

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MANOELA SCHMARCZEK FIGUEIREDO

**PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O USO DAS CLASSIFICAÇÕES
NANDA-I, NIC E NOC NA PRÁTICA CLÍNICA HOSPITALAR**

Porto Alegre

2018

MANOELA SCHMARCZEK FIGUEIREDO

**PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O USO DAS CLASSIFICAÇÕES
NANDA-I, NIC E NOC NA PRÁTICA CLÍNICA HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Miriam de Abreu Almeida

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos seres de luz que me protegeram e guiaram por toda a vida, permitindo que vivenciasse e concluísse mais esta etapa;

Aos meus pais, pois sem eles eu não seria quem sou e não estaria onde estou, por nunca deixarem que faltasse nada, por todas as oportunidades, por me ensinarem a dar valor e ter valores; às minhas irmãs, por serem meus maiores exemplos, aquelas que entendem os meus porquês e sei que sempre posso contar;

Aos meus sobrinhos, por me encherem de alegria e me inspirarem a buscar um futuro melhor, pois é lá que eles viverão;

Ao meu namorado, Edson, por todo apoio, paciência e parceria, por encher de vida a minha vida, por tantos momentos mágicos, por todo amor, carinho, compreensão, motivação, companheirismo e “puxões de orelha”, por tudo que vivemos e viveremos... Te amo!

À família do Edson, por também ser um pouquinho minha, por todo apoio e pelos muitos momentos de alegria;

A todos os meus amigos (mesmo aqueles que nem sabem que considero), por tornarem os dias mais leves, somando alegrias e dividindo tristezas, além de me salvarem de mim mesma diversas vezes;

À Prof^a Miriam, pela paciência e conhecimentos transmitidos, por me orientar e confiar em mim; aos colegas da pesquisa, em especial ao Marcos Barragan e à Alba Luz, por todo apoio, ensinamentos e por tornarem este trabalho possível;

Aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e todos os demais membros das equipes que me acolheram durante os estágios, me transmitindo conhecimentos e me proporcionando autonomia e confiança. Cada um de vocês faz parte da Enfermeira que estou me tornando;

Agradeço a todos pela compreensão nos momentos de ausência e ansiedade e pelo apoio à conclusão desta graduação, principalmente aos pacientes que confiaram em mim. Enfim, gratidão por tudo e por todos.

RESUMO

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE), metodologia empregada para orientar e qualificar a assistência de enfermagem e previsto em legislação do Conselho Federal da categoria, é composto por cinco etapas: histórico e exame físico, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, intervenção e avaliação. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição deste estudo, o PE é documentado no prontuário eletrônico do paciente e composto pelas cinco etapas estabelecidas, sendo que o DE e a prescrição de enfermagem (planejamento) estão embasados na NANDA International (NANDA-I) e na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), respectivamente. A etapa de avaliação (evolução) de enfermagem não utiliza uma terminologia padronizada, configurando-se em uma lacuna. Neste sentido, é proposta do hospital implantar a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que pode ser complementar a NANDA-I e NIC. A NOC é uma terminologia proposta para ser aplicada em dois momentos, no planejamento (metas) e na avaliação da efetividade das intervenções de enfermagem. **Objetivo:** analisar as percepções de enfermeiros sobre o uso das classificações NANDA-I, NIC e NOC (NNN) na prática clínica hospitalar. **Método:** pesquisa qualitativa exploratória descritiva, realizada em unidades de internação cirúrgica do HCPA. Os sujeitos foram dez enfermeiros de diferentes turnos e unidades. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada, gravada e transcrita. O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo temática, seguindo as etapas preconizadas de *pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação*. Os aspectos éticos foram respeitados. **Resultados:** emergiram três categorias: *Aspectos favoráveis à utilização das classificações NNN*, contemplando implicações diretas e indiretas no cuidado; *Fragilidades na utilização das classificações NNN*, divididas entre sistema informatizado, equipe e individual e *NOC: da teoria à prática*, considerando percepções e perspectivas, adequação à prática clínica e informatização. **Conclusão:** Ao analisar a percepção dos enfermeiros sobre as classificações NNN fica evidente que estes possuem uma visão crítica construtiva sobre o assunto, apontando tanto qualidades quanto aspectos a serem aprimorados de forma coerente e buscando aperfeiçoamento desta que é uma de suas principais ferramentas de trabalho, principalmente no que tange ao seu registro. Conhecer estas percepções pode contribuir para o direcionamento do olhar de gestores institucionais a importantes demandas relacionadas ao sistema informatizado, assim como da Comissão do PE e de outros grupos de estudo afins a aprimorarem ainda mais este processo.

Descritores: Processo de Enfermagem, Classificação, Terminologia, Hospital, Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde)

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ATQ – Artroplastia Total de Quadril

DE - Diagnóstico de Enfermagem

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

MEC – Ministério da Educação

NANDA-I - *NANDA International*

NIC - *Nursing Interventions Classification*

NNN – NANDA-I, NIC e NOC

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

PE - Processo de Enfermagem

RE - Resultado de Enfermagem

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	10
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
3.1 NANDA International	11
3.2 Nursing Interventions Classification (NIC)	11
3.3 Nursing Outcomes Classification (NOC)	12
3.4 O PE na prática clínica do HCPA	13
4 MÉTODO	15
4.1 Tipo de estudo	15
4.2 Campo de estudo	15
4.3 Sujeitos do estudo	15
4.4 Coleta das informações	16
4.5 Análise das informações	16
4.6 Aspectos éticos	16
5 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	18
5.1 Caracterização dos sujeitos	18
5.2 Aspectos favoráveis à utilização das classificações NNN	19
5.2.1 Implicações diretas no cuidado	20
5.2.2 Implicações indiretas ao cuidado.....	23
5.3 Fragilidades na utilização das classificações NNN	25
5.3.1 Entraves do sistema informatizado	25
5.3.2 Desvalorização do PE pela equipe.....	28
5.3.3 Dificuldades individuais	31
5.4 NOC: da teoria à prática	34
5.4.1 Percepções e perspectivas de utilização	34
5.4.2 Adequação da NOC à prática clínica.....	36
5.4.3 Informatização da NOC.....	39
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXO A – APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HCPA (GPPG/HCPA)	48
ANEXO B – CERTIFICAÇÃO DE VINCULAÇÃO A PROJETO DE PESQUISA	49
ANEXO C - APROVAÇÃO DA COMPESQ DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS	50

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS DE PESQUISA	51
ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	54

1 INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem prestada aos indivíduos, família ou comunidade é realizada com base em evidências científicas. A metodologia empregada para orientar e qualificar essa assistência denomina-se Processo de Enfermagem (PE), que consiste em uma forma sistemática e dinâmica de realizar os cuidados, dividida em cinco etapas: histórico e exame físico, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, intervenção e avaliação. Suas etapas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, auxiliam o enfermeiro a realizar o raciocínio clínico a fim de alcançar determinado resultado (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

O PE é legitimado como método de trabalho do enfermeiro pela Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2009), que ainda estabelece que a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve estar presente em todos os ambientes públicos ou privados onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Posterior a esta resolução, o COFEN publicou a Resolução nº 429/2012, cujo Art. 1º resolve que:

É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência. (COFEN, 2012).

A partir destas duas resoluções temos que são responsabilidades do enfermeiro, a sistematização e o registro do cuidado, o que se traduz como garantia da atuação da enfermagem junto à assistência ao paciente e contribui para a visibilidade da identidade profissional, além de constituir-se de um determinante da qualidade da assistência (SILVA, 2015).

A fim de padronizar o PE e seu registro nas últimas décadas, sistemas de classificação de enfermagem vêm sendo desenvolvidos e aprimorados. A NANDA International - NANDA-I (NANDA INTERNATIONAL, 2015) e a *Nursing Interventions Classification* - NIC (BULECHEK et al., 2015) são classificações relacionadas aos DE e às intervenções de enfermagem, utilizadas na segunda e quarta etapas do PE, respectivamente. A *Nursing Outcomes Classification* – NOC (MOORHEAD et al., 2016), por sua vez, é utilizada na terceira e quinta etapas do PE, isto é, no planejamento e avaliação dos resultados sensíveis às

intervenções de enfermagem. Estas três classificações podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente (MOORHEAD; DOCHTERMAN, 2012).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição deste estudo, os diagnósticos da NANDA-I e as intervenções baseadas na NIC estão inseridos no prontuário eletrônico do paciente. No entanto, os resultados propostos e alcançados pelo paciente não seguem uma terminologia padronizada. Neste cenário, o planejamento dos resultados esperados não é documentado e isto representa uma lacuna no PE da Instituição. A validação e informatização da NOC completará a informatização do PE no HCPA, tornando possível a mensuração dos Resultados de Enfermagem (RE) de modo uniformizado, permitindo ao enfermeiro uma melhor visualização da evolução do paciente, por meio de indicadores clínicos que abranjam vários aspectos de um resultado.

Este estudo trará contribuições à enfermagem possibilitando conhecer, na percepção de enfermeiros, como o PE é realizado atualmente e quais os pontos positivos e dificuldades visualizam em trabalhar com estas classificações, além do que consideram importante para que a implementação da NOC em cenário clínico real seja efetiva e eficaz e quais seriam suas repercussões na prática assistencial, uma vez que fará parte do sistema informatizado de PE já implantado.

Considerando-se a contribuição das terminologias na promoção, proteção e recuperação dos pacientes, é de fundamental importância que o conhecimento de enfermeiros sobre estas seja investigado, visto que são quem as utiliza em sua prática clínica. Alicerçado na legislação do exercício profissional e na priorização do PE no HCPA, estabeleceu-se como questão norteadora: Qual a percepção dos enfermeiros sobre o uso das classificações NANDA-I, NIC e NOC na prática clínica hospitalar?

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo é analisar as percepções de enfermeiros sobre o uso das classificações NANDA-I, NIC e NOC (NNN) na prática clínica hospitalar.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para embasar este estudo, serão contextualizadas as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC, por ordem cronológica de desenvolvimento, contemplando sua metodologia e como estão inseridas na instituição pesquisada. Também será realizada uma retrospectiva histórica da construção e informatização do PE no HCPA. Tais aspectos compõem o cenário do estudo, sendo relevantes à contextualização do objetivo de pesquisa.

3.1 NANDA International

A Associação Norte-Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), oficializada em 1982, passou a ser uma associação internacional em 2002. A NANDA-I (NANDA INTERNATIONAL, 2015) é uma taxonomia proposta para denominar os DEs e na edição 2015-2017 está estruturada em 13 domínios, 47 classes e 235 DEs. O DE é um:

Julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Cada DE possui um título e uma definição, podendo conter características definidoras (sinais ou sintomas) e/ou fatores relacionados ou de risco (etiologias). Quanto ao tipo, os DEs podem ser “com foco no problema, de promoção da saúde, de risco, de bem-estar e de síndrome”, sendo que o “com foco no problema” e o de “síndrome” devem conter em seu enunciado características definidoras e fatores relacionados, enquanto os demais possuem apenas características definidoras ou fatores de risco (NANDA-I, 2015).

O processo diagnóstico inclui duas etapas a “análise e síntese dos dados coletados” e o “estabelecimento do enunciado”, que deve levar em consideração os eixos que compõem a taxonomia: “conceito diagnóstico, sujeito do diagnóstico, julgamento, localização, idade e tempo”, sendo o conceito e o julgamento fundamentais (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

No HCPA, os DEs estão inseridos no módulo *prescrição de enfermagem* e na aba *impressão da evolução de enfermagem* (PRUINELLI et al., 2011).

3.2 *Nursing Interventions Classification* (NIC)

Em 1987, foi publicada a NIC (BULECHEK et al., 2015), que é utilizada no planejamento e implementação das atividades de cuidado. É um sistema de classificação abrangente, voltado para o tratamento dos DEs da NANDA-I, estruturada em sete domínios, 32 classes e 554 intervenções. Cada intervenção possui título, definição e atividades, que são ações ou comportamentos específicos que os enfermeiros realizam. Intervenção de enfermagem é definida como “[...] qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado pelo enfermeiro para intensificar o resultado do paciente/cliente” (BULECHEK et al., 2015).

Compondo a quarta etapa do PE, as intervenções devem levar em consideração as etapas anteriores, ou seja, o título do DE e seus fatores relacionados ou de risco e o planejamento de resultados, além dos recursos e aceitação destas ações por parte de quem se beneficia delas. (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

As intervenções podem ser de dois tipos: diretas ou indiretas. Nas intervenções diretas, há interação com o objeto do cuidado ou ações voltadas para aspectos fisiológicos ou psicossociais. As indiretas são condutas que dão suporte às diretas, sendo realizadas à distância (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

No HCPA, desde 2005 esta classificação é a base científica dos cuidados disponíveis na prescrição de enfermagem (PRUINELLI et al., 2011).

3.3 Nursing Outcomes Classification (NOC)

Os resultados apresentados por um paciente podem ser decorrentes de intervenções realizadas por qualquer profissional da saúde e também pelo próprio paciente. Com a crescente necessidade de uma classificação que seja sensível às intervenções de enfermagem, em 1991 um grupo de pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa, desenvolveu a NOC (MOORHEAD et al., 2016), que é utilizada nas etapas de planejamento e de avaliação. Ela compreende os resultados de enfermagem (RE), que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente, em resposta ao cuidado prestado. A quinta edição da NOC é composta por sete domínios, 32 classes e 490 resultados de enfermagem. Cada resultado possui um título, uma definição e uma série de indicadores que são medidos por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos, sendo o quinto ponto a condição mais desejada. O uso da NOC proporciona o monitoramento da melhora, piora ou estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado (MOORHEAD et al., 2016).

Esta classificação não está atualmente inserida no PE informatizado da instituição,

configurando-se em uma lacuna. Os enfermeiros registram na evolução apenas o resultado alcançado pelo paciente, expressando o julgamento clínico acerca do DE através dos termos “mantido, melhorado, piorado ou encerrado” (PRUINELLI et al., 2011).

Os DE da NANDA-I e as intervenções da NIC, mais utilizados atualmente, possuem sua estrutura particular, mas podem estar associadas à NOC. Esta união possibilita que a avaliação clínica do paciente em etapas distintas seja interligada, melhorando a efetividade da execução dos cuidados (MOORHEAD; DOCHTERMAN, 2012).

Quando ligados à NANDA-I, os resultados “sugerem as relações existentes entre o problema ou condição atual de um paciente e os aspectos a serem resolvidos ou melhorados por meio de uma ou mais intervenções”. As ligações existentes entre as intervenções da NIC e os resultados, por sua vez, sugerem uma relação “voltada para a resolução de um problema [...] e o resultado que se espera ser influenciado pelas intervenções” (MOORHEAD; DOCHTERMAN, 2012).

O número de publicações referentes à utilização da NOC tem crescido nos últimos anos e tem mostrado cada vez mais a efetividade das contribuições proporcionadas por esta, entretanto, sua utilização na prática ainda é limitada (SILVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2015).

3.4 O PE na prática clínica do HCPA

Em uma trajetória de quase 40 anos, o HCPA contou com alguns modelos de processo de enfermagem, iniciando pelo sistema Weed, voltado para problemas, e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, como metodologia para a sistematização da assistência. Inaugurado em 1971, apenas em 1982 o hospital passou a contar com o registro das prescrições de enfermagem em formulário específico. As primeiras terminologias inseridas neste contexto foram a American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a obra de Benedet e Bub, que une a Taxonomia I da NANDA com as necessidades humanas básicas de Horta, a obra de Carpenito-Moyet e as contribuições práticas dos enfermeiros assistenciais e docentes inseridos neste contexto (CROSSETTI; DÁVILA; DIAS, 2011).

Em 1999, em fórum institucional, decidiu-se pela adoção de um modelo de PE com foco nos DEs da NANDA, conferindo uma mudança de modelo de assistência, tirando de foco o modelo biomédico, voltando-se para “fenômenos inerentes à prática de enfermagem”, aos quais os enfermeiros tinham todas as competências necessárias à sua resolução. Após esta

mudança, o Grupo de Trabalho sobre os Diagnósticos de Enfermagem, em parceria com *Petit Comitês* das unidades de internação ou serviços de enfermagem, iniciaram a realização de estudos clínicos com foco nos DEs.

No ano 2000, iniciou-se o processo de informatização do PE, que contava com as etapas de DE e prescrição de enfermagem em todas as unidades de internação e, em 2004, passou a contemplar a consulta de enfermagem ambulatorial. Atualmente, o registro do PE no prontuário eletrônico dos pacientes é composto pelas etapas de anamnese e exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Os diagnósticos da NANDA-I (NANDA INTERNATIONAL, 2015) estão associados às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (Horta, 1971) para embasamento científico dos DEs e a experiência clínica de enfermeiros aliada à NIC (BULECHEK et al., 2015) para as intervenções. As etapas de planejamento e avaliação da efetividade das intervenções de enfermagem estão em fase de estruturação com vistas à implantação da NOC (JOHNSON et al., 2015).

Em busca de constante atualização, o PE é estudado e operacionalizado, sendo realizado aperfeiçoamento de suas etapas e capacitações pela Comissão de Processo de Enfermagem (Cope), que é uma comissão de caráter permanente e institucional “responsável pela implementação, atualização e avaliação do PE, com ênfase no cuidado individualizado e no registro qualificado e seguro realizado na prática clínica da Enfermagem do HCPA”. É formada por enfermeiros representantes dos serviços de Enfermagem e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF/Ufrgs) (HCPA, 2017a).

4 MÉTODO

A seguir são apresentadas as etapas que foram utilizadas para a realização desta pesquisa, incluindo o tipo de estudo, campo em que foi desenvolvido, descrição dos sujeitos, coleta e análise das informações e aspectos éticos.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa do tipo exploratório descritivo.

A pesquisa qualitativa está voltada para os “aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais” (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009, p 32).

A maioria dos estudos exploratórios envolvem levantamentos bibliográficos e entrevistas com pessoas que vivenciaram a questão em estudo. Já, os estudos descritivos, descrevem os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Este estudo foi realizado como subanálise do banco de dados do estudo *Dimensões do Nursing Role Effectiveness Model no acompanhamento dos resultados de pacientes submetidos à artroplastia total de quadril* (SILVA, 2017).

4.2 Campo de estudo

A coleta das informações foi realizada em unidades de internação cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital escola da UFRGS, cuja clientela é formada, prioritariamente, por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram incluídas no estudo as unidades que receberam pacientes em pós-operatório de artroplastia total de quadril (ATQ) no período de abril a novembro de 2016.

4.3 Sujeitos do estudo

A população foi composta por enfermeiros de unidades de internação cirúrgica e a amostra foi definida por saturação de dados, ou seja, cessou-se a inclusão de novos participantes quando as informações começaram a ser repetitivas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Como critério de inclusão considerou-se que os participantes tivessem, no

mínimo, seis meses de trabalho no HCPA. Foram excluídos do estudo enfermeiros que estivessem de licença durante o período da pesquisa.

Foram incluídos no estudo dez enfermeiros de diferentes turnos e unidades cirúrgicas, escolhidos através de sorteio e convidados a participar da pesquisa através de uma carta-convite enviada por e-mail. Aqueles que aceitaram participar definiram o melhor local e horário para que a entrevista fosse realizada.

4.4 Coleta das informações

As informações foram coletadas em janeiro e fevereiro de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, contendo perguntas abertas e fechadas. O Roteiro de Entrevista (APÊNDICE A) contém duas partes, sendo a primeira composta por dados caracterizadores dos sujeitos, a saber, idade, sexo, nível de instrução e tempo de experiência profissional; e a segunda, abrangendo as questões norteadoras da entrevista, que versaram sobre Processo de Enfermagem e as Classificações de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC.

As entrevistas foram realizadas por dois coletadores capacitados, sendo gravadas, transcritas e armazenadas em um banco de dados virtual, do qual foram extraídas as informações a serem analisadas.

4.5 Análise das informações

O conteúdo de cada uma das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo temática, seguindo as etapas preconizadas de *pré-análise* (formulação do objetivo da análise); *exploração do material ou codificação*, (informações iniciais agrupadas em unidades); *tratamento dos resultados, inferência e interpretação* (apresentação e discussão das informações fornecidas pela análise tendo por base a literatura). (BARDIN, 2004; OLIVEIRA, 2008). Os sujeitos do estudo foram identificados pela letra "E" seguido de um número, de acordo com a sequência cronológica das entrevistas realizadas, garantindo seu anonimato.

4.6 Aspectos éticos

O estudo atual consistiu em um adendo da tese *Dimensões do Nursing Role Effectiveness Model no acompanhamento dos resultados de pacientes submetidos à*

artroplastia total de quadril (SILVA, 2017), inserido na Plataforma Brasil (CAAE: 50981015.9.0000.5327) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA (GPPG/HCPA), sob número 160118 (ANEXO A). A autora deste estudo está vinculada ao projeto de pesquisa desta tese (ANEXO B). O projeto de pesquisa do presente estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS, sob número 32680 (ANEXO C).

A coordenadora da pesquisa disponibilizou acesso ao banco de dados da Tese ao qual este estudo está aninhado (ANEXO D).

Os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E) em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante.

Foram respeitadas as ideias, os conceitos e definições dos autores, apresentadas de forma autêntica, descritas e citadas conforme a Lei de Direito Autoral - Lei Nº 9.610, 1998 (BRASIL, 1998).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados oriundos das entrevistas, primeiramente, caracterizando os enfermeiros e, em seguida, trazendo as categorias e subcategorias temáticas, juntamente com a discussão dos achados, buscando analisar as percepções dos enfermeiros entrevistados sobre o uso das classificações NANDA-I, NIC e NOC na prática clínica hospitalar.

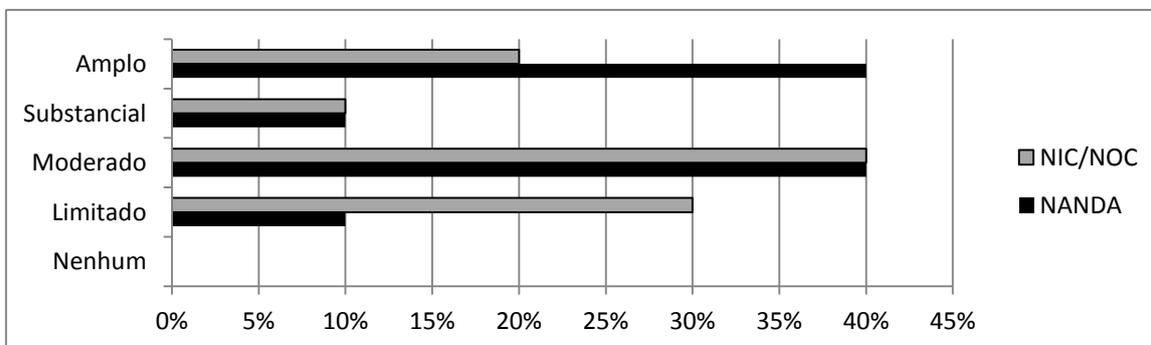
5.1 Caracterização dos sujeitos

Dos 10 enfermeiros entrevistados, nove são do sexo feminino, na faixa etária entre 29 e 39 anos. Com relação ao nível de instrução, levou-se em consideração a titulação máxima, sendo cinco participantes Mestres, quatro Especialistas e um Graduado. O tempo de experiência profissional variou de quatro a 15 anos.

Estes dados nos mostram que, embora a média de idade caracterize os sujeitos como jovens, já possuem considerável experiência, fato que se confirma quando a média do tempo de experiência profissional observada é de cerca de oito anos.

A seguir, o Gráfico 1 compara o nível de conhecimento sobre a NANDA-I e NIC/NOC autodeclarado pelos enfermeiros, dado que contribui para a compreensão da percepção que estes têm sobre o uso das classificações durante a realização do processo de enfermagem:

Figura 1 - Nível de conhecimento autodeclarado pelos enfermeiros sobre a NANDA-I, NIC e NOC



Fonte: autora, 2017.

O nível de conhecimento sobre as classificações de enfermagem pode estar ligado a

questões de formação acadêmica, atualização profissional e capacitações. Embora a instituição do estudo possua grupos de pesquisa que estudam as classificações (PRUINELLI et al., 2011), nem todos os profissionais participam ou se interessam pelo assunto, mesmo que o PE seja o cerne da prática de enfermagem. O nível de conhecimento acerca das classificações de enfermagem é uma informação relevante quando busca-se analisar a percepção sobre o uso destas classificações na prática clínica.

A partir da análise de conteúdo temática (BARDIN, 2004) realizada e da busca por analisar as percepções dos enfermeiros sobre o uso das classificações NANDA-I, NIC e NOC (NNN) na prática clínica hospitalar, emergiram três categorias, são elas: *Aspectos favoráveis à utilização das classificações NNN*, com duas subcategorias; *Fragilidades na utilização das classificações NNN*, com três subcategorias e *NOC: da teoria à prática*, com três subcategorias, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1: Categorias e subcategorias temáticas das percepções de enfermeiros sobre o uso das classificações NANDA-I, NIC e NOC na prática clínica hospitalar.

Categorias	Subcategorias
Aspectos favoráveis à utilização das classificações NNN	- Implicações diretas no cuidado - Implicações indiretas ao cuidado
Fragilidades na utilização das classificações NNN	- Entraves do sistema informatizado - Desvalorização do PE pela equipe - Dificuldades individuais
NOC: da teoria à prática	- Percepções e perspectivas de utilização - Adequação da NOC à prática clínica - Informatização da NOC

Fonte: autora, 2017

Importante ressaltar que, mesmo sendo indagados quanto à utilização das classificações NNN, os enfermeiros, por vezes, remeteram suas respostas ao PE independente destas classificações e, tendo em vista a escassez de produções relacionadas especificamente a elas, muitos dos estudos trazidos também versam sobre o PE de modo geral.

5.2 Aspectos favoráveis à utilização das classificações NNN

A presente categoria representa as percepções positivas dos enfermeiros entrevistados

acerca das classificações NANDA-I, NIC e NOC na prática clínica hospitalar. Desta, emergiram duas subcategorias, denominadas de implicações diretas e indiretas no cuidado.

5.2.1 Implicações diretas no cuidado

Esta subcategoria trata dos fatores que implicam diretamente no cuidado, modificando os métodos de trabalho, tanto os que já vêm sendo utilizados como os que têm potencialidades para utilização.

Sobre a inserção da NANDA-I e da NIC na instituição, os profissionais reconhecem sua consolidação e seus benefícios, além de, ao compararem as demais instituições com esta, constatarem o quanto já estão familiarizados com seus recursos:

Não tem nenhum hospital que tenha tanta inserção dos diagnósticos como aqui. É bem completo, uma ferramenta muito boa de uso. A gente estranha quando fica em outra instituição sem, pois tu te familiariza, já está acostumado com isso. Aqui vai mais rápido porque já tem tudo informatizado, já estamos habituados (E4)

Além disso, reconhecem a agilidade proporcionada pelo sistema informatizado, que, comprovadamente, mostra vantagens sobre o registro manual para a documentação do PE (TANNURE et al., 2015). O sistema informatizado da instituição foi desenvolvido na década de 1980 e, em 2009, tornou-se referência para mais de 40 hospitais universitários que compõem a rede do Ministério da Educação (MEC) (HCPA, 2017b).

Este sistema informatizado e com PE consolidado relatado por E4 é cientificamente embasado, o que contribui para a realização do cuidado (PRUINELLI et al., 2011). Nas falas a seguir os entrevistados mostram conhecimento sobre este embasamento e reconhecem sua importância:

A NANDA é bem forte, bem fundamentada, concretizada no sistema (E6)

Os diagnósticos no hospital são baseados na NANDA, mas também usam a teoria de Wanda Horta, das necessidades humanas - as psicobiológicas, psicossociais e espirituais - e os cuidados estão elaborados e ali descritos com base em NIC. Eu percebo que eles são essenciais para nossa prática na clínica enquanto enfermeiros. Sem eles nós não garantiríamos uma assistência de enfermagem adequada para nossos pacientes como a gente tem hoje. (E7)

Nas falas anteriores, os entrevistados confirmam a reconhecida excelência do sistema adotado pela instituição e do embasamento teórico deste, de tal forma que afirmam estranhar rotinas de trabalho que não possuem os mesmos recursos à disposição, além da percepção de que, sem estes recursos, a assistência não estaria sendo prestada da forma que consideram adequada.

Tais aspectos favoráveis subsidiam o raciocínio clínico, contribuindo para a realização das reflexões advindas do pensamento crítico (CERULLO, 2010), como afirma E4 na fala a seguir:

Tem uma linha de raciocínio, tu pensa em cima do sinal e sintoma, vai definir o DE, então eu acho que é uma baita ferramenta, ajuda no cuidado, a perceber o cuidado diferente, pensar sobre o cuidado. Dá embasamento científico para aqueles cuidados que nós estamos fazendo (E4)

Para E7, o uso do PE significa a base para a realização do trabalho da enfermagem, facilitando o raciocínio clínico e garantindo um cuidado seguro, enquanto E9 complementa levando em consideração que as classificações contribuem, em especial, com o raciocínio diagnóstico, como vemos a seguir:

Sem o PE nas suas cinco etapas, realmente, a gente não consegue trabalhar de forma adequada e não garante segurança para os pacientes (E7)

Eu acho que elas facilitam bastante na construção do DE (E9)

“Raciocínio clínico” são os processos mentais para a tomada de decisão e implementação de ações assistenciais, realizadas a partir de “análises indutivas, dedutivas e intuitivas [...] permeadas pela ética” sendo “fundamentalmente um processo interacional, contextualizado na prática do cuidado” (CERULLO, 2010). Com isso, possuir classificações padronizadas que auxiliem esta reflexão auxilia na acurácia do PE.

Mesmo atualmente representando uma lacuna no PE da instituição (PRUINELLI et al., 2011), o planejamento de resultados através do uso da NOC tem suas vantagens reconhecidas, sendo esta lacuna sentida pelos profissionais:

Eu acho que a NOC é muito boa, porque ela te dá a possibilidade de tu ver o que quer, qual o teu objetivo direto para o paciente. A gente tem que pensar em

resultados, de alguma forma isso vai ter que entrar. (E1)

Os enfermeiros entrevistados reconhecem que a NOC poderia ser utilizada como meio de avaliação da efetividade dos resultados e como base para a implementação de melhorias, algo que hoje é realizado empiricamente:

Ter como respaldo os resultados para avaliar como está indo o cuidado em enfermagem, tudo que envolve este cuidado e, a partir disso, o que podemos usar dos resultados para melhorá-los (E4)

Acredito que ele (enfermeiro) vai conseguir ver seu trabalho dando efeito, se está sendo bom usar esse curativo, se está sendo ruim. Não só empiricamente, porque empiricamente ele sabe, “está melhorando com esse curativo aqui”, mas não está registrado, não está científico. Eu acho que a NOC vai trazer isso. (E5)

O registro dos resultados poderia proporcionar validade científica à efetividade dos cuidados prestados, sendo possível averiguar seus efeitos, contribuindo para um melhor ajuste das condutas implementadas, seja na manutenção, intensificação ou suspensão das ações:

Eu acho que isso é superimportante, até para conseguirmos validar esses planos de cuidados, pois muitas vezes tem cuidados que são desnecessários e não são adequados para os pacientes. Eu acho que a gente vai conseguir fazer melhores planos de cuidado e alcançar melhor as metas que a gente coloca lá na etapa de planejamento (E7)

Ia facilitar o trabalho da gente, acho que na identificação se o paciente melhorou, se ele piorou, quais os itens que a gente pode intensificar na prescrição de enfermagem. (E9)

Uma das vantagens vislumbradas para além do planejamento e avaliação do cuidado é o dimensionamento de pessoal para este fim. A utilização da NOC poderia constituir parâmetros de comprovação da necessidade de aumento no quadro funcional, o que é uma realidade (SILVA; ALVES, 2010), mas sem provas de que estejam tão ligadas à assistência quanto à efetividade dos cuidados prestados.

Já que eu quero uma enfermagem de excelência, eu também preciso de pessoas que estejam não só capacitadas, mas talvez mais pessoas [...] para ver o que eu preciso

qualificar na enfermagem e se eu preciso mais gente para enfermagem. Eu acho que aí teria dados para dizer “é por causa disso, é por causa daquilo e eu preciso de mais gente”, que é complicado de conseguir. (E4)

Reconhecer nas falas dos profissionais o desejo de que a NOC seja implantada e implementada, demonstra a preocupação destes com a ampliação e aprimoramento do PE baseado nas taxonomias às quais este estudo buscou em suas indagações:

Vai ser um rico trabalho, porque hoje em dia a gente não mensura nada e isso ainda é uma falha do enfermeiro. Então vai ser importante colocar para mensurarmos (E5)

Seria um ganho para a enfermagem (E6)

Evolução completa, de tudo que a gente identificou, planejou, fez efetivamente e em que isso resultou, se realmente teve algum impacto na recuperação do paciente. Eu acho que seria a finalização, o feedback do que a gente já faz (E10)

5.2.2 Implicações indiretas ao cuidado

Como questões indiretas ao cuidado, agrupamos as falas que fazem referência ao empenho institucional com relação ao PE, além de considerar o cenário de Acreditação Hospitalar no qual a instituição se encontra. Também foram contempladas falas que versam sobre a visibilidade da enfermagem, questões de cobranças e a possibilidade de internacionalização do cuidado.

Como já contextualizado, a instituição deste estudo conta com a Cope para implementar, atualizar e avaliar o PE (PRUINELLI et al., 2011). Dois entrevistados manifestaram o empenho desta Comissão no que tange a avaliação e atualização do sistema, onde E4 relata o trabalho realizado por esta comissão “[...]eles vão pesquisando, revisando, vendo tudo que está sendo feito” e E5 faz referência às contribuições conquistadas com a parceria entre a Comissão e a assistência “A gente faz estudo clínico, e às vezes a gente consegue sugerir algumas coisas que não tem no sistema ainda, outros cuidados. Então as enfermeiras da Cope, as professoras, estão sempre melhorando, sempre qualificando o sistema. Isso a gente nota”.

Sobre visibilidade, o enfermeiro E4 percebe que o uso da NANDA-I e da NIC “[...] dão visibilidade positiva e embasamento científico para aqueles cuidados que nós estamos

fazendo”. Já, a fala de E3, faz referência à contribuição da NOC neste mesmo cenário: “[...] é a valorização, a gente vê onde o nosso trabalho termina, o que a gente fez pelo paciente, que resultado que deu”. Diversos estudos (GARCIA, 2016; MARINELLI; SILVA; SILVA, 2016; JUNIOR et al., 2017) corroboram com esta visão de que o PE valoriza a assistência.

Embora se saiba o papel fundamental que a Enfermagem exerce sobre a promoção, proteção e recuperação dos agravos à saúde, possuir um processo de trabalho cientificamente embasado, que siga uma sequência lógica, tanto pode favorecer o engajamento do enfermeiro, quanto mostrar aos demais componentes da equipe multiprofissional o quão importante é o seu papel na assistência ao paciente. Sendo a enfermagem a única categoria que pode executar a SAE, é evidente que sua realização se traduz em visibilidade e valorização profissional (SILVA; ALVES, 2010).

Quando realizado de maneira adequada, com DEs acurados e cuidados bem definidos, o PE também pode contribuir no momento em que são realizadas as cobranças pelos serviços prestados durante a internação (SILVA; GONÇALVES; SANTOS, 2017):

A checagem eletrônica, a prescrição e toda essa parte de DE é importante inclusive para a questão de cobrança do convênio. Ele serve como ferramenta para você cobrar o que você gastou com aquele cuidado, tipos de curativo especiais, então eu acho que é uma coisa bem interessante nesse sentido (E4)

Transpassando os muros da instituição, por constituírem uma metodologia adotada internacionalmente, a padronização do PE através da NNN poderia proporcionar a continuidade do cuidado em qualquer cenário, por qualquer profissional. Um dos entrevistados levanta a questão ou possibilidade de haver continuidade da prescrição de enfermagem mesmo em vigência de transferência de cuidado internacional:

Então é importante quando tu começa a mensurar resultados, quando tu começa a ver a linguagem padronizada da NIC que tu está falando aqui ser igual, tu pode encaminhar um paciente lá pra Espanha, lá pros EUA e tu vai está falando a mesma coisa. É muito bom, é muito interessante (E1)

Há um importante empenho institucional com relação à pesquisa (PRUINELLI et al., 2011) e os resultados destas podem servir de base ou parâmetro para que outras instituições desenvolvam essa metodologia e aprimorem seus processos de trabalho como um todo. No que tange à internacionalização, muitos destes estudos são levados a congressos sobre o tema

(ALMEIDA et al., 2013; ALMEIDA et al., 2015; LUCENA; MELLO, 2015; MULLER et al., 2015; PALAGI et al., 2015; REICH; ALMEIDA; RABELO, 2017), permitindo um intercâmbio cultural e de conhecimento que pode tornar factível o desejo expresso por este entrevistado.

Embora não tenha sido explicitado pelos enfermeiros, verifica-se que a Acreditação Hospitalar, à qual a instituição está certificada desde 2013, favorece a qualidade dos registros, fato constatado em estudo que aponta a melhora na qualidade destes após o início da Acreditação (NOMURA *et al.*, 2016). Em busca do selo de qualidade, os prontuários passaram a ser organizados de acordo com o Manual de Padrões de Acreditação da JCI, que traz dois capítulos que coincidem com as etapas do PE, sendo elas “Avaliação dos pacientes” (correspondente ao DE e planejamento) e “Cuidado aos pacientes” (correspondente ao planejamento, intervenção e avaliação), sendo que o uso das classificações de enfermagem facilita a aplicação do PE, aperfeiçoando e conferindo visibilidade aos registros em saúde. Para que seja garantida a qualidade da assistência, são necessários registros coerentes e medidas que aumentem a segurança do paciente (LUCENA, 2013).

5.3 Fragilidades na utilização das classificações NNN

A presente categoria representa as percepções desfavoráveis dos enfermeiros entrevistados acerca das classificações NANDA-I, NIC e NOC na prática clínica hospitalar. Desta, emergiram três sub-categorias, nas quais as fragilidades foram divididas entre *Entraves do sistema informatizado*, *Desvalorização do PE pela equipe* e *Dificuldades individuais*.

5.3.1 Entraves do sistema informatizado

Como colocado na categoria que versa sobre as percepções positivas dos enfermeiros acerca das classificações, o registro eletrônico apresenta vantagens sobre o registro manual (TANNURE *et al.*, 2015). Contudo, sendo um sistema pré-programado, é alvo de insatisfações por parte dos usuários que, por vezes, percebem certo engessamento das ações e se veem obrigados à realização de adaptações para a continuidade dos processos. A fala trazida a seguir demonstra a insatisfação de alguns entrevistados com as limitações de configuração do sistema:

Nos diagnósticos de mobilidade não tem fralda [...] eu tenho que abrir o DE

síndrome do déficit do autocuidado que é onde tem fraldas descartáveis prescrito.
(E1)

Nem sempre é o DE adequado para o paciente, mas tu tens a possibilidade de deixar um cuidado que gera um resultado. (E2)

Tais adaptações podem prejudicar inclusive a realização adequada do PE, que pode ter sua sequência lógica rompida. De acordo com a resolução 358/2009 do COFEN, preconiza-se que o PE seja realizado de modo sistemático, sendo que as ações ou intervenções de enfermagem prescritas devem ser elencadas a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados (COFEN, 2009). Na fala a seguir nota-se que, por possíveis falhas de configuração do sistema, o PE não é seguido de acordo com a lógica/sequência de raciocínio clínico, sendo alguns diagnósticos elencados em função de cuidados e não o contrário, o que inverte a ordem lógica do processo:

Eu utilizo abrindo o DE e procurando cuidados. Às vezes eu procuro o cuidado e tem um DE que é relacionado ou não. Se for relacionado eu deixo, se não for, a gente faz de outra forma o cuidado, bota numa orientação e escreve o cuidado que tu precisa por não ter no sistema, então a gente sempre faz uma adaptação (E2)

A segunda parte desta fala traz um recurso previsto no sistema, conhecido como “complemento”, no qual podem ser registrados adendos à prescrição realizada através de texto livre, tornando o cuidado mais específico para cada caso, individualmente (PRUINELLI et al., 2011).

Com relação às adaptações da NIC, temos que, sendo uma taxonomia de origem estadunidense (BULECHEK et al., 2016), a mescla com a realidade assistencial da instituição torna estes cuidados mais condizentes com a realidade à qual se aplica (SILVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2015). Embora as contribuições de enfermeiros sejam interessantes no que tange a uma “adaptação transcultural”, há quem sinta a necessidade de que os cuidados estejam mais fundamentados na NIC:

Mas eu acho que os cuidados na NIC poderiam melhorar bastante no sistema do HCPA. Muitos cuidados vêm desde o início da prática dos enfermeiros, são cuidados fundamentados, mas poderiam ser melhor embasados a partir da NIC, atualizados (E6)

Voltando aos problemas de configuração do sistema, um dos entrevistados nos chama a atenção com relação à avaliação dos diagnósticos. A estrutura da evolução de enfermagem do sistema informatizado da instituição é composta por *subjetivo*, *objetivo*, *impressão* e *conduta*, sendo que na *impressão* deve ser registrada a “condição atual do DE: melhorado, mantido, piorado, encerrado - o que remete para os resultados de enfermagem esperados” (PRUINELLI et al., 2011). No entanto, ao se modificar a prescrição de cuidados, se todos os cuidados relacionados àquele DE são excluídos, este é automaticamente excluído, tanto da prescrição quanto da *impressão*.

A fala a seguir tenta expor isto:

Quando a gente elabora a prescrição de enfermagem, o “excluir” não necessariamente aparece que está excluído, porque tu tira o item e ele some e somem os cuidados relacionados a ele (E10)

Ao realizar a evolução, automaticamente aparecem os DEs vigentes na prescrição deste paciente na categoria *impressão*, dificultando a documentação da exclusão de um DE, pois, excluído da prescrição, ele some da evolução. Este fato corrobora com a percepção dos REs como lacuna no PE, uma vez que sua implantação poderia suprir esta necessidade de avaliação.

Além das adaptações realizadas pelos enfermeiros no momento do registro, o próprio sistema também possui suas adaptações. Como observado na fala a seguir, o sistema possui cuidados de rotina em diversos DE, mesmo que não pertençam a este:

A NIC traz, por exemplo, um cuidado só em relação a controle de sinais vitais. [...] todos os pacientes têm que ser monitorados, então esse cuidado entra em tudo. Da mesma forma, tu abre um cuidado de pele em vários diagnósticos, porque eles priorizaram isso. Mas tem cuidados que eles não botam em lugar nenhum, por exemplo: Como um diagnóstico de dor não tem cuidado com acesso venoso sendo que a única forma de tu fazer a maioria das analgesias é por acesso venoso? (E1)

Sobre o fato trazido por este profissional, pode-se inferir que esta adaptação do sistema tenha o objetivo de auxiliar os profissionais ao não esquecimento, pois, mesmo sendo rotina (e justamente por isso), geralmente são cuidados fundamentais para a garantia de segurança para o paciente e qualidade assistencial; também pode contribuir com a otimização do tempo, agilizando processos. Em contrapartida, este profissional observa que alguns

cuidados que seriam, sob esta mesma lógica supracitada, necessários de se encontrar em certos diagnósticos, não o são. Colocados estes dois aspectos da adaptação do sistema, tem-se que por um lado a adaptação agiliza e por outro atrasa, ficando a questão de se o sistema deveria seguir rigorosamente a lógica das classificações nas quais se fundamenta, ou se deveria sofrer uma atualização.

Em estudo que aborda a percepção do técnico de enfermagem sobre aspectos relacionados à implantação da SAE em sua formação, a questão da prescrição de enfermagem é tratada como componente da relação interpessoal (CRUZ; ALMEIDA, 2010), pois é o documento onde são registrados os cuidados delegados pelos enfermeiros aos técnicos. Sobre isto, traz a visão de dois outros estudos (ELIZALDE; ALMEIDA, 2006; LONGARAY; ALMEIDA; CEZARO, 2008), de que as rotinas deveriam estar internalizadas na equipe, sendo prescritos somente cuidados prioritários a fim de não tornar a prescrição desvalorizada e ignorada pelos técnicos, o que gera “dificuldades de comunicação e insatisfação no trabalho”. Então, mesmo diante da adaptação do sistema com vistas a facilitar o acesso a cuidados de rotina, estes estudos questionam a necessidade da prescrição destes cuidados e alertam para a possível desvalorização deste documento por parte dos técnicos e auxiliares.

Para que o PE seja valorizado, “o resgate da importância de existir uma lógica nos processos de trabalho pode contribuir com o entendimento, por parte da equipe de enfermagem, de que são os protagonistas da SAE” (CRUZ; ALMEIDA, 2010). Com isto, a questão da valorização do PE pode estar mais relacionada à como os profissionais compreendem o processo e o seu papel nele do que com a prescrição de rotinas. Deve-se levar em conta que, sem documentação, não há respaldo legal sobre a implementação de determinado cuidado.

O PE, enquanto prática de enfermagem, por vezes é subutilizado, sendo a “insatisfação gerada pela limitação da criatividade e a redução da autonomia dos profissionais ao terem que seguir caminhos delimitados pelas regras e/ou normas institucionais” (MATSUDA et al., 2010; OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015) alguns dos aspectos listados pelos autores, os quais podemos relacionar à subutilização ou desmotivação para implementação pelos sujeitos deste estudo, o que também influencia a adesão dos técnicos.

5.3.2 Desvalorização do PE pela equipe

O segundo aspecto referente as fragilidades na utilização das classificações NNN ou,

puramente, na implementação do PE, foi a desvalorização deste por parte da equipe:

Às vezes eu percebo que talvez eles (Téc. Enf.) estejam tão acostumados, tão ambientados com a prescrição, que desvalorizam. Eles olham aquilo como mais um papel para preencher e não é, porque tem todo o trabalho que dá pensar em cima. (E4)

A visão que os enfermeiros trazem de sua prática é a de que os técnicos de enfermagem não valorizam o PE, mesmo com todo empenho de pensamento crítico e raciocínio clínico que envolve, muitas vezes realizando adaptações empíricas e se desviando daquilo que a prescrição solicita:

Eu vejo que o técnico não dá tanta importância para aquele DE quanto o enfermeiro [...] um paciente de artroplastia total de quadril, coxim adutor: se não tem o coxim ele não se preocupa em ir lá buscar o coxim, botam um lençol, um cobertor, que vai dar na mesma e na verdade a gente sabe que não. Então não vejo na prática uma preocupação com essa prescrição, em seguir à risca. Eu não vejo o técnico de maneira efetiva seguindo a prescrição de enfermagem. Eles acabam fazendo, mas não com aquela rigurosidade da prescrição (E8)

Às vezes vai até no automático. Essa coisa da (des) valorização da prescrição de enfermagem pelos técnicos é uma coisa que tu lia nos artigos e segue sendo assim, tu vê que aqui, mesmo com todo nosso empenho em cima da prescrição, ainda tem os pormenores. (E4)

De fato, há mais de trinta anos a prescrição de rotinas é colocada em questão na instituição. Mesmo reconhecendo a prescrição como instrumento para melhorias, sua utilização não era consenso entre os funcionários, ficando sugerido que houvesse apenas “cuidados diferenciados adaptados” na prescrição diária (COGO et al., 1986).

Se com a prescrição de enfermagem muitas vezes há “descaso” por parte dos técnicos, E8 questiona com que empenho a avaliação de resultados seria realizada:

A gente faz uma prescrição que me parece que fica só no papel. Eu não vejo esse técnico seguir aquilo. Eu não sei se a implementação disso (da NOC) não cairia nessa mesma “vala comum” (E8)

Em estudo que versa sobre as facilidades no ensino do PE, “para que qualquer

mudança aconteça é necessário força de vontade dos próprios profissionais, reconhecimento e valorização” (COSSA; ALMEIDA, 2012). Outro estudo, no qual buscou-se conhecer as competências desenvolvidas durante a formação técnica para implementação da SAE, compactua desta mesma visão, de que valorizar a sistematização contribui para a sua implementação (CRUZ; ALMEIDA, 2010). Observando-se a conclusão deste último estudo, há um aspecto importante no que tange a participação do técnico de enfermagem na realização da SAE, pois traz as palavras “valorizar” e “implementação” ligadas a esta categoria profissional, diferente do senso comum que tende a perceber esta sistematização e, especificamente o PE, por competência exclusiva do enfermeiro.

Quanto à participação de outros profissionais de enfermagem que não o enfermeiro na execução do PE, um estudo traz a questão de a execução do PE ser atribuição de toda a equipe de enfermagem e não apenas do enfermeiro. Os técnicos e auxiliares, por estarem mais próximos ao paciente, são quem executa muitos dos cuidados, sendo responsáveis pela documentação de pontos fundamentais para o registro deste cuidado, evidenciando a eficácia e eficiência destes, sendo que o “descaso com o registro do processo de cuidado de Enfermagem pode resultar em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional e obstáculo para a avaliação de sua prática, o que dificulta o avanço da ciência de Enfermagem” (GARCIA, 2016).

Entretanto, em estudo que objetivou “descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a SAE e o PE” constatou-se que estes assuntos não são discutidos durante a formação técnica e que os enfermeiros “demonstram superficialidade nas definições conceituais de SAE e PE” (SILVA et al., 2016). Então, embora haja empenho dos enfermeiros na realização do PE, muitas vezes a sua concepção sobre o que fazem pode estar equivocada ou incompleta, o que infere-se que possa contribuir à pouca valorização pelos técnicos que, não tendo familiaridade com a metodologia em sua formação, ficam à mercê das orientações destes mesmos enfermeiros, gerando um ciclo vicioso de falta de conhecimento e desvalorização (CRUZ; ALMEIDA, 2010).

Um aspecto importante que pode ser considerado com relação ao distanciamento dos técnicos em relação ao PE é que “a concepção que iguala a SAE e a prescrição de enfermagem reduz a participação do técnico nas ações de cuidado”, da mesma forma, “a prescrição de enfermagem que não distingue as condições do paciente dificulta os processos de trabalho do técnico de enfermagem, na medida em que orienta ações que se distanciam da realidade do paciente”. Com relação à competência na relação interpessoal, o mesmo estudo refere que “comunicação e liderança, mediados pela ética” influenciam a implementação da

SAE (CRUZ; ALMEIDA, 2010), ou seja, apenas imprimir a prescrição e entregar para o técnico realizar as ações não garante a compreensão e efetividade de suas atribuições, sendo de bom tom fornecer orientações reforçando aspectos relevantes ao cuidado.

5.3.3 Dificuldades individuais

Muitas das dificuldades na implementação do PE podem estar ligadas a questões individuais dos enfermeiros. Estes aspectos são levantados pelos entrevistados, seja reconhecendo as próprias limitações, seja pontuando estas em seus colegas de profissão.

Muitos enfermeiros ainda têm uma certa resistência com o PE por questões pessoais, dificuldade, gerenciamento da própria unidade [...] (E5)

Essas dificuldades são pessoais de cada enfermeiro, não da pessoa que vai implantar. (E6)

Iniciamos a discussão desta subcategoria trazendo a constatação de um estudo que afirma não ser consonante no ambiente profissional a consolidação da SAE e do PE (GARCIA, 2016), ou seja, nem todos os profissionais concordam ou utilizam estas ferramentas.

Dois estudos apontam “falta de conhecimento, sobrecarga de trabalho, número insuficiente de profissionais qualificados e capazes de identificar os problemas” como os principais entraves para a implementação da SAE (SILVA; ALVES, 2010; MARINELLI; SILVA; SILVA, 2016). Estes elementos desorganizam e podem até inviabilizar a realização adequada do PE. O enfermeiro, ao identificar suas dificuldades e superá-las, suas habilidades e explorá-las, torna o desenvolvimento do PE seguro e confiável (SILVA, 2015).

Os enfermeiros percebem o PE mais como uma dificuldade e uma rotina do que um facilitador e promotor de criatividade (SILVA, 2015). Este processo é visto como desvalorizado pela equipe, mas um aspecto determinante para a aceitação deste está, primeiramente, naquele que realiza o processo compreender e acreditar na importância que ele tem.

A prescrição de enfermagem é importante, mas às vezes a gente tem que dar a devida importância para prescrição de enfermagem primeiro, para que o técnico possa dar (E4)

A falta de conhecimento sobre o embasamento teórico do sistema faz com que não haja compromisso em sua aplicação ou, por vezes, nem seja implementado (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2016). Estes prejuízos à aplicação do PE podem ser percebidos na fala a seguir:

A gente tinha que ter isso mais claro. Eu, pelo menos, não aprofundo muito, às vezes por falta de conhecimento. [...] Eu não conheço nenhuma pesquisa que objetiva a informatização da NOC (E9)

Um estudo sugere que a educação continuada possa ser um meio de dissolver as dificuldades dos profissionais através de referenciais teóricos aliados aos objetivos assistenciais e que essa prática deve ser constantemente aprimorada (SILVA; ALVES, 2010).

Para além de capacitações institucionais, o contato inicial de acadêmicos com as classificações deve reforçar sua importância. E1 traz esta preocupação: “A gente vai ter que mudar a forma de pensar minha, dos meus colegas, do grupo de acadêmicos que está vindo aqui, que aqueles montes de livros não são inúteis, que não é um monte de coisa escrita”. A fala a seguir reforça a importância dessa mudança, quando o entrevistado relata que realiza o PE, entretanto, sem fazer referência às classificações NNN:

Eu vejo que é muito no piloto automático, a gente não faz esse referencial NANDA, NIC e NOC. A gente usa um sistema de prescrição e de plano de cuidados que é pronto para nós no sistema, eu acho que depende muito do conhecimento [...] para lembrar que o sistema não é o sistema, foi baseado em toda uma literatura [...] A gente ainda tem dificuldade, principalmente quem ainda não tem contato prévio com isso, de fazer essa relação de o que a gente está fazendo é baseado em toda uma metodologia de cuidado, de resultado, de intervenção. (E10)

Se as classificações já enraizadas no sistema, muitas vezes, não têm sua fundamentação e importância reconhecidas, a implantação e implementação da NOC configura-se em uma preocupação, tanto com relação a sua teoria quanto à sua prática. As falas a seguir evidenciam desconhecimento, pois os resultados são avaliados, mesmo que empiricamente: “A gente não tem essa cultura de avaliação de resultado” (E1); Descrença na capacidade de alguns profissionais: “A NOC vai ser um problema pras enfermeiras mais antigas” (E3) e admitem que será uma dificuldade para todos, principalmente aqueles que não

tem tanto contato com a classificação: *“As pessoas vão ter que se capacitar, no início vai ser um pouco difícil, porque a gente já vê muito superficial tudo, pelo menos eu na faculdade”* (E4).

Além do desconhecimento, tem grande peso para a implementação a questão de carga de trabalho, onde o enfermeiro se vê sobrecarregado e, muitas vezes, não conseguindo cumprir com todas suas atribuições no turno de trabalho:

A maioria das vezes a gente trabalha num sistema que é de muita demanda de trabalho, que às vezes acabam até atrapalhando e prejudicando esse PE como um todo, é uma sobrecarga tão grande que a gente tem, muitos procedimentos, muitas intercorrências, muitas questões de gestão que acabam até comprometendo um pouco (E7)

Alguns enfermeiros acreditam que a NOC seria mais uma burocracia e que contribuiria para aumento desta sobrecarga de trabalho, podendo acabar por ser realizada de maneira inadequada:

Isso aumenta nossa carga de trabalho, porque é mais uma escala pra nós preenchermos, é mais uma coisa pra enfermeira fazer. Não que a gente não tenha que fazer, acho que a gente tem, mas com tudo que a gente tem que fazer hoje, todo tempo que a gente perde fazendo várias coisas que não seriam da nossa alçada, é mais uma coisa que vai tomar tempo, que vai aumentar nossa carga de trabalho. (E3)
E mais uma avaliação acaba sendo mais burocrática e não prática, podendo implicar em um falso positivo (E8)

Em estudo que objetivava “analisar as atitudes dos enfermeiros frente ao processo de enfermagem”, constatou-se atitudes favoráveis ao PE relacionadas à “satisfação com a carreira, setor de trabalho e conhecimento prévio de diagnósticos de enfermagem”, ou seja, estes fatores podem refletir positivamente nas atitudes relacionadas à assistência ou gerenciamento. Além disto, valorizar o profissional e proporcionar educação permanente pode motivar os enfermeiros, contribuindo para a implementação do PE (SILVA, 2015). Com estes fatores, a autoconfiança e o gerenciamento pessoal poderia melhorar e, assim, possivelmente o enfermeiro conseguiria se organizar melhor dentro de suas atribuições, realizando de maneira mais adequada o PE, de maneira geral.

5.4 NOC: da teoria à prática

A atual categoria visa agrupar as falas relacionadas especificamente à NOC, sem julgamento favorável ou desfavorável, com foco nas percepções dos enfermeiros entrevistados de como e para que esta classificação poderia ser utilizada, que adaptações são necessárias à sua implantação e qual o melhor desenho dentro do sistema para facilitar e tornar efetiva a sua implementação.

Foram geradas três subcategorias referentes a este tema, abordando percepções e perspectivas de utilização da NOC, aspectos a serem considerados antes da sua implementação no sistema informatizado da instituição, e desenho do sistema, levantando também questões sobre qual o local mais adequado para sua inserção.

5.4.1 Percepções e perspectivas de utilização

A NOC é uma lacuna no PE informatizado da instituição deste estudo. Sobre a possibilidade de sua informatização, a fala a seguir destaca o quantitativo de material que a classificação possui e que deverá ser considerado no momento da implantação:

Ela é bastante complexa em razão das inúmeras escalas de avaliação e resultados, então eu sou bem otimista, mas ao mesmo tempo realista, porque é um trabalho bem árduo (E7)

De acordo com a fala de E7, um dos prováveis entraves à informatização da NOC é a dificuldade de síntese frente à sua abrangência, visto que são 490 resultados disponíveis na quinta edição (JOHNSON et al., 2015).

Os cuidados de enfermagem hoje são executados sem que sejam registradas as metas e avaliações de efetividade relacionadas a eles, além de um comparativo ao longo de um *continuum*, embora tais aspectos sejam realizados empiricamente:

A gente medica para dor, mas não vê num parâmetro de 24h, a gente só vai pelo sinal e sintoma ali, a dor 10, dor nove, dor zero (E5)

E8 traz o fato de a mensuração de RE não ser registrada, mas ser realizada, e que a NOC poderia contribuir para a efetivação deste registro:

[...] uma coisa que te obrigasse a fazer, porque na beira do leito tu acaba fazendo, tu avalia se melhorou, se os cuidados foram efetivos [...] tu acaba indo lá, cobrando do técnico e vendo se foi efetivo, mas a melhora ou a piora não são registradas [...] quando o paciente cai tu não registra se o paciente estava bem orientado, como ele estava, e a NOC pode mostrar isso (E8)

Em estudo de estratégias da assistência, com relação à busca pela qualidade da assistência de enfermagem, foi observado que há pouca documentação dos resultados dos pacientes, o que pode desvalorizar e invisibilizar o cuidado prestado. O mesmo estudo traz, ainda, os benefícios proporcionados pela avaliação dos resultados (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015), reforçando o conceito de “lacuna no processo” atribuído a eles quando não estão presentes na prática clínica.

As falas a seguir reforçam o propósito ao qual a NOC se propõe e vão mais além, sugerindo que a classificação possa constituir-se de um parâmetro para a validação dos diagnósticos:

Ela poderia servir de instrumento para avaliar se o cuidado está sendo efetivo ou não [...] O teu sistema de cuidado e ainda melhorar a questão dos próprios diagnósticos acertados (E4)

Eu sempre gostaria de poder *linkar* a NOC com os DEs [...] a gente vai ter que falar de acurácia diagnóstica para a gente conseguir colocar a NOC no sistema. O DE tem que estar ali porque ele tem sinais e sintomas na tua evolução e porque ele tem um resultado a ser alcançado [...] se a gente pensar em acurácia diagnóstica, por que tu está abrindo esse DE e qual o seu objetivo, daí sim (E1)

A maioria dos projetos de pesquisa sobre o PE tem contribuído para o avanço dos conhecimentos, favorecendo a acurácia diagnóstica e a tomada de decisão (PRUINELLI et al., 2011).

Um dos entrevistados levanta a possibilidade de existir uma prescrição de cuidados pós-alta, na qual seria importante a utilização de resultados, o que traria sentido ao cuidado e motivaria o paciente a realizá-lo:

Eu ainda não tenho uma prescrição de alta que eu entregue para o paciente, eu não tenho um resultado que eu queira chegar pra conversar com o familiar para ele

entender porque ele está fazendo aquilo (E1)

Um dos grandes objetivos da Enfermagem é promover o autocuidado por parte do paciente (GALVÃO; JANEIRO, 2013) e este, na maioria das vezes, é realizado em sua residência. Com isto, uma prescrição de cuidados pós-alta com resultados como metas poderia conferir ao paciente autonomia na continuidade de seu tratamento.

Os REs, enquanto “representantes do conhecimento da área organizados em linguagem padronizada” possuem vantagens como:

Aprimoramento de uma linguagem comum para a profissão; conjunto uniforme de dados de enfermagem que fundamentam decisões; medidas, definições e classificações padronizadas para o sistema de prestação de cuidados; avaliação da qualidade dos cuidados; avaliam a eficiência da atuação da enfermagem; estimulam e analisam inovações na área; e permitem a participação de cuidados interdisciplinares (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015).

Os enfermeiros entrevistados relataram apenas algumas destas vantagens, o que sugere que eles não tenham tanto contato ou conhecimento sobre a classificação, muitas vezes ignorando o quanto a implementação desta traria benefícios, tanto para a assistência direta quanto para a relação da Enfermagem com as demais ciências.

5.4.2 Adequação da NOC à prática clínica

Nesta subcategoria, foram englobados os aspectos que os enfermeiros julgam ser necessário considerar sobre a NOC no sistema informatizado da instituição, a fim de otimizar sua implantação e implementação.

O primeiro aspecto a ser considerado, tendo em vista a quantidade de resultados, é a priorização destes. Os enfermeiros sugerem que sejam escolhidos resultados objetivos a partir de diagnósticos prioritários:

Linkar resultados prioritários para alguns diagnósticos mais fáceis [...] resultados mínimos [...] para um paciente de prótese tu teria que ter no máximo três resultados, que era ele caminhar bem, de ele estar com uma boa higiene, de ele estar conseguindo fazer seu autocuidado, de ele estar sem dor. Seriam três, quatro resultados, esse é o nosso objetivo (E1)

Tem que ser escala por escala. Ver em relação ao DE principal. De “Dor”, aí tu escolhe um resultado. Se ele conseguisse escolher um, dois pra fazer a escala, porque a NOC é grandiosa, trabalhosa e mais trabalho consome tempo do enfermeiro [...] Se tiver uns prioritários, acho que engrena legal. (E5)

Mesmo parecendo fácil realizar a priorização de resultados a partir dos DEs principais, E1 admite que alguns DEs não possuem padrão, o que dificultaria esta objetividade:

Por exemplo, déficit no autocuidado é mais difícil ter um padrão de cuidados. Mobilidade também é difícil da gente ter um padrão. (E1)

Após realizada a priorização de REs para cada DE, deve-se considerar que a NOC pode ser utilizada em diversos contextos assistenciais, diferentes perfis de pacientes e com as mais variadas demandas, surgindo a necessidade de uma adaptação:

Usar a NOC inteira é muita coisa e dependendo do perfil de cada unidade ou de cada cuidado vai ter que ter uma adaptação. (E2)

Esta adaptação surge da necessidade de se contemplar diferentes REs para um mesmo DE a depender da unidade assistencial à qual se está aplicando ou a que perfil de paciente.

O segundo aspecto a ser considerado é a criação de definições padronizadas para as escalas de avaliação. Cada tipo de resultado necessita de uma escala que “combine” com o que se quer avaliar, por isto, a NOC possui 13 modelos de escalas de medidas (JOHNSON et al., 2015). No entanto, mesmo com esta adequação no título dos níveis das escalas de mensuração, não há uma definição conceitual, tampouco operacional, com parâmetros bem estabelecidos para que a estratificação do indicador possa ser utilizada independente do avaliador e sem a necessidade de outros parâmetros, como a foto de uma ferida para acompanhar seu tratamento, por exemplo:

A NOC não trabalha só com um tipo de escala *likert*. Então para cada uma dessas eu tenho que fazer a definição do que é um ou outra. [...] E a questão de a linguagem ser padronizada, porque o que é “substancial”, “moderado”? Eu acho que escala *likert* de cinco pontos é de difícil entendimento, é fácil quando é um, dois, três, quando é “bom”, “ruim” ou a escala do meio, agora, escala *likert* de cinco pontos eu acho que a gente ainda tem muita dificuldade de trabalhar. (E1)

A padronização é um aspecto muito importante de ser considerado, haja visto o cuidado ser realizado por diversos profissionais a cada turno de trabalho. É necessário um parâmetro para que se possa dar continuidade ao cuidado independente de cuidador e alcance do objetivo utilizando-se parâmetros factíveis com a realidade.

Então ainda falta a gente padronizar algumas coisas que é fundamental para informatização [...] Uma das coisas mais difíceis para mim de estudar a NOC é todo mundo entender o que cada resultado quer dizer. (E1)

Estando os REs prioritários elencados, e as escalas definidas e padronizadas, procede-se para a avaliação. Uma vez que a NOC deve ser implementada nas etapas de planejamento e avaliação dos resultados de enfermagem (JOHNSON et al., 2015), há que se ter, pelo menos, dois momentos de avaliação: o primeiro momento, para determinação do estado basal do paciente em relação àquele indicador, e uma reavaliação para mensurar a melhora, piora ou estagnação daquele RE (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

Com relação ao momento desta reavaliação, temos que “pode ser mensurado a cada hora, turno, dia, semana ou mês” (ALMEIDA; LUCENA, 2011) ou conforme a necessidade do paciente. Um dos enfermeiros levanta esta questão e, mais uma vez, considera que deva existir uma adaptação, pois diferentes REs sofrem alteração em diferentes períodos de tempo:

O tempo de reavaliação tem que ser um pouco mais flexível, tem que ser particular. Por exemplo, o paciente de prótese é três dias, não tem como tu não avaliar nos três dias. Até porque ele tem uma grande mudança: fez a cirurgia, está acamado, está sentando, está caminhando, tem alta. São três dias de muitos resultados alcançados quando o protocolo consegue ser feito, é muito rápido. Quando as evoluções são mais lentas é difícil de tu fazer uma avaliação diária. Pensando em prótese, pensando nesses cuidados que eu elenquei e em resultados mínimos para esse paciente, eu acho que tem que ser diário. [...] O bom seria que fosse sempre no final do dia, porque daí ele já vai ter cumprido as atividades daquele dia. (E1)

Após todo o empenho na priorização de resultados, adaptação das escalas, definições conceituais e operacionais de cada indicador, padronização e estimativa do tempo de reavaliação, deve-se proceder ao treinamento para sua aplicação. Conhecer os meios e os métodos, compreender o uso e a utilidade, tornar esta etapa parte do processo e, para além disto, utilizar como um parâmetro de qualificação do cuidado e mensuração da efetividade

deste, são os objetivos vislumbrados através do treinamento:

A dificuldade? Treinar os enfermeiros. Não é dificuldade, é trabalhoso. As pessoas vão entender, não é difícil. O pessoal já está acostumado com a escala da dor, com a escala de Morse, de Braden, então escalas tem, não é essa a dificuldade, é mais usar diariamente em relação àqueles diagnósticos (E5)

Por fim, mais uma vez, surge a reivindicação de mais pessoal para que o cuidado e tudo que o envolve seja realizado da melhor forma possível e com o mínimo de sobrecarga:

Para que fosse implantado, teria que rever toda a questão de adequação do número de enfermeiros para poder implantar de uma forma “redonda” mesmo com algumas dificuldades. (E6)

O dimensionamento de pessoal é fundamental para que não haja sobrecarga de trabalho e para que o cuidado possa ser realizado com qualidade, proporcionando segurança ao paciente (SANTANA et al., 2017).

5.4.3 Informatização da NOC

Uma vez que a NOC não está atualmente inserida no sistema informatizado, os enfermeiros entrevistados puderam refletir livremente e expor sua percepção sobre como seria a melhor maneira de colocá-la, tanto em termos de *design* gráfico, quanto sua localização nas etapas do PE já inseridas no sistema. Nesta subcategoria, apresentamos um ponto importante da percepção sobre a classificação, visto que pode influenciar na futura implantação desta no sistema e, conhecer a percepção de quem a utilizará, é o primeiro passo para o sucesso de sua implementação.

Um dos entrevistados considera que, se a NOC for inserida no sistema como é configurado atualmente, os resultados devem ser selecionados com base nos diagnósticos elencados. Por outro lado, acredita que selecionar primeiramente os REs facilitaria a diagnose:

Se usar esse mesmo sistema então a gente parte sempre dos diagnósticos, mas se tu procurasse o resultado ou o que tu pretende alcançar com aquele paciente, naquele cuidado, talvez fosse mais fácil elencar um DE [...] Seria importante tu basear nesses resultados, pensar nos resultados pra depois chegar ao diagnóstico. (E2)

Embora se saiba que a NOC constitui a 3ª (planejamento) e 5ª (avaliação) etapas do PE (COFEN, 2009), alguns enfermeiros ainda mostram ter dúvidas sobre em que momento devem aplicar esta taxonomia, alguns por provável conhecimento insuficiente da classificação, outros por discordarem ou considerarem mais pertinente sua aplicação em outro momento.

Para E1, fica evidente que os REs devam ser analisados logo após os DEs. Sobre esta sequência, dá exemplos já pensando em como o sistema poderia ser configurado:

Eu acho que no sistema como é feito, ele deveria ser *linkado* aos DEs, pela forma que eu prescrevo, porque quando tu abre o sistema ele pergunta “tu quer manter os DE?”, daí eu digo “sim” ou “não” ou excluo ali. Eu não tenho como botar “melhorado”, “piorado”. Nesta hora é que eu queria poder fazer a avaliação deles, não lá na minha evolução, porque assim eu conseguiria ver no sistema e poderia ter dados reais para pesquisa ou de melhora [...] Assim, faria as pessoas pensarem que esse DE não adianta mais ou ele já não é mais sensível ao meu cuidado (E1)

A maneira mais referida pelos enfermeiros entrevistados é a forma de itens para clicar:

Estabelecer formulários de avaliação das intervenções para que tenham links que possamos clicar e já colocar a nota [...] trabalhar com essa questão dos escores para alcançar, medir resultados (E7)

Tópicos, uma coisa mais pontual, sucinta, objetiva. Elencar sinal, sintoma, DE e aí o resultado; de forma esquemática (E4)

Alguns vislumbram esta mensuração na evolução, outros na prescrição:

[...] *linkado* na evolução [...] talvez um íconezinho antes ou depois da *interpretação*. Como tem os cuidados de enfermagem que a gente seleciona no sistema, selecionar o RE automaticamente no primeiro momento. E depois, quando tu for evoluir, já apareça um ícone para só fazer um “X”, se foi ‘limitado’, ‘moderado’, ‘substancial’ (E6)

O fechamento na *interpretação*, na parte da prescrição quando tu altera, de associar isso àquele diagnóstico, alguma escala que fosse associada ao DE que tu mantém ou exclui, porque o “melhorado” ou o “piorado” a gente só registra na parte do registro

descrito mesmo. Quando eu colocasse alguma escala de resultados, eu pudesse fazer essa associação de exclusão, quando é um paciente que alcançou tudo, está ok, não precisa mais desse DE. Eu vou fazer um *linkzinho*. (E10)

E1 traz de maneira mais prática como as etapas de diagnóstico e resultados poderiam se interligar na prescrição:

Eu deveria abrir o DE e, a partir dele, ver que resultado eu quero. Eu já marcaria na minha prescrição “tu vai manter os DE? Sim. Como estão os teus RE? Estão melhorando, piorando?”, já como se fosse uma segunda pergunta. (E1)

Por fim, E7 admite a dificuldade de se trabalhar com a NOC no sistema, inclusive em países onde se tem contato com esta classificação há mais tempo, mas demonstra interesse e reconhecimento pelo potencial da instituição deste estudo em colocar em prática mais esta etapa:

Eu quero acreditar que, não muito distante, a gente vai conseguir trabalhar com a NOC aqui no Brasil. Eu sei que é um desafio, porque até nos EUA nem todas as instituições tem isso bem desenvolvido e consolidado, mas eu acredito muito no potencial que o nosso hospital tem e o que já se desenvolveu em termos de sistema (E7)

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou limitações quanto:

- Ao campo de estudo, sendo realizado apenas em unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário;
- À coleta das informações, pois a maioria das entrevistas foi realizada, por escolha dos entrevistados, durante o turno de trabalho, o que pode ter influenciado as respostas;
- À discussão dos dados, visto que foram utilizados para este fim apenas estudos desenvolvidos no Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção dos enfermeiros, o uso das classificações NNN possui aspectos favoráveis, quando são percebidas como ferramentas científicas que organizam e auxiliam o trabalho da Enfermagem e lhe conferem visibilidade, qualidade e segurança, mas também apresenta fragilidades, quando há problemas com o sistema informatizado, com o pouco envolvimento da equipe ou com dificuldades individuais, estes dois últimos, permeados por falta de conhecimento, desvalorização, elevada carga de trabalho, questões de gerenciamento e quadro funcional, entre outros.

Em relação especificamente à NOC, que ainda não é utilizada de forma padronizada neste contexto, apesar de ser grandiosa e de complexa implantação no sistema institucional, é sentida como lacuna e tem sua importância reconhecida pelos enfermeiros, que percebem sua futura implementação como meio para mudanças importantes na prática clínica, por meio da avaliação de efetividade, acurácia diagnóstica e, também, um meio de qualificar e redimensionar o quadro funcional, além de contribuir para a visibilidade e valorização da assistência.

Mesmo possuindo níveis medianos de conhecimento sobre as classificações de intervenções e resultados, os enfermeiros entrevistados apontaram aspectos importantes para a implantação e implementação da NOC no PE institucional, levando em consideração a necessidade de objetividade, adaptação, padronização, periodicidade e treinamento relacionados a esta classificação. Também compartilharam a visão que têm desta no sistema informatizado, através de *links*, cliques e escalas.

Ao analisar a percepção dos enfermeiros sobre as classificações NNN ficou evidente que estes possuíam uma visão crítica construtiva sobre o assunto, apontando tanto qualidades quanto aspectos a serem aprimorados de forma coerente e buscando aprimoramento desta que é uma de suas principais ferramentas de trabalho, principalmente no que tange ao seu registro. Conhecer estas percepções pode contribuir para o direcionamento do olhar de gestores institucionais a importantes demandas relacionadas ao sistema informatizado, assim como da Comissão do PE e de outros grupos de estudo afins a aprimorarem ainda mais este processo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.A, et al. Educational software assessment for the development of nursing diagnosis accuracy. In: 10th International Biennial Conference of ACENDIO, 2015, Berna. E-HEALTH AND NURSING Knowledge for Patient Care. Dublin, 2015. p. 127-131.
- ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: ALMEIDA, M.A. et al. Processo de Enfermagem na Prática Clínica: Estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 1. p. 23-40.
- ALMEIDA, M. A. et al. Nursing outcomes (NOC) in patients submitted to Total Hip Replacement with Impaired Physical Mobility. In: 9th European Conference of ACENDIO, 2013, Dublin. 9th European Conference of ACENDIO - E-Health and Nursing. Dublin: Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes, 2013. p. 50-58.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3ª Edição, v. 70, Lisboa: 2004.
- BRASIL. Lei Nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998: Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 14 jan. 2017.
- BULECHEK, G.M. et. al. NIC Classificação das intervenções de enfermagem. 6ª Edição Elsevier Brasil, 2016.
- CERULLO, J. A. D. S. B. Raciocínio clínico e pensamento crítico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 124-129, 2010.
- COGO, A.L.P et al. Prescrição de enfermagem: percepção do pessoal auxiliar de enfermagem de unidades médico-cirúrgicas em um hospital de ensino. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 7, n. 1, p. 61, 1986.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN 358/2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 24 set. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN 429/2012: Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html >. Acesso em: 24 jan. 2017.
- COSSA, R. M. V.; ALMEIDA, M. A. Facilidades no ensino do processo de enfermagem na perspectiva de docentes e enfermeiros. Revista RENE: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Vol. 13, n. 3 (2012), p. 494-503, 2012.

CROSSETTI, M.G.O.; D'ÁVILA, M.L.; DIAS, V.L.M. Construção do processo de enfermagem no HCPA e sua informatização. In: ALMEIDA, Mirian de Abreu et al. Processo de Enfermagem na Prática Clínica: Estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 1. p. 41-51.

CRUZ, A. M. P. D.; ALMEIDA, M. A. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, n. 4, 2010.

ELIZALDE, A. C.; ALMEIDA, M. A. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Vol. 27, n. 4 (dez. 2006), p. 564-574, 2006. Disponível em: [<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23572>] Acesso em 26 dez 17.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 17 out. 2016.

GALVÃO, M. T. D. R. L.; JANEIRO, J. M. D. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 226-236, 2013.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 20, n. 1, p. 5-6, 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Processo de Enfermagem. 2017a. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/assistencia-comissoes-processo-de-enfermagem>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Sistema AGHUse. 2017b. Disponível em: < <https://www.hcpa.edu.br/institucional/tecnologia-da-informacao/institucional-sistema-aghuse> >. Acesso em: 25 dez. 2017.

JUNIOR, D. I. S. et al. Impasses, condições e potencialidades à implementação do processo de enfermagem na prática hospitalar brasileira: revisão integrativa. Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963, v. 11, n. 2, p. 656-666, 2017.

LONGARAY, V. K.; ALMEIDA, M. A.; CEZARO, P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. Texto & Contexto Enfermagem, v. 17, n. 1, 2008. Disponível em: [<http://www.redalyc.org/html/714/71417117/>]. Acesso em 26 dez 17.

LUCENA, A. F. Processo de enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospitalar. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Vol. 34, n. 4 (dez. 2013), p. 8-9, 2013.

LUCENA, A. F.; MELLO, B.S. Nursing Outcomes Classification (NOC): evaluation of the acute and chronic pain on patients on palliative care. In: 10th International Biennial Conference of ACENDIO, 2015, Berna. E-HEALTH AND NURSING Knowledge for Patient

Care. Irlanda, 2015. p. 583-585.

MARINELLI, N. P.; SILVA, A. R. A.; SILVA, D. N. O. Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios para a implantação. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, n. 2, 2016.

MATSUDA, L. M. et al. Instrumentos administrativos: percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, n. 1, 2010.

MOORHEAD, S.; DOCHTERMAN, J.M. Linguagens e Desenvolvimento das Ligações: Desenvolvimento das Ligações. In: BULECHEK, G. et al. *Ligações NANDA-NOC-NIC: Condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 1.

MOORHEAD, S. et al. *NOC Classificação dos resultados de enfermagem*. 5ª Edição. Elsevier Brasil, 2016.

MULLER, S. et al. Implementation of the nursing process in a clinical research centre. In: 10th International Biennial Conference of ACENDIO, 2015, Berna. *E-HEALTH AND NURSING Knowledge for Patient Care*. Irlanda, 2015. p. 561-563.

NANDA INTERNATIONAL. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017*. 10 Porto Alegre: Artmed, 2015.

NOMURA, A. T. G.; SILVA, M. B.; ALMEIDA, M. A. Qualidade dos registros de enfermagem antes e depois da Acreditação Hospitalar em um hospital universitário. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. Vol. 24 (2016), p. e2813, 2016.

OLIVEIRA, A. R. D. S.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 14, n. 1, p. 986-992, 2015.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*. v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017

PALAGI, S. et al. Evaluation of pressure ulcer scarring treated with low level laser therapy, by means of Nursing Outcomes Classification and Pressure Ulcer Scale for Healing: a care study. In: 10th International Biennial Conference of ACENDIO, 2015, Berna. *E-HEALTH AND NURSING Knowledge for Patient Care*. Irlanda, 2015. p. 264-266.

PRUINELLI, L. et al. Operacionalização do processo de enfermagem no HCPA. In: ALMEIDA, Mirian de Abreu et al. *Processo de Enfermagem na Prática Clínica: Estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 1. p. 53-66.

REICH, R.; ALMEIDA, M.A.; RABELO-SILVA, E.R. Novo resultado proposto para a Nursing Outcomes Classification - nível de complicação: acesso vascular. In: *I Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem e VIII Simpósio do Processo de Enfermagem*, 2017, Porto Alegre. *Processo de Enfermagem Estratégia Para Resultados Seguros Na Prática*

Clínica, 2017. p. 14-15.

SANTANA, N. A. et al. Dimensionamento do Pessoal de Enfermagem: Implicações no Cuidado Seguro. In: Congresso Internacional de Enfermagem. Vol. 1, Nº1. 2017.

SILVA, C.R. Atitudes do enfermeiro frente ao processo de enfermagem. 69 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

SILVA, D. G. D.; ALVES, V. L. D. S. As dificuldades encontradas pelo enfermeiro na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Anais do 10º SINADEN, p. 1, 2010.

SILVA, M.B. Dimensões do *nursing role effectiveness model* no acompanhamento dos resultados de pacientes submetidos à artroplastia do quadril. 109 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SILVA, N. C. M.; OLIVEIRA, A. R. S.; CARVALHO, E. C. Conhecimento produzido sobre os resultados da “Nursing Outcomes Classification – NOC”: revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 104-111, out./dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400104&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 24 jan. 2017.

SILVA, R. S. et al. Sistematização da assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. Enfermagem em Foco, v. 7, n. 2, p. 32-36, 2016.

SILVA, S. B.; GONÇALVES, N. S.; SANTOS, D. C. Implantação de um modelo de descentralização de auditoria de contas hospitalares em um hospital de grande porte na região sul do Brasil. Revista de Administração em Saúde, v. 17, n. 69, 2017.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs.) Métodos de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Unidade 2, p. 31-42. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2017.

TANNURE, M. C. et al. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. Journal of Health Informatics, v. 7, n. 3, 2015.

ANEXO A – APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HCPA (GPPG/HCPA)



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 160118

Data da Versão do Projeto: 07/03/2016

Pesquisadores:

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA
MARCOS BARRAGAN DA SILVA
MARIANA PALMA DA SILVA

Título: DIMENSÕES DO NURSING ROLE EFFECTIVENESS MODEL NO ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 24 de março de 2016.

Prof. José Roberto Góidim
Coordenador CEP/HCPA

ANEXO B – CERTIFICAÇÃO DE VINCULAÇÃO A PROJETO DE PESQUISA



Porto Alegre, 15 de março de 2017

CERTIFICADO

Certificamos que **MANOELA SCHMARCZEK FIGUEIREDO**, CPF **809.259.440-68**, está vinculado ao(s) projeto(s) abaixo, no(s) respectivo(s) período(s) informado(s):

Projeto	Título	Pesquisador Responsável	Início	Término
110601	APLICABILIDADE DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	MIRIAM DE ABREU ALMEIDA	22/08/2014	30/12/2016
160118	DIMENSÕES DO NURSING ROLE EFFECTIVENESS MODEL NO ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL.	MIRIAM DE ABREU ALMEIDA	08/11/2016	Atual

Atenciosamente,

Rafael Leal Zimmer
Chefe do Serviço de Gestão em Pesquisa

ANEXO C - APROVAÇÃO DA COMPESQ DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Manoela Schmarczek Figueiredo

[Retornar](#)

Dados Gerais:

Projeto Nº:	32680	Título:	PERCEPCAO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CLASSIFICACAO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM E SUA RELACAO COM OS DIAGNOSTICOS DA NANDA-I E AS INTERVENCOES DA NIC		
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	20/03/2017	Previsão de conclusão:	17/01/2018
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa:	Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde		
Local de Realização:	não informado				

Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.

Objetivo:

Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a Classificação dos Resultados de Enfermagem e sua relação com os diagnósticos da NANDA-I e as intervenções da NIC.

Palavras Chave:

CLASSIFICAÇÃO
PROCESSOS DE ENFERMAGEM

Equipe UFRGS:

Nome: MIRIAM DE ABREU ALMEIDA
Coordenador - Início: 20/03/2017 Previsão de término: 17/01/2018

Nome: MANOELA SCHMARCZEK FIGUEIREDO
Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 20/03/2017 Previsão de término: 17/01/2018

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/03/2017 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/03/2017 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

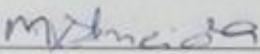
COMENTÁRIOS GERAIS:

Projeto relevante para enfermagem no uso das taxonomias. Demonstra exequibilidade por estar aninhado a outro estudo maior em execução ou já executado. Aprovado

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS DE PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS DE PESQUISA

Eu, Miriam de Abreu Almeida, coordenadora da pesquisa DIMENSÕES DO NURSING ROLE EFFECTIVENESS MODEL NO ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL, aprovada pelo GPPG/HCPA sob número 160118 e inserida na Plataforma Brasil (CAAE: 50981015.9.0000.5327), autorizo a acadêmica Manoela Schmarczek Figueiredo, do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS, a utilizar o banco de dados do referido estudo para a realização de uma subanálise intitulada: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM OS DIAGNÓSTICOS DA NANDA-I E AS INTERVENÇÕES DA NIC.



Dr^a Prof^a Miriam de Abreu Almeida

Porto Alegre, 24 de Janeiro de 2017

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENFERMEIROS

Nº do CAAE 50981015.9.0000.5327

Título do Projeto: Dimensões do *Nursing Role Effectiveness Model* no acompanhamento dos resultados de pacientes submetidos à artroplastia total de quadril

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar as relações entre as características dos pacientes, dos enfermeiros e do ambiente de cuidado, com as intervenções de enfermagem e os resultados após a cirurgia dos pacientes que foram submetidos à Artroplastia Total de Quadril (ATQ). Esta pesquisa está sendo realizada sob a responsabilidade da Professora Dra. Miriam de Abreu Almeida, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Estamos realizando este convite pela sua experiência clínica na área de estudo e por você estar envolvido (a) nos cuidados de pacientes que realizaram a ATQ.

Caso aceitar participar de nosso estudo, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Você terá que responder a algumas perguntas sobre o seu perfil profissional, sua experiência clínica área da ortopedia e diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A entrevista será realizada em um local discreto, somente na presença do pesquisador e no próprio hospital, mas fora da sua unidade de trabalho, e tem duração prevista de 30 minutos. Gostariamos de sua permissão para gravar a nossa conversa em um gravador de voz, sabendo que ao final desse estudo, as gravações serão armazenadas por cinco anos sob responsabilidade do pesquisador e depois serão inutilizadas.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, tendo em vista que serão realizadas apenas perguntas, mas poderá haver algum desconforto em responder as questões. Caso você se sinta constrangido(a) em responder alguma pergunta, você poderá interromper a sua participação a qualquer momento.

Sua participação na pesquisa não trará benefícios diretos a você, contudo contribuirá para o aumento do conhecimento sobre os resultados dos pacientes após a cirurgia, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes e também a prática profissional da enfermagem.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional. A participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Professora Dra. Miriam de Abreu Almeida, pelo telefone (51) 3359-8336, ou com os pesquisadores Marcos Barragan da Silva e Mariana Palma da Silva, pelos respectivos emails: marcosbarragan@gmail.com ou maripalma88@gmail.com, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENFERMEIROS

(HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 2 de 2

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2016)

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O USO DAS CLASSIFICAÇÕES NANDA-I, NIC E NOC NA PRÁTICA CLÍNICA HOSPITALAR

ROTEIRO DE ENTREVISTA E COLETA DE DADOS CARACTERIZADORES DOS ENFERMEIROS

Código de identificação do entrevistado: _____

Data: ___/___/_____

Nível de instrução (registre apenas o maior nível)

Doutorado – área: _____

Idade: _____ Mestrado – área: _____

Sexo: M F Especialização – área: _____

Graduação

1. Tempo de experiência profissional (anos e meses): _____
2. Como você avalia seu nível de conhecimento sobre a Classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I? Nenhum Limitado Moderado Substancial Amplo
3. Como você avalia seu nível de conhecimento sobre a Classificação de intervenções e resultados da NIC e NOC? Nenhum Limitado Moderado Substancial Amplo
4. Como você percebe a utilização da NANDA-I e da NIC na sua prática clínica?
5. Qual a sua percepção sobre a futura implantação da NOC na prática clínica? Que aspectos positivos e dificuldades consegue enumerar a respeito disto?
6. Como a NOC poderia ser utilizada para facilitar a avaliação dos RE dos pacientes? Como você utiliza/utilizaria a NOC em sua prática clínica? Que aspectos deveriam ser levados em consideração para que o uso desta ferramenta fosse efetivo e eficaz?