

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - A PRÁXIS NO SER-SABER-FAZER O CUIDADO*

Luzia Wilma Santana da Silva¹, Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes², Deusélia Moreira Souza³,
Charles Souza Santos⁴, Luma Costa Pereira⁵

RESUMO: Trata-se de um artigo de reflexão que aborda a Sistematização da Assistência de Enfermagem como ferramenta essencial do cuidado. Considera que o exercício de sistematizar já está mentalmente elaborado e desenvolve-se na *práxis* de Enfermagem. No entanto, é necessário que o registro mental passe a um registro documental que envolva comprometimento teórico-prático-metodológico sobre os aspectos do ser em relação ao *saber-fazer* o cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de enfermagem; Planejamento; Cuidados de enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE – THE PRAXIS IN BEING-KNOWING-DOING CARE

ABSTRACT: This is a reflective article which approaches the Systematization of Nursing Care as an essential care tool. It considers that the exercise of systematization is already mentally elaborated and that it is developed in nursing praxis; nevertheless it is necessary for the mental register to pass to a documental record which involves accepting a theoretical-practical-methodological approach concerning aspects of being in relation to the knowing-doing of care.

KEYWORDS: Nursing diagnosis; Planning; Nursing care.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA – LA PRAXIS EN SER-SABER-HACER EL CUIDADO

RESUMEN: Este es un artículo de reflexión acerca de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería como herramienta esencial del cuidado. Considera que el ejercicio de sistematizar ya está mentalmente elaborado y se desarrolla en la *praxis* de Enfermería; sin embargo, es necesario que el registro mental pase a un registro documental que involucre comprometimiento teórico-prático-metodológico sobre los aspectos del ser en relación al *saber-hacer* el cuidado.

PALAVRAS-CLAVE: Diagnóstico de enfermería; Planeamiento; Cuidados de enfermería.

* Prêmio "Rosi Maria Koch" da Universidade Federal do Paraná no 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Florianópolis-SC 2010.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas – NIEFAM.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB.

⁴Enfermeiro. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Fiscal do COREN/BA, Subseção Jequié. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em enfermagem e Saúde da UESB

⁵Acadêmica de Enfermagem da UESB. Bolsista de Extensão do NIEFAM.

Autor correspondente:

Luzia Wilma Santana da Silva
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
R. Abílio Procópio Ferreira, 343 - 45200-000 - Jequié-BA-Brasil
E-mail: luziawilma@yahoo.com

Recebido: 07/11/10

Aprovado: 13/06/11

INTRODUÇÃO

Este estudo é fruto de muitas inquietações, sobretudo aquelas inerentes à *práxis* do cuidar de Enfermagem na perspectiva do *ser-saber-fazer* o cuidado. Tais inquietações emergiram da nossa *práxis* do cuidado assistencial e acadêmico⁽¹⁾, as quais seguem o processo reflexivo de *ser-si* cuidador, no universo de sentidos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esta temática está sempre presente no enovelado de discussões da esfera profissional e acadêmica sobre diversos delineamentos para o cuidado.

A preocupação que envolve a SAE vem inquietando o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para incrementar o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre definição e as características da organização dos serviços de enfermagem. O Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN/BA), baseado na Lei do Exercício Profissional 7.498/86 e na Resolução COFEN 358/09, prevê a SAE como base do exercício de enfermagem.

Neste direcionamento, buscaremos, inicialmente, conhecer o significado da palavra "sistematização", numa tentativa de ampliar o olhar e vislumbrar caminhos capazes de promover sua apropriação na *práxis* das enfermeiras, uma vez que a SAE ainda não foi totalmente incorporada ao cotidiano da Enfermagem. Buscando tal compreensão, "sistematização" significa o ato de sistematizar, evocando a ação; e, "sistematizar" significa organizar dados empíricos, sistematicamente, tornar algo em sistema⁽²⁾, o que no contexto da Enfermagem, emerge como a organização do cuidado por meio da integração entre *Sistema e Ação*.

Buscando este elo interpretativo, elegemos o Pensamento Sistêmico como referencial teórico deste estudo, por subsidiar a discussão proposta entre o todo e partes do processo de enfermagem, sob a ótica compreensiva integralizadora e contextual que envolve o cuidado. A compreensão de sistema, neste referencial, pauta-se na tomada de um todo com partes interdependentes, chamado "sistema" por diversos estudiosos sistemínicos e da complexidade⁽³⁾ com uma compreensão filosófica e epistemológica fundamentada na não-linearidade. Esta abordagem nos leva à busca por interagir com conhecimentos de outras áreas, que não a técnica de enfermagem, para elucidar a amplitude de *pensar-agir* que demanda o processo de enfermagem.

Deste modo, ao buscar tornar o cuidado de enfermagem em sistema, encontramos como elementos fundamentais: a ética, a moral e a estética do cuidado, tomando para além do indivíduo doente/fragilizado, em complexidade de existência contextual interrelacional.

Este é o *Sistema*. Deste modo, a *Ação* representa o desafio de interagir o cuidado sistêmico num exercício real e dinâmico da atuação prática, que envolve o cuidar circular e recursivo, pautado nos conhecimentos científico-humanísticos que orientam a *práxis* de Enfermagem.

Nesta compreensão, percebemos que a promoção de uma maior anuência por parte dos profissionais enfermeiros à SAE perpassa por um processo de interiorização do pensamento sistêmico e da habilidade em traduzir este pensar na prática diária. Considerando que as ações de cuidado já direcionam para este processo, devendo apenas ser melhor organizadas para mostrar sua fundamentação quanto aos aspectos legais, contextuais, intuitivos, intersubjetivos e transpessoais, surgiu a inquietação norteadora deste estudo reflexivo: Como *ser-saber-fazer* o cuidado sistematizado de enfermagem?

Assim, a partir destas reflexões, alguns objetivos surgiram, como: compreender o significado da SAE enquanto sistema e ação para o cuidado de enfermagem; discutir o processo de sistematização na interdependência de seus elementos/etapas; promover um (re) pensar ampliado do processo de enfermagem enquanto metodologia para *ser-saber-fazer* o cuidado.

DISCORRENDO NOSSO SER-SABER-FAZER

Investigação

O início do processo da SAE desenvolve-se com o olhar observador da enfermeira que estabelece com o sujeito do cuidado uma ação comunicativa em busca da 'realidade' deste, da influência do grupo de pertença, do meio sociocultural de vivência no processo de viver-*ser*-adoecer, com amplitude no contexto e na complexidade desta existência.

A complexidade de aproximar-se do outro para propor o cuidado sistematizado envolve comprometimento teórico-prático-metodológico da enfermeira para abranger o sujeito do cuidado, sobre os aspectos do *ser* de sentimentos. Trata-se de ampliar a relação entre sujeitos, deixando de ser apenas investigativa para tornar-se intersubjetiva. Este aproximar-se envolve apreender aspectos subjetivos e objetivos, agregando ao exame físico elementos capazes de desvelar sinais e sintomas de desajustes físicos e emocionais. Neste processo, o profissional faz referência ao seu julgamento clínico na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, de maneira a tecer o planejamento e as intervenções de cuidados. Tal julgamento deve alicerçar-se num eixo condutor de saberes que neste estudo, refere-se à Taxonomia da NANDA.

Diagnóstico de Enfermagem

Este fato não é algo novo na experiência de cuidados profissionais, pois Florence com habilidade de observação, experimentou inicialmente, “abrindo as portas” para a visão investigativa da enfermeira através de seus estudos sobre as influências do ambiente no processo saúde-doença⁽⁴⁾. Com o passar dos anos, novas portas se abriram e o olhar se ampliou, até que na década de 1970, criou-se o Grupo de Estudos sobre Diagnósticos de Enfermagem, que propôs a taxonomia NANDA⁽⁵⁾. Este veio incorporar compreensão sobre o problema de enfermagem discutido por Horta, em 1979⁽⁶⁾.

Muito já se conseguiu avançar desde a década de 1970 sobre a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, com uma terminologia universal para sistematizar a prática profissional, definindo ações cuidativas da enfermagem mais atuais/reais fundamentadas nos pressupostos humanístico e em evidências clínicas. Desde então, reuniões internacionais vêm acontecendo e discutindo as reformulações da Taxonomia NANDA, e novas versões são publicadas bianualmente, em vários idiomas. Outras classificações também surgiram, destacando-se a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)⁽⁷⁾, as quais se apresentam como sistemas de classificação complementares à NANDA, trazendo intervenções e resultados que favorecem a organização do cuidado. Neste sentido, também é relevante mencionar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e com o objetivo de unificar a linguagem científica da Enfermagem mundial⁽⁸⁾.

Planejamento

Diante da identificação de necessidades de cuidados e de diagnósticos de enfermagem, a enfermeira ajuíza e elege a trajetória a ser adotada na direção da recuperação e da manutenção da saúde, bem como a alta hospitalar. Este planejamento ocorre em consonância ao problema identificado, é intuitivo e fluente, tão imbricado no ser que cuida que, muitas vezes, não é notado e/ou valorizado por ele próprio, eu quando o faz é apenas em seu registro mental. Todavia, como um ato sistematizado, é requerido que ele saia do registro mental para o documental, vista a necessidade de ser compartilhado com a equipe de enfermagem e a multiprofissional.

Para enxergar este componente da SAE, com a substancial amplitude que lhe é devida, resgatamos sistemicamente os saberes do planejamento, aqui compreendido no sentido estratégico, tático e operacional, desvelando sua relevância na *práxis* da enfermagem atual. Na sua interpretação, a completude de planejar começa no contexto amplo onde está inserido o sujeito da ação, no cenário de sua inserção, quando se busca a compreensão das interações ambiente-sujeito, direcionando a organização para o cuidado em longo prazo, ou seja, um Planejamento Estratégico⁽⁹⁾.

Após focalizar o contexto, o olhar volta-se para o sujeito do cuidado, na esfera multidimensional, na busca por resultados satisfatórios, com o Planejamento Tático projetado em médio prazo, envolve a provisão e previsão de recursos humanos e materiais, entre outros suficientes para o alcance dos objetivos. Em suma, significa gerenciar o cuidado em equipe num determinado espaço-tempo. E, por fim, mas sempre a recomençar, o Planejamento Operacional, o qual se ocupa com “o que fazer” e “como fazer” voltados para a otimização e maximização dos resultados, envolvendo os procedimentos diretos à pessoa cuidada-assistência; e as condições para sua execução, desenvolvendo-se, em curto-prazo, a ação imediata⁽⁹⁾.

Observamos, a partir da descrição e análise acima, que a implementação da SAE não é subsidiada apenas pelo plano das ações, mas perpassa por uma organização que começa no cuidador, em suas motivações de cuidar, e segue pelo ambiente contextual do sujeito cuidado, fora das fronteiras das instituições de saúde – na família e comunidade (nível estratégico). Esse processo envolve a estrutura física, humana e material do espaço de promoção/recuperação da saúde, ou seja, a administração da unidade (nível tático); e conflui para os procedimentos de enfermagem voltados para cada problema identificado (nível operacional). Deste modo, constatamos a inteireza do planejamento para a SAE, o que fundamenta a sua exequidade, envolvendo uma filosofia de cuidado inerente ao ambiente, ao ser às suas ações-reflexões em solidariedade às demandas do outro: o sujeito de interrelação e sua intersubjetividade.

O planejamento não se faz apenas após o processo de diagnosticar, mas precede a este, num ciclo contínuo de desvelo para com as necessidades do outro. Nele estão consideradas a organização do sistema de saúde, das políticas públicas, da atenção à saúde da família; a disposição das unidades de saúde, seu fluxo de atendimento, seus recursos; a capacitação e aperfeiçoamento profissional e a capacidade de tomada de decisão num processo articulado,

intersectorial e interdisciplinar e que pode elevar o nível de planejamento de ações continuadas e sistematizadas.

Implementação

A implementação encontra-se agrupada ao planejamento, emerge de ação fluente e dinâmica de idas e vindas, apontada pelo diagnóstico num processo de retroalimentação tempo-espaço-contexto para o alcance dos resultados esperados. Neste direcionamento, evidencia-se a abrangência biopsicossocial, cultural, ambiental, espiritual e atemporal que a implementação assume em Semiologia e Semiotécnica, e que envolve o ambiente de intervenção assistencial no processo de cuidar do indivíduo/família/comunidade.

Avaliação

A avaliação, elemento regulador da SAE, funciona para nortear o processo de construção, desconstrução e reconstrução em prol de um resultado dirigido à satisfação e bem-estar do ser humano. A avaliação é uma fase sempre em processo de iniciar-se, pois permeia todas as fases anteriores, num *continuum* para alimentar o sistema de informação (dados) da enfermagem sobre os resultados de suas ações. Isto exige da enfermeira conhecimento e articulação científica, sensibilidade, intuição, habilidade cognitiva-motora-emocional para (re)delinear estratégias ao alcance dos resultados esperados; ela precisa assim, de uma *práxis* sistematizada, cientificamente embasada, contextualmente verificada, sensivelmente analisada e humanamente compreendida na atitude de *ser-saber-fazer* o Cuidado de Enfermagem.

Para melhor compreensão do significado desta etapa, dentro do pensamento integrador, propomos a comparação entre os pressupostos do método científico e os da SAE. Assim, a formulação das questões relaciona-se com o histórico, o exame físico e diagnóstico de enfermagem; o planejamento metodológico associa-se com o design das ações; a entrada no campo de investigação assemelha-se à implementação e a interpretação dos resultados é compatível com a avaliação/reavaliação do processo de enfermagem.

Deste modo, podemos, a partir do foco sobre a SAE, enxergar mais amplamente, o *Cuidado*, sinalizando para o *Saber* científico que o norteia e gerando o Processo de Enfermagem propriamente dito. Por esta compreensão, consideramos pertinente a comparação entre trabalho científico e exercício de enfermagem, elucidando a SAE como instrumento que valida a profissão, lhe confere dignidade e propriedade, diferenciação e existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir/discutir sobre a SAE num enfoque sistêmico de *ser-saber-fazer* o cuidado, alcançamos uma construção de pensamento mais amplo, na qual se mostra, com propriedade, a relevância de interiorizar e incorporar no *ser* enfermeira o cuidado integral e organizado, a partir da ação sistematizada. Neste direcionamento, a SAE mostra-se, para além da sua face burocratizada e mistificada na prática cuidativa de enfermagem, como elemento integrado de etapas interdependentes que elevam, valorizam e validam a assistência autônoma e específica de enfermagem.

Portanto, consideramos a SAE como elemento essencial na atitude de cuidado assumida pela Enfermagem, um trabalho de transcendência do cuidado que incorpora recursividade interrelacional com o "outro": família, sociedade, profissionais de saúde e gestores, para a promoção/recuperação da saúde individual-coletiva. Faz-se necessário interagir com a SAE de modo a documentar o que está na mente da Enfermeira e nas atitudes próprias de cuidado, para melhor fazer pelo saber (apreender) e ser (oferecer) o cuidado com excelência. Compreendemos que a sistematização não se faz de forma isolada, mas envolve, além da enfermeira (na atenção primária, secundária e terciária), a família como co-responsável e o próprio sujeito de autonomia e dignidade no seu autocuidado numa articulação de saberes e fazeres interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

1. Silva LWS, Boery RNO, Souza DM, Dias JAA, Silva DS. El cuidado de enfermaría y la taxonomía de la NANDA: vivencias y reflexiones. In: Anais do IV Reunion Internacional sobre Enfermería basada em La Evidencia. Granada, Espanha [Impresso]. Granada: Fundação INDEX; 2006.
2. Grande Enciclopédia Larousse Cultural. São Paulo: Nova Cultural; 1998. n. 13.
3. Silva LWS. A dinâmica de relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2 [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
4. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.
5. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Trad. de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2009.

6. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
7. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2006.
8. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE. Versão 1.0. Geneva:Swetzerland; 2005.
9. Chiavenato I. Administração nos novos tempos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.