

**PRIMARY NURSING: ADAPTANDO UM NOVO
MODELO DE TRABALHO NO SERVIÇO DE
ENFERMAGEM CIRÚRGICA DO HOSPITAL
DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**Primary Nursing: adapting a new work role at the
Surgical Nursing Service of the Hospital de
Clínicas de Porto Alegre**

Ana Maria Muller Magalhães¹
Beatriz Cavalcanti Juchem²

RESUMO

O presente artigo relata a evolução dos modelos de organização de cuidados em saúde na área hospitalar, retratando uma parte dessa trajetória no Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os diferentes modelos são discutidos na forma como interferem nas ações de enfermagem. Abordamos os conceitos de Primary Nursing e suas repercussões no relacionamento enfermeiro-paciente, propondo alternativas para aproximar nosso modelo de trabalho atual a essa tendência.

UNITERMOS: *primary nursing, enfermagem primária, enfermeira principal, modelos de organização de cuidados, relação enfermeiro-paciente.*

1 INTRODUÇÃO

O modo como a enfermagem se organiza para prestar os cuidados de saúde reflete a filosofia e os pressupostos que orientam suas ações.

1 Professora Assistente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional – EE-UFRGS
Chefe do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do HCPA.

2 Enfermeira Chefe da Unidade de Internação 8º andar – ala norte – do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do HCPA.

Historicamente, a enfermagem brasileira tem buscado alternativas e feito adequações de modelos externos, principalmente americanos, para a organização do trabalho da enfermagem nas instituições hospitalares.

A determinação desses modelos não é feita de modo isolado e, na maioria das vezes, sofre fortes pressões de outros setores em função de interesses políticos, econômicos e sociais.

Para Cianciarullo (2000, p.76), a enfermagem tem sido uma profissão que se desenvolveu inserida num grupo de trabalho denominado equipe de saúde, composto por vários profissionais, no qual a classe dominante são os médicos. Para a autora, a equipe de enfermagem tem uma divisão técnica e social caracterizada por ações desenvolvidas por profissionais com diferentes níveis de formação: *“enfermeiros com escolaridade de nível superior; técnicos com curso regular e nível médio de 2º grau; auxiliares com curso regular de 1º grau ou em curso supletivo em nível de 2º grau; atendentes com um rápido ou, às vezes, nenhum preparo formal, ...”*

No Brasil, na década de 70, houve uma forte expansão do mercado de trabalho em saúde, impulsionando a formação de recursos humanos de enfermagem que respondessem às novas práticas e tecnologias em saúde.

Neste período, a maior taxa de crescimento foi de técnicos de enfermagem; no entanto, ainda hoje o maior contingente de profissionais de enfermagem é da categoria de auxiliares com formação de nível médio.

Freitas, Alves e Peixoto (1996), ao avaliar a divisão do trabalho na enfermagem no Brasil, aponta que não existe um quantitativo de enfermeiros suficiente para prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes, determinando que este atendimento seja realizado pelo pessoal de nível médio e elementar.

Segundo dados do COREN-RS (2000), o Brasil conta com 603.270 profissionais de enfermagem, sendo que 14,45% são enfermeiros, 15,52% são técnicos de enfermagem e 70,02% são auxiliares de enfermagem.

Nesse contexto, percebemos a evolução da nossa prática de enfermagem marcada por uma falta de profissionais qualificados de nível superior para atender à demanda existente. Desta forma, faz-se necessário adaptações nos modelos importados de países onde o enfermeiro representa a força de trabalho principal na equipe de enfermagem.

Pretendemos, neste artigo, discutir a relação do enfermeiro com os pacientes nos diferentes modelos de trabalho existentes em nosso meio e buscar alternativas para tornar o nosso modelo atual – trabalho em equipe – mais próximo do modelo de *Primary Nursing*, também conhecido como enfermagem primária ou enfermagem principal.

2 A EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO

Na trajetória da enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), passamos por uma fase em que tínhamos três diferentes categorias de profissionais atuando junto ao paciente: atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem e enfermeiro. Cada profissional era responsável pela realização de uma tarefa diferente com o paciente, tornando a assistência fragmentada e, assim, a relação com o paciente também fragmentada. Cada profissional era capaz de assumir um grande grupo de pacientes, pois, com cada um deles, realizava apenas um tipo de cuidado. Esse método chamava-se MÉTODO FUNCIONAL.

Este modelo, na organização do trabalho de enfermagem no Brasil, foi difundido nas primeiras escolas de formação de enfermeiras no país, baseado nos modelos americanos.

Segundo Kurcgant (1991, p.110), o método funcional consiste na “*distribuição do atendimento, de acordo com as tarefas, às várias categorias do pessoal de enfermagem*”.

A adoção desse modelo na organização de serviços de enfermagem apoiava-se nos pressupostos da teoria da *administração científica* (Taylor, 1976) na qual o princípio da divisão do trabalho visava o aumento da produtividade, a diminuição do número de pessoal e a redução de custos .

A principal preocupação centrava-se na conclusão das tarefas, sem considerar a satisfação do paciente com o atendimento recebido. Ao comentar sobre este modelo, Kron e Gray (1994, p.13) destacam que “... *os pacientes podem não ficar totalmente satisfeitos com o atendimento que recebem. Eles podem queixar-se que não sabem quem é a sua enfermeira ... Muitas vezes se ouve o comentário: ninguém parece saber coisa alguma sobre mim.*”

Freitas, Alves e Peixoto (1996), demonstraram que o auxiliar de enfermagem submetido ao método funcional tem o conheci-

mento restrito às tarefas que lhe são destinadas, perdendo a visão geral do atendimento ao cliente e apresentando um conhecimento insuficiente quanto ao planejamento da assistência e evolução clínica dos pacientes.

Este modelo de trabalho foi usado na nossa instituição até meados da década de 70, mas vários serviços de saúde ainda aplicam este método hoje em dia.

No início dos anos 80 já haviam discussões sobre o método funcional aplicado na enfermagem, o qual não parecia ser a melhor alternativa para organizar o trabalho e satisfazer as necessidades individuais dos pacientes.

Neste período, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre passou a organizar o trabalho de modo que o auxiliar de enfermagem assumisse um menor número de pacientes, realizando a maioria dos cuidados com os mesmos. Essa forma de trabalho pretendia ser chamada de CUIDADO INTEGRAL, com um profissional devendo realizar todos os cuidados com determinado grupo de clientes. Porém, devido à capacitação do auxiliar de enfermagem, esse realizava os cuidados mais simples, e o enfermeiro realizava os mais complexos. Dessa forma, esse modelo não podia ser considerado como cuidado integral, já que nem o auxiliar nem o enfermeiro assumiam a assistência total do paciente.

Para Kron e Gray (1994) o método de cuidado integral, atendimento total ou método de casos é aquele onde há designação de alguns pacientes para um enfermeiro que lhes presta toda a assistência durante um turno de trabalho. Este método parte do pressuposto que a enfermeira é o profissional melhor preparado para realizar todo o atendimento de enfermagem que o paciente requer.

Ao tentar adotar um modelo de cuidado integral com a proposta de um cuidado mais individualizada ao paciente, a enfermagem da instituição já se antecipava à Lei 7498 de 1986 (COREN-RS, 1997), que regulamentou o exercício profissional e extinguiu a categoria do atendente de enfermagem.

Naquele período, início dos anos 80, os poucos atendentes que atuavam na instituição não assumiam cuidados integrais de grupos de pacientes, mas eram designados para ajudar os auxiliares de enfermagem nos cuidados de higiene, conforto, alimentação e transporte do paciente ou eram designados para tarefas com materiais e equipamentos da unidade.

Na verdade, o método de trabalho que melhor caracteriza nosso sistema atual de prestação de cuidados é o TRABALHO EM

EQUIPE que, segundo Kurcgant (1991), consiste na designação de um grupo formado por alguns elementos da equipe de enfermagem para dar todo o atendimento durante um turno do serviço.

Nesse método, o enfermeiro de cada turno avalia o paciente, elabora o plano de cuidados, executa cuidados mais complexos, e o auxiliar de enfermagem executa o plano de cuidados conforme sua capacitação profissional. A equipe de enfermagem de um turno ocupa-se dos cuidados e passa as informações ao turno seguinte, que é o responsável pela continuidade da assistência.

Cabe ressaltar que, em nossa instituição, buscando atender a legislação de enfermagem, existe uma política de qualificação de pessoal nas diferentes áreas assistenciais conforme a complexidade dos cuidados exigidos em cada setor. Em unidades fechadas, que atendem pacientes críticos, as equipes são formadas por enfermeiros e técnicos de enfermagem e nas unidades abertas, com cuidados de menor complexidade, as equipes são formadas por enfermeiros e auxiliares de enfermagem. No decorrer deste artigo vamos nos referir ao enfermeiro e ao auxiliar de enfermagem, pois as Unidades do Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) contam com apenas estas duas categorias profissionais.

Nesse método de trabalho, o auxiliar de enfermagem realiza a maioria dos cuidados diretos com o paciente, tornando a sua relação mais próxima, quando comparada com a relação estabelecida entre enfermeiro e paciente.

Percebe-se, também, que quanto mais tempo o auxiliar de enfermagem permanecer responsável por um determinado grupo de pacientes, maior o vínculo entre eles e melhor a garantia da continuidade da assistência.

Nesse modelo o enfermeiro desenvolve uma visão geral de todos os pacientes sob sua responsabilidade, cabendo-lhe, ainda, uma visão abrangente do gerenciamento das ações de enfermagem e de outras equipes que participam no processo terapêutico, assumindo uma condição de elo integrador das informações e coordenador das ações geradas no processo de atendimento aos pacientes.

Magalhães, Pires e Keretzky (1997) descrevem essa característica do trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem afirmando que a equipe de enfermagem representa o elo integrador do sistema de informação em saúde, pois seu contato direto e contínuo com o cliente permite apreender, perceber, interpretar, observar e avaliar as informações oriundas do mesmo, que serão o ponto de partida para os tratamentos de proteção e recuperação da saúde.

Essa condição de coordenador da dinâmica das ações geradas pelos processos terapêuticos na organização de saúde faz com que o enfermeiro desenvolva uma função mais administrativa e tenha um conhecimento mais superficial de todos os pacientes de sua unidade, ficando pouco espaço ou pouco tempo para que o mesmo possa desenvolver uma função mais assistencial, com foco nas necessidades individuais de cada paciente.

Nos últimos anos, os conceitos de *Primary Nursing* introduzidos no Brasil têm mobilizado e motivado os enfermeiros na busca de respostas e novas propostas que orientem a organização e sistematização de seu trabalho.

Em nossa instituição, essas idéias foram introduzidas e traduzidas como metas para serem pensadas e trabalhadas, a partir de 1998, no IV Fórum do Grupo de Enfermagem – Desenvolvimento de Planejamento Estratégico.

Desde então, temos discutido novas formas de organização e distribuição das atividades da equipe de enfermagem, com o objetivo de resgatar uma relação mais próxima entre a enfermeira e o paciente.

3 ENTENDENDO UM NOVO CONCEITO

Manthey (1980) apresenta o *Primary Nursing* como um meio de se fazer uma enfermagem de alta qualidade, de forma humana e competente e com continuidade. Para a autora, o *Primary Nursing* pode ser considerado um modelo para a organização e aplicação de cuidados de enfermagem que enfatiza a responsabilidade, autoridade e sentido de dever na tomada de decisões sobre os cuidados ao paciente.

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), *Primary Nursing* é um sistema de prestação de atendimento em que o enfermeiro é responsável e presta contas pela direção dos cuidados de um cliente, ou grupo de clientes. A enfermeira primária ou principal elabora o plano de cuidados e garante que ele seja implementado durante as 24 horas. Na ausência da enfermeira principal, o cuidado do cliente é delegado a uma enfermeira-adjunta ou associada que segue o plano de cuidados tal como foi elaborado pela enfermeira principal.

A principal vantagem do *Primary Nursing* é de resgatar a relação do enfermeiro com o paciente, com um modelo de cuidado centrado no enfermeiro e não na equipe de enfermagem. Essa re-

lação do paciente com o profissional que o atende vem-se modificando através dos tempos, conforme o modelo de trabalho aplicado na instituição.

No *Primary Nursing*, a avaliação e a elaboração do plano de cuidados é de responsabilidade de um único enfermeiro (enfermeiro principal do paciente) e essa responsabilidade não é delegada ao enfermeiro do próximo turno. O enfermeiro principal é a referência do paciente e de sua família durante a internação, e é com ele que o paciente tem maior vínculo, estabelecendo-se, assim, uma relação mais próxima entre ambos.

4 PRIMARY NURSING NO CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO

Dentro do nosso modelo de trabalho – enfermagem em equipe – existem algumas atividades, já desenvolvidas nas Unidades de Internação do SEC do HCPA, que oportunizam ao enfermeiro o atendimento mais direto e centrado a determinados grupos de pacientes, tornando-o referência para os mesmos nas situações em que necessitam de orientações e cuidados de saúde; desta forma, aproximando o nosso modelo de trabalho atual ao modelo de *Primary Nursing*.

Antes de descrevermos estas atividades, é importante ressaltar que faz parte da filosofia do Grupo de Enfermagem do HCPA o desenvolvimento do Processo de Enfermagem (Horta, 1977) baseado no atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo e de sua família. O uso do processo sistematiza os cuidados de enfermagem de acordo com as seguintes etapas: anamnese e exame físico de enfermagem, lista de problemas de enfermagem (atualmente em processo de implantação do diagnóstico de enfermagem), prescrição e evolução diárias.

A seguir, descrevemos as atividades que fazem com que o nosso modelo de trabalho atual se aproxime do modelo de *Primary Nursing*:

A - A escala de realização do processo de enfermagem

Para assegurar que o processo de enfermagem seja desenvolvido a todos os pacientes, organizou-se uma escala de distribuição. O enfermeiro do diurno, durante seu turno de trabalho, faz avaliação de todos os seus pacientes (cerca de 22 nas alas norte e 15 nas alas sul), mas é responsável pela realização do processo de enferma-

gem de um grupo de 7 a 9 pacientes (diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem manual, registro da evolução). O enfermeiro do noturno avalia de 30 a 45 pacientes da unidade, sendo também responsável pela realização do processo de nove desses pacientes. Desta forma, o enfermeiro cria um vínculo maior com este grupo, pois, naturalmente, os conhece mais profundamente e acompanha melhor sua evolução durante a internação.

B - A escala de pacientes

Esta escala é permanente para os enfermeiros e, para os auxiliares de enfermagem, muda apenas semanalmente. Essa é uma estratégia para que o paciente tenha, além do enfermeiro, um auxiliar como referência no seu atendimento durante a internação. A distribuição dos pacientes e auxiliares nessa escala é realizada de forma que haja uma variação mínima durante o período.

C - Ações diferenciadas do enfermeiro

Em algumas Unidades de Internação, existe um sexto turno (além da manhã, tarde e três noites), no qual o enfermeiro trabalha exclusivamente em sábados, domingos e feriados. Dessa forma, os enfermeiros do diurno trabalham somente em dias úteis, mas compensam a carga horária desenvolvendo algumas “ações diferenciadas” que exemplificaremos a seguir.

Nas ações diferenciadas chamadas de “programas de admissão e orientações para alta”, o enfermeiro encontra-se na sua Unidade para receber os pacientes que estão internando. Ele faz a anamnese, exame físico, diagnósticos iniciais, orientações gerais e pré-operatórias para esses clientes. Além disso, realiza orientações aos pacientes que têm previsão de alta quanto a cuidados a serem observados no domicílio.

Existem, também, ações diferenciadas ligadas ao paciente ortopédico, vascular e urológico, nas quais o enfermeiro realiza orientações antes da baixa através de consultas ambulatoriais e visitas domiciliares. Além disso, o enfermeiro acompanha os pacientes durante a internação, participa de *rounds* junto à equipe multidisciplinar e, após a alta hospitalar, dá consultas ambulatoriais com prestação de cuidados diretos (troca de sondas vesicais, retirada de pontos, ...), realiza visitas domiciliares e participa de grupos operativos, por exemplo, grupo de amputados, entre outros.

Naturalmente, os enfermeiros que participam das atividades citadas acima acabam conhecendo mais profundamente esses pacientes e podem tornar-se para eles uma referência não só em nível de Unidade de Internação, como também em nível institucional.

5 BUSCANDO APRIMORAR O PROCESSO

A implementação de um novo modelo não se faz apenas pela redistribuição de atividades. É necessária uma sensibilização e incorporação dos novos pressupostos, num movimento contínuo e gradativo de mudança cultural.

Comentaremos, agora, algumas alternativas que propomos para melhorar nosso processo de trabalho atual, aproximando-o mais ainda da enfermagem primária, na busca de uma mudança na relação enfermeiro-paciente.

Partindo de um modelo em que o enfermeiro se aproxima do paciente pela necessidade de realização do processo de enfermagem, propomos uma mudança de relação em que o enfermeiro avaliará o seu grupo de pacientes, fará o diagnóstico dos mesmos (que norteará o plano de cuidados) e a evolução diária destes. Desta forma, o enfermeiro passa a ser responsável pelo paciente e não somente pela realização do seu processo de enfermagem, tornando-se seu enfermeiro principal. A prescrição de enfermagem passa a ser informatizada, vinculada ao diagnóstico, e é impressa pelo enfermeiro associado do noturno.

O enfermeiro principal faria sua apresentação ao paciente como tal, orientando-o quanto às suas funções. A equipe médica passaria a reconhecer esse enfermeiro como referência para buscar informações, discutir condutas, etc. O enfermeiro principal do paciente estaria registrado em prontuário como o responsável por ele durante sua internação e constariam no quadro mural de pacientes os seguintes dados de identificação: nome, registro, equipe médica e enfermeiro responsável.

Com base nas propostas acima, descreveremos a seguir algumas mudanças na nossa dinâmica de trabalho que aconteceriam naturalmente, favorecendo vínculos e melhorando os processos.

A partir da nova sistemática, o enfermeiro poderia ter mais cuidados diretos com os seus pacientes: curativos, auxílio na mobilização, administração de medicamentos.

Mediante uma avaliação mais detalhada de cada um de seus pacientes, o enfermeiro teria maior conhecimento e subsídios para tomar decisões acerca dos cuidados a serem realizados como, por exemplo, determinar quais pacientes precisam de verificação dos sinais vitais três vezes ou uma vez ao dia, otimizando a força de trabalho do auxiliar de enfermagem na Unidade.

O paciente, entendendo as funções do enfermeiro principal e o papel do enfermeiro associado, concentraria suas solicitações, na medida do possível, no turno do seu enfermeiro responsável, diminuindo as solicitações aos enfermeiros associados.

Nos turnos da noite e final de semana, quando os enfermeiros principais não estão presentes, o enfermeiro de plantão avaliaria todos os pacientes, seguindo as orientações de prioridades indicadas pelo enfermeiro principal (pacientes mais graves e/ou instáveis), atendendo e registrando intercorrências e realizando a impressão da prescrição informatizada, dando continuidade ao plano de cuidados estabelecido pelo enfermeiro principal, caracterizando suas atuações como enfermeiros associados.

Além das vantagens já relatadas, vislumbramos outros aspectos importantes que comentaremos a seguir.

Muitas vezes, o enfermeiro deve realizar funções administrativas dentro de seu turno de trabalho, afastando-se da assistência direta aos pacientes, causando-lhe frustração no desempenho de suas atividades. Entendemos que essas funções não podem ser excluídas da prática diária do enfermeiro; porém, o sentimento de frustração é maior quando ele tem um grande número de pacientes para cuidar dentro de sua jornada de trabalho e, assim, qualquer atividade que não seja assistencial acaba gerando ansiedade. Acreditamos que, tendo melhor conhecimento dos seus pacientes principais e ciente das prioridades a serem trabalhadas com os pacientes de que é associado, o enfermeiro poderá dedicar-se às funções administrativas sem tanta preocupação com o trabalho que ainda estaria por ser feito.

Outra característica da nossa instituição, enquanto hospital-escola, que gera ansiedade no enfermeiro dentro do contexto de enfermagem em equipe, é o fato de a equipe médica ser numerosa e com rodízios mensais e anuais, dificultando a interação do enfermeiro e do paciente com a equipe médica assistente. A existência de um enfermeiro principal de conhecimento da equipe médica seria um atenuante nesse contexto, pois os novos integrantes

da equipe saberiam que o enfermeiro principal estaria atualizado e concentraria todas as informações sobre o seu paciente.

É bastante claro que os princípios do *Primary Nursing* seriam melhor aplicados se os profissionais de enfermagem fossem organizados em proporções mais adequadas a esse modelo. Porém, mesmo com o quadro vigente, mais ajustado ao trabalho em equipe, vislumbramos melhorias na qualidade do cuidado ao cliente através da otimização da força de trabalho: o enfermeiro realizaria mais cuidados diretos aos seus pacientes, sem deixar de executar tarefas administrativas; o auxiliar de enfermagem continuaria prestando cuidados menos complexos, mas teria mais tempo para se dedicar a atividades referentes ao bom andamento da Unidade como um todo.

Por fim, nossa relação trabalhista e jornada de trabalho atual não nos permitem estarmos disponíveis 24 horas por dia para os nossos pacientes; porém, ao mesmo tempo, não nos impedem de representar as necessidades dos mesmos durante nosso turno de trabalho e traçar o plano de cuidado a ser prestado nos demais turnos, tornando-nos mais comprometidas e responsáveis pelo seu tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para realizar o cuidado do paciente com enfoque no *Primary Nursing*, além das mudanças propostas acima, é necessário, também, mudar algumas culturas fortemente arraigadas entre os profissionais.

Na enfermagem em equipe criou-se a cultura de que “enfermagem é continuidade” para garantir que a assistência fosse continuada, mesmo com a mudança de toda a equipe de trabalho no turno seguinte.

Essa cultura está baseada na transferência de toda a responsabilidade por todos os pacientes para o enfermeiro ou para a equipe do próximo turno. Dessa forma, o enfermeiro que está trabalhando tem autonomia para tomar as decisões que julgar necessárias, o que favorece a descontinuidade nas condutas e a despersonalização do atendimento.

No trabalho em equipe, a enfermagem dá continuidade à execução do tratamento prescrito, porém o paciente permanece com dificuldade de criar referenciais e interagir estabelecendo vínculos com os profissionais envolvidos.

No modelo de *Primary Nursing*, a continuidade está baseada na implementação do plano de cuidados elaborado pela enfermeira principal e na efetiva comunicação da mesma com as enfermeiras associadas. Havendo necessidade de atualização e mudanças nas condutas, as propostas serão discutidas em equipe, convergindo à enfermeira principal.

Analisando esses dois modelos, entendemos que é necessária uma mudança nesse paradigma da continuidade que, criado para assegurar uniformidade, proporciona também a possibilidade de descontinuidade, desuniformidade e despersonalização no cuidado.

Cabe aqui comentar que o enfermeiro tem uma formação técnica que o prepara para a assistência direta ao paciente e uma formação administrativa que o torna capaz de gerenciar a unidade como um todo. Entretanto, quem elege a enfermagem como profissão faz essa escolha movido pelo desejo de cuidar de pessoas. No entanto, durante sua graduação universitária, percebe que a formação administrativa é essencial, visto que, na sua prática profissional, as habilidades gerenciais são imprescindíveis.

A proposta do *Primary Nursing*, aproximando as relações entre enfermeiro e paciente, vem contemplar os anseios daquele que escolhe a enfermagem como profissão, na medida em que permite ao enfermeiro tornar-se responsável e participar mais ativamente no cuidado para a recuperação da saúde de seus clientes.

Dentro do SEC do HCPA estamos elaborando uma forma de implementar as mudanças aqui propostas, com vistas a tornar nosso modelo de trabalho atual mais próximo do modelo de *Primary Nursing*, pois acreditamos que essas mudanças só podem melhorar a qualidade da assistência prestada e a satisfação do enfermeiro com o trabalho realizado.

Acreditamos, com isso, que estaremos caminhando em direção a um sistema de trabalho caracterizado pelo fortalecimento do relacionamento enfermeiro/paciente e enfermeiro/auxiliar de enfermagem, estabelecendo relações de maior confiança, respeito e responsabilidade. Desse modo, contribuiremos para um ambiente terapêutico em que o cliente se perceba como uma pessoa importante, tendo no enfermeiro principal a referência para buscar a satisfação de suas necessidades.

ABSTRACT

The present article reports the evolution of organizational models of health care in the hospital area, portraying part of this process at the Surgical Nursing Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The different kinds of care are discussed on how they interfere on the Nursing duties. We approached Primary Nursing concepts and its repercussion in the nurse-patient relationship proposing alternatives to move our current work close to this trend.

KEY WORDS: *primary nursing; health care; nurse-patient relations*

RESUMEN

Este artículo trata de la evolución de los modelos de organización de cuidados en salud hospitalar, describiendo una parte de ese trayecto en el “Serviço de Enfermeria Quirúrgica” del HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre). Se los describen, esos distintos modelos, en la manera como intervienen en el trabajo de los enfermeros. Abordamos los conceptos de Primary Nursing y sus reflejos en las relaciones entre enfermero y paciente, proponiendo alternativas de aproximación entre esa tendencia y nuestro modelo actual de trabajo.

DESCRIPTORES: *enfermería primaria, modelos de organización de cuidados, relación entre enfermero y paciente.*

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 CIANCIARULLO, T. I. *Instrumentos básicos para o cuidar: Um desafio para a qualidade da assistência*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- 2 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. *Legislação*. Porto Alegre, 1997.
- 3 _____. *Informativo do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, n.9, ago. 2000.
- 4 FREITAS, M. E. A.; ALVES, M.; PEIXOTO, M.R.B. A divisão do trabalho na enfermagem e a visão global da assistência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.17, n.1, p.26-32, jan. 1996.

- 5 HORTA, W. A. *O processo de enfermagem*. São Paulo: EDUSP, 1977.
- 6 IYER, P.; TAPTICH, B.; BERNOCCHI-LOSEY, D. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 7 KRON, T.; GRAY, A. *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*. 6.ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.
- 8 KURCGANT, P. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991.
- 9 MAGALHÃES, A. M. M.; PIRES, C.S.; KERÉTZKY, K.B. Opinião de enfermeiros sobre a passagem de plantão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.18, n. 1, p. 43-53, jan. 1997.
- 10 MANTHEY, M. *A prática de primary nursing (Enfermeira Principal)*. Minneapolis: Creative Nursing Management, 1980.
- 11 TAYLOR, F. W. *Princípios da administração científica*. São Paulo: Atlas, 1976.

Data de entrada: 11/07/2000

Início do período de reformulações: 26/09/2000

Aprovação final: 11/01/2001

Endereço da autora: Beatriz Cavalcanti Juchem
Author's address: Rua Santa Terezinha, 50 / 2
Bom Fim.
90040-180 - Porto Alegre, RS
E-mail: bcjuchem@terra.com.br