 283, 303

Executoriedade 260, 261

F

Família 13, 18, 19, 24, 34, 49, 115, 118, 119, 120, 121, 127, 138, 139, 177, 181,
185, 186, 188

Federação 60, 66, 67, 78, 281, 283

Formação 9, 10, 11, 13, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 37, 38, 39, 41,
42, 46, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 65, 68, 73, 76, 77, 78, 82, 88, 89,
123, 125, 128, 139, 214, 221, 243, 246, 256, 263, 278, 279, 280, 281, 282,
299, 303, 315, 316, 317

Freud S. 140, 141

G

Galimberti U. 149, 150, 318

Gallino L. 152, 153, 318

Geertz C. 123, 318

George J. 94, 155, 318

Giger N. J. 131, 318

Greenwood E. 84, 85, 209, 243, 318

Grupo(s) 50, 84, 107, 108, 109, 115, 118, 119, 120, 121, 123, 131, 138, 139,
143, 145, 150, 153, 178, 188, 244, 251

H

Habilitação 61, 258, 311, 312, 313

Hall E. 130, 132, 318

Henderson V. 88, 90, 134, 155, 318

Homem-pessoa 10, 35, 45, 86, 91, 93, 94, 111, 133, 136, 156, 174, 284

I

Instrumento 38, 69, 79, 129, 215, 220, 221, 222, 223, 256, 260, 263, 283, 284

Interação na comunicação 164, 173, 181, 192, 204, 229

IPASVI 67, 74, 281

J

Jahoda M. 109, 318

K

Kickbusch I. 145, 319

King I. 4, 91, 134, 135, 319

Koos E. L. 105, 319

L

- Lakatos I. 250, 319
Leighton D. 106, 108, 319
Leininger M. 86, 87, 91, 135, 319
Logan W. 91, 135

M

- Marriner A. 155, 318, 319
Maslow A. 186, 319
Mchugh M. 155, 319
Meleis A. I. 155, 319
Método 11, 81, 84, 94, 95, 118, 172, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 220, 224, 255, 260, 284, 309
Metodologia científica 11, 42, 210, 306, 308, 309
Modelo 13, 14, 18, 19, 21, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 42, 44, 73, 82, 83, 88, 89, 94, 101, 102, 115, 141, 143, 144, 156, 160, 164, 170, 209, 215, 221, 222, 244, 255, 256, 260, 261, 262, 263, 264, 278, 282, 283, 284
Modelo da Atenção em Enfermagem 3, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 22, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 39, 46, 82, 91, 94, 135, 136, 146, 148, 157, 160, 164, 176, 184, 185, 209, 210, 216, 218, 219, 221, 222, 223, 225, 242, 243, 244, 246, 247, 249, 252, 253, 254, 255, 256, 260, 263, 264, 278, 280, 282, 283, 284, 293, 311
Motivação 28, 80, 149, 150, 151
Motivo 18, 24, 32, 35, 106, 107, 149

N

- Necessidade(s) 10, 14, 18, 20, 23, 24, 33, 34, 39, 45, 52, 69, 70, 71, 73, 84, 91, 96, 97, 99, 103, 118, 119, 134, 136, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 193, 210, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 224, 225, 226, 245, 246, 253, 284, 313
Neuman B. 91

Nightingale F. 54, 73, 135

O

Orem D. 87, 91, 134, 135, 155, 319

Orlando I. J. 155, 319

P

Papel operativo 260, 261, 262, 278

Parsons T. 85, 319

Peplau H. 90

Pesquisa 11, 13, 20, 28, 29, 33, 46, 65, 77, 78, 88, 89, 103, 110, 148, 149, 150,
154, 155, 156, 160, 209, 210, 211, 214, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256,
257, 259, 260, 261, 263, 264, 277, 278, 280, 283, 309, 310, 313, 314

Pessoa assistida 11, 24, 29, 134, 160, 161, 166, 167, 169, 173, 174, 186, 187,
193, 204, 216, 217, 219, 220, 223, 226

Planificação da assistência 223

Plano de cuidado 218, 222, 223, 224

Prestação 10, 17, 19, 20, 24, 34, 43, 82, 163, 165, 166, 169, 170, 171, 172, 174,
181, 184, 188, 192, 210, 223, 226, 244, 249, 255

Procedimento 32, 216, 260, 261

Processo de Enfermagem 227

R

Redlich F. C. 106, 319

Registro de Enfermagem 221, 222

Religião 54, 117, 118, 122, 123, 139, 178, 179

Responsabilidade 13, 14, 37, 58, 73, 78, 81, 82, 86, 104, 108, 124, 142, 163,
165, 166, 169, 170, 171, 218, 255, 311, 312, 313, 314

Rizzo Parse R. 87, 91, 319

Rogers C. 86, 87, 91, 186, 319

Roper N. 88, 91, 135, 155, 319

Rotina 260, 262

Roy C. 87, 91, 134, 319

S

Salvemini S. 244, 245, 319

Saúde-doença 10, 17, 23, 35, 45, 86, 91, 93, 99, 105, 111, 133, 136, 141, 156,
174, 284

Sistema Aberto 94, 96, 98, 111, 112, 136, 138

Sistema Fechado 98

T

Tarefa 59, 79, 80, 81, 82, 169, 247, 249, 260

Teorética 94

Teoria 11, 14, 19, 22, 23, 26, 28, 45, 46, 80, 85, 93, 94, 96, 98, 99, 111, 123, 150,
159, 160, 161, 170, 209, 211, 214, 215, 242, 243, 250, 275

Tierney A. J. 91, 135

Trabalhador(es) 37, 79, 80, 81, 82, 104, 105, 108

Trabalho 10, 14, 15, 18, 21, 30, 39, 49, 51, 52, 53, 58, 60, 61, 69, 71, 72, 73,
78, 79, 80, 81, 82, 84, 95, 115, 121, 123, 124, 127, 130, 143, 149, 154, 169,
170, 184, 226, 243, 244, 245, 246, 250, 252, 253, 256, 260, 261, 262, 264,
265, 266, 267, 268, 269, 270, 272, 273, 275, 276, 278, 279, 280, 283, 284,
312, 313, 314

U

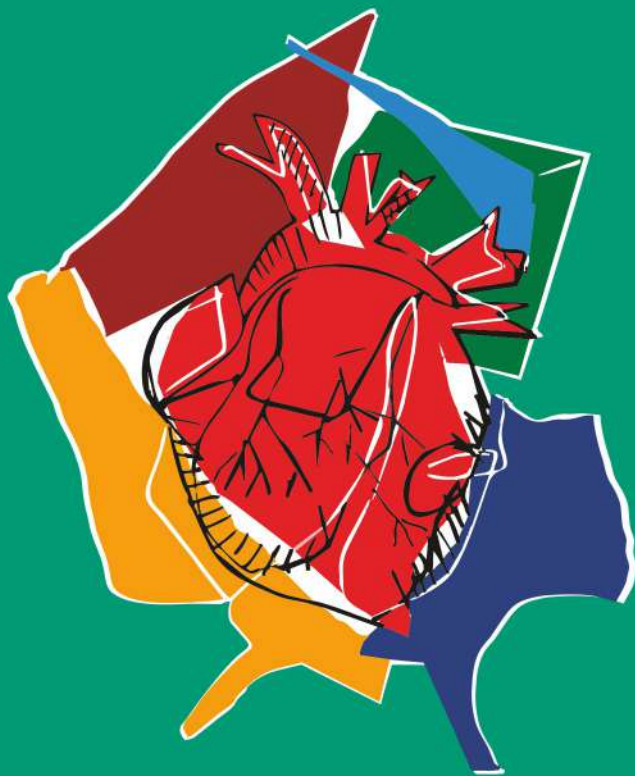
Universidade 4, 12, 17, 23, 27, 28, 31, 33, 35, 36, 38, 41, 65, 68, 76, 78, 243,
250, 281, 282, 283, 299, 303

Usuário 44, 45, 83, 85, 88, 94, 173, 185, 219, 220, 224, 246, 255, 265, 266, 267,
268, 270, 271, 272, 274, 277, 279, 280, 308, 311, 313

W

Watson J. 87, 91, 135, 155, 319

Wesley R. 155, 319



Marisa Cantarelli, enfermeira italiana, é a primeira pesquisadora e professora na Itália a formular uma Teoria da Enfermagem naquele país. Contribuiu fortemente para a construção de uma ciência da enfermagem, seu lugar na educação superior, na pesquisa e na formulação das políticas públicas de cuidado. O livro “Modelo da Atenção em Enfermagem” projeta um modo de cuidar próprio da área, reunindo pensamentos, reflexões e objetivos que, à época, retiravam a profissão de um campo de prestadora de procedimentos programados e pré-vistos para a coordenação do processo de cuidar e atender com integralidade e humanização. O modelo dizia respeito a uma nova forma de prestar assistência, decorrente do incômodo com o modo tarefairo e centrado no fazer, para um modo criador e sob uma relação singular com a pessoa cuidada, incluída a família e a comunidade. A pesquisadora, exerceu a docência em enfermagem por 30 anos em Milão, de 1969 a 1999, os primeiros seis anos no interior da região e os 24 seguintes na capital regional, se posicionando nos processos de mudança na formação, na atenção e na gestão da saúde, em busca de uma teoria e prática à prestação do cuidado.

ISBN 978-65-5462-179-3



9 786554 621793

e-livro

SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE
www.redeunida.org.br



editora



redeunida