

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**Maria de Fátima Campos da Silva**

**A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA UTILIZAÇÃO DO  
PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO EM  
HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS, DE REFERÊNCIA REGIONAL**

**Taubaté – SP**  
**2023**

**Maria de Fátima Campos da Silva**

**A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA UTILIZAÇÃO DO  
PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO NOS  
HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS, DE REFERÊNCIA REGIONAL**

Dissertação apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional

Orientadora: Profa. Dra. Quesia Postigo Kamimura

Coorientadora: Profa. Dra. Teresa Célia de Mattos Moraes dos Santos

**Taubaté – SP**

**2023**

**Sistema Integrado de Bibliotecas -SIBi  
Universidade de Taubaté - UNITAU**

S586p

Silva, Maria de Fátima Campos da

A percepção do enfermeiro acerca da utilização do processo de enfermagem no planejamento do cuidado nos hospitais públicos e privados, de referência regional / Maria de Fátima Campos da Silva -- Taubaté : 2023.

118 f. : il.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté, Departamento de Gestão e Negócios, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Quesia Postigo Kamimura, Coorientação: Profa. Dra. Teresa Célia de Mattos Moraes dos Santos - Departamento de Gestão e Negócios.

1. Planejamento regional. 2. Saúde pública. 3. Política de saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD – 362.1098

**MARIA DE FÁTIMA CAMPOS DA SILVA**

**A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA UTILIZAÇÃO DO  
PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO NOS  
HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS, DE REFERÊNCIA REGIONAL**

Dissertação apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional.

**Data:** \_\_\_\_\_

**Resultado:** \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Quesia Postigo Kamimura

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Teresa Célia de Mattos Moraes dos Santos

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Vitória Kedy Corneta

Universidade de São Paulo

Assinatura \_\_\_\_\_

## RESUMO

No contexto do planejamento e desenvolvimento regional em saúde, os hospitais públicos e privados representam um local para oferta de serviços com maior complexidade e densidade tecnológica, servindo como referência local e regional na oferta de cuidados assistenciais. Dentre os diferentes profissionais atuantes no serviço hospitalar destaca-se a enfermagem que possui como obrigação legal, realizar a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para organização e da padronização dos serviços e do Processo de Enfermagem para o cuidado centrado no paciente. O objetivo geral deste estudo é analisar, em relação ao planejamento em saúde, as potencialidades e fragilidades vivenciadas por enfermeiros, atuantes no contexto hospitalar, acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, bem como as estratégias para auxiliar nesse contexto. No desenho metodológico foi realizada uma pesquisa mista, quantitativa e qualitativa, em instituições hospitalares dos municípios de São José dos Campos, Resende, Volta Redonda e Sorocaba. A etapa qualitativa foi realizada mediante entrevista semiestruturada com os gestores e supervisores de enfermagem de cada instituição compreendendo um total de cinco participantes. A etapa quantitativa foi realizada mediante questionário online direcionado aos enfermeiros assistenciais dos hospitais com estimativa de 441 profissionais. Foi utilizada análise de conteúdo para os dados qualitativos e estatística descritiva e analítica para os dados quantitativos. Pode-se concluir que o SAE e PE geram melhorias para a assistência ao paciente à medida que eles organizam o trabalho, facilitam a visualização dos resultados obtidos a partir do plano de cuidados realizado pelo enfermeiro e confere respaldo e autonomia para o profissional, visto que ele se sente seguro para tomar decisões sobre o melhor tratamento ao paciente. Entretanto, conclui-se também que SAE e PE para o planejamento em saúde nos hospitais estudados causaram barreiras para o uso das ferramentas, tais como: sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem e utilização de sistemas informatizados, que exige do profissional conhecimento além do seu campo de atuação. Deste modo, recomenda-se que as instituições estudadas capacitem e atualizem suas equipes, abordando aspectos relevantes referentes à sistematização, a importância e a aplicabilidade.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Planejamento em Saúde. Desenvolvimento Regional.

## ABSTRACT

In the context of regional health planning and development, public and private hospitals represent a place to offer services with greater complexity and technological density, serving as a local and regional reference in the provision of care. Among the different professionals working in the hospital service, nursing stands out, as it has a legal obligation to carry out the implementation of the Systematization of Nursing Care for the organization and standardization of services and the Nursing Process for patient-centered care. The general objective of this study is to analyze, in relation to health planning, the strengths and weaknesses experienced by nurses, working in the hospital context, about the Systematization of Nursing Care and the Nursing Process, as well as the strategies to help in this context. In the methodological design, a mixed, quantitative and qualitative research carried out in hospitals in the municipalities of São José dos Campos, Resende, Volta Redonda and Sorocaba. The qualitative stage was carried out through semi-structured interviews with nursing managers and supervisors from each institution, comprising a total of five participants. The quantitative stage was carried out through an online questionnaire directed to the clinical nurses of the hospitals with an estimated 441 professionals. Content analysis was used for qualitative data and descriptive and analytical statistics for quantitative data. It can be concluded that the SAE and PE generate improvements for patient care as they organize the work, facilitate the visualization of the results obtained from the care plan carried out by the nurse and provide support and autonomy for the professional, since he feels safe to make decisions about the best treatment for the patient. However, it is also concluded that SAE and PE for health planning in the studied hospitals caused barriers to the use of tools, such as: work overload of the nursing team and use of computerized systems, which requires knowledge beyond their professional skills. acting field. Thus, it is recommended that the studied institutions train and update their teams, addressing relevant aspects related to systematization, importance and applicability.

**Keywords:** Nursing Process. Systematization of Nursing Care. Care Planning. Regional Development.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Controle de dados coletados para a pesquisa.....	53
<b>Tabela 2</b> - Gênero dos Participantes da Pesquisa.....	54
<b>Tabela 3</b> - Hospital em que os Participantes atuam.....	54
<b>Tabela 4</b> - Possui Pós-graduação.....	55
<b>Tabela 5</b> - Vínculo Empregatício.....	56
<b>Tabela 6</b> - Vínculo Empregatício em outra instituição.....	56
<b>Tabela 7</b> - Teste de Confiabilidade.....	57
<b>Tabela 8</b> - Estatística Descritiva da variável Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE.....	58
<b>Tabela 9</b> - Realização do histórico de enfermagem.....	60
<b>Tabela 10</b> - Realização de Exame Físico na etapa de Coleta de dados.....	60
<b>Tabela 11</b> - Utilização dos dados dos sistemas de informação e/ou indicadores para planejar e avaliar as atividades.....	62
<b>Tabela 12</b> - Utilização de Escala de Avaliação dos Pacientes.....	63
<b>Tabela 13</b> - Realização de Diagnóstico de Enfermagem utilizando o SLP.....	63
<b>Tabela 14</b> - Realização do Planejamento de Enfermagem – o PE é pautado em alguma teoria de enfermagem.....	64
<b>Tabela 15</b> - Realização do Planejamento de Enfermagem utilizando algum dos SLP.....	64
<b>Tabela 16</b> - Estatística Descritiva da variável Utilização de Sistemas de Linguagem Padronizada e Teorias de Enfermagem na Aplicabilidade do PE.....	65
<b>Tabela 17</b> - Utilização das informações dos sistemas de informação e/ou indicadores para planejar e avaliar as ações.....	65
<b>Tabela 18</b> - PE é pautado em alguma teoria.....	66
<b>Tabela 19</b> - Qual é a forma de documentação do PE.....	66
<b>Tabela 20</b> - SLP e Taxonomia utilizados para a realização do PE.....	67
<b>Tabela 21</b> - Teste de Homogeneidade de Variâncias.....	68
<b>Tabela 22</b> - Teste da Anova Unilateral.....	68
<b>Tabela 23</b> - Teste de Pos-hoc de Tukey.....	69

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Caracterização dos 5 hospitais para a natureza, porte e certificação ....	53
<b>Quadro 2</b> – Apresentação das Variáveis Dependentes e Independentes .....	57
<b>Quadro 3</b> - Triangulação da Classe Planejamento e Desenvolvimento em Saúde ..	86
<b>Quadro 4</b> - Triangulação da Classe Sistematização da Assistência de Enfermagem .....	87
<b>Quadro 5</b> - Triangulação da Classe Processo de Enfermagem.....	88
<b>Quadro 6</b> - Triangulação da Classe Humanização da Saúde.....	90



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Mapa da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte .....	17
<b>Figura 2</b> - Mapa da Região Metropolitana de Sorocaba .....	18
<b>Figura 3</b> - Mapa da Mesorregião do Sul Fluminense .....	18
<b>Figura 4</b> - Representação Gráfica do Tempo de Formação, em anos, na área de Enfermagem.....	55
<b>Figura 5</b> - Representação gráfica do tempo de atuação na Instituição na qual trabalha .....	55
<b>Figura 6</b> - Diagrama de Zipf.....	72
<b>Figura 7</b> - Nuvem de Palavras .....	73
<b>Figura 8</b> - Dendrograma da Análise de Classificação Hierárquica Descendentes....	73
<b>Figura 9</b> - Filograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente .....	74

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CTI	Centro de Terapia Intensiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
ERP	<i>Enterprise Resource Planning</i>
HIMSS	Health Information and Management System Society
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MCPM	Mapa Consolidado das Prescrições de Medicamentos
NANDA	Diagnósticos de Enfermagem
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação do Resultados de Enfermagem
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PADI	Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem
PALC	Programa de Acreditação de Laboratório Clínico
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PIB	Produto Interno Bruto
RMVPLN	Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SLP	Sistema de Linguagem Padronizada
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA .....	15
1.2 OBJETIVOS .....	15
1.2.1 Objetivo Geral .....	15
1.2.2 Objetivos Específicos .....	16
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	16
1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO .....	19
1.5 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO .....	21
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	22
2.1 SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: DESDOBRAMENTOS PARA A QUESTÃO TERRITORIAL.....	22
2.2 DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE.....	27
2.3 PLANEJAMENTO E REGIONALIZAÇÃO NO SETOR DA SAÚDE .....	30
2.4 PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DA SAE E DO PE.....	33
2.5 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM E SUAS DISPOSIÇÕES LEGAIS .....	34
2.5.1 Linguagem Padronizada.....	37
2.5.2 Diagnósticos de enfermagem da NANDA I .....	38
2.5.3 Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC).....	38
2.5.4 Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC).....	39
2.5.5 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).....	39
2.6 A UTILIZAÇÃO DA SAE E DO PE EM ÂMBITO HOSPITALAR.....	40
2.6.1 Comparação entre os Hospitais Público e Privado no uso da SAE e do PE ....	42
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	44
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	44
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	45
3.3.1 População e amostra.....	45
3.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS .....	46
3.4.1 Etapa quantitativa.....	46
3.4.2 Etapa qualitativa .....	47

3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	48
3.5.1 Etapa quantitativa.....	48
3.5.2 Etapa qualitativa.....	48
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
4.1 DESCRIÇÃO DOS HOSPITAIS DO ESTUDO .....	51
4.2 RESULTADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA.....	53
4.2.1 Caracterização da Amostra .....	53
4.2.2 Validação dos Dados Quantitativos e Apresentação das Variáveis Dependentes e Independentes.....	57
4.2.3 Estatística Descritiva da Variável Planejamento em Saúde na Realização das Etapas da SAE e PE .....	58
4.2.4 Estatística Descritiva da Variável Utilização de Dados de Sistemas de Informação, Indicadores de Saúde e Escalas para a Aplicabilidade do PE .....	62
4.2.5 Estatística Descritiva da Variável Utilização de Sistemas de Linguagem Padronizada e Teorias de Enfermagem na Aplicabilidade do PE .....	63
4.2.6 Estatística Descritiva da Variável Forma de documentação, teoria de enfermagem e sistemas de linguagem padronizada utilizadas para aplicação do PE .....	66
4.2.7 Comparação entre as médias dos grupos de enfermeiros que atuam em hospitais públicos, privados e filantrópico sobre a Utilização do Processo de Enfermagem no Planejamento do cuidado .....	67
4.3 RESULTADOS DA PESQUISA QUALITATIVA.....	71
4.3.1 Análise Textual das Entrevistas .....	71
4.3.2 Análise da Classe Planejamento e Desenvolvimento em Saúde .....	75
4.3.3 Análise da Classe Sistematização da Assistência de Enfermagem .....	78
4.3.4 Análise da Classe Processo de Enfermagem .....	81
4.3.5 Análise da Classe Humanização da Saúde.....	83
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	91
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICES.....	105
ANEXOS .....	115

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê uma nova atenção à saúde a partir da concepção que não compreende a saúde apenas como a ausência de doença, mas parte do entendimento e qualidade de vida. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) é marco inicial para criação do SUS em que um de seus artigos preceitua que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

No SUS, as ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção, baseada nos princípios doutrinários da universalidade, integridade e equidade. Elas estão descritas nas diretrizes da Constituição no art. 197 e 198, como segue:

Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, s.p).

Os hospitais representam um dos pontos da rede de atenção à saúde, destinados as situações que requerem maior complexidade e densidade tecnológica, com necessidade de internação e acompanhamento especializado do paciente (MENDES; BITTAR, 2014). O atendimento na rede hospitalar ocorre em âmbito público com recurso do SUS e em ambiente privado de forma suplementa, proveniente de recursos financeiros próprios do paciente (MENDES; BITTAR, 2014).

Como pontos importantes da rede de atenção os hospitais, públicos e privados precisam compor o cenário de planejamento e desenvolvimento em saúde e transpor a barreira de configurarem apenas como pontos isolados de atenção (MENDES; BITTAR, 2014), uma vez que, em muitas situações representam a referência não só no atendimento local, mas também regional para determinados tipos de cirurgias e procedimentos.

Desde a criação do SUS, muitos já foram os desafios enfrentados, atualmente destacam-se aqueles decorrentes da necessidade de resposta a pandemia do COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2. Este vírus possui alta transmissibilidade

e pode causar infecções pulmonares que agravam as vias respiratórias e graves complicações pulmonares (MEDEIROS, 2020).

Para superação da pandemia e dos novos desafios vinculados a ela, são necessárias ações coletivas, com planejamento amplo, equacionando as novas necessidades em saúde a fim de produzir um arranjo equilibrado condizente com o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população para uma resposta efetiva ao COVID-19 (BOUSQUAT *et al.*, 2021), e das demais necessidades de saúde-doença da população.

Qualificar a gestão do SUS promove o desenvolvimento em saúde, e deve considerar as especificidades de cada região de saúde. A região de saúde é essencial para se sair desse impasse do fracionamento das ações e serviços de saúde, do isolamento, do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional (SANTOS; CAMPOS, 2015; BOUSQUAT *et al.*, 2021).

Trabalhar as fragilidades das desigualdades sociais e econômicas do país, requer atuação no desenvolvimento nos diferentes âmbitos que envolvem a saúde, sejam eles políticos, econômicos, epidemiológicos e/ou profissionais (BITTAR, 2018). Diante dos diferentes atores na assistência à saúde encontra-se a equipe de enfermagem como uma das protagonistas na atuação para promoção, prevenção e recuperação da saúde, convergente com o preconizado pelo SUS.

Dispor de uma sistematização assistencial e processos de trabalho, quando adequadamente utilizados favorecem o desenvolvimento em saúde. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui uma ferramenta, de respaldo legal, privativa do enfermeiro, para a realização do cuidado de enfermagem nos ambientes de saúde (COFEN, 2009) A SAE é o arcabouço legal para implementação do Processo de Enfermagem (PE) em consonância ao perfil epidemiológico da instituição (FONTES *et al.*, 2022).

O PE configura-se como um método científico com objetivo de realizar um atendimento integral, holístico e individualizado (MORAES *et al.*, 2015; FONTES *et al.*, 2022). Por meio da SAE é possível a organização o planejamento e a avaliação prestada, com a melhoria do desempenho profissional, visto que, a evolução dos cuidados prestados se dá por meio da execução das etapas do PE (FONTES *et al.*, 2022).

Este é um instrumento metodológico que orienta e organiza o cuidado realizado pelo enfermeiro, bem como, da documentação da prática profissional (COFEN, 2009;

FONTES *et al.*, 2022). Baseado, no suporte teórico das necessidades Humanas Básicas para realização do cuidado (HORTA, 1979), é composto por etapas ordenadas, sequenciais e inter-relacionadas. As quais permeiam a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, planejamento dos resultados esperados, implementação das ações e intervenções, e, avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009; FONTES *et al.*, 2022).

Por tratar-se de um instrumento de orientação para a assistência e registro das ações de enfermagem, é obrigação do enfermeiro a realização de registros claros, objetivos e condizentes com o quadro clínico do paciente e das ações adotadas (COFEN, 2017). Esses registros ficam contidos no prontuário do paciente, que pode ser impresso ou eletrônico.

Nas instituições de saúde hospitalares, em especial naquelas que utilizam do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) como ferramenta de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), a adoção do PE promove o armazenamento das informações, facilita os processos de trabalho, acompanhamento e evolução das condições de saúde/doença, melhorando a comunicação da equipe e na qualidade da assistência prestada (CORDEIRO *et al.*, 2019).

Para a qualificação dos registros de enfermagem, existe a adoção de linguagens padronizadas nas diferentes etapas do PE de enfermagem são elas Nanda Internacional (NANDA-I), a qual desenvolve os diagnósticos de enfermagem, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) pela qual são elencadas as intervenções de enfermagem e a Classificação do Resultados de Enfermagem (NOC), a qual classifica os resultados de enfermagem, e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A realização do PE evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, maior autonomia, pensamento, raciocínio clínico do enfermeiro e visibilidade profissional (GUTIERRES *et al.*, 2018; GENGO *et al.*, 2018). Todavia, a sua aplicação envolve mais do que uma sequência de passos para serem seguidos, requer sensibilidade para adequar as necessidades do cliente às suas condições. A falta de adesão dos profissionais na aplicação do PE, realização incoerente ou incompleta pode refletir diretamente no déficit da assistência e comprometer a segurança dos pacientes (SILVA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2017).

A utilização do PE favorece a comunicação entre a equipe de enfermagem e demais membros envolvidos no cuidado e corrobora para uma assistência mais

segura (GENGO *et al.*, 2018). Diante de sua adequada implementação e realização podem ser realizadas análises da qualidade da assistência, com quantificação da assistência, controle custos, solicitações de auditoria, e promoção de estratégias para o alcance de metas de qualidade (NOMURA; SILVA; ALMEIDA, 2016).

Diante do exposto, considerando todos os aspectos elencados acerca do PE, compreender a percepção do enfermeiro pode contribuir para melhorias na atuação profissional, institucional e para o paciente, para a rede de profissionais de saúde regional e população da região de saúde assistida.

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O planejamento e desenvolvimento regional perpassa por diversos âmbitos da sociedade, como: política, economia, território e a saúde. Investir na saúde implica na prevenção de agravos individuais e coletivos, bem como na promoção da qualidade de vida das pessoas, o que torna condicionante/determinante para o desenvolvimento regional em saúde.

A atuação da enfermagem regulamentada, ética e legal para o exercício profissional, prevê uma assistência à saúde sistematizada e operacionalizada pelo PE, a qual está inserida no desenvolvimento em saúde para a segurança do paciente e qualidade da assistência.

Considerando o planejamento e desenvolvimento regional em saúde, como a SAE, contribui para a realização do PE, seus benefícios e a melhoria no cuidado dos pacientes, na perspectiva de enfermeiros de instituições hospitalares públicas e privadas, dos municípios de Volta Redonda, Resende, São José dos Campos e Sorocaba?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar, a percepção dos enfermeiros em relação ao planejamento em saúde e as potencialidades acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem.



### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos enfermeiros;
- Analisar o planejamento do desafio em saúde no âmbito da assistência hospitalar; e,
- Descrever como o planejamento em saúde pode contribuir para a Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem.

### 1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

A dissertação delimita-se a estudar no contexto do planejamento em saúde e desenvolvimento, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo Enfermagem nas instituições hospitalares, que atuam como referência regional em saúde, tanto pública quanto privadas, localizadas nos municípios de Resende (RJ) e Volta Redonda (RJ), São José dos Campos (SP) e Sorocaba (SP), sendo três hospitais privados, dois hospitais públicos e um filantrópico. As regiões são representadas na Figura 1, 2 e 3.

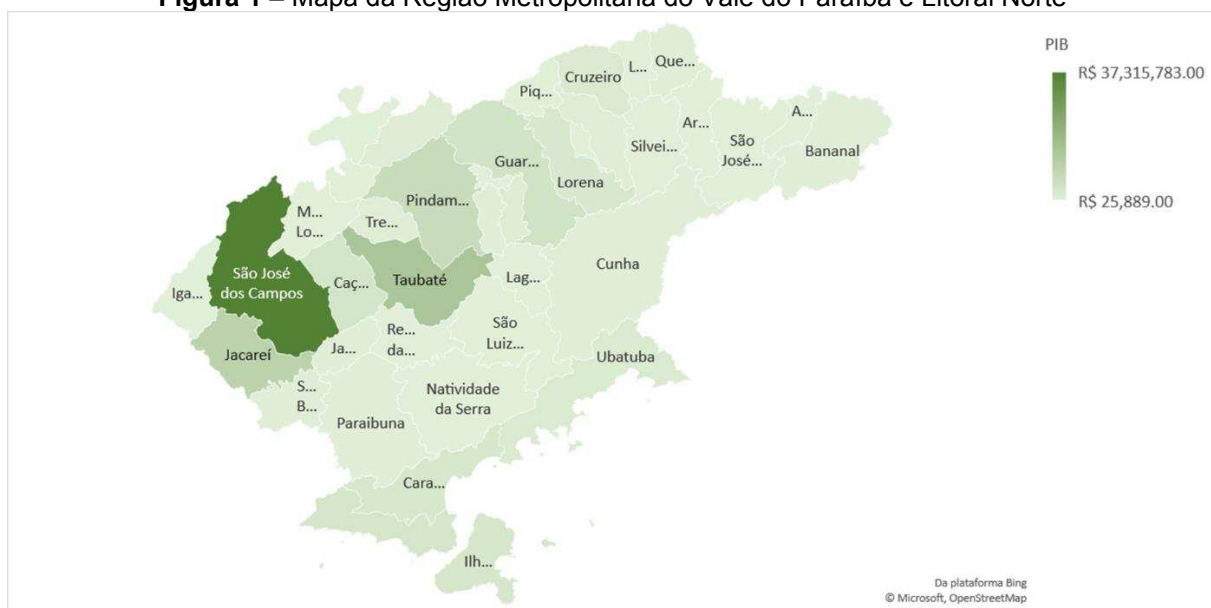
A escolha do município de São José dos Campos (SP) se deu por apresentar o maior PIB absoluto, em 2019, da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN), com o valor de R\$ 37.315.783,00, conforme apresentado na Figura 1.

Quanto a população total do município, conforme censo demográfico realizado pelo IBGE (2010), São José dos Campos possui 629.921 habitantes. Quanto ao número de leitos e número de profissionais de enfermagem, segundo o Ministério da Saúde (2023), o município oferta 1371 leitos e possui 5484 profissionais de enfermagem, sendo que 562 profissionais estão no hospital 2 e 264 no hospital 3, locais deste estudo. Vale ressaltar que no hospital 3 não foi informado o número de técnicos de enfermagem.

De acordo com Firoozmand e Costa (2021), o município está situado entre as duas regiões mais importantes do país: São Paulo e Rio de Janeiro. Destaca-se nacionalmente por intensa e diversificada atividade econômica. A produção industrial é altamente desenvolvida, predominando os setores automobilístico, aeronáutico, aeroespacial e bélico.

Os autores evidenciam ainda que São José dos Campos além da representatividade econômica, também é considerada uma centralidade urbana para tratamentos na área de saúde, principalmente de alta complexidade. Possui vários hospitais públicos e privados para o melhor atendimento da população não só do município como também de toda a RMVPLN.

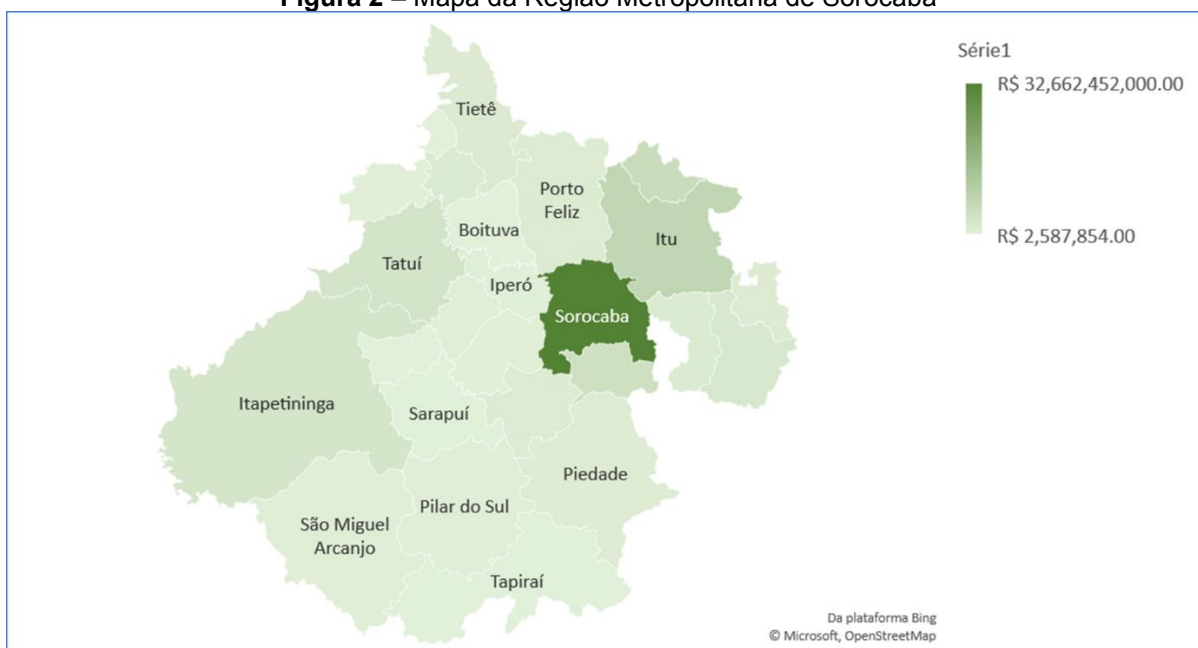
**Figura 1** – Mapa da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte



Fonte: IBGE (2022)

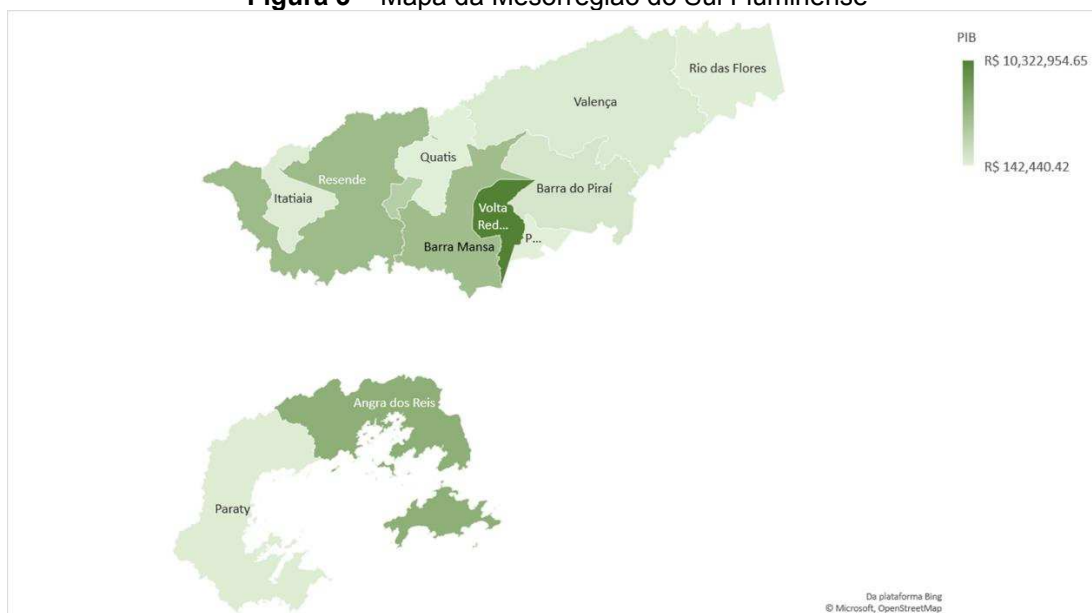
O município de Sorocaba, representado na Figura 2, foi escolhido, pois é um importante polo industrial do estado de São Paulo e do Brasil, sendo que sua produção industrial chega a mais de 120 países, atingindo um PIB absoluto, em 2019, acima dos R\$ 32 bilhões, o décimo nono maior do país, a frente de capitais como São Luís, Belém, Vitória, Natal e Florianópolis. Quanto ao número populacional, Sorocaba possui 586.625 habitantes, de acordo com o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010). Está localizado na Região Metropolitana de Sorocaba.

Segundo Dias e Silva (2022), o município apresenta uma estrutura hospitalar tanto para tratamentos básicos como o de alta complexidade, formada por hospitais que investem em tecnologia para melhor atender os pacientes. Os autores explicam ainda que a rede hospitalar, tanto público como privada, atendem os 27 municípios da Região Metropolitana de Sorocaba. De acordo com o Ministério da Saúde (2023), Sorocaba possui 1370 leitos hospitalares e 4021 profissionais de enfermagem. O hospital deste município que foi objeto do estudo possui 965 enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**Figura 2 – Mapa da Região Metropolitana de Sorocaba**

Fonte: IBGE (2022)

Os municípios de Volta Redonda e Resende fazem parte da Mesorregião do Sul Fluminense, conforme Figura 3, que é uma região geográfica do Estado brasileiro do Rio de Janeiro, correspondente àquela área fronteiriça aos estados de São Paulo e Minas Gerais.

**Figura 3 – Mapa da Mesorregião do Sul Fluminense**

Fonte: IBGE (2022)

Volta Redonda, segundo Ribeiro (2019), também é conhecido como a "Cidade do Aço", por abrigar a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e apresenta o primeiro

maior PIB, em 2019, da Mesorregião do Sul Fluminense, com o valor absoluto de R\$ 10.322.954,65 e uma população, conforme IBGE (2010), de 257.803 habitantes.

Já, Resende apresenta o terceiro maior PIB (em 2018) e o segundo melhor IDH entre os municípios da região do sul fluminense (em 2010), e o décimo quinto maior PIB e o quinto mais alto IDH entre os demais municípios do Estado do Rio de Janeiro (RIBEIRO, 2019) e possui 119.769 habitantes (IBGE, 2010).

O autor explica que o município é considerado um importante polo industrial, automotivo, metalúrgico, de energia nuclear, turístico e sede do segundo maior complexo militar do mundo e maior da América Latina, a Academia Militar das Agulhas Negras. Resende tem importância nacional e é conhecida internacionalmente por abrigar a Fábrica de Combustível Nuclear, complexo das Indústrias Nucleares do Brasil, única capaz de promover o enriquecimento de urânio no país.

No que se refere ao número de leitos e número de profissionais de enfermagem, com base nos dados do Ministério da Saúde (2023), o município de Volta Redonda possui 915 leitos e 2291 profissionais de enfermagem; e Resende dispõem de 524 leitos e 908 profissionais. Para este estudo, o hospital 1, localizado em Resende, possui 189 profissionais de enfermagem e o hospital 4, em Volta Redonda, possui 762 profissionais.

#### 1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

No âmbito constitucional (CF, 1988) e do SUS, a saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros, afim garantir esta premissa, tem-se como estratégias a regionalização, hierarquização, participação social e qualificação das ações. Assim, considerando a definição de região de saúde quanto ao perfil populacional em seus diferentes aspectos (demográficos, epidemiológicos e clínicos) é necessária a existência de diferentes serviços compondo a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Já as Nações Unidas, em 2015, adotaram o documento intitulado 'Transformando o Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável' (UNITED NATION, 2015). A Agenda 2030 "é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, que busca fortalecer a paz universal" (UNITED NATION, 2015, s.p) e esse plano indica 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) e 169 metas para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos. Deste modo,

este estudo enquadra-se na ODS 3 referente a saúde e bem-estar e tem o intuito de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Neste contexto, os serviços hospitalares, representam um dos pontos da rede de atenção e compõem maior complexidade e densidade tecnológica (MENDES, 2011), necessários ao acesso da população como local de cuidado para situações de urgência, emergência, diagnóstica, tratamento e curativa.

A atuação dos hospitais na perspectiva do SUS configura-se como adequação ou readequação do perfil assistencial conforme as demandas da população adscrita na região, formas de regulação do acesso, bem como das pactuações entre os entes federativos (SOUZA *et al.*, 2018).

São aspectos relevantes na oferta do cuidado a relação entre serviços, e território; a relação entre hospital, central de regulação de leitos e gestão municipal; e como os diferentes modelos de gestão influenciam no monitoramento da prestação de serviços hospitalares (SOUZA *et al.*, 2018). Dentre os diferentes elementos que implicam na entrega do cuidado e da saúde da população destaca-se a atuação da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar.

A enfermagem atua durante as 24 horas da internação hospitalar, respaldada por aspectos éticos e legais do exercício profissional, deve prestar uma assistência sistematizada e individualizada a cada paciente reconhecendo as necessidades e especificidades apresentadas pelos pacientes que acessam serviços hospitalares das respectivas instituições contidas na rede de atenção à saúde.

Para a execução da atuação de enfermagem preconiza-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, mediante resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 358/2009, todavia, ainda com dificuldades de implementação e utilização nas instituições de saúde (FONTES *et al.*, 2022). Como resposta as necessidades legislativas e de qualificação o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN- RJ) possui um programa de apoio a SAE e PE nas instituições de saúde desenvolvidos para o período de 2021 a 2023.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN- SP), a fim de incentivar e auxiliar os profissionais de enfermagem na realização do PE, possui a publicação do livro “Processo de Enfermagem guia para a prática” na sua segunda edição revisada e ampliada, com interlocuções da teoria e prática para qualificação da assistência inclusive com vínculos diante da pandemia do COVID-19 (COREN – SP, 2021).

Garantir a SAE e a efetiva execução do PE é um compromisso com a sociedade que tem a expectativa de uma entrega de cuidado de excelência. Como com a satisfação do enfermeiro que executaria um trabalho pautado na tomada de decisão, de modo autônomo, e com busca nos índices de resultado da assistência (COREN-RJ, 2021; COREN-SP, 2021).

Deste modo, entende-se que a utilização da SAE e do PE nas instituições de saúde podem favorecer ao desenvolvimento em saúde nas instituições bem como, para o planejamento regional, uma vez que, torna possível padronizar e aprimorar os cuidados oferecidos de acordo com as características e perfil epidemiológico das instituições, com reflexos não só no local, mas também na região assistida.

## 1.5 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A dissertação está estruturada em cinco seções. Na primeira seção, foi apresentada a Introdução, o Problema, os Objetivos: Geral e Específico, a Relevância e a Delimitação do Estudo. Na segunda seção foi apresentada a Revisão de Literatura.

A terceira seção apresentou-se a descrição do Método utilizado para a pesquisa. Na sequência, na quarta e quintas seções, foram apresentadas as Análise dos Resultados e Discussão e as Considerações Finais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura versa acerca de elementos teóricos necessários à construção da problemática de investigação, sendo elaborados os seguintes eixos: desenvolvimento em saúde; planejamento e regionalização no setor da saúde; planejamento em saúde no âmbito hospitalar: a importância da SAE e do PE com a construção da enfermagem e suas disposições legais, linguagem padronizada, utilização da SAE e do PE em âmbito hospitalar.

### 2.1 SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: DESDOBRAMENTOS PARA A QUESTÃO TERRITORIAL

As áreas do conhecimento de planejamento urbano e desenvolvimento regional reconhecem a importância dos estudos que relacionam o papel da saúde, desenvolvimento e dimensão territorial, principalmente em um país com grandes diversidades e espacialidade como o Brasil.

Estudos realizados por Manzotti, Barth e Luzardo (2021), Bueno, Faria e Bermudez (2018), Fischborn (2015) e Gadelha *et al.* (2011) destacam a integração dos conceitos da área de saúde ao de desenvolvimento, sendo um dos fatores determinantes para a promoção de qualidade de vida da população e do bem-estar social.

Para Oliveira (2002, p. 40), o desenvolvimento deve ser “encarado como um processo complexo de mudanças e transformações de ordem econômica, política e, principalmente, humana e social”. Todavia, a busca acelerada pelo processo de industrialização, aumento das inovações tecnológicas e mudanças nos padrões de consumo levou a maioria dos países do mundo a focar seus esforços no crescimento econômico, deixando a qualidade de vida em segundo plano (OLIVEIRA, 2002).

Para Chiesa, Westphal e Akerman (2008, p. 51), a “saúde é fator fundamental para o desenvolvimento, cujos efeitos corroboram para uma vida saudável”. O autor complementa afirmando que estudar a integração entre as áreas da saúde e do desenvolvimento, fundamentalmente deve ser feito a partir do caráter da saúde como um bem público.

Godoi (2020, p. 15) afirma que “discorrer sobre o conceito de saúde e sobre a saúde como política pública no Brasil é compreender a luta de uma sociedade para legitimar a saúde como um direito humano e social”.

No artigo 196, da Constituição Brasileira de 1988, traz que ...

[..] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s.p).

Diante do exposto, Gadelha *et al.* (2011) e Gadelha e Costa (2007) reforçam que a saúde deve estar na centralidade das discussões sobre as estratégias de políticas nacionais, podendo ser incentivada pelo aumento dos gastos públicos nacionais e pelo incremento da eficácia e eficiência das ações, a partir de uma atuação efetiva do Estado.

Oliveira (2006) afirma que a saúde no Brasil tem um papel técnico contribuindo para um ambiente socioeconômico desenvolvido e favorecendo a vida das pessoas. Portanto, promover a saúde em todas as dimensões é parte fundamental para o desenvolvimento.

Conforme Chiesa, Westphal e Akerman (2008) e Carvalho *et al.* (2018), estudos sobre desenvolvimento e saúde já existem há mais de um século. Todavia, nos últimos anos, muitos questionamentos têm sido feitos no campo da saúde e políticas públicas, principalmente no que tange aos modelos de desenvolvimento, pautados na lógica da produção, expropriação e impactos ambientais, sociais e econômicos (BRANDT; AREOSA; RODRIGUES, 2022).

Complementando, Gadelha *et al.* (2011) explicam que o campo teórico-conceitual sobre saúde, desenvolvimento e questão territorial apresentam vertentes distintas de análise, compreendendo-a como:

- Componente essencial de qualidade de vida e de intervenção pública na área social (GADELHA *et al.*, 2011). Assim, Buss e Pellegrini Filho (2006) argumentam que a relação entre saúde e desenvolvimento configura como uma dimensão privilegiada para a geração de bem-estar, promoção de equidade e de inclusão social.



- Fator genérico que conforma o ambiente socioinstitucional indutor de crescimento econômico e de investimento, captado em modelagens matemáticas nas teorias endógenas do crescimento que incorporam, por exemplo, a expectativa de vida ou o capital humano na função investimento (FIGUEIREDO, 2006; CARVALHO *et al.*, 2018), em conjunto com outros fatores, como as atividades de pesquisa e desenvolvimento e a educação (GADELHA *et al.*, 2011).
- Sistema complexo, dado que relaciona segmentos produtivos e de serviços sociais e que compatibiliza uma fonte de geração de renda, emprego e inovação. Potencializa mudanças estruturais relacionadas à expansão dos novos paradigmas tecnológicos e de profundas transformações de conhecimento decorrentes da revolução tecnológica, remetendo para uma abordagem de economia política de corte estruturalista (GADELHA *et al.*, 2011; GADELHA, 2003).
- Política fundamental na conformação dos sistemas de proteção social modernos, associando-se a movimentos de desmercantilização do acesso (e maior responsabilização social, por parte do Estado, sobre os riscos de morte e adoecimento das pessoas), mercantilização da oferta e acumulação de capital (formação do complexo econômico-industrial da saúde), que convivem de forma complexa e contraditória nos distintos sistemas de saúde (VIANA; ELIAS, 2007), em especial no Brasil, dado que a diretriz de universalização do Sistema estabeleceu-se com o mercado privado já consolidado e razoavelmente organizado, pautando as demandas tecnológicas e pressionando custos (GADELHA *et al.*, 2011).
- Área que, ao mobilizar uma magnitude expressiva da renda e da riqueza dos países, reúne interesses diversos que acentuam a disputa pelo poder na definição das diretrizes políticas da saúde. A dimensão política da saúde refere-se aos conflitos existentes entre os que usam os serviços de saúde, aqueles que os regulam (FREEMAN; MORAN, 2002).
- Atividade que, pela sua natureza, envolve um arranjo político-institucional rico e complexo – ainda mais acentuado quando se trata de países continentais federativos e democráticos, como o Brasil), envolvendo relações entre diferentes esferas de governo e com a sociedade civil,

inerentes ao processo de desenvolvimento e sua configuração territorial (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2007). Gadelha *et al.* (2011) frisam que, no Brasil, a primeira associação entre saúde e desenvolvimento, por parte do Estado, remonta da República Velha, quando a superação das péssimas condições de saúde e higiene nacionais foi compreendida como condição essencial ao projeto político de construção de autoridade estatal sobre o território e conformação de uma ideologia de nacionalidade.

Cada uma dessas vertentes reforça, em maior ou menor grau, a premissa da saúde como uma área estratégica para o desenvolvimento regional e territorial no âmbito das diversas linhas ideológicas (GADELHA; COSTA, 2007; GADELHA *et al.*, 2011).

Na primeira perspectiva, ao se referir à qualidade de vida e não apenas à ausência de doenças, as ações em saúde remetem para o padrão nacional de desenvolvimento tanto econômico como social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006). Buss e Pellegrini Filho (2006) indicam para a transversalidade da saúde, o que demanda tanto o aumento dos esforços e dos investimentos setoriais quanto a articulação entre diversas políticas.

Para Gadelha *et al.* (2011), a dimensão territorial do desenvolvimento regional se mostra relevante, condicionando e sendo condicionada pelas ações de saúde, uma vez que é no espaço, no qual as políticas se encontram e podem gerar as sinergias necessárias ao processo de desenvolvimento.

Planejar e implementar, de fato, a regionalização da saúde torna-se particularmente importante em contexto de globalização assimétrica, em que fluxos e interesses internacionais acomodam-se desigualmente no território (KAMIMURA *et al.*, 2015). Isso acaba por pressionar e provocar uma separação entre a vertente social e a econômica do desenvolvimento da saúde e colocar em ameaça os princípios do SUS, provocando, como resultado, uma acentuação das assimetrias da globalização (KAMIMURA; REZENDE; OLIVEIRA, 2017).

A segunda concepção, de acordo com Allebrandt *et al.* (2019), destaca a linha que considera a saúde como uma das variáveis da função de produção que explicam o crescimento, medido pela renda per capita a longo prazo. Para Paula *et al.* (2019), esta concepção apresenta algumas divergências como a visão restrita da saúde e a despolíticação do processo de desenvolvimento. Os autores ressaltam-se que a saúde

é vista como um dos fatores na base do desenvolvimento e da própria evolução da taxa de investimento.

Isto posto, a relação entre saúde e desenvolvimento é mais forte do que sua inserção como uma área primordial para aferição das condições de vida (GADELHA *et al.*, 2011). A saber, as ações em saúde contribuem para o desenvolvimento regional tanto pelo seu componente de investimento quanto pelo impacto que exercem (nas despesas de capital e correntes) no contexto que determina os investimentos locais, regionais e nacionais (GADELHA *et al.*, 2011; ALLEBRANDT *et al.*, 2019).

Deste modo, pode-se superar o ciclo vicioso do fluxo de investimentos no país que tem, historicamente, contribuído para perpetuar e acentuar as diferenças regionais observadas (GADELHA; COSTA, 2007).

O terceiro pensamento versa sobre a abordagem estruturalista na sociedade contemporânea, caracterizada por processo assimétrico de globalização e pelo conhecimento e inovação como fatores determinantes das transformações estruturais e do dinamismo econômico (GADELHA, 2003). Neste ponto de vista, Gadelha *et al.* (2011) e Paula *et al.* (2019) evidenciam que a saúde pode ser vista como um complexo econômico de atividades que está na base dos esforços públicos e privados nacionais voltados para a inovação e o desenvolvimento.

O complexo econômico-industrial da saúde (CEIS) – que envolve a interação entre segmentos industriais e de serviços – tem potencial para impulsionar áreas-chave da revolução tecnológica em curso (microeletrônica, biotecnologia, química fina, novos materiais, nanotecnologia, mecânica de precisão e entre outros), sendo estratégico para o desenvolvimento das regiões e dos países e criando oportunidades de relacionar a lógica econômica com a social (CARVALHO, 2021; SOARES, 2012; GADELHA *et al.*, 2011).

Colaborando para a discussão sobre saúde e desenvolvimento, Viana e Elias (2007), Carvalho *et al.* (2018) e Menezes (2021) esclarecem que há três as dimensões de saúde e devem ser consideradas de forma concomitante quando se discute desenvolvimento: a desmercantilização do acesso, a mercantilização da oferta e a formação do complexo industrial de saúde.

A desmercantilização do acesso é decorrente da compreensão da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, um processo iniciado na Europa pós Segunda Guerra Mundial. Como resultado, há uma responsabilização coletiva e firma-se o financiamento público dos sistemas de saúde e proteção social (VIANA; ELIAS, 2007).

Nessa conjuntura, configura-se como um elemento constitutivo do próprio desenvolvimento regional, sem o qual não se pode reconhecê-lo (MENEZES, 2021).

A mercantilização da oferta perpassou do assalariamento dos profissionais de saúde, no início do século XX, atingindo mais tardiamente na formação de operadoras de planos de saúde as quais atuam como intermediárias entre os usuários e os profissionais prestadores de serviço em saúde (VIANA; ELIAS, 2007). Esse fenômeno se consubstancia em fator indutor de desenvolvimento econômico por meio da geração de renda e de novas oportunidades de negócio (CARVALHO *et al.*, 2018).

A formação das grandes indústrias no setor de saúde deu origem ao processo de acumulação de capital em saúde. Esse setor depende de inovações constantes no campo tecnológico e no setor biomédico e, como já foi mencionado, essa característica importa para que a saúde tenha um papel significativo como indutora do desenvolvimento (VIANA; ELIAS, 2007; CARVALHO *et al.*, 2018).

A última corrente ideológica discorre sobre as questões político-institucional. Brandão, Costa e Alves (2006) e Zaslavsky e Goulart (2017) mencionam a relevância da saúde na espacialidade territorial, considerada um território vivo tomado de arranjos socioprodutivos e institucionais. Somando a essa percepção, Kamimura *et al.* (2015) indicam que a saúde, por constituir a raiz da coesão política e institucional, deve ser associada com as estratégias federativas de regionalização, caminhando da dimensão nacional à local.

Em suma, com base nas discussões ideológicas apresentadas, observa-se os vínculos conceituais entre saúde e desenvolvimento regional na perspectiva territorial. E é esse marco teórico que norteia esta dissertação.

## 2.2 DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE

Considerando os constructos históricos deve-se lembrar que, na Carta de Ottawa de 1986, para promoção da saúde, além do conceito estabelecido pela OMS, deve-se reconhecer a influência dos aspectos sociais dos indivíduos e da população. O documento elenca cinco estratégias fundamentais para o alcance da saúde: política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde (OMS, 1986). A busca pelo desenvolvimento em saúde perpassa pelas condições gerais da população e de todos

os fatores que podem implicar direta ou indiretamente o seu desfecho, com a necessidade de planejamento, organização e implementação das ações.

A adoção da definição de saúde foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (PAHO, 2018, s.p).

Para realização do desenvolvimento em saúde, é necessário considerar a definição dos temas, assim, “o desenvolvimento é concebido a partir de uma visão sistêmica, sob a ótica interdisciplinar, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos, históricos e ambientais como variáveis que o compõem” (KAMIMURA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019, p. 7).

A promoção da saúde brasileira e do desenvolvimento das ações constitui um marco histórico para a população brasileira a partir da Constituição Federal de 1988 e das legislações que criaram e regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, pois até então, o acesso a saúde restringia-se aqueles que trabalhavam e contribuía com a previdência, excluindo todos que não possuísem carteira assinada (BARBOSA; RÉGO; BARROS, 2020).

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito a todo o cidadão conforme segue no artigo 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com o SUS, instituído pela Lei nº 8080 de 1990, a saúde está garantida mediante ações e serviços perpassando as três esferas de governo obedecendo aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, chamados também de doutrinários, e os organizacionais compreendidos pela regionalização, hierarquização, descentralização e participação social. Definem-se os seguintes princípios como (BRASIL, 1990):

- Universalidade: o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

- Integralidade: considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.
- Equidade: apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida.
- Descentralização: redistribuir o poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, municipal, estadual e federal, cada um com suas responsabilidades.
- Participação população: refere-se à inserção da sociedade na fiscalização e aprovação das ações públicas.

Considerando a participação social, a Lei nº 8142 de 1990 dispõe de como deve ocorrer a participação da comunidade na gestão do SUS mediante Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 1990). A participação é determinante fundamental da democracia, a qual significa decidir, acompanhar e avaliar a organização dos serviços, ou seja, exercer o controle social (COELHO, 2012).

Assim, para o desenvolvimento em saúde é necessário o conhecimento das necessidades e tendências gerais de saúde da população, além de todas as evoluções que vem ocorrendo ao longo dos anos. Segundo BITTAR (2018), é necessário considerar, para o planejamento da atenção e gestão da saúde, as transições: demográfica, epidemiológica, tecnológica, econômica, sociocultural, geopolítica e climática; aspectos inerentes a sustentabilidade, governança, moral, ética e transparência; recursos humanos, e mercado de trabalho; a qualidade, produtividade e os custos; e a humanização no que tange meio ambiente, estrutura, processos e resultados.

A humanização, citada acima, refere-se à existência de uma política nacional, proposta pela Ministério da Saúde como política transversal, compreendendo um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004).

Considerar a humanização como norteador no desenvolvimento em saúde, requer aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

### 2.3 PLANEJAMENTO E REGIONALIZAÇÃO NO SETOR DA SAÚDE

Considerando os princípios do SUS, é possível realizar a organização e planejamento da saúde considerando a regionalização (regiões de saúde) e hierarquização (ordenação dos serviços de saúde), como consta no Decreto 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 2011). Para este o atendimento deve-se considerar as regiões de saúde como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, s.p).

Segundo Kamimura e Oliveira (2013), a “regionalização visa propiciar vínculos participativos e construtivos mais efetivos e duradouros entre uma determinada clientela e uma determinada rede específica de serviços”. Ou seja, considerando as regiões de saúde, no espaço geográfico é necessário estar disposto os serviços necessários para atender as características e especificidades da população.

Essa disposição dos serviços de saúde deve respeitar a hierarquização, com proposta de organização em redes de atenção à saúde, as quais são definidas como:

Rede de Atenção à Saúde – conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Nas redes de atenção à saúde, os serviços apresentam-se articulados entre si, e de forma hierarquizada, da atenção básica à alta complexidade, garantindo acesso

fácil e de qualidade aos serviços de saúde. As redes, organizam-se com a disposição dos serviços em pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos no espaço geográfico (MENDES, 2011).

Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como a atenção primária à saúde ficam mais dispersos, ao passo que aqueles com maior densidade, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem tendem a ser concentrados (OMS, 2000).

Mediante as redes é possível atender questões específicas de saúde compreendendo um ciclo completo de atendimento (MENDES, 2011), o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011).

O planejamento e organização dos serviços de saúde é realizado mediante contratos organizativos da ação pública da saúde, os quais são definidos como:

Acordos de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, s.p).

Considerando a disposição dos serviços públicos, cabe lembrar que os serviços da iniciativa privada poderão participar de forma complementar na assistência à saúde (BRASIL, 2011). Conforme Constituição Federal em seu artigo 199 a assistência à saúde é livre também ao setor privado:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.  
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 2001, s.p).

A atenção à saúde da população conta com dois sistemas complementares: o SUS que é público e o privado de forma suplementar (BITTAR; MENDES; MAGALHÃES, 2011). A Saúde Suplementar no Brasil consiste nos atendimentos



relacionados à saúde no sistema privado. Em outras palavras, o usuário desse atendimento paga por seus tratamentos de maneira particular e por toda a vida. Na concepção Azevedo *et al.* (2016):

[...] a Saúde Suplementar constitui um sistema privado de serviços de saúde por meio de convênios ou planos de saúde. A razão de ser da Saúde Suplementar, no Brasil, é o cidadão (beneficiário) que, embora tenha acesso ao sistema público e possa continuar a usá-lo livremente, decide desembolsar um fluxo monetário contínuo para manter acesso a serviços de saúde. Ao revelar esta demanda por pagamento de serviços privados de saúde, o beneficiário inicia a criação de uma longa cadeia de atividades para seu atendimento. Os agentes que compõem esta longa cadeia, então, estabelecem relações que, muitas vezes, evoluem para complexos arranjos organizacionais. Assim, tendo em vista o levantamento de falhas de mercado, a primeira tarefa crítica é mapear a Cadeia de Saúde Suplementar (AZEVEDO *et al.*, 2016, p. 29).

Para um entendimento macro do sistema de Saúde Suplementar no Brasil, os autores Azevedo *et al.* (2016) trazem a seguinte definição:

O sistema de Saúde Suplementar é composto por uma cadeia de atividades que faz a ligação entre insumos e usuários finais. Os fornecedores de materiais médicos, equipamentos e medicamentos entregam seus produtos por meios próprios ou distribuidores. Os prestadores de serviços de saúde, compostos por médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica, recebem os insumos e serviços, criando a infraestrutura para atenção à saúde. Os pacientes têm acesso ao sistema por meio das Operadoras de Plano de Saúde (OPS), ou seja, os pacientes são beneficiários de planos de saúde. Esta cadeia é composta por atividades sequenciais claras, mas os esquemas de contratação e a organização das relações entre os elos da cadeia é, na verdade, um conjunto complexo de arranjos, cujos efeitos econômicos não são triviais (AZEVEDO *et al.*, 2016, p. 7).

Para uma oferta de qualidade é necessário articulação do público com o privado, todavia, na prática percebe-se ausência de articulação e inúmeras dificuldades na elaboração de planos de saúde adequados, os quais perpassam pela falta de recursos humanos qualificados e metodologia adequada, ausência de integração das informações, metas, parâmetros de avaliações, recursos financeiros e diferentes prioridades políticas que não só aquelas vinculadas a saúde (MENDES; BITTAR, 2014).

Planejar e regionalizar o cuidado em saúde, requer incluir todas as características da população do território em abrangência, serviços de saúde disponíveis, desde aquelas oferecidos pelo SUS como também aqueles oferecidos pela rede privada. Uma adequada alocação de serviços de saúde no território contribui para a redução das desigualdades territoriais (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

## 2.4 PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DA SAE E DO PE

O conceito de hospital é definido como uma unidade de gestão de saúde para um conjunto de pacientes que demandam cuidados sob a modalidade de internação, mas que também podem ter parte do seu atendimento em unidades de menor porte ou complexidade, por meio de processos estruturados de referência e contrarreferência para outras unidades de uma rede de serviços de saúde (NETO; MALIK, 2019).

As instituições hospitalares podem compor serviços públicos ou privados, dotadas de maior ou menor autonomia gerencial. O planejamento no setor público advém dos recursos destinados à saúde pelo Estado, e no privado advém das empresas que contratam seus serviços, planos de saúde ou atendimentos individuais a população que pagam diretamente por sua saúde (NETO; MALIK, 2019).

Na classificação dos hospitais, existem ainda instituições filantrópicas de saúde que atuam sem fins lucrativos em prol de uma clientela composta por grupos sem capacidade de pagar pelo serviço (NETO; MALIK, 2019).

Para o planejamento em saúde além de compreender qual é o perfil da instituição quanto a fonte dos recursos e perfil da população atendida, é necessário considerar, também, a estrutura e os processos presentes na instituição (BITTAR, 2000).

Os elementos constantes do ambiente e da estrutura, responsáveis pelos processos que levam aos resultados em saúde compreendem as áreas de infraestrutura (farmácia, material e recursos humanos), área de ambulatório/emergência, área de internação clínica-cirúrgica (com todas as subáreas de internação com maior ou menor complexidade desde da unidade clínica ao tratamento intensivo), área complementar de diagnóstico e tratamento; e de processos como recursos humanos, recursos materiais e das particularidades do processos de saúde que guardam entre si alguns aspectos como diversidade, complexidade e intensa intersectorialidade (BITTAR, 2000).

Para gerenciar efetivamente os processos, recursos humanos e materiais envolvidos em um hospital é preciso mapear as atividades desempenhadas para fortalecer os pontos fracos e manter os pontos fortes já existentes (COLLAR *et al.*, 2012).

Deste modo, considerando os processos desempenhados e quantitativo de recursos humanos, a equipe de enfermagem, dentre os profissionais do hospital, representa o maior número de profissionais com atuação direta ao paciente em todas as especialidades durante as 24 horas diárias de funcionamento do hospital (MOZACHI; SOUZA, 2017).

Diante da atuação indireta do enfermeiro no ambiente hospitalar estão as atividades gerenciais, as quais articuladas dispõem de melhorias refletidas na qualidade dos serviços (MAGALHÃES *et al.*, 2016). Os quais significam maior segurança do paciente, eficiência e efetividade, inclusive com impactos financeiros.

Direcionar o planejamento dos serviços de saúde hospitalares requer considerar os aspectos que perpassam a equipe de enfermagem quanto suas disposições legais e dinâmicas de trabalho, visto que representam o maior quantitativo de profissionais da instituição e na continuidade dos cuidados de forma ininterrupta. Assim, dispor da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na instituição e do Processo de Enfermagem (PE) na orientação dos cuidados diretos ao paciente favorecem na dinâmica de planejamento da saúde hospitalar, quanto aos dispositivos legais, organizacionais e de qualificação do cuidado prestado.

## 2.5 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM E SUAS DISPOSIÇÕES LEGAIS

A construção da enfermagem como ciência, e do papel vinculado a profissão, advém das contribuições de *Florence Nightingale*, a partir da participação enquanto voluntária na Guerra da Criméia em 1854, e da construção da Teoria Ambientalista, desenvolvida na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, demarcando o início da Enfermagem Moderna (WIGGERS; DONOSO, 2020).

Para Florence, o meio ambiente era interpretado como todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença e a morte. (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

No final do século XIX e das descobertas científicas nas primeiras décadas no século XX, principalmente no âmbito da medicina, colocou a enfermagem a sua sombra, voltando a profissão apenas ao domínio das habilidades técnicas (GOMES, *et al.*, 2007). A partir das décadas de 1940 a 1960 do século XX, a enfermagem

questionou-se por que fazer, buscando a cientificidade, o que culminou na construção das teorias de Enfermagem (OLIVERA *et al.*, 2007).

Com a intenção de explicitar seus fundamentos teóricos e consolidar a profissão, entre as teóricas de enfermagem elencam-se: Rogers (1970), para a interação do homem com o meio ambiente; Johnson (1970) da noção do ser humano como um sistema biológico e abstrato centrado em necessidades inatas; Levine (1973) focando a integridade do ser humano, Oren (1980) para o autocuidado e Maslow (1970) na teoria das necessidades humanas básicas.

Baseada na teoria de Maslow, e nas denominações adotadas por João Mohana para as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Para as necessidades psicobiológicas concentram: oxigenação; hidratação; eliminação; sono e repouso; nutrição; exercício e atividades físicas; abrigo; mecânica corporal; motilidade; sexualidade, cuidado corporal; integridade cutaneomucosas e física; regulação térmica, hormonal, neurológica, hidroeletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular; percepção dos órgãos do sentido; ambiente; terapêutica e locomoção (HORTA, 1979).

As necessidades psicossociais: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem e atenção. As necessidades psicoespirituais: religiosa ou teológica, ética e de filosofia de vida (HORTA, 1979).

Wanda de Aguiar Horta foi a pioneira no Brasil desenvolvendo aporte teórico para sustentar a enfermagem, defendendo a necessidade do equilíbrio, da adaptação e do holismo considerando as necessidades básicas universais ao ser humano, mas individualizadas em cada ser, propondo uma metodologia de trabalho, também denominada Processo de Enfermagem (PE), baseada em seis passos interdependentes para realização do cuidado (HORTA, 1974), conforme elencado a seguir:

- **Histórico de Enfermagem:** roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano e que tornam possível a identificação de seus problemas e necessidades (HORTA, 1974);

- **Diagnóstico:** A identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão (HORTA, 1974);
- **Plano assistencial:** A determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido (HORTA, 1974);
- **Plano de cuidado:** Implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano (HORTA, 1974);
- **Evolução:** Relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional (HORTA, 1974);
- **Prognóstico:** Estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (HORTA, 1974).

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, a necessidade de sistematizar a assistência de enfermagem ganhou força e começou a se multiplicar demonstrando o avanço científico da prática de enfermagem (CAVALCANTE *et al.*, 2011) ancorado nas legislações mediante Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com a inclusão do termo Processo de Enfermagem em, 2002 mediante resolução (COFEN, 2002).

Com a publicação da Resolução 358 de 2009 tem-se a disposição da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. A SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Este, por sua vez, é entendido como uma ferramenta metodológica que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (BARROS *et al.*, 2015).

Segundo a resolução do COFEN 358/2009, o PE deve ser realizado de modo deliberado e sistemático contemplando cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

**I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)** – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

**II – Diagnóstico de Enfermagem** – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

**III – Planejamento de Enfermagem** – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

**IV – Implementação** – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

**V – Avaliação de Enfermagem** – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

A resolução 358/2009 reforça as responsabilidades e atribuições legais do enfermeiro, como ação privativa e obrigatória em todos os locais onde houver a atuação de enfermagem. Em consonância com a Lei do exercício Profissional nº 7498 de 1986, a qual determina entre a programação de enfermagem a realização de consulta de enfermagem e prescrição da assistência como atividades exclusivas do enfermeiro (BRASIL, 1986).

A utilização do PE, em conjunto com as competências intelectuais, interpessoais e técnicas do enfermeiro evidenciam a qualidade da assistência prestada. O bom uso desta ferramenta confere cientificidade à profissão, favorece a visibilidade às ações de enfermagem e ressalta sua relevância na sociedade (BARROS *et al.*, 2015).

### 2.5.1 Linguagem Padronizada

O uso de uma linguagem uniforme, padronizada, além de facilitar a comunicação e o uso de sistemas informatizados, permite a representação do conhecimento clínico de enfermagem, pois auxilia o olhar para a identificação dos

problemas de enfermagem, a escolher resultados esperados e intervenções mais adequadas a cada caso e contexto (LOPES; DELL'ACQUA, 2015).

Entre os sistemas de linguagem padronizados (SLP) específicos para a enfermagem elencam-se: a classificação de diagnósticos da NANDA, Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação de Resultados de enfermagem (NOC), e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Também existem sistemas de classificação que podem ser compartilhados com outros profissionais da saúde, como é o caso da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).

### **2.5.2 Diagnósticos de enfermagem da NANDA I**

O desenvolvimento da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é periodicamente revisado, encontra-se em sua 12ª edição para o período de 2021 a 2023. Adotada desde 2002, a Taxonomia II da NANDA-I está em três níveis de abstração: domínios, classes e diagnósticos. Atualmente, existem 13 domínios (promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, autopercepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento princípios da vida, segurança/proteção, conforto, crescimento/desenvolvimento), 47 classes e 267 diagnósticos (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

### **2.5.3 Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)**

A Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) foi desenvolvida com o propósito de conceitualizar, rotular, definir e classificar os resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. A classificação dos resultados também é estruturada em três níveis: domínios, classes e resultados. A sexta edição da NOC contém 540 resultados, sete domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde e comportamento, saúde percebida, saúde familiar, saúde comunitária) e 34 classes, direcionados para indivíduos, cuidadores familiares, família ou comunidade que podem ser utilizados em diferentes locais e especialidades clínicas (MOORHEAD *et al.*, 2020).

Cada resultado da NOC tem uma lista de indicadores para avaliar a condição do paciente em relação ao resultado e uma escala tipo *Likert* de cinco pontos para mensurar seu estado. A NOC pode ser usada também para estabelecer metas a serem alcançadas no cuidado de cada paciente. Nesse caso, antes de escolher as intervenções, os resultados são convertidos em metas por meio da determinação do ponto a ser alcançado na escala de mensuração dos indicadores dos resultados (MOORHEAD *et al.*, 2020).

#### **2.5.4 Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)**

A Classificação de Intervenções de Enfermagem é uma linguagem padronizada que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros. A intervenção é qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente. Na sétima edição da NIC possui 565 intervenções de enfermagem. Cada uma delas possui uma lista de atividades, compreendendo sete domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde e comportamento, saúde percebida, saúde familiar, saúde comunitária) e 34 classes (BUTCHER *et al.*, 2020).

#### **2.5.5 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**

A CIPE® é uma terminologia ampla e complexa que representa o domínio da prática da Enfermagem em âmbito mundial (GARCIA, 2017). É uma norma internacional para facilitar a coleta, armazenamento e análise de dados de enfermagem por meio de definições de saúde, idiomas e regiões geográficas distintas.

Desde 1990, considerando o ponto de partida da construção desse sistema de classificação, já houve versão e atualizações como parte de sua evolução. E como marco em 2008, houve inclusão da CIPE® na família de classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Organizada em sete de eixos definidos, como descrito a seguir (GARCIA, 2017):

1. **Foco** – área de atenção relevante para a Enfermagem;



2. **Julgamento** – opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem;
3. **Meios** – maneira ou método de executar uma intervenção;
4. **Ação** – processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente;
5. **Tempo** – o ponto, período, momento, intervalo ou duração de uma ocorrência;
6. **Localização** – orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção;
7. **Cliente** – sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem.

A CIPE® é considerada uma tecnologia de informação que, durante a execução do PE, facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado, com a possibilidade de informações resultantes dessa documentação na atuação da enfermagem na esfera política, educativa, gerencial e análise de impacto (GARCIA, 2017).

## 2.6 A UTILIZAÇÃO DA SAE E DO PE EM ÂMBITO HOSPITALAR

Segundo Ministério da Saúde as instituições hospitalares são definidas como:

Instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013, s.p).

No âmbito hospitalar, o enfermeiro possui entre suas atribuições e competências além das demandas assistenciais, ações organizacionais e gerenciais. A SAE vem para somar o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das ações de cuidados diretos e indiretos aos pacientes (SOARES *et al.*, 2015). Ocorre mediante protocolos operacionais padrão, protocolos, escalas, rotinas e manuais de serviço, e na aplicação do PE.

O PE sistematiza a avaliação clínica, evidencia o raciocínio clínico, a tomada de decisões e o julgamento sobre as respostas do paciente as condições de saúde e processos da vida (DAL SASSO *et al.*, 2013).

No cenário hospitalar, as demandas assistências ao paciente requerem olhar específico a sua condição de saúde, individualizado e humanizado, visto que nesta condição a pessoa encontra-se limitada de sua independência sob normas, rotinas e protocolos institucionais.

O PE instrumenta os passos assistenciais, a documentação dos cuidados, integra e organiza as informações, facilita a comunicação entre a equipe interdisciplinar, contribui para a qualidade do cuidado e segurança do paciente (DAL SASSO *et al.*, 2013). A documentação do PE é uma prática essencial para a enfermagem, com importância clínica e legal, pois é obrigação do enfermeiro manter registros precisos e completos, de forma a garantir continuidade, segurança e qualidade dos cuidados realizados (SOUSA; SASSO; BARRA, 2012).

Os dados contidos no prontuário, seja ele impresso ou eletrônico, servem de base para pesquisas, auditorias e análises judiciais (LIMA; CHIANCA, TANNURE, 2015), por isso, a importância de que todas as informações do PE estejam contidas nele. Porém, maioria das vezes, existem registros incompletos, com erros de grafia e carentes de dados assistências (SILVA *et al.*, 2016). Diante do prontuário eletrônico, tem-se ainda, a possibilidade de copiar e colar informações, tornando o PE mecanizado e pouco refletido (MATSUDA *et al.*, 2014).

Considerando a dinâmica profissional e organização das instituições hospitalares, os fatores que fragilizam o PE incluem a demanda e sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento por parte da equipe de enfermagem fazendo que seu comprimento atenda às necessidades legais do que as próprias necessidades do paciente, e a fragmentação do processo e fragilidades dos instrumentos acarretam falhas em sua implementação (MOREIRA *et al.*, 2021).

Capacitações e sensibilizações para os profissionais, estão entre as estratégias para melhorar a realização do PE em contexto hospitalar (MOREIRA *et al.*, 2021).

A realização de educação permanente direcionada aos enfermeiros para o PE, oportuniza espaço de discussão, aprendizado e construção profissional favorecendo as habilidades do pensamento crítico, capacidade de julgamento, maior segurança na tomada de decisão clínica, melhores escolhas na determinação de um plano de

cuidados individualizado e reconhecimento do protagonismo do enfermeiro no planejamento de cuidado pela equipe de saúde (DAL MOLIN; BOEIRA; BALTAZAR, 2020).

A efetivação do PE contribuiu para qualificação da avaliação, singularização, cuidado e segurança do paciente, qualificação da gestão e organização do processo e cuidado/trabalho, além do empoderamento e autonomia profissional (MOREIRA *et al.*, 2021). Portanto conhecer as percepções dos enfermeiros acerca do processo de enfermagem pode direcionar as ações tanto para as potencialidades quanto fragilidades contribuindo para o cuidado ao paciente, instituição de atuação e categoria profissional.

### **2.6.1 Comparação entre os Hospitais Público e Privado no uso da SAE e do PE**

Como mencionado anteriormente, a SAE e o PE propiciam benefícios para o paciente, familiares e trabalhadores da área da enfermagem, visto que melhora a qualidade das consultas de enfermagem, registros nos prontuários, aperfeiçoando o cuidado prestado e organizando o processo de trabalho (RIBEIRO; PEREIRA; PADOVEZE, 2020).

Segundo Ribeiro (2015), é fundamental a efetivação da SAE nos serviços de saúde tanto público como privado, para tanto é relevante conhecer a situação atual dos ambientes de prática, as demandas e facilidades, antes de planejar intervenções para a implantação da tecnologia.

Ribeiro (2015), Ribeiro, Pereira e Padoveze (2020), Barros *et al.* (2020) e Lima (2022) evidenciam que, de um modo geral, os estudos comparativos entre hospitais públicos e privados e as práticas sobre SAE e PE são incipientes no Brasil e, na percepção dos autores, este é um cenário preocupante. Os autores ressaltam ainda que há poucos estudos relacionando SAE, PE e atenção hospitalar.

Ribeiro (2015) e Lima (2022) fizeram um levantamento bibliográfico acerca da temática SAE e PE nas principais bases de dados e encontraram 120 trabalhos científicos e apenas 5% das publicações compararam SAE, PE e hospitais públicos e privados.

Ribeiro, Pereira e Padoveze (2020) mencionam no seu estudo que 53% dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos hospitais públicos e 18% dos

mesmos profissionais nos hospitais privados reconheceram que tiveram dificuldades para aplicar a SAE na assistência.

Neste mesmo estudo, os autores destacam que nos hospitais privados foram mencionados pelos participantes da pesquisa os seguintes benefícios do uso da SAE e do PE: cuidado de qualidade, autonomia do enfermeiro, cuidado humanizado, fácil reconhecimento das necessidades dos pacientes assistidos e colaboração entre os profissionais.

Destacam ainda que nos hospitais públicos ficou mais evidente os desafios no que se refere ao avanço da implantação da SAE no cotidiano do trabalho. Para os autores, os principais desafios mencionados foram: ausência de conhecimento advinda da falta de capacitação dos profissionais, implementação correta da SAE, falta de protocolos, dificuldade de recursos humanos, registros incompletos da equipe envolvida no processo, falta de organização no tempo das atividades e entre outras.

Lima (2022) enfatiza que este cenário adverso encontrado nos hospitais públicos é explicado que, na grande maioria das regiões brasileiras, e grande parte dos profissionais da saúde estão sujeitos a más condições de trabalho, sem local para descanso, sem tempo para uma alimentação adequada, excesso de jornada e baixos salários. Diante destas dificuldades, a autora explica que há grandes dificuldades na implementação da SAE e PE nos hospitais públicos.

Entretanto, a autora explica que nos hospitais privados os profissionais da saúde apresentam ambiente de trabalho mais favorável, possuem reconhecimento profissional e salários mais adequados as atividades exercidas, contribuindo para a implementação da SAE e do PE.

Diante do exposto, é importante compreender o contexto da SAE e do PE nos hospitais públicos e privados e como está sendo implementada, a fim de obter dados relevantes para o aprimoramento. É exatamente está a lacuna desta dissertação.

### 3 MÉTODO

Esta seção aborda os procedimentos metodológicos a fim de contemplar os objetivos propostos para esta pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa segundo CAEE 59469022.8.0000.5501 e nº do parecer 5.463.087.

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma abordagem quantitativa e qualitativa, misturando-as enfatizando-as que as duas abordagens precisam ser utilizadas em conjunto, e não isoladamente (CRESWELL, 2010).

Optou-se por esse caminho, pois a combinação de diferentes métodos permite melhor entendimento e compreensão do problema de pesquisa, considerando as peculiaridades de cada técnica. A utilização de duas técnicas quando comparada à utilização de somente uma, é considerada uma solução para os problemas encontrados na realização dos estudos, visto que o delineamento possibilita analisar e compreender o objeto de pesquisa de forma ampla e aprofundada (CRESWELL; CLARK, 2013).

As pesquisas quantitativas permitem a avaliação da frequência, gravidade e tendência (HULLEY *et al.*, 2015). No caso qualitativo, proporciona a interpretação dos fenômenos, a descrição, compreensão e análise da realidade de diferentes formas, representando as experiências vivenciadas pelos indivíduos (MINAYO, 2014).

#### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em hospitais públicos e privados que oferecem atendimento de média a alta complexidade, com um ou mais títulos de acreditação e alto nível de informatização e tecnologia, localizados nas cidades de São José dos Campos, no Vale do Paraíba Paulista, Resende e Volta Redonda, no Sul Fluminense, e Sorocaba.

No critério de inclusão dos hospitais participantes da pesquisa levou-se em consideração a estrutura dos mesmos, o nível de informatização, que para a

implantação da SAE e do PE no hospital deve contar com sistema Integrado do tipo *Enterprise Resource Planning – ERP*, com Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP.

Além da informatização considerou-se também o nível de Acreditação dos mesmos devido a necessidade de contar com os processos e fluxos definidos e conhecidos não só da enfermagem como também de toda equipe multidisciplinar e outra variável de vital importância foi a acessibilidade, ou seja, aqueles que aceitaram participar, assinaram o termo de autorização e responderam aos instrumentos.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo gestores de enfermagem e enfermeiros da área assistencial das instituições hospitalares. Conforme os critérios de inclusão e exclusão.

- **Critério de inclusão:** ser colaborador da instituição a no mínimo seis meses;
- **Critério de exclusão:** colaborador em férias ou afastado.

#### 3.3.1 População e amostra

**Etapa quantitativa:** Para a etapa quantitativa, buscou-se o total de enfermeiros assistenciais elegíveis das instituições, disponibilizado pelo próprio gestor de enfermagem e/ou setor de recursos humanos da instituição. Mediante levantamento do total de enfermeiros das instituições participantes com um quantitativo de 746 profissionais. Deste modo, optou-se por uma amostra probabilística aleatória simples, pois, conforme Minayo (2014), esta amostragem é um método para selecionar uma amostra representativa de uma população, em que cada elemento da população tem uma chance igual de ser selecionado para a amostra. Assim, realizou-se o cálculo amostral considerando uma amostra homogênea com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, totalizou-se uma amostra de 441 enfermeiros. Entretanto, dos 441 que receberam os questionários, apenas 203 participaram do estudo, o que levou a pesquisadora a recalcular a amostragem. Deste modo, levando em consideração a população de 746 indivíduos, nível de confiança de 90% e erro amostral de 4,91%, chegou-se aos exatos 203 enfermeiros que

responderam a pesquisa. É importante evidenciar que, para Field (2009), a amostra probabilística tem se seguir os seguintes critérios para ser confiável: apresentar nível de confiança entre 90% a 95% e erro amostral com valores iguais ou menores que 5%.

**Etapa qualitativa:** Foram realizadas as entrevistas com os gestores de enfermagem das instituições. Considerando esta etapa de pesquisa, buscou-se o total da população, ou seja, os cinco gerentes de enfermagem das respectivas instituições. Considerando as particularidades da etapa qualitativa, não foi necessário cálculo amostral. Nesta etapa a amostra foi classificada como amostragem por conveniência. Conforme Minayo (2014), este tipo de amostragem é uma técnica de seleção amostral não probabilística e não aleatória usada para criar amostras de acordo com a facilidade de acesso.

### 3.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em duas etapas, aplicação dos questionários, visitas aos hospitais e entrevistas. Inicialmente foi realizado contato prévio juntos aos gestores hospitalares para a anuência da pesquisa, que foram enviadas as cartas de autorização para a realização da pesquisa, anexadas ao projeto de pesquisa e encaminhadas ao comitê de ética em pesquisa.

A seguir, após a aprovação do comitê de ética em pesquisa foi realizado agendamento nas instituições que autorizaram a realização do estudo, para a coleta de dados junto aos enfermeiros, por meio das entrevistas junto aos gestores e aplicação de questionários junto aos enfermeiros.

#### 3.4.1 Etapa quantitativa

Na etapa quantitativa utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado no *Google Forms*, contendo variáveis que contemplaram a realização do PE na atenção hospitalar (etapas do PE e uso de SLP e teoria de enfermagem) e aspectos de trabalho (uso de sistemas de informação e indicadores, escalas de avaliação de pacientes, atendimento multiprofissionais) (APÊNDICE A - questionário *online* do formulário *google forms*).

O questionário foi encaminhado via *e-mail*, conforme acordado com os gestores durante a visita à instituição hospitalar. Foi realizado um pré-teste do instrumento *online* para verificação de erros inconsistentes e sugestões de melhorias antes da coleta de dados.

### **3.4.2 Etapa qualitativa**

Para a etapa qualitativa foi utilizada como instrumento a entrevista semiestruturada. Essa técnica de interação social mais usada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2014). Por meio da entrevista, é possível produzir, por meio de um sujeito-alvo, as representações de um grupo, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos.

Além disso, a entrevista possibilita, ao participante da pesquisa ponderar acerca do tema, de forma livre, sem se prender a indagação formulada e sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

O roteiro para entrevista está composto por duas partes, a primeira com perguntas para caracterização sociodemográfica, e a segunda com um roteiro de perguntas pertinentes ao planejamento em saúde, na temática da SAE e PE na instituição (apêndice B - roteiro da entrevista semiestruturada). O tempo médio de duração das entrevistas de 40 a 60 minutos.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital, do tipo MP4 *player*, mediante a autorização do usuário e posteriormente, transcrita e salva em arquivo de computador para compor o banco de dados que ficará sob a responsabilidade da pesquisadora após o material será destruído, de acordo com a Resolução 510/2016.

Após a correção e a limpeza o texto, foram utilizados os *softwares* Atlas.ti e Iramuteq para a análise dos textos. O Atlas.ti é uma ferramenta utilizada nas técnicas de obtenção de resultados das respostas obtidas nas entrevistas, e o Iramuteq permite realizar, entre outros tipos de análises, a das estatísticas textuais clássicas, a classificação hierárquica descendente, as análises de similitude e a nuvem de palavras.



## 3.5 ANÁLISE DE DADOS

### 3.5.1 Etapa quantitativa

Os dados da pesquisa oriundos do formulário do *google forms* foram organizados em uma planilha no software *Microsoft Excel*® e importados para análise no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS*®) versão 20.0. Foi realizada análise descritiva com variáveis apresentadas em frequência absoluta e associação de acordo respeitando as características das variáveis e normalidade. Foi considerada significância estatística quando  $p < 0,05$ .

Utilizou-se também a técnica estatística Anova Unilateral e o teste Pós-hoc de Tukey para verificar a diferença entre as médias dos grupos estudados. Segundo Field (2009), o teste da ANOVA unilateral é usada para determinar se há alguma diferença estatisticamente significativa entre as médias de três ou mais grupos independentes (não relacionados) e o teste de Tukey consiste em comparar todos os possíveis pares de médias e se baseia na diferença mínima significativa (D.M.S.), considerando os percentis do grupo.

Para validação dos dados, utilizou-se o alfa de Cronbach. Para Field (2009), este teste mensura a confiabilidade dos dados, medindo a correlação entre as respostas obtidas, estabelecendo uma média entre os dados mediante a variância de itens individuais e da soma de todos os itens analisados no questionário, observando valores de 0,70 ou superiores na escala de medição.

### 3.5.2 Etapa qualitativa

Após realizadas as entrevistas o conteúdo foi transcrito e salvo em arquivo de computador para compor o corpus textual. Para transcrição foram utilizados dois *softwares*: o *Speechnotes* e o *Amberscript*. Após a transcrição, foram realizadas a revisão dos textos afim de evitar erros de transcrição.

Para a análise dos dados, iniciou-se com a análise textual e foram realizadas por meio de quatro técnicas, que são:

- **Análise lexicográfica clássica:** identifica e reformata as unidades de texto, identifica a quantidade de palavras, frequência média e hápax (palavras

com frequência um), pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas), cria do dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares (CAMARGO; JUSTOS, 2013).

- **Diagrama de Zipf Gráfico de frequências:** Representa no eixo Y o logaritmo das frequências, ou seja, quantas vezes uma forma ou uma palavra está presente no corpus. Enquanto o eixo X representa a quantidade de palavras (CAMARGO; JUSTOS, 2013).
- **Nuvem de Palavras:** consiste em uma análise lexical simples, cuja estrutura da figura é construída em função da quantidade numérica de ocorrências que cada palavra tem no corpus. Assim, quanto maior e mais centralizada estiver uma palavra na nuvem, maior será o grau de sua citação. E, quanto mais afastada e menor for seu tamanho, menor será o seu grau de avocação (CAMARGO; JUSTOS, 2013).
- **Classificação Hierárquica Descendente (CHD):** Resulta em um dendrograma com a frequência de uma palavra no texto, ou seja, é a quantidade de ocorrências com as posições do texto em que cada palavra aparece em percentuais. O software divide o corpus em tantas classes quantas forem as associações resultantes do cálculo de cada item lexical. Com base nessa classificação, outros instrumentos são disponibilizados: (1) CHD e suas principais palavras e em seguida a (2) CHD com uma nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTOS, 2013).

Complementam a análise textual, foram utilizadas a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo (2014), que permite compreender dados de um determinado contexto, mediante a organização, leitura e discussão dos dados coletados. Esse tipo de análise está operacionalmente dividido em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

A pré-análise é a primeira fase e consiste na seleção inicial do material coletado, o qual ocorrerá mediante ordenação dos dados obtidos, leitura flutuante das transcrições. Na segunda fase, exploração do material, ocorrerá mediante categorização do material a ser estudado. Serão trabalhados os núcleos de sentido para compreensão do texto a fim de agrupamentos e categorias de sentido (MINAYO, 2014).

A última fase, compreenderá o tratamento dos dados obtidos e a interpretação. No qual foi realizada leitura do material categorizado e a reflexão crítica dos resultados obtidos.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as questões éticas foram respeitadas em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, BRASIL, 2016). Desta forma, a dissertação buscou anuência das instituições hospitalares.

Para a etapa quantitativa foi enviado e-mail enviado aos enfermeiros(as) contendo um convite para participar do estudo e o link do questionário no qual consta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C - TCLE). O acesso e resposta ao questionário formalizará a anuência à participação na pesquisa. Para a entrevista, na etapa qualitativa o TCLE foi será impresso, contendo as informações pertinentes a pesquisa.

Cabe ressaltar que a participação é sem ônus ou fins lucrativos aos enfermeiros e gestores de enfermagem das instituições. O risco é considerado mínimo, uma vez que será aplicado somente questionário e entrevista (conforme Apêndice A e B) junto aos colaboradores enfermeiros e gestores. O benefício visa melhoria na qualidade em saúde e segurança do paciente.

Todo o material produzido destina-se exclusivamente para fins de pesquisa, garantido o sigilo e confidencialidade das informações. Após a transcrição das entrevistas, o material de gravação será destruído.

Em ambos (online e impresso) foi informado que a participação ocorrerá de forma voluntária e que serão respeitados os preceitos éticos de anonimato e autonomia no que diz respeito ao uso e armazenamento do material produzido.

Nos resultados do trabalho não serão identificados os respondentes e as instituições participantes da pesquisa, com a utilização de códigos. Exemplo para a instituição (H1, H2, ...) e para os participantes (P1, P2, ...) de maneira que preserve a identificação de todos.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao andamento da coleta de dados, a etapa qualitativa foi concluída com a realização das entrevistas semiestruturadas com os cinco gestores dos hospitais que compõe o cenário da pesquisa. Para a etapa quantitativa foram enviados os e-mails com link para acesso ao questionário elaborado no *Google Forms* a todos os enfermeiros elegíveis a participação da pesquisa tendo 203 questionários respondidos.

Com o término da etapa das entrevistas com os gerentes de enfermagem iniciou-se o processamento de transcrição dos áudios, sendo que até a entrega deste arquivo foram processadas cinco entrevistas.

### 4.1 DESCRIÇÃO DOS HOSPITAIS DO ESTUDO

Iniciou-se a análise com a descrição dos hospitais objetos deste estudo. Quanto à caracterização dos cenários, o Hospital 1 está localizado em Resende (RJ) e conta com 10,6 mil metros quadrados de área construída, sendo o mais completo complexo hospitalar da região das Agulhas Negras.

Na estrutura, distribuída pelos cinco pavimentos do prédio, encontram-se 70 leitos (sendo 10 de Unidade de Terapia Intensiva - UTI); Centro Cirúrgico com cinco salas; Pronto Atendimento adulto e pediátrico; acessibilidade para portadores de deficiência física; laboratório de análises clínicas; setor de quimioterapia; auditório para 60 pessoas; espaço ecumênico; centro obstétrico; espaço para recreação infantil; cafeterias; refeitório; centro de diagnóstico por imagem (raios X, ultrassonografia, tomografia, mamografia e densitometria óssea); endoscopia digestiva e colonoscopia e sala de acolhimento.

O corpo de enfermagem conta com 36 enfermeiros e 150 técnicos de enfermagem. O hospital é acreditado com a Certificação ONA 2 e conta com sistema integrado de gestão. É o único hospital no Estado do Rio de Janeiro acreditado Coren no PRO\_SAE\_PE – Programa de Apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem e Implantação do Processo de Enfermagem.

O Hospital 2, localizado em São José dos Campos (SP), tem mais de um século, e a instituição permanece firme no seu propósito de ajudar ao próximo, exigindo atendimento igualitário a todos os pacientes, independentemente de sua

situação econômica, oferecendo um serviço de excelência médica à população em todas as especialidades, em igualdade de condições com os melhores hospitais do Brasil.

Possui centro de diagnóstico por imagem, para realizar exames como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, ultrassonografia, endoscopia, hemodinâmica, mamografia e raios x convencional com imagens digitalizadas. O corpo de enfermagem compreende 150 enfermeiros e 402 técnicos de enfermagem.

O Hospital 3 está localizado em São José dos Campos (SP), é a maior unidade hospitalar de atendimento 24 horas para urgência e emergência do município. Presta serviço 100% via SUS. Iniciou suas atividades em 1978, com inauguração da Unidade de Pronto Socorro.

A unidade é referência em assistência hospitalar de média e alta complexidade, com ênfase em urgência e emergência. Possui também centro oncológico, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de diagnóstico por imagem, centro de hemodinâmica, unidades de internação, UTI adulta, pediátrica e neonatal. O corpo de enfermagem conta com 264 enfermeiros e 700 técnicos de enfermagem.

O Hospital 4, localizado em Volta Redonda (RJ), foi inaugurado em 2008 possui uma estrutura moderna com a disposição de diferentes serviços de internação, UTI, cirurgias e exames por imagem. Possui uma estrutura e serviços voltados a oncologia como diferenciados para a região. O corpo de enfermagem conta com 143 enfermeiros e 619 técnicos de enfermagem.

A unidade de Sorocaba (SP), Hospital 5, é reconhecida como um dos mais importantes centros de excelência da América Latina. Conta com os recursos mais avançados de diagnóstico e terapia, um sistema totalmente informatizado e um corpo técnico altamente qualificado, atendendo a todas as especialidades médicas.

Possui uma arquitetura moderna e funcional, reunindo centro cirúrgico, centro obstétrico centro de transplantes, *day clinic* para procedimentos cirúrgicos e endoscópicos de curta permanência, centro de hemodinâmica, hotelaria hospitalar, laboratório, setor de emergência unidade de internação e UTI adulta. O corpo de enfermagem conta com 150 enfermeiros e 665 técnicos de enfermagem.

O Quadro 1 mostra o comparativo das informações de cada hospital quanto a natureza, porte e presença de certificação.

**Quadro 1** - Caracterização dos 5 hospitais para a natureza, porte e certificação

Hospital	Natureza	Porte	Acreditado	Informatizado	PEP
Hospital 1	Privado	Médio	ONA 2	ERP	SIM
Hospital 2	Filantrópico	Grande	ONA 3	ERP	SIM
Hospital 3	Público	Grande	ONA 3	ERP	SIM
Hospital 4	Privado	Grande	ONA 3 / PALC / HIMSS 6	ERP	SIM
Hospital 5	Privado	Grande	ONA 3 / JCI / HIMSS 7, ISO 14.001:2015, PALC, PAD	ERP	SIM

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados fornecidos pelos hospitais.

Conforme Cherubin e Santos (1997) Gonçalves (1987), os hospitais são classificados em: pequeno porte que são hospitais que possuem capacidade normal ou de operação de até 50 leitos; médio porte que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos; e, grande porte que apresentam capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos. Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra.

Complementando a descrição dos hospitais pesquisados, na Tabela 1, apresenta-se controle dos dados coletados para esta pesquisa com os valores quantitativos de cada unidade estudada.

**Tabela 1** - Controle de dados coletados para a pesquisa

Hospital	Etapa qualitativa – Entrevista realizada	Etapa qualitativa – Questionários Respondidos
Hospital 1	1	26
Hospital 2	1	45
Hospital 3	1	19
Hospital 4	1	18
Hospital 5	1	95

Fonte: Elaborado pela autora.

A seguir, foram apresentadas as análises dos resultados obtidos na fase quantitativas e na fase qualitativa.

## 4.2 RESULTADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA

### 4.2.1 Caracterização da Amostra

Iniciou-se a análise quantitativa caracterizando a amostra desta pesquisa. Para tanto, levantou-se os seguintes dados: gênero, hospital em que atua, tempo de

formação (em anos), se possui pós-graduação, tempo em que trabalha na instituição, setor em que trabalha, vínculo empregatício e se possui outro emprego.

Ao analisar o gênero, conforme apresentado na Tabela 2, observou-se que dos 203 participantes da pesquisa, 86,7% são do gênero feminino, representando 176 indivíduos, e 13,3% são do gênero masculino, totalizando 27 participantes.

**Tabela 2 - Gênero dos Participantes da Pesquisa**

<b>Gênero</b>	<b>Frequência (Fi)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Porcentagem (%) válida</b>	<b>Porcentagem (%) acumulativa</b>
Válido Masculino	27	13,3	13,3	13,3
Feminino	176	86,7	86,7	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

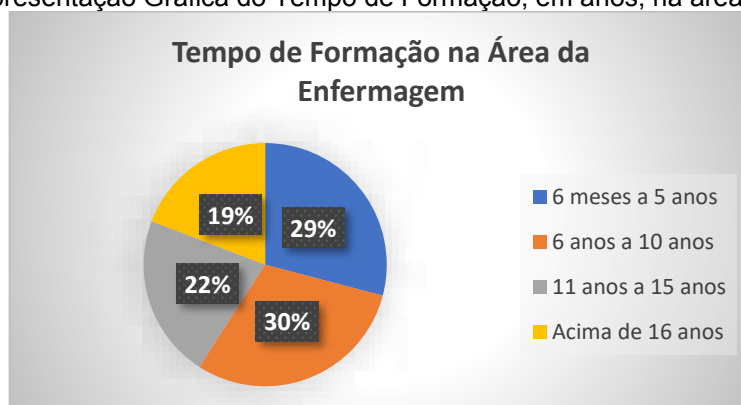
Quanto ao hospital em que os participantes atuam, conforme Tabela 3, verificou-se que 44,8% trabalham no hospital privado localizado no município de Sorocaba – SP; seguido de 22,2% do hospital filantrópico e privado localizado em São José dos Campos – SP; 17,2% no hospital privado em Resende – RJ; 9,9% no hospital privado de Volta Redonda – RJ; e, 5,9% atuam no hospital público localizado em São José dos Campos – SP.

**Tabela 3 - Hospital em que os Participantes atuam**

<b>Hospital</b>	<b>Frequência (Fi)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Porcentagem (%) válida</b>	<b>Porcentagem (%) acumulativa</b>
Válido Hospital 1	35	17,2	17,2	17,2
Hospital 2	45	22,2	22,2	39,4
Hospital 3	12	5,9	5,9	45,3
Hospital 4	20	9,9	9,9	55,2
Hospital 5	91	44,8	44,8	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

No que se refere ao tempo de formação, em anos, na área de enfermagem, conforme Figura 4, notou-se um equilíbrio entre os respondentes sendo que 30% estão formados no período entre 6 a 10 anos, seguido de 29% entre 6 meses a 5 anos; 22% entre 11 e 15 anos; e, 19% acima de 16 anos de formação.

**Figura 4** – Representação Gráfica do Tempo de Formação, em anos, na área de Enfermagem

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

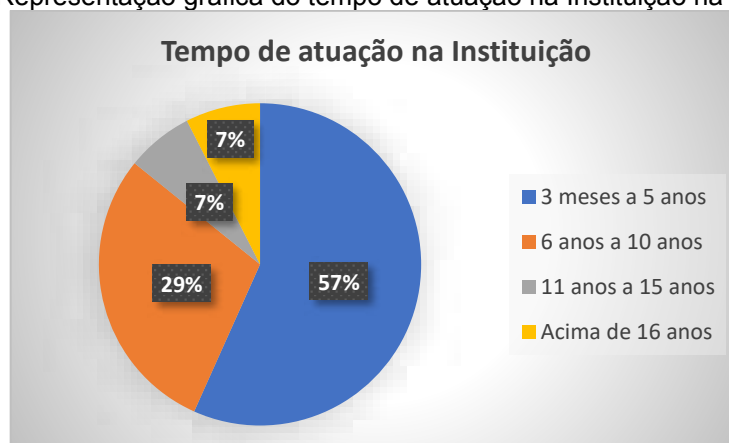
Ao questionar se os respondentes possuíam pós-graduação, observou-se que 88,7% afirmaram que possuem, 5,9% não possuem e 5,4% estão cursando, conforme evidenciado na Tabela 4.

**Tabela 4** - Possui Pós-graduação

Pós-graduação	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Sim	180	88,7	88,7	88,7
Não	12	5,9	5,9	94,6
Cursando	11	5,4	5,4	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

No que se refere ao tempo de atuação na instituição hospitalar pública ou privada na qual o respondente trabalha, conforme Figura 5, notou-se que 57% estão trabalhando no período de 3 meses a 5 anos; seguido de 29% entre 6 e 10 anos; e, 7% correspondentes aos seguintes períodos: de 11 a 15 anos e acima de 16 anos.

**Figura 5** - Representação gráfica do tempo de atuação na Instituição na qual trabalha

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados



Complementando a Figura 5 e ao questionar sobre o setor em que os respondentes trabalham, verificou-se os seguintes setores: *day clinic*, pronto socorro adulto e infantil, CTI, UTI, ambulatório, ambulatório da mulher, ambulatório de endoscopia, ambulatório de transplante, auditoria, centro cirúrgico, central de diagnóstico por imagem, central de imagem, centro de infusão, centro de transplante, centro obstétrico e pré-parto, gerência de enfermagem, hemodiálise, internação, supervisão, oncologia, maternidade e pediatria.

Na Tabela 5 têm-se os resultados do vínculo empregatício dos participantes da pesquisa e verificou-se que 75,4% dos respondentes são celetistas; 4,4% são estatutários e 20,2% responderam ter outro tipo de vínculo empregatício e que não foi informado no ato da coleta.

**Tabela 5 - Vínculo Empregatício**

Vínculo Empregatício	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Celetista	153	75,4	75,4	75,4
Estatutário	9	4,4	4,4	79,8
Outro	41	20,2	20,2	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Por último, questionou-se se os respondentes possuíam outro vínculo empregatício, como apresentado na Tabela 6. Fica evidente que 78,3% dos participantes da pesquisa não trabalham em outra instituição e 21,7% trabalham.

**Tabela 6 - Vínculo Empregatício em outra instituição**

Outro Emprego	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Sim	44	21,7	21,7	21,7
Não	159	78,3	78,3	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

A seguir, foram discutidos o planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE; utilização de dados de sistemas de informação, indicadores de saúde e escalas para a aplicabilidade do PE; utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE; e, forma de documentação, teoria de enfermagem e sistemas de linguagem padronizada utilizadas para aplicação do PE.

#### 4.2.2 Validação dos Dados Quantitativos e Apresentação das Variáveis Dependentes e Independentes

Após a caracterização da amostra, realizou-se a validação dos dados quantitativos. Para mensurar o nível de confiabilidade dos dados, utilizou-se o *alfa de Cronbach* que é apresentado na Tabela 7.

**Tabela 7 - Teste de Confiabilidade**

Variáveis	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach Geral
Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE	0,71	0,94
Utilização de dados de sistemas de informação, indicadores de saúde e escalas para a aplicabilidade do PE	0,88	
Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE	0,83	
Forma de documentação, teoria de enfermagem e sistemas de linguagem padronizada utilizadas para aplicação do PE	0,72	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Ao avaliar a confiabilidade dos resultados obtidos na pesquisa, verificou-se que os índices atribuídos a cada variável oscilaram entre 0,71 e 0,88 e o geral de 0,94. Dado essa variação, pode-se dizer que, teoricamente, as variáveis deste estudo podem ser consideradas confiáveis, pois apresentaram valores acima de 0,70. De acordo com Field (2009), o limite inferior para uma escala ser considerada confiável é de 0,70.

Após verificar que os dados são confiáveis por meio do Alpha de Cronbach, é importante a apresentação das variáveis dependentes e independentes desta pesquisa, conforme apresentado no Quadro 2.

**Quadro 2 – Apresentação das Variáveis Dependentes e Independentes**

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes
Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regimento de Enfermagem da Instituição</li> <li>- Normas, rotinas e protocolos pré-estabelecidos</li> <li>- Escala pessoal adequada com o dimensionamento de pessoal e demandas assistenciais</li> <li>- Etapa de coleta de dados no PE</li> <li>- Realização do Histórico de Enfermagem</li> <li>- Realização do Exame Físico</li> <li>- Realização das etapas de planejamento de enfermagem</li> <li>- Registro em prontuário das prescrições de enfermagem</li> <li>- Realização da etapa de avaliação de enfermagem</li> <li>- Realização do registro da avaliação de enfermagem em prontuário</li> </ul>
Utilização de dados de sistemas de informação, indicadores de saúde e escalas para a aplicabilidade do PE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de escalas de avaliação dos pacientes na unidade ou setor</li> </ul>
Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de diagnóstico de enfermagem utilizando PE</li> </ul>

Continua

## Conclusão

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de planejamento de enfermagem – o PE sendo pauta em alguma teoria de enfermagem</li> <li>- Realização de planejamento de enfermagem utilizando SLP</li> <li>- Realização da etapa de implementação utilizando SLP</li> <li>- Participação de atendimentos multiprofissionais no ambiente de trabalho</li> <li>- Realização de avaliação de enfermagem – o PE sendo pauta em alguma teoria de enfermagem</li> <li>- Utilização de informações dos sistemas de informação e ou indicadores para planejar avaliar as ações</li> </ul>
Forma de documentação, teoria de enfermagem e sistemas de linguagem padronizada utilizadas para aplicação do PE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PE é pautado em alguma teoria</li> <li>- PE é documentado</li> <li>- Utilização de SPL / taxonomia para realização de PE</li> <li>- SLP / taxonomia utilizados para a realização de PE</li> </ul>

Fonte: Elaborada pela autora

Após a validação dos dados quantitativos e apresentação das variáveis dependentes e independentes desta pesquisa, realizou-se a análise utilizando a estatística descritiva de cada grupo de variáveis.

#### 4.2.3 Estatística Descritiva da Variável Planejamento em Saúde na Realização das Etapas da SAE e PE

Iniciou-se a análise da variável 'Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE' verificando a frequência absoluta e o valor percentual conforme apresentado na Tabela 8.

**Tabela 8** - Estatística Descritiva da variável Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE

Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Nem discordo e nem concordo		Concordo		Concordo totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conhece o regimento de Enfermagem da Instituição	5	2,5	0	0	6	3,0	102	50,2	90	44,3
No seu setor existem normas, rotinas e protocolos pré-estabelecidos;	2	1,0	0	0	2	1,0	67	33,0	132	65,0
A Escala pessoal é adequada com o dimensionamento de pessoal e demandas assistenciais.	46	22,7	0	0	10	4,9	85	41,9	62	30,5
Realiza a Etapa de coleta de dados no PE.	3	1,5	0	0	3	1,5	89	43,8	108	53,2
Realiza o Diagnóstico de enfermagem.	6	3,0	0	0	4	2,0	85	41,9	108	53,2
Os Diagnósticos de enfermagem são renovados a cada 24h	14	6,9	0	0	15	7,4	77	37,9	97	47,8
Realização a etapa de planejamento de enfermagem.	7	3,4	0	0	5	2,5	96	47,3	95	46,8
Realiza a etapa de implementação.	3	1,5	0	0	10	4,9	99	48,8	91	44,8
Realiza a etapa de avaliação de enfermagem.	8	3,9	0	0	11	5,4	93	45,8	91	44,8
Realiza a avaliação de enfermagem em prontuário.	3	1,5	0	0	6	3,0	90	44,3	104	51,2
<b>Total</b>	<b>124</b>		<b>0</b>		<b>72</b>		<b>883</b>		<b>979</b>	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Quanto ao regimento de enfermagem da instituição, verificou-se que 50,2% dos respondentes da pesquisa concordam com o regimento de enfermagem da instituição na qual trabalham no que se refere ao planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE; seguido de 44,3% concordam totalmente; 3,0% nem concordam e nem discordam; e, 2,5% discordam totalmente.

Quanto as normas, rotinas e protocolos pré-estabelecidos, observou-se que 65% os participantes da pesquisa concordam totalmente e 33% concordam que é importante ter normas, rotinas e protocolos pré-estabelecidos para se obter um bom planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE e apenas 1% discorda totalmente ou nem concordam ou discordam.

A variável 'escala pessoal adequada com o dimensionamento de pessoal e demandas assistenciais' notou-se que 41,9% dos respondentes concordam e 30,5% concordam totalmente com esta variável no que se refere ao planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE. Entretanto, 22,7% dos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa discordaram totalmente com a variável analisada.

Segundo Caballero (2020), os profissionais de saúde de Jundiá alegaram que para um bom planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE é importante a valorização pessoal e este fato inicia-se com a elaboração de uma escala pessoal adequada de acordo com as necessidades da unidade de saúde.

No que se refere a etapa de coleta de dados no PE, observou-se que 53,2% dos respondentes concordam e 41,9% concordam totalmente com esta etapa para o planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE e apenas 3% discordam totalmente desta etapa.

Complementando, questionou-se quais eram as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem e 100% dos respondentes descreveram as cinco etapas que são: coleta de dados de enfermagem (ou como mencionado pelos respondentes histórico de enfermagem); diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.

Os dados apresentados evidenciam que as ações dos respondentes no que se refere ao PE está em consonância com o COFEN 358/2009, o PE deve ser realizado de modo deliberado e sistemático contemplando cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

Quanto a realização do histórico de enfermagem, segundo a Tabela 9, nota-se que 67,5% afirmaram que cada setor tem seu modelo; 17,2% alegaram que possuem um modelo padrão para todas as unidades; e 15,3% disseram não tem um modelo de histórico de enfermagem.

**Tabela 9 - Realização do histórico de enfermagem**

<b>Histórico de Enfermagem</b>	<b>Frequência (Fi)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Porcentagem (%) válida</b>	<b>Porcentagem (%) acumulativa</b>
Válido Cada setor tem o seu modelo	137	67,5	67,5	67,5
Não tem um modelo de histórico de enfermagem	31	15,3	15,3	82,8
Possui um modelo padrão para todas as unidades	35	17,2	17,2	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Oliveira (2019) identificou em seu estudo uma grande dificuldade no processo de padronização dos históricos de enfermagem, o que dificulta a realização de sistematização do processo de enfermagem. A autora recomenda que os hospitais criem modelos próprios para o relato no histórico.

Ainda na fase de coleta de dados, perguntou-se como é realizado o exame físico e os dados são apresentados na Tabela 10. Verificou-se que 67,5% afirmaram que realizam o exame físico apenas na admissão do paciente; 28,1% realizam em momentos distintos na internação do paciente; 3,0% não realizam; e 1,5% não responderam esta questão.

**Tabela 10 - Realização de Exame Físico na etapa de Coleta de dados**

<b>Exame Físico</b>	<b>Frequência (Fi)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Porcentagem (%) válida</b>	<b>Porcentagem (%) acumulativa</b>
Válido Apenas na admissão do paciente	137	67,5	67,5	67,5
Não realiza exame físico	6	3,0	3,0	70,4
Em momentos distintos na internação do paciente	57	28,1	28,1	98,5
Não responderam	3	1,5	1,5	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Santos *et al.* (2020) alegam que os enfermeiros realizam os exames físicos apenas na admissão do paciente, pois, na maioria das vezes, faltam recursos

materiais básico para esta atividade ou, por vezes, falta ao enfermeiro habilidades básicas como inspeção, palpação, percussão e auscultação. Para os autores, essas habilidades podem, na maioria das vezes, representar um desafio para o enfermeiro no cuidado ao paciente.

Em seguida, observou-se que os respondentes concordam (41,9%) e concordam totalmente (53,2%) com a realização de diagnóstico de enfermagem; a realização das etapas de planejamento (concordam totalmente = 47,8% e concordo = 37,9%); a realização de implementação (concordam totalmente = 46,8% e concordo = 47,3%); e, a realização da etapa de avaliação de enfermagem (concordam totalmente = 44,8% e concordo = 45,8%), corroborando para um bom planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE.

Por último, analisou-se se os respondentes sobre a realização do registro em prontuário das prescrições e da avaliação de enfermagem. Conforme a Tabela 8, fica evidente que 51,2% dos participantes da pesquisa concordam totalmente e 44,3% concordam com a importância dos registros em prontuário das prescrições e da avaliação de enfermagem e apenas 1,5% discordam totalmente.

Complementando a realização dos registros em prontuários, questionou-se os benefícios e fragilidades. Deste modo, como benefícios foram mencionados: autonomia sobre a gestão do cuidado; segurança do paciente; avaliação correta do paciente com continuidade do processo de saúde; conduta de bem-estar do paciente; conhecimento da evolução do caso do paciente; aprendizado; excelência no atendimento; padronização e otimização na consulta; informações fidedignas; assistência de qualidade; segurança; sistematização da assistência; melhoria contínua no cuidado de enfermagem; melhorias no setor; assistência segura e individualizada; facilidade na troca de turnos; facilidade na execução dos serviços; modernização no preenchimento dos prontuários de forma eletrônica; padronização no preenchimento e no atendimento ao paciente; melhor acompanhamento da alta gestão e reconhecimento dos pacientes na melhora dos atendimentos.

Quanto as fragilidades têm-se: grande demanda dentro das unidades; falta de tempo para o preenchimento; preenchimento com dados faltantes; má administração do pessoal; falta de comprometimento da equipe de enfermagem e equipe médica; profissionais sem conhecimento sobre a importância desse processo; excesso de atribuições do enfermeiro; devido à alta rotatividade de pacientes as vezes não é

possível realizar todas as etapas da SAE; sensibilização da equipe técnica e falta de comunicação entre as equipes de enfermagem e médica.

Os benefícios e fragilidades encontrados no preenchimento dos prontuários neste estudo estão em concordância com os achados nos estudos realizados por Caballero (2020), Oliveira (2019) e Santos *et al.* (2020).

Todos os estudos destacaram que os benefícios gerados pelo registro em prontuário dos pacientes são sistematização no atendimento ao paciente; padronização na linguagem e otimização nas consultas; facilidades na execução das atividades na área da enfermagem e melhora no atendimento ao paciente.

Entretanto, as barreiras encontradas pelos estudos foram: resistência da equipe de enfermagem no preenchimento nos prontuários; alta demanda de serviços nas unidades de saúde; e, excesso de atribuições da equipe de enfermagem na atuação laboral.

#### 4.2.4 Estatística Descritiva da Variável Utilização de Dados de Sistemas de Informação, Indicadores de Saúde e Escalas para a Aplicabilidade do PE

Inicialmente, questionou-se a utilização dos dados dos sistemas de informação e/ou indicadores para planejar e avaliar as atividades. Na Tabela 11 é visível que 77,3% utilizam os dados dos sistemas de informação e/ou indicadores para planejar e avaliar as atividades; 16,7% utilizam os dados dos sistemas de informação e/ou indicadores para alguma necessidade pontual; e apenas 5,9% não utilizam.

**Tabela 11** - Utilização dos dados dos sistemas de informação e/ou indicadores para planejar e avaliar as atividades

	Utilização de dados e/ou indicadores	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido	Não utilizo	12	5,9	5,9	5,9
	Sim, para alguma necessidade pontual	34	16,7	16,7	22,7
	Sim, para planejar e avaliar	157	77,3	77,3	100,0
	Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Segundo Sellera *et al.* (2019) e Rodrigues *et al.* (2019), quando a equipe de enfermagem realiza o planejamento e avaliação das atividades utilizando os dados dos sistemas de informação e/ou indicadores contribui para a melhoria da gestão e por conseguinte a melhoria no atendimento ao paciente. Valentim *et al.* (2021)

ênfatisam que um bom planejamento com base em dados por contribuir para o enfrentamento do Covid-19 nos hospitais brasileiros.

Em seguida, perguntou-se aos participantes da pesquisa se utilizam as escalas de avaliação dos pacientes na unidade/setor em que trabalham e verificou-se que 87,7% utilizam e 12,3% não utilizam, conforme apresentado na Tabela 12.

**Tabela 12 - Utilização de Escala de Avaliação dos Pacientes**

Utilização de escala de Avaliação	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Não	25	12,3	12,3	12,3
Sim	178	87,7	87,7	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Complementando a Tabela 12, os respondentes mencionaram quais escalas as utilizavam e são: escala MEWS; escala Glasgow; escala de Braden; risco e queda; escala de Schein; escala de Morse; escala de Ramsay; escala para risco de TEV; escala de Fugulin; escala de nutrição; avaliação do exame físico; escala TISS e escala NIPS.

Alguns mencionaram no questionário que ao utilizar as escalas na avaliação aumenta a confiança entre paciente e equipe de enfermagem, trazendo conforto para ele e familiares. Os estudos realizados por Rhoden *et al.* (2019), Vorpapel, Shein e Songar (2021) e Felisberto e Takashi (2022) corroboram com a presente pesquisa e mostram que a utilização das escalas mencionadas acima contribui para a melhoria do PE e melhoraram as relações entre o paciente e a equipe de enfermagem.

#### **4.2.5 Estatística Descritiva da Variável Utilização de Sistemas de Linguagem Padronizada e Teorias de Enfermagem na Aplicabilidade do PE**

Nesta etapa de análise, perguntou se os respondentes realizam diagnóstico de enfermagem utilizando o SLP e, conforme Tabela 13, 68% realizam e 32% não realizam.

**Tabela 13 - Realização de Diagnóstico de Enfermagem utilizando o SLP**

Diagnóstico de enfermagem	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Não	65	32,0	32,0	32,0
Sim	138	68,0	68,0	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados



Ao serem questionados sobre quais eram, foram mencionadas as seguintes: NANDA, NIC, NOC, MCPM, protocolo do hospital, avaliação após as escalas, nomenclatura padronizada pela ANVISA, comunicação efetiva e diagnóstico de risco. Conforme exposto no estudo de Belém *et al.* (2019), realizar o diagnóstico utilizando uma linguagem padronizada dentro do PE auxilia na escolha da intervenção mais adequada para cada paciente, deixando o atendimento mais rápido e mais efetivo.

Na Tabela 14 tem-se as respostas sobre a realização ou não do planejamento de enfermagem – o PE é pautado em alguma teoria de enfermagem. Assim, verificou-se que 90,1% realizam o planejamento e apenas 9,9% não realizam.

**Tabela 14** - Realização do Planejamento de Enfermagem – o PE é pautado em alguma teoria de enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Não	20	9,9	9,9	9,9
Sim	183	90,1	90,1	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Em seguida analisou-se a realização do planejamento de enfermagem utilizando algum dos SLP. Conforme Tabela 15, nota-se que 83,7% dos respondentes realizam o planejamento, entretanto 16,3% não realizam.

**Tabela 15** - Realização do Planejamento de Enfermagem utilizando algum dos SLP

Planejamento de Enfermagem	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Não	33	16,3	16,3	16,3
Sim	170	83,7	83,7	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Na Tabela 16 consta as médias, moda e desvio-padrão das questões sobre a realização da etapa de implementação utilizando algum dos SLP, participação de atendimentos multiprofissionais no ambiente de trabalho e a realização de avaliação de enfermagem – o PE é pautado em alguma teoria de enfermagem.

No que se refere a utilização de SLP e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE, 56,7% dos respondentes concordam com a realização da etapa de implementação utilizando algum dos SLP; 47,3% concordam com a participação de atendimentos multiprofissionais no ambiente de trabalho e 58,1% concordam com a realização de avaliação de enfermagem – o PE é pautado em alguma teoria de

enfermagem com o intuito de melhorar o atendimento aos pacientes e gerar qualidade na prestação de serviço.

**Tabela 16** - Estatística Descritiva da variável Utilização de Sistemas de Linguagem Padronizada e Teorias de Enfermagem na Aplicabilidade do PE

Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Nem discordo e nem concordo		Concordo		Concordo totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Realiza a etapa de Implementação – Utiliza algum dos SLP	7	3,4	5	2,5	28	13,8	115	56,7	48
Participa de atendimentos multiprofissionais no seu ambiente de trabalho	10	4,9	8	3,9	9	4,4	96	47,3	80	39,4
Realiza Avaliação de Enfermagem - O PE é pautado em alguma teoria de enfermagem	6	3,0	0	0	13	6,4	118	58,1	66	32,5
<b>Total</b>	<b>23</b>		<b>13</b>		<b>50</b>		<b>329</b>		<b>194</b>	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Os dados apresentados nesta dissertação estão alinhados com os estudos realizados por Caballero (2020), Oliveira (2020), Biffi (2021) e Parker (2022) que identificam a importância da utilização de SLP para a melhoria do PE. Os autores ressaltam ainda que a participação multiprofissional tem contribuído positivamente para a melhoria do ambiente de trabalho que, por vezes, é muito separatista.

Por último, verificou-se a utilização das informações dos sistemas de informação e/ou indicadores para planejar e avaliar as ações, conforme Tabela 17. Deste modo, constata-se, com base nos dados fornecidos pelos participantes da pesquisa, que 75,9% utilizam as informações para planejar e avaliar; 19,7% utilizam para alguma necessidade pontual; e, 4,4% não utilizam.

**Tabela 17** - Utilização das informações dos sistemas de informação e/ou indicadores para planejar e avaliar as ações

Planejamento de Enfermagem	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Não utilizo	9	4,4	4,4	4,4
Sim, para alguma necessidade pontual	40	19,7	19,7	24,1
Sim, para planejar e avaliar	154	75,9	75,9	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Caballero (2020) realizou um diagnóstico situacional da SAE na perspectiva dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária em Saúde em Jundiaí (SP) e a autora verificou que 50% não utiliza de informações dos sistemas de informação e ou

indicadores; 30% utilizam em alguma necessidade pontual e apenas 20% utilizam. Ela afirma que a não utilização prejudicou os atendimentos nas unidades estudadas.

#### 4.2.6 Estatística Descritiva da Variável Forma de documentação, teoria de enfermagem e sistemas de linguagem padronizada utilizadas para aplicação do PE

Última análise utilizando a estatística descritiva foi da variável 'Forma de documentação, teoria de enfermagem e sistemas de linguagem padronizada utilizadas para aplicação do PE'. Iniciou-se questionando sobre se o PE é pautado em alguma teoria. Observa-se na Tabela 18 que 66,5% afirmaram que o PE está pautado em alguma teoria; 26,1% não souberam responder e 7,4% disseram que não.

**Tabela 18 - PE é pautado em alguma teoria**

PE é pautado em alguma teoria	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Não	15	7,4	7,4	7,4
Não sei responde	53	26,1	26,1	33,5
Sim	135	66,5	66,5	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Quando questionados sobre quais teorias, os respondentes destacaram as seguintes: teoria ambientalista de Florence Nightingale, NIC, NOC, NANDA, SAE, necessidades humanas básicas, taxonomia, teoria do autocuidado, protocolos institucionais, visão holística sobre o cuidado humanizado e humanização na assistência de enfermagem e teoria do autocuidado de Orem.

Ao analisar se o PE é documentado, observou-se que 97,5% dos respondentes afirmaram que documentação por meio de prontuário eletrônico; 2,0% em prontuário físico (em papel); e apenas 0,5%, ou seja, um respondente alegou não documentar o PE.

**Tabela 19 - Qual é a forma de documentação do PE**

Documentação do PE	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Em prontuário eletrônico	198	97,5	97,5	97,5
Em prontuário físico (em papel)	4	2,0	2,0	99,5
Não é documentado	1	,5	,5	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Por último, analisou quais SLP e taxonomia são utilizados para a realização do PE na percepção dos respondentes, conforme apresentado na Tabela 20. Nota-se que 71,9% informaram que utilizam NANDA – I, NIC e NOC para a realização do PE; 23,6% utilizam apenas NANDA – I; 3,9% usam o NANDA – I e NIC; e apenas 0,5% utilizam NANDA – I e NOC.

**Tabela 20 - SLP e Taxonomia utilizados para a realização do PE**

SLP e Taxonomia utilizados	Frequência (Fi)	Porcentagem (%)	Porcentagem (%) válida	Porcentagem (%) acumulativa
Válido Apenas NANDA – I	48	23,6	23,6	23,6
NANDA – I e NIC	8	3,9	3,9	27,6
NANDA – I e NOC	1	,5	,5	28,1
NANDA – I, NIC e NOC	146	71,9	71,9	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Os dados encontrados neste estudo estão alinhados com a pesquisa desenvolvida por Mendonça (2013) que analisou o processo de enfermagem e sua aplicação em hospitais de Fortaleza (CE) que 82,4% utilizando a NANDA; 17,5% NIC e 3,5% NOC.

Após a análise utilizando a estatística, utilizou-se a Anova para verificar se há diferenças entre as médias dos grupos, ou seja, se há diferença entre os respondentes dos hospitais públicos e privados.

#### **4.2.7 Comparação entre as médias dos grupos de enfermeiros que atuam em hospitais públicos, privados e filantrópico sobre a Utilização do Processo de Enfermagem no Planejamento do cuidado**

Para elaborar as comparações entre as médias dos grupos de enfermeiros que atuam em hospitais públicos, privados e filantrópico sobre a utilização do processo de enfermagem no planejamento do cuidado, iniciou-se calculando o teste de homogeneidade de variância por meio da Estatística de Levene, conforme Tabela 21. Deste modo, forma criadas as seguintes hipóteses:

H0: as variâncias são homogêneas

H1: as variâncias não são homogêneas

**Tabela 21 - Teste de Homogeneidade de Variâncias**

Variáveis	Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE	8,950	4	198	,101
Utilização de dados de sistemas de informação, indicadores de saúde e escalas para a aplicabilidade do PE	,723	4	198	,494
Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE	,061	4	198	,941
Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE	1,177	4	198	,324

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Ao analisar a Tabela 21, verificou-se que todas as variáveis deste estudo e que compõem a utilização do Processo de Enfermagem no Planejamento do cuidado em hospitais públicos e privados, apresentaram p maior que 0,005 aceitando a hipótese nula, ou seja, as variâncias são homogêneas.

Após o teste de homogeneidade de variância, realizou-se a Anova unilateral para verificar se há diferença ou não entre as médias dos grupos, conforme Tabela 22. Deste modo, foram criadas as seguintes hipóteses:

H0: as médias dos grupos são iguais

H1: há diferença entre as médias dos grupos

**Tabela 22 - Teste da Anova Unilateral**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE	Entre Grupos	9,503	4	4,752	9,276	,001
	Nos grupos	13,831	198	,512		
	Total	23,334	203			
Utilização de dados de sistemas de informação, indicadores de saúde e escalas para a aplicabilidade do PE	Entre Grupos	,631	4	,316	2,833	,076
	Nos grupos	3,007	198	,111		
	Total	3,638	203			
Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE	Entre Grupos	4,040	4	2,020	7,497	,003
	Nos grupos	7,275	198	,269		
	Total	11,316	203			
Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE	Entre Grupos	8,810	4	4,405	22,389	,000
	Nos grupos	5,312	198	,197		
	Total	14,123	203			

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Ao analisar a Tabela 22, observou-se as variáveis 'Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE', 'Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE' e 'Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE' apresentaram p-valor menores que 0,005, assim, rejeitando a hipótese nula e sendo possível afirmar que há diferenças entre as médias dos grupos de enfermeiros que atuam em hospitais públicos, privados e filantrópico sobre a utilização do processo de enfermagem no planejamento do cuidado.

Entretanto, a variável 'Utilização de dados de sistemas de informação, indicadores de saúde e escalas para a aplicabilidade do PE' obteve p-valor maior que 0,005 aceitando a hipótese nula, ou seja, as médias dos grupos são iguais, ou seja, não há diferenças entre as médias dos grupos de enfermeiros que atuam em hospitais públicos, privados e filantrópico sobre a utilização do processo de enfermagem no planejamento do cuidado.

Para entender a diferença entre os grupos, realizou o teste pos-hoc de Tukey, conforme Tabela 23.

**Tabela 23 - Teste de Pos-hoc de Tukey**

Variável dependente	(I) GRUPO	(J) GRUPO	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE	Público	Privado	-1,02083*	,29219	,005
		Filantrópico	,31250	,35786	,661
	Privado	Público	1,02083*	,29219	,005
		Filantrópico	1,33333*	,35786	,003
	Filantrópico	Público	-,31250	,35786	,661
		Privado	-1,33333*	,35786	,003
Utilização de dados de sistemas de informação, indicadores de saúde e escalas para a aplicabilidade do PE	Público	Privado	,31944	,13624	,066
		Filantrópico	,22222	,16686	,390
	Privado	Público	-,31944	,13624	,066
		Filantrópico	-,09722	,16686	,830
	Filantrópico	Público	-,22222	,16686	,390
		Privado	,09722	,16686	,830
Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE	Público	Privado	,81944*	,21192	,002
		Filantrópico	,36111	,25955	,359
	Privado	Público	-,81944*	,21192	,002
		Filantrópico	-,45833	,25955	,200
	Filantrópico	Público	-,36111	,25955	,359
		Privado	,45833	,25955	,200
Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE	Público	Privado	1,19167*	,18109	,000
		Filantrópico	,35000	,22179	,272
	Privado	Público	-1,19167*	,18109	,000
		Filantrópico	-,84167*	,22179	,002
	Filantrópico	Público	-,35000	,22179	,272
		Privado	,84167*	,22179	,002

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Fonte: Elaborada pela autora no SPSS com base nos dados coletados

Ao analisar a variável 'Planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE, verificou-se que o grupo de enfermeiros que atuam em Hospital Público ele é diferente do grupo que atuam em Hospital Privado porque apresentou p-valor menor e igual a 0,005 e é igual ao grupo do Hospital Filantrópico, pois obteve p-valor maior que 0,005. Já o grupo de enfermeiros do Hospital Privado com o grupo do Hospital Filantrópico apresentaram diferenças, pois o p-valor menor que 0,005.

Diante do exposto, pode-se afirmar que há diferenças entre os hospitais públicos, privados e filantrópico objeto deste estudo no que se refere ao planejamento em saúde na realização das etapas da SAE e PE.

Na variável 'Utilização de dados de sistemas de informação, indicadores de saúde e escalas para a aplicabilidade do PE', observou-se que ao comparar os grupos de enfermeiros que atuam nos Hospital Público com o grupo do Hospital Privado e do Hospital Filantrópico o p-valor foi maior que 0,005 significando que não há diferenças entre os grupos.

Deste modo, fica evidente que não há diferenças entre as percepções dos enfermeiros que atuam nos hospitais públicos, privados e filantrópico estudados no que se refere a utilização de dados de sistemas de informação, indicadores de saúde e escalas para a aplicabilidade do PE.

Já na variável 'Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE', o grupo dos respondentes do Hospital Público e do Hospital Privado obteve p-valor menor que 0,005, deste modo, apresentando diferença entre os grupos.

Entretanto, o grupo de enfermeiro participantes do estudo do Hospital Público com o grupo do Hospital Filantrópico obteve p-valor maior que 0,05, evidenciando que os grupos não são diferentes. No que se refere ao grupo do Hospital Privado e o grupo do Hospital Filantrópico, observou-se que não há diferença entre esses grupos, pois p-valor foi maior que 0,005.

A variável 'Utilização de sistemas de linguagem padronizada e teorias de enfermagem na aplicabilidade do PE' apresentou diferença entre os grupos do Hospital Público com do Hospital Privado, entretanto, não apresentou diferença com o grupo que atuam no Hospital Filantrópico. E, o grupo do Hospital Privado e o grupo do Filantrópico apresentaram p-valor menor que 0,005 evidenciando diferença entre os grupos.

Diante do exposto, os dados evidenciaram que há diferença entre os enfermeiros que atuam em hospitais públicos e privados no que tange a utilização do processo de enfermagem no planejamento do cuidado.

Caballero (2020) colabora com este resultado afirmando que as instituições de saúde que são estritamente públicos tendem a ter uma maior dificuldade na implantação do SAE e PE, pois possuem problemas de recursos físicos e humanos para a execução da atividade e as instituições privadas esses processos já estão consolidados em toda a equipe.

## 4.3 RESULTADOS DA PESQUISA QUALITATIVA

### 4.3.1 Análise Textual das Entrevistas

Realizou-se, inicialmente, a análise textual por meio do software IRAMUTEQ das cinco entrevistas realizados com a amostra deste estudo. Deste modo, a primeira análise foi a lexicográfica clássica que gerou as seguintes informações:

- Número de textos (*corpus*): 5
- Número de ocorrências: 48748
- Número de formas textuais: 1724
- Número de hápax: 854 (1.75% de ocorrências - 48.54% de formas)
- Média de ocorrências por texto: 9750.00

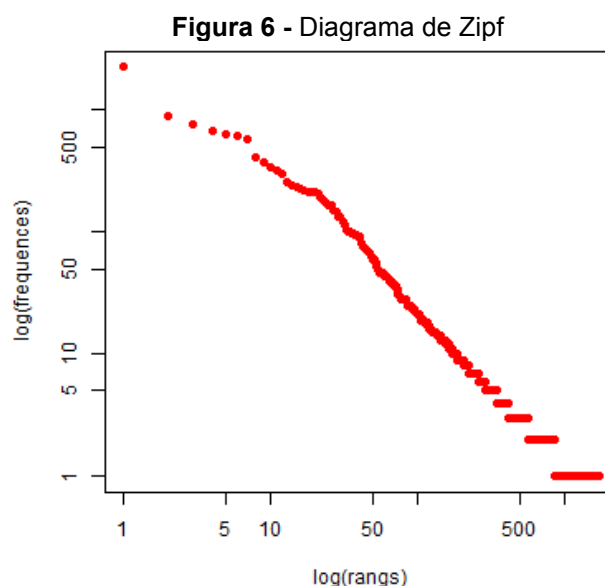
No que se refere a análise lexicográfica clássica, observou-se que foram encontrados cinco *corpus* que estão relacionados as entrevistas realizadas para este estudo; 48748 (quarenta e oito mil setecentos e quarenta e oito) totais de palavras analisadas, com uma média de 9749.60 (nove mil setecentos e cinquenta) ocorrências em cada corpus, sendo que 1724 (um mil setecentos e vinte e quatro) foram as classes de palavras tais como: substantivo, artigo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição, conjunção e interjeição; e, 854 (oitocentos e cinquenta e quatro) hápax, ou seja, palavras que apareceram apenas uma vez nos *corpus*.



Complementando a análise lexicográfica clássica, desenhou-se o diagrama de zipf que tem o intuito de verificar quantas vezes uma forma ou uma palavra está presente no *corpus*, conforme apresentado na Figura 6.

Ao analisar a Figura 6, nota-se que muitas palavras nos cinco *corpus* repete pouco, ou seja, há uma quantidade enorme de palavras com poucas repetições ou baixa frequência. Vale ressaltar que nesse grupo de palavras encontra-se as hápax.

Por outro lado, os pontos localizados no topo do gráfico da Figura 6, próximo ao eixo Y, representam as palavras com uma alta frequência de representatividade e repetição, todavia, em quantidades menores. Deste modo, pode-se afirmar que o diagrama de zipf demonstra certa regularidade nas frequências entre as palavras dos cinco *corpus*, pois poucas palavras repetem com frequência, enquanto muitas palavras são evocadas com menor repetição.



Fonte: Elaborado pela autora utilizando o IRAMUTEQ com base nos dados coletados na entrevista

Para compreender melhor o que foi exibido no diagrama de zipf, elaborou-se a nuvem de palavras. Conforme Figura 7, são apresentadas as palavras que foram mais expressivas nas entrevistas, no qual as palavras apresentadas em matriz maiores e mais centrais se apresentam em maior número dentro do contexto analisado.

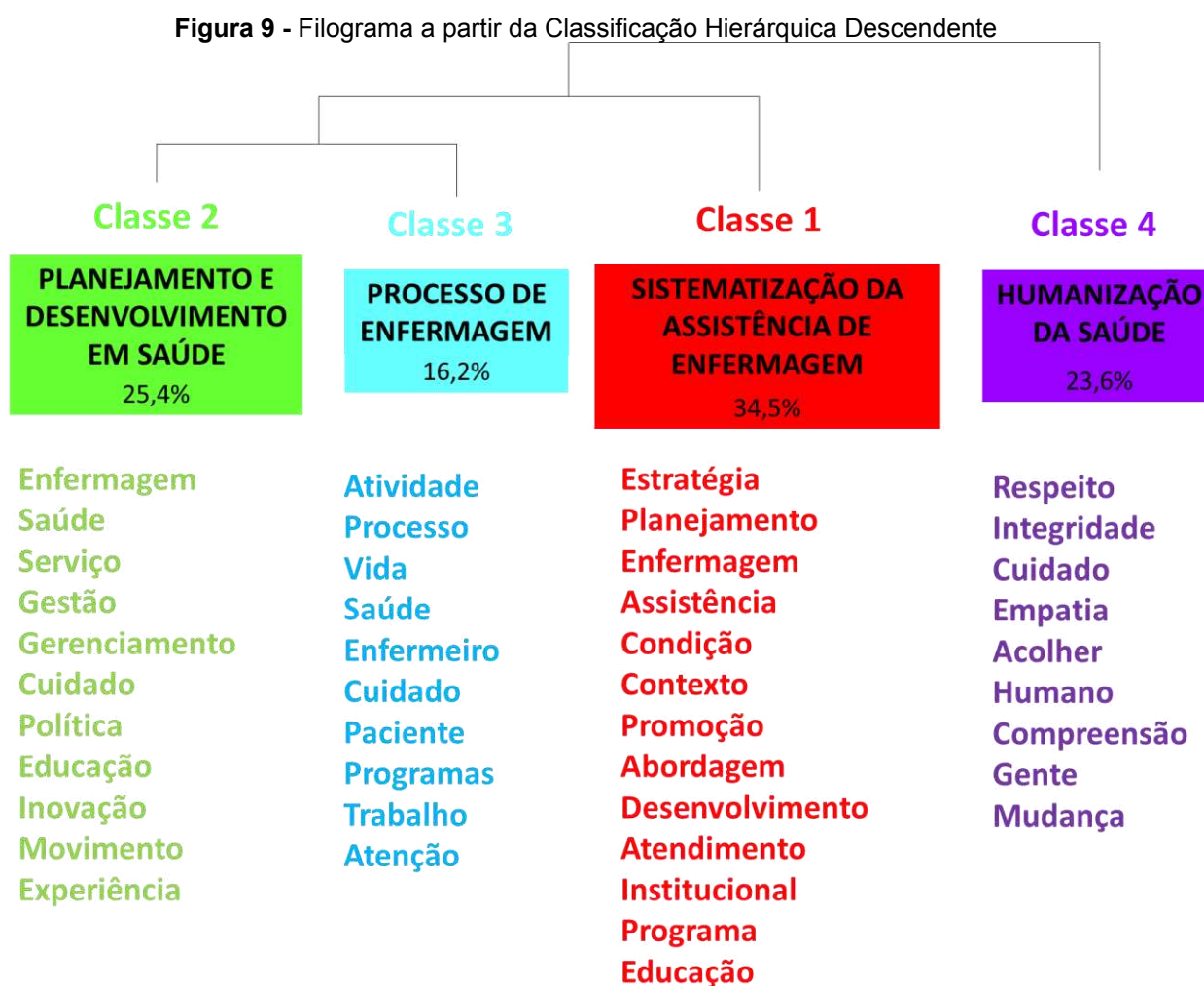
Pela análise de nuvem de palavras, observa-se que as palavras: enfermagem, processo, planejamento, utilização, assistência, sistematização, política, humanização e cuidado foram as que tiveram maior frequência no *corpus*.



Ao se analisar a Figura 8, observou-se que a classe 1 (vermelho) recebeu o nome de 'Sistematização da Assistência de Enfermagem' e foi composta por 34,5% dos Segmentos Textuais (ST); a classe 2 (verde), 'Planejamento e Desenvolvimento em Saúde', composta por 25,4% dos ST; a classe 3 (azul claro), 'Processo de Enfermagem', foi composta por 16,2% dos ST e a classe 4 (roxo), 'Humanização da Saúde' foi composta por 23,6% dos ST.

É importante evidenciar que o percentual apresentado no dendrograma indica o grau de associação das palavras de cada classe sobre o total das palavras constantes do *corpus* (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A Figura 9 apresenta a classificação já apresentada na Figura 8, porém acrescenta mais detalhe aos resultados, pois permite conhecer, por meio do filograma, as respectivas palavras mais evocadas em cada cruzamento das entrevistas. Essa ferramenta bastante é útil porque possibilita melhor descrição e nomeação das classes.



Fonte: Elaborado pela autora utilizando o IRAMUTEQ com base nos dados coletados na entrevista

Ao analisar a Figura 9, percebe-se que a classe 1 (vermelha) e a classe 2 (verde) são as mais significantes em termos percentuais quanto à CHD, com os percentuais de 34,5% e 25,4% de associação, respectivamente. Destaca-se, nessas classes, as palavras: estratégia, planejamento, enfermagem, assistência, condição, contexto, promoção, abordagem, desenvolvimento, atendimento, institucional, programa, saúde, serviço, gestão, gerenciamento, cuidado, política, educação, inovação, movimento e experiência.

A classe 4 (roxo) representa 23,6% de associação do corpus analisado, sendo que as palavras mais evocadas foram: respeito, integridade, cuidado, empatia, acolher, humano, compreensão, gente e mudança.

Com a menor representatividade em relação ao *corpus*, com um percentual de 16,2% de associação, foi a classe 3 (azul claro). Evidencia-se as seguintes palavras: atividade, processo, vida, saúde, enfermeiro, cuidado, paciente, programas, trabalho e atenção.

#### **4.3.2 Análise da Classe Planejamento e Desenvolvimento em Saúde**

A análise do conteúdo das entrevistas, referente ao significado Planejamento e Desenvolvimento em Saúde, possibilitou elencar elementos referentes ao tópico a partir da percepção dos participantes, que foram analisados para entender as convergências com os conceitos que sustentam a utilização do Processo de Enfermagem no Planejamento do cuidado nos hospitais públicos e privados.

De acordo como os entrevistados, o planejamento e desenvolvimento em saúde subsidia o trabalho de toda a equipe de saúde que é multidisciplinar para resolver os principais problemas dos pacientes. O entrevistado do hospital 3 destaca que além de resolver problemas dos pacientes, o planejamento ajuda a equipe a solucionar os problemas da comunidade, como por exemplo, as equipes de saúde da família que utilizam o planejamento como uma ferramenta de trabalho e com ela tem maiores chances de desenvolver um trabalho mais resolutivo e gerar melhores resultados a população.

Para o entrevistado do hospital 1 e 5, desenvolver o planejamento e desenvolvimento em saúde no hospital em que atuam é essencial para a organização do processo de enfermagem e o desempenho das atividades de forma eficiente. Argumentam ainda que o planejamento deve incluir a gestão de recursos e equipes

multiprofissionais, gerenciamento dos leitos e, o mais importante na percepção dos entrevistados, o atendimento de qualidade.

Para os entrevistados do hospital 4 e do hospital 1, é importante que os profissionais que atuam nos hospitais reconheçam a relevância do processo de planejamento no cuidado do paciente. Todavia, eles explicam que por vezes esses profissionais têm dificuldades para a sua realização. Deste modo, o profissional precisa buscar uma educação continuada, que instrumentalize a equipe de saúde, com vista à implantação do planejamento no cotidiano do trabalho.

O trecho da entrevista a seguir traz uma breve explicação da importância da do incentivo da educação continuada para a melhoria do processo de planejamento e desenvolvimento em saúde:

*O hospital de Volta Redonda tem uma política de investir em treinamento dos seus colaboradores. Os gestores do hospital, mesmo em momentos de crise, nunca tiram investimentos em treinamento. O hospital tem uma política interna de treinamentos anuais, principalmente no que se refere ao gerenciamento da saúde para sempre melhorar o atendimento ao paciente (E4 – H4).*

Quanto ao planejamento e regionalização em saúde, questionou-se qual era a importância do hospital para a região na qual está inserida e quais era o perfil de atendimento. Diante das falas dos entrevistados, observou-se que todos os hospitais possuem uma representatividade regional forte, pois atendem um número considerado de municípios, como são ilustrados nos trechos a seguir:

*O hospital de São José dos Campos atende 100% SUS e somos referência na região do Vale do Paraíba de Urgência e Emergência. Atendemos tanto municípios próximos como Caçapava, Taubaté, com município mais distantes como Canas, Queluz e entre outros (E3 – H3).*

*O nosso hospital presta assistência à saúde da comunidade, principalmente da região do Vale, de forma igualitária e humanizada, garantindo a satisfação dos clientes e funcionários com respeito aos princípios éticos e à qualidade de vida (E2 – H2).*

*Nosso, do hospital de Resende, atendemos não só pacientes no município de Resende como também dos municípios circunvizinhos e por vezes atendemos também pacientes que vem do interior de São Paulo, devido à proximidade que temos ao Estado (E1 – H1).*

*O hospital de Sorocaba é o mais moderno da região e somos referência na região em tratamentos de alta complexidade, pois isto, muitos pacientes nos procuram (E4 – H4).*

Deste modo, analisou-se a importância dos hospitais públicos e privados que participaram da pesquisa no desenvolvimento regional. Para o Entrevistado 1 (E1), o hospital de Resende é um dos poucos hospitais com acreditação da região e é um polo de referência para a região das Agulhas Negras da região Sul Fluminense no que se refere a saúde incorporando inovações na prestação de serviço, valorizando o profissional da saúde e levando bem-estar social.

Os entrevistados 4 e 5 (E4 e E5) explicam que os hospitais de Volta Redonda e Sorocaba são referências nas regiões em que estão inseridos em tratamentos de alta complexidade, tais como: tratamento oncológico, transplante de fígado, cirurgias cardíacas e entre outras. Os entrevistados destacam que os hospitais atendem toda a região e tem parceria com outras unidades hospitalares, o que leva a melhoria do bem-estar dos pacientes.

O Hospital 3 de São José dos Campos que é público e o Hospital 2 no mesmo município que é filantrópico, para os entrevistados, são organizações referências em qualidade no atendimento hospitalar e inovação na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte. Assim, tornando-se referência para toda a região e gerando qualidade nos atendimentos a toda população.

No que se refere a participação dos hospitais estudados no planejamento e desenvolvimento em saúde no município e região e do conselho de saúde, verificou-se que todos os hospitais que deste estudo participam seja em reuniões para melhoria da saúde no município como para a melhoria da profissão de enfermagem. O E5 diz que participar do planejamento em saúde do município ajuda a alcançar o aperfeiçoamento contínuo do sistema de saúde do município e contribui para a melhoria do atendimento à população.

### 4.3.3 Análise da Classe Sistematização da Assistência de Enfermagem

A análise do conteúdo das entrevistas, referente ao significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem, possibilitou elencar elementos referentes ao tópico a partir da percepção dos participantes, que foram analisados para entender as convergências com os conceitos que sustentam a utilização do Processo de Enfermagem no Planejamento do cuidado nos hospitais públicos e privados.

Iniciou-se questionando o que os entrevistados entendiam por Sistematização da Assistência de Enfermagem. A seguir as falas dos entrevistados trazem as interpretações:

*Na minha visão, a sistematização da assistência de Enfermagem é um método de trabalho que proporciona melhorias na qualidade do nosso atendimento ao paciente por meio de um planejamento individualizado elaborado por nós enfermeiros (E1 – H1).*

*Entendo que a sistematização é uma metodologia que ajuda a organizar todo no nosso processo de enfermagem e ajuda no planejamento do trabalho da equipe e os instrumentos que serão utilizados para melhor assistência aos nossos pacientes (E2 – H2).*

*Para mim, a sistematização da assistência de enfermagem é uma metodologia a partir da prática do enfermeiro para sustentar a gestão do hospital e o cuidado do paciente no processo de enfermagem (E3 – H3).*

*A sistematização da assistência de enfermagem está organizada em cinco passos que nos ajudam no processo de atendimento ao paciente. Esses passos são: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (E4 – H4).*

*Eu entendo que a sistematização é um método organizado em cinco etapas e nós enfermeiros conseguimos agir de acordo com a priorização, delegação, gestão do tempo e contextualização do ambiente do cuidado prestado por nós (E5 – H5).*

Quanto a aplicação do SAE nos hospitais estudados, notou-se que todos os entrevistados seguem as cinco etapas do processo de enfermagem dentro do SAE. Primeiramente, eles afirmaram que buscam informações básicas do paciente e as colocam no prontuário eletrônico. Após realiza o diagnóstico buscando problemas potenciais que exijam a intervenção e controle da enfermagem. Neste ponto, realiza-se os testes físicos, conforme exposto pelos entrevistados.

Com base nos dados gerados nas duas etapas anteriores, realiza o planejamento que é a elaboração das ações que serão necessárias para o paciente e ajuda ao enfermeiro atuar para prevenir, controlar e resolver os problemas de saúde identificados no paciente.

Em seguida, os entrevistados afirmaram que realizam as atividades que foram planejadas, tais como: administração da medicação, cuidados de higiene do paciente, mensura os sinais vitais e entre outros. Todos os entrevistados disseram que todas as atividades, obrigatoriamente, são colocadas no prontuário eletrônico. Por último, os enfermeiros realizam avaliações sistemáticas e contínuas para verificar se há a necessidade de mudanças ou adaptações no tratamento e todas as informações geradas são registradas também no prontuário.

Quando questionados sobre os reflexos do SAE estruturado e implementado nos hospitais que atuam e o impacto no desenvolvimento em saúde na região, os entrevistados evidenciaram que quanto maior a sistematização no processo de enfermagem, melhor será o atendimento ao paciente, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida da população. O Entrevista 5 alega ainda que o SAE contribui para que o hospital de Sorocaba se torne referência em atendimento humanizado e completo.

No que se refere aos benefícios gerados pelo SAE, os enfermeiros entrevistados afirmam que a sistematização contribui para a melhoria da assistência da equipe de enfermagem e direciona e permite a continuidade do cuidado. Também destacaram o auxílio na organização do serviço e facilita a visualização dos resultados alcançados a partir do plano de cuidados elaborado para os pacientes. Os trechos das entrevistas auxiliam na compreensão dos benefícios gerados pelo SAE:

*Contribui porque nosso trabalho ele é pautado na ciência, não é um trabalho à esmo, então a gente consegue efetuar ações planejadas junto com a*



*nossa equipe à qual a gente direciona para dar o que o paciente precisa. (E1 – H1)*

*Porque está tudo registrado, o que a faz e deixa de fazer com o paciente, fica tudo protocolado. (E2 – H2)*

*Porque quando você planeja uma coisa, fica bem mais fácil você visualizar os resultados, bem melhor, se eu não planejo se eu não tenho um norte do que eu estou fazendo, aí eu também não vou poder ver esses resultados, é o que a gente vê quando você planeja a assistência. (E3 – H3)*

*Me facilita a ver a evolução desse paciente, e isso me abre portas pra ver que meios eu uso pra acelerar na recuperação desse paciente. (E4 – H4)*

*De certa forma ela traz mais autonomia para o enfermeiro, porque a gente sabe que dentro do ambiente hospitalar o enfermeiro não tem tanta autonomia, e a partir do momento que a SAE passou a ser cobrada, a gente tem a obrigação de avaliar o paciente para definir diagnóstico, a gente pode dar um norte diferente para o tratamento do paciente. (E5 – H5)*

Quanta às dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem na realização da SAE, os entrevistados apontaram a pouca quantidade de profissionais, o que resulta na sobrecarga de trabalho; falta de tempo para a realização da função em sua plenitude, a alta burocracia do processo e o processo informatizado. Os trechos das entrevistas elucidam as dificuldades:

*A principal dificuldade que eu vejo é a sobrecarga de trabalho. Por vezes, o hospital está lotado e temos que dar atenção especial aos pacientes e não temos tempo para a realização da SAE em sua plenitude. Mas tentamos ao máximo seguir todas as etapas. (E1 – H1)*

*A barreira que eu encontro é porque a gente tá fazendo pelo sistema, que é informatizado, ele facilitou porque é mais prático, a dificuldade é o computador dar problema. (E2 – H2)*

*Nós temos poucos profissionais pra atender muitos pacientes, então fica muito difícil né, para você executar todos os protocolos que é necessário, a equipe fica sobrecarregada. (E3 – H3)*

*O tempo, o tempo assim porque é muita coisa, muita burocracia, as vezes a gente pega esse hospital, e pega mais outra, então são mais de 30 pacientes, e é aquela correria”. (E4 – H4)*

*A parte burocrática termina tomando muito a gente em detrimento da assistência, a gente se bate muito entre a assistência e a burocracia pra que a gente consiga desenvolver todo o nosso processo. (E5 – H5)*

Com base nos dados apresentados, verificou-se que os profissionais de enfermagem entrevistados afirmam que o SAE traz melhorias para a assistência ao paciente à medida que ela organiza o trabalho, facilita a visualização dos resultados obtidos pelo paciente com base no plano de cuidados realizado pelo enfermeiro e confere respaldo e autonomia ao profissional, visto que ele se sente seguro para tomar decisão sobre o tratamento do paciente.

Todavia, a sistematização possui barreiras para seu uso como a sobrecarga de trabalho, a resistência por parte dos profissionais e até mesmo dos próprios enfermeiros, por afirmarem não ter tempo para realizá-la e o sistema informatizado, que exige do profissional conhecimento além do seu campo de atuação.

#### **4.3.4 Análise da Classe Processo de Enfermagem**

A análise do conteúdo das entrevistas, referente ao significado do Processo de Enfermagem, possibilitou elencar elementos referentes ao tópico a partir da percepção dos participantes, que foram analisados para entender as convergências com os conceitos que sustentam a utilização do Processo de Enfermagem no Planejamento do cuidado nos hospitais públicos e privados.

Iniciou-se questionando o que os entrevistados entendiam Processo de Enfermagem. A seguir as falas dos entrevistados trazem as interpretações:

*Na minha percepção, o processo de enfermagem representa uma abordagem ética e humanizada para atender as necessidades de cuidados do meu paciente. (E1 – H1)*

*Implementação das ações de Enfermagem de forma organizada. (E2 – H2)*

*São etapas a serem desenvolvidas durante o processo de trabalho que servem para facilitar e melhorar a prática e a assistência de Enfermagem. (E3 – H3)*

*Organização dos serviços de Enfermagem de forma sistematizada, com prescrição dos cuidados de Enfermagem. (E4 – H4)*

*Processo que ajuda a humanizar o atendimento e melhorar a prestação de serviço. (E5 – H5)*

Quanto à aplicação do PE nos hospitais estudados, observou-se que todos os entrevistados seguem as seguintes etapas: coleta de dados do paciente, diagnóstico e planejamento de enfermagem, implementação e avaliação. Os entrevistados destacam que seguem o mesmo processo do SAE.

Com base nos dados fornecidos pelos entrevistados, percebe-se que, diariamente, a atividade exercida pela equipe de enfermagem é direcionada pelas ações para o foco organizacional no hospital em que atuam, podendo-se inferir a concepção da competência gerencial que compõe o processo de trabalho. Deste modo, os enfermeiros entrevistados veem no PE as ações de planejar, organiza e direcionar a sua prática.

Os entrevistados também alegaram que o PE possibilita a elaboração de uma prescrição de enfermagem com cuidados individualizados, além de viabilizar a melhoria nos registros de enfermagem e a humanização da assistência. Os trechos das entrevistas a seguir trazem uma breve explicação do que foi mencionado:

*A implementação do PE é o momento de os profissionais de enfermagem colocarem em prática as ações listadas na fase do planejamento. (E1 – H1)*

*Implementação das ações de Enfermagem de forma organizada. (E2 – H2)*

*O PE ajuda na redução das complicações que possam surgir durante o tratamento, fazendo com que seja facilitada a adaptação e recuperação do paciente. (E3 – H3)*

*São etapas a serem desenvolvidas durante o processo de trabalho que servem para facilitar e melhorar a prática e a assistência de Enfermagem. (E4 – H4)*

*Organização dos serviços de Enfermagem de forma sistematizada, com prescrição dos cuidados de Enfermagem. (E5 – H5)*

Deste modo, o PE é percebido pelos participantes deste estudo como um instrumento que tem a função de organizar a assistência de enfermagem, remetendo a uma função técnica gerencial das ações de Enfermagem.

Por último, questionou-se sobre os reflexos do PE estruturado e implementado nos hospitais que atuam e o impacto no desenvolvimento em saúde na região, todos os entrevistados afirmaram que ajudaram a organizar o trabalho e contribuiu para um atendimento mais humanizado dos pacientes, contribuindo, assim, para se tornarem referência nas regiões em que estão inseridas.

#### **4.3.5 Análise da Classe Humanização da Saúde**

A análise do conteúdo das entrevistas, referente ao significado da Humanização da Saúde, possibilitou elencar elementos referentes ao tópico a partir da percepção dos participantes, que foram analisados para entender as convergências com os conceitos que sustentam a utilização do Processo de Enfermagem no Planejamento do cuidado nos hospitais públicos e privados.

Como visto anteriormente, a humanização no atendimento da saúde contribuiu, na percepção dos participantes da pesquisa, para a melhoria da qualidade na prestação de serviço dos hospitais estudados. Deste modo, foi questionado sobre a Política Nacional de Humanização se alicerça em três princípios, conforme descrito pelo Ministério da Saúde (2022):

- **Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde:** Refere-se a práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento.
- **Transversalidade:** trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde.
- **Autonomia e protagonismo dos sujeitos:** Têm relação com a corresponsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão.

Diante do exposto, os entrevistados expõem que a humanização da saúde é processo que se deve estar inserido na cultura dos hospitais em que atuam, de forma que fundamenta o respeito e a valorização à pessoa humana, e desenvolve ações de melhoria do atendimento ao paciente e, principalmente, das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem. Os trechos das entrevistas a seguir trazem uma breve explicação do que foi mencionado:

*O diferencial da nossa instituição é a tecnologia e a humanização no atendimento. Esses são os nossos pilares. (E1 – H1)*

*O nosso hospital tem como missão atender a comunidade de forma igualitária e humanizada, por meio de ações sociais e educativas, garantindo a satisfação dos pacientes e funcionários com respeito aos princípios éticos e à qualidade de vida. (E2 – H2).*

*Um dos valores do hospital municipal é a humanização no atendimento, respeitando e valorizando o ser humano. Prestar um serviço de excelência sem preconceitos. (E3 – H3)*

*O Hospital de Volta Redonda é referência na região quanto a qualidade no atendimento, segurança nos processos e humanização no atendimento que, por vezes, é de alta complexidade. (E4 – H4)*

*O nosso propósito aqui no hospital em Sorocaba é cuidar de pessoas com excelência. Para tanto, o atendimento humanizado é primordial para assegurar a qualidade na prestação de serviço. (E5 – H5).*

Neste sentido, o Hospital 5, conforme exposto pelo entrevistado, utiliza de práticas de humanização nos atendimentos dos pacientes no processo de transplante por exemplo de fígado e buscam estreitar vínculos e construir relações de confiança entre profissionais, cuidadores e atendidos, com o apoio de espaços e ações que garantem a qualidade de vida dos pacientes.

Com o intuito de amenizar o sofrimento e desconforto dos pacientes, principalmente com doenças de alta complexidade, dos hospitais estudados, os profissionais de enfermagem e a equipe multiprofissional das instituições prezam pelo acolhimento e assistência individualizada. Na percepção dos entrevistados, isto só é possível devido a implementação do SAE e do PE nas organizações hospitalares.

#### 4.4 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta seção tem o intuito de triangular os dados obtidos na aplicação do questionário aplicado aos profissionais de enfermagem dos cinco hospitais analisados e o roteiro de entrevista aplicado aos gestores de enfermagem dos mesmos hospitais. O intuito da triangulação dos resultados é comparar as percepções da amostra deste estudo no que se refere ao planejamento em saúde, a sistematização da assistência de enfermagem, o processo de enfermagem e humanização da saúde.

A primeira etapa da triangulação foi comparar as percepções dos gestores de enfermagem e dos enfermeiros que participaram da pesquisa dos cinco hospitais estudados sobre a classe planejamento e desenvolvimento em saúde, conforme Quadro 3.

Ao analisar o Quadro 3, verificou-se que os gestores afirmam que para um bom planejamento da saúde nos hospitais nos quais atuam é importante proporcionar a educação continuada. Ficou evidente também na fala dos gestores de enfermagem que o planejamento subsidia o trabalho de toda a equipe de saúde; ajuda a equipe a solucionar os problemas da comunidade; e, é essencial para organizar o processo de enfermagem.

**Quadro 3** - Triangulação da Classe Planejamento e Desenvolvimento em Saúde

<b>Gestores de Enfermagem</b>	<b>Enfermeiros</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsídios o trabalho de toda a equipe de saúde</li> <li>• Planejamento ajuda a equipe a solucionar os problemas da comunidade</li> <li>• Essencial para a organização do processo de enfermagem e o desempenho das atividades de forma eficiente</li> <li>• Planejamento relacionado a educação continuada</li> <li>• Planejamento e Regionalização em Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecem o Regimento de Enfermagem da Instituição (50,2% concordaram)</li> <li>• 65% concordam totalmente com a existência de normas, rotinas e protocolos pré-estabelecidos</li> <li>• 41,9% concordam que a escala pessoal é adequada com o dimensionamento de pessoal e demandas assistenciais.</li> <li>• Diferença entre as percepções entre hospitais públicos e privados, conforme Anova.</li> </ul>

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados quantitativos e qualitativos

Quanto as respostas dos enfermeiros, verificou-se que o planejamento está relacionado com o conhecimento do regimento de enfermagem da instituição na qual trabalham, a existências de normas, rotinas e protocolos pré-estabelecidos e escalas pessoais adequadas com o dimensionamento de pessoal e demandas assistenciais.

O cruzamento nos dados está em consonância com Teixeira (2010) que elucida que o interesse pelo planejamento da saúde e suas ações surgiu em decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população.

Para Albuquerque (2020), a elaboração de um planejamento pela equipe de enfermagem contendo rotinas e protocolos para o enfrentamento do Covid-19 contribuíram significativamente para a melhoria da prestação de serviço em um período de muitas complicações para a área da saúde.

Outro ponto que merece destaque, é que, por meio do Teste da Anova, observou-se que o planejamento da saúde, na percepção dos enfermeiros, é diferente entre os hospitais públicos e privados, pois cada hospital possui um regimento interno próprio e cria normas, rotinas e protocolos adequados para atender o paciente. Este fato pode ser explicado com a fala dos gestores quanto eles enfatizam a importância a importância do planejamento em saúde para atender a demanda da região na qual os hospitais estão inseridos. Como por exemplo, os tratamentos de alta complexidade como transplante de fígado, cirurgias cardiovasculares e entre outras.

Conforme exposto por Graf, Malik e Uehara (2019), as diferenças no planejamento da saúde encontradas em hospitais públicos e privados se dá por causa do capital financeiro e humano que são investidos no processo de planejamento. Os autores enfatizam que, por vezes, os hospitais públicos devido à falta de mão-de-obra

não conseguem realizar os planejamentos de forma adequada e tão pouco olhar para as necessidades da região em que o hospital está inserido.

Com base neste cruzamento, pode-se afirmar que tanto os gestores de enfermagem como os enfermeiros que participaram do estudo estão alinhados no que se refere ao Planejamento da Saúde.

A segunda etapa da triangulação foi comparar as percepções dos gestores de enfermagem e dos enfermeiros sobre a classe sistematização da assistência de enfermagem, conforme Quadro 4. Observou-se que a sistematização da assistência de enfermagem, na visão dos gestores, proporciona melhorias na qualidade do atendimento aos pacientes, ajuda a organizar o processo de enfermagem, organiza o prontuário eletrônico nos cinco passos (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem) e geram benefícios e algumas dificuldades para a equipe de enfermagem, conforme descritas nas análises anteriores.

**Quadro 4** - Triangulação da Classe Sistematização da Assistência de Enfermagem

Gestores de Enfermagem	Enfermeiros
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método de trabalho que proporciona melhorias na qualidade do atendimento ao paciente</li> <li>• Ajuda a organizar o processo de enfermagem e o planejamento da equipe</li> <li>• Está organizada em cinco passos: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem</li> <li>• Todas as informações coletadas nas etapas do SAE são colocadas no prontuário eletrônico</li> <li>• SAE estruturado e implementado nos hospitais impactam positivamente no desenvolvimento em saúde na região, ou seja, melhora o atendimento ao paciente e contribui para a melhoria da qualidade de vida da população</li> <li>• Gera benefícios para a equipe, entretanto, gera também algumas dificuldades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os participantes concordam ou concordam totalmente com as etapas do SAE no processo de planejamento da saúde</li> <li>• 67,5% afirmaram que cada setor tem o modelo de histórico de enfermagem</li> <li>• 67,5% realizam o exame físico apenas na admissão do paciente e 28,1% em momentos distintos.</li> <li>• 97,5% registram todos os procedimentos no prontuário eletrônico e 2,0% no prontuário físico e 0,5% não documentada.</li> </ul>

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados quantitativos e qualitativos

Alinhado com os gestores, notou-se, na triangulação, que os enfermeiros concordam ou concordam totalmente com as etapas da sistematização da assistência de enfermagem; 67,5% alegaram que cada setor possui um modelo de histórico de enfermagem; 67,5% realizam os exames físicos na admissão do paciente e 28,1% em momentos diversos e 97,5% incluem todas as informações coletadas nas etapas da SAE em prontuário eletrônico. Fica claro com os dados que quanto melhor a execução



das etapas da SAE melhor é a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos no processo de atendimento do paciente e isto contribui para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Os dados são suportados com o trabalho desenvolvido por Setz e D'Innocenzo (2009, p. 314) que afirmam ...

[...] a anotação é uma dentre as formas mais importantes de comunicação da enfermagem, levando em conta que tem como finalidades: estabelecer uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado ao ser humano; servir de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; constituir fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; servir para acompanhar a evolução do paciente; constituir documento legal, tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem referente à assistência prestada; contribuir para a auditoria de enfermagem e colaborar para o ensino e pesquisa de enfermagem.

A terceira etapa da triangulação foi comparar as percepções dos gestores de enfermagem e dos enfermeiros sobre a classe processo de enfermagem, conforme Quadro 5.

**Quadro 5** - Triangulação da Classe Processo de Enfermagem

Gestores de Enfermagem	Enfermeiros
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representa uma abordagem ética e humanizada para atender as necessidades de cuidados do paciente</li> <li>• Implementa ações de enfermagem de forma organizada</li> <li>• Ajuda a humanizar o processo</li> <li>• Organiza e sistematiza a rotina da equipe de enfermagem</li> <li>• PE segue as seguintes aplicações: coleta de dados do paciente, diagnóstico e planejamento de enfermagem, implementação e avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 77,3% dos participantes utilizam de dados dos sistemas de informação e indicadores para planejar e avaliar as atividades do PE</li> <li>• 87,7% utilizam de escala de avaliação do paciente, como por exemplo: escala MEWS; escala Glasgow; escala de Braden; risco e queda; escala de Schein; escala de Morse; escala de Ramsay; escala para risco de TEV; escala de Fugulin; escala de nutrição; avaliação do exame físico; escala TISS e escala NIPS</li> <li>• 68% realização o diagnóstico de enfermagem utilizando SLP, tais como: NANDA, NIC, NOC, MCPM, AVP, protocolo do hospital, avaliação após as escalas, nomenclatura padronizada pela ANVISA, comunicação efetiva e diagnóstico de risco</li> <li>• 90,1% realizam o planejamento de enfermagem utilizando SLP.</li> <li>• 66,5% dos respondentes afirmaram que a PE é pautada em alguma teoria, tais como: teoria ambientalista de Florence Nightingale, NIC, NOC, NANDA, SAE, necessidades humanas básicas, taxonomia, teoria do autocuidado, protocolos institucionais, visão holística sobre o cuidado humanizado e humanização na assistência de enfermagem e teoria do autocuidado de Orem.</li> </ul>

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados quantitativos e qualitativos

Verificou-se que o processo de enfermagem na percepção dos gestores de enfermagem representa uma abordagem ética e humanizada para atender as necessidades de cuidados do paciente; implementa ações de enfermagem de forma organizada; ajuda a humanizar o processo; organiza e sistematiza a rotina da equipe de enfermagem e a PE segue as seguintes aplicações: coleta, de dados do paciente, diagnóstico e planejamento de enfermagem, implementação e avaliação. Esta percepção está alinhada com os trabalhos desenvolvidos por Dias (2019), Silva (2021) e Sousa e Silva (2022).

Quando questionados para os enfermeiros sobre o processo de enfermagem, observou-se um complemento do que foi falado pelos gestores, evidenciando a prática da PE. Deste modo, observou-se que 77,3% dos participantes utilizam de dados dos sistemas de informação e indicadores para planejar e avaliar as atividades do PE; 87,7% utilizam de escala de avaliação do paciente, como por exemplo: escala MEWS; escala Glasgow; escala de Braden; risco e queda; escala de Schein; escala de Morse; escala de Ramsay; escala para risco de TEV; escala de Fugulin; escala de nutrição; avaliação do exame físico; escala TISS e escala NIPS; 68% realização o diagnóstico de enfermagem utilizando SLP, tais como: NANDA, NIC, NOC, MCPM, AVP, protocolo do hospital, avaliação após as escalas, nomenclatura padronizada pela ANVISA, comunicação efetiva e diagnóstico de risco; 90,1% realizam o planejamento de enfermagem utilizando SLP; e, 66,5% dos respondentes afirmaram que a PE é pautada em alguma teoria, tais como: teoria ambientalista de Florence Nightingale, NIC, NOC, NANDA, SAE, necessidades humanas básicas, taxonomia, teoria do autocuidado, protocolos institucionais, visão holística sobre o cuidado humanizado e humanização na assistência de enfermagem e teoria do autocuidado de Orem.

Para Rodrigues (2021), a utilização de SLP no processo de enfermagem, conforme descrito pelos enfermeiros, contribuem para a melhoria no atendimento ao paciente e contribui para a organização do trabalho da equipe de saúde.

A quarta e última etapa da triangulação foi comparar as percepções dos gestores de enfermagem e dos enfermeiros sobre a classe humanização da saúde, conforme Quadro 6.

Para os gestores de enfermagem dos cinco hospitais estudados, a humanização da saúde é um processo que deve estar inserido na cultura dos hospitais; valoriza à pessoa humana; gera ações de melhoria do atendimento ao

paciente e condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e reduzem o sofrimento dos pacientes e familiares.

**Quadro 6** - Triangulação da Classe Humanização da Saúde

Gestores de Enfermagem	Enfermeiros
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo que se deve estar inserido na cultura dos hospitais</li> <li>• Valorização à pessoa Humana</li> <li>• Ações de melhoria do atendimento ao paciente e condições de trabalho dos profissionais de enfermagem</li> <li>• Redução de sofrimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 66,5% dos respondentes afirmaram que a PE é pautada em alguma teoria, tais como: teoria ambientalista de Florence Nightingale, NIC, NOC, NANDA, SAE, necessidades humanas básicas, taxonomia, teoria do autocuidado, protocolos institucionais, visão holística sobre o cuidado humanizado e humanização na assistência de enfermagem e teoria do autocuidado de Orem</li> <li>• 77,3% dos participantes utilizam de dados dos sistemas de informação e indicadores para planejar e avaliar as atividades do PE</li> </ul>

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados quantitativos e qualitativos

A prática da humanização inicia-se com um bom processo de enfermagem e coloca em prática o que foi mencionado pelos gestores que participaram da pesquisa. Deste modo, percebe-se com os dados fornecidos pelos enfermeiros que participaram do estudo que 66,5% afirmaram que a PE é pautada em alguma teoria, tais como: teoria ambientalista de Florence Nightingale, NIC, NOC, NANDA, SAE, necessidades humanas básicas, taxonomia, teoria do autocuidado, protocolos institucionais, visão holística sobre o cuidado humanizado e humanização na assistência de enfermagem e teoria do autocuidado de Orem; e 77,3% utilizam de dados dos sistemas de informação e indicadores para planejar e avaliar as atividades do PE.

Ambas as percepções estão relacionadas com as ideias de Silva, Cardoso e Linhares (2020). Os autores realçam que humanização é uma das políticas prioritárias do setor da saúde, atualmente, em implantação no Brasil, uma vez que promover saúde e humanizar a atenção à saúde são eventos de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionados com a forma com que se desenvolvem. Humanizar é uma relação, essencialmente humana, produção do cuidado de saúde.

Os autores evidenciam ainda que o conceito de humanização, de acordo com a Política Humaniza SUS, é que seja uma troca de conhecimentos entre os usuários da rede, os profissionais e, principalmente, a forma de trabalhar em equipe, ou seja, a humanização é uma construção de atitudes, que se encontra em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento assistencial, parte importante para o planejamento da saúde nos hospitais públicos e privados, está entre as principais responsabilidades do enfermeiro (BARROS *et al.*, 2020). Para auxiliar esses profissionais é relevante a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilitando, assim, orientar o enfermeiro na gestão do cuidado dos pacientes.

Barros *et al.* (2022) enfatizam que o Processo de Enfermagem (PE) é um método da SAE e já era defendido por Florence Nightingale. Ela acreditava na necessidade de ensinar os profissionais da área da enfermagem a serem observadores e analíticos, colocando em evidência a importância da coleta e análise de dados para solucionar os casos trabalhados na escola de enfermagem.

Diante do exposto, esta dissertação teve como objetivo geral analisar, em relação ao planejamento em saúde, as potencialidades e fragilidades vivenciadas por enfermeiros, atuantes no contexto hospitalar, de referência regional, público e privado, acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, bem como as estratégias para auxiliar nesse contexto. Esse objetivo foi alcançado por meio dos objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico tem o intuito de identificar as potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos enfermeiros participantes da pesquisa. Esse objetivo foi atingido na seção 4.2 e evidenciou que a maioria dos participantes era do gênero feminino, que trabalhava no hospital 5 localizado em Sorocaba – SP, com tempo de formação acima de 16 anos, com pós-graduação e vínculo empregatício sendo celetista.

Com base nos dados, pode-se dizer que os benefícios são: autonomia sobre a gestão do cuidado; segurança do paciente; avaliação correta do paciente com continuidade do processo de saúde; conduta de bem-estar do paciente; conhecimento da evolução do caso do paciente; aprendizado; excelência no atendimento; padronização e otimização na consulta; informações fidedignas; assistência de qualidade; segurança; sistematização da assistência; melhoria contínua no cuidado de enfermagem; melhorias no setor; assistência segura e individualizada; facilidade na troca de turnos; facilidade na execução dos serviços; modernização no preenchimento dos prontuários de forma eletrônica; padronização no preenchimento

e no atendimento ao paciente; melhor acompanhamento da alta gestão e reconhecimento dos pacientes na melhora dos atendimentos.

Já as fragilidades são: grande demanda dentro das unidades; falta de tempo para o preenchimento; preenchimento com dados faltantes; má administração do pessoal; falta de comprometimento da equipe de enfermagem e equipe médica; profissionais sem conhecimento sobre a importância desse processo; excesso de atribuições do enfermeiro; devido à alta rotatividade de pacientes as vezes não é possível realizar todas as etapas da SAE; sensibilização da equipe técnica e falta de comunicação entre as equipes de enfermagem e médica.

O segundo e terceiro objetivos específicos se alicerçavam na análise do planejamento do desafio em saúde no âmbito da assistência hospitalar e a descrição de como o planejamento em saúde pode contribuir para a SAE e PE e esses objetivos foram atingidos com na seção 4.2 e 4.3 deste trabalho. Observou-se na análise que o principal desafio encontrado pelos profissionais de saúde é organizar as atividades exercidas com o tempo de trabalho. Outro desafio encontrado é a redução da burocracia em torno do planejamento em saúde, principalmente no preenchimento das etapas do SAE e PE nas instituições em que os profissionais exercem sua atividade.

Resumidamente, verificou-se que tanto as percepções dos gestores de enfermagem quanto dos enfermeiros dos cinco hospitais estão alinhadas nas variáveis estudadas, o que fortalece o processo de enfermagem, contribui para a melhoria do atendimento ao paciente e gera resultados positivos não só para o hospital, mas para a região em que está inserido.

Diante do exposto, pode-se concluir que o SAE e PE geram melhorias para a assistência ao paciente à medida que eles organizam o trabalho, facilitam a visualização dos resultados obtidos a partir do plano de cuidados realizado pelo enfermeiro e confere respaldo e autonomia para o profissional, visto que ele se sente seguro para tomar decisões sobre o melhor tratamento ao paciente.

Entretanto, conclui-se também que SAE e PE para o planejamento em saúde nos hospitais estudados causaram barreiras para o uso das ferramentas, tais como: sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem e utilização de sistemas informatizado, que exige do profissional conhecimento além do seu campo de atuação. Deste modo recomenda-se que as instituições estudadas capacitem e atualizem suas equipes, abordando aspectos relevantes referentes à sistematização, a importância e a aplicabilidade.

Pode-se concluir também que a aplicação do SAE e PE contribui para as organizações hospitalares deste estudo alcance a ODS 3 que é assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, além de promover o desenvolvimento da região na qual estão inseridas.

Apesar de constituir uma iniciativa importante para o processo de enfermagem no planejamento do cuidado nos hospitais públicos e privados e para a regionalização da saúde e embora tenha sido atingido o objetivo proposto neste trabalho, a pesquisa realizada apresenta limitações. O fator limitante que merece destaque foi a dificuldade de equalizar as respostas da equipe de enfermagem nos hospitais estudados. Outro fator limitante foi que a participação de apenas um hospital público e um hospital filantrópico frente a três privados.

Para contribuir com o desenvolvimento dos conceitos de processo de enfermagem no planejamento do cuidado e desenvolvimento regional o estudo deixa sugestões para futuras pesquisas, como:

- inclusão de outras percepções de outros hospitais públicas para ampliação das discussões sobre a diferença do SAE e PE nas instituições públicas e privadas; e,
- replicação do estudo em outras regiões que são referência em saúde.

Por fim, pode-se afirmar que os dados contribuíram para a geração de novos conhecimentos para a área estudada e espera-se que este estudo contribua para a reflexão dos profissionais de enfermagem quanto ao uso da SAE e PE como forma de qualificar a assistência por ele prestada.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, N. L. S. Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o plano de contingência nacional. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.
- ALLEBRANDT, S. L.; THESING, N. J.; GESSI, N. L.; NUSKE, M. A.; MUELLER, A. A. A contribuição da saúde nas múltiplas escalas do desenvolvimento regional. **HOLOS**, v. 6, p. 1-15, 2019.
- AZEVEDO, P. F. et al. A cadeia de saúde suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas. **White Paper**, n.1, maio 2016. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.
- BARBOZA, N.A.S.; RÉGO, T.D.M.; BARROS, T. M.R.R.P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v.6, n.11, p.84966-84985, 2020.
- BARROS, A. L. B. L. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. São Paulo: COREN-SP, 2015.
- BELÉM, A. R. S. C. et al. Efeito de um instrumento padronizado na qualidade de registros de enfermeiros: estudo quase-experimental. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-7, 2019.
- BIFFI, P. **Satisfação de enfermeiros com a utilização de um software para registro do processo de enfermagem**. 2021.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 46, n. 1, 2000.
- BITTAR, O. J. N. V. Saúde e cenários em transição. **BEPA**, v. 15, n. 174, p. 1-3, 2018.
- BITTAR, O. N.; MENDES, J. D. V.; MAGALHAES, A. Administração de sistemas e serviços de saúde: competências exigidas na atualidade. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 7, n. 7, p. 30-44, 2011.
- BOUSQUAT, A. et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, São Paulo, n. 128, p. 13-26, março 2021.
- BRANDÃO, C.A.; COSTA, E.J. M.; ALVES, M. A. S. Construindo o espaço supralocal de articulação socioprodutiva e das estratégias de desenvolvimento: os novos arranjos institucionais. In: DINIZ, C.C.; CROCCO, M. (Org.) **Economia Regional e urbana: contribuições teóricas recentes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, p. 33-60, 2006.

BRANDT, G. B; AREOSA, S.V.; RODRIGUES, K. P. Política pública para imigrantes: os desafios no acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) em Lajeado/RS. **Redes**, v. 27, 2022.

BRASIL. **Constituição de 1988**. 17ª ed. Atualizada em 2001. Brasília: Câmara dos Deputados; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto de 13 de março de 2006**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_do\\_SUS\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf) Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 36 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.554, de 28 de outubro de 2011**. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o componente de informatização e telessaúde Brasil Redes na atenção básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13625.html> Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mai. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei n 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jun. 1986, Seção 1, fls. 9.273 a 9.275.

BRASIL, Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 2013, Seção 1, p. 54.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o



funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p.18055.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015.

BUENO, F. T. C.; FARIA, M.; BERMUDEZ, L. A cooperação sul-sul e as redes estruturantes do conselho de saúde da Unasul como instrumentos de desenvolvimento regional. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 8, n. 12, p. 83-100, 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2005-2008, 2006.

BUTCHER, H. et al. Classificação das intervenções de enfermagem – NIC. 7 ed. Rio de Janeiro: Gen/ Guanabara Koogan, 2020.

CABALLERO, Selônia Patrícia Oliveira Sousa. **Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária em saúde: diagnóstico situacional na perspectiva de profissionais de enfermagem**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CARVALHO, C. D. **Qualidade de vida em saúde das mulheres atendidas pelo núcleo ampliado de saúde da família e o profissional de educação física em Imperatriz-MA**. Dissertação de Mestrado (Planejamento e Desenvolvimento Regional), Universidade de Taubaté, 2021.

CARVALHO, C. R. R. et al. Desenvolvimento regional e a distribuição dos serviços públicos de saúde em Goiás por municípios sede/Regional development and the distribution of public health services in Goiás by municipality headquarters. **DRd-Desenvolvimento Regional em debate**, v. 8, n. 1, p. 142-163, 2018.

CAVALCANTE, R. B. et al. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **REUFMS**, Santa Maria, n. 1, v. 3, p. 1-10, 2011.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. **Administração hospitalar: fundamentos**. São Paulo: Cedas, 1997.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 55-69, 2008.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 272 de 27/08/2002.** Diário Oficial da União. Brasília, 27 ago. 2002.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358 de 15/10/2009.** Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 out. 2009, Seção 1, p.179.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017.** Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 06 dez. 2017, Seção 1, p.157.

COLLAR, R.M. et al. Lean Management in Academic Surgery. **J Am Coll Surg.**, v. 215, n. 6, 2012.

CORDEIRO, T. L. R. et al. Prontuário eletrônico como ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem no serviço de urgência/emergência: percepção dos enfermeiros. **Rev Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. 30-41, 2019.

COREN-RJ. Conselho Regional de Enfermagem – Rio de Janeiro. **Programa de apoio à sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e implantação do Processo de Enfermagem (PE) no Estado do Rio de Janeiro.** COREN- RJ, 2021.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática.** 2.ed., São Paulo: COREN-SP, 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W. CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DAL MOLIN, R. S. BOEIRA, S.; BALTAZAR, E. M. **Educação permanente para a qualificação do processo de enfermagem com o uso de terminologia padronizada de enfermagem.** In Inovação, tecnologia e educação em saúde. Gurujá - SP: Científica digital, 2020, p. 206-217.

DAL SASSO, G. T. M. et al. Computerized nursing process: Methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions and outcomes. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 242-9, 2013.

DAROS, R. F. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, 2016.

DEL CURA, M. L. A.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n. 4, p. 21-28, out. 1999.

DIAS, K. C.; SILVA, E. N. Perfil de internação e morbidade hospitalar em transtornos mentais e comportamentais do município de Sorocaba: contribuições da Geografia da Saúde. **Geoconexões online**, v. 1, p. 60-70, 2022.

DIAS, B. D. V. F. **Atuação de profissionais de enfermagem na área de fitoterapia: uma revisão integrativa de literatura**. 2019.

FELISBERTO, M. P.; TAKASHI, M. H. Atuação do enfermeiro na prevenção e cuidado ao paciente com úlcera por pressão na unidade de terapia intensiva. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 11, n. 1, p. 42-47, 2022.

FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.27, n.1, p.69-79, 2018.

FIGUEIREDO, L. As novas teorias do crescimento econômico: contribuições para a política regional. In: DINIZ, C.C.; CROCCO, M. (Org.) **Economia Regional e urbana: contribuições teóricas recentes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, p. 33-60, 2006.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS-2**. Bookman Editora, 2009.

FISCHBORN, A. F. Saúde e desenvolvimento: uma análise a partir do conceito de desenvolvimento de Amartya Sen. **DRd-Desenvolvimento Regional em debate**, v. 5, n. 1, p. 201-210, 2015.

FIROOZMAND, L. A. T.; COSTA, S. M. F. Espaço regional e centralidade urbana: uma discussão sobre os meios de hospedagem a partir do período sanatorial na cidade de São José dos Campos–SP. **Revista Hospitalidade**, v. 18, n. 01, p. 1-26, 2021.

FONTES, I. M. V. et al. Percepção dos enfermeiros acerca da aplicabilidade do processo de enfermagem. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 7, n. 2, p.110-120, 2022.

FREEMAN, R.; MORAN, M. A saúde na Europa. In: **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. 2002. p. 45-64.

GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para Prática da Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

GADELHA, C. A.G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S214-S226, 2007.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e desenvolvimento. **Informe CEIS**, v. 2, p. 1-13, 2011.

GENGO R. C. S. et al. Linkages of nursing diagnoses, outcomes, and interventions performed by nurses caring for medical and surgical patients using a decision support system. **Int J Nurs Knowl**, v. 29, n.4, p.269-75, 2018.

GODOI, S. **Política Pública de Saúde e Gestão Territorial: Um Estudo de Caso no Brasil**. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra, 2020.

GONÇALVES, E. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.

GRAF, R. R.; MALIK, A. M.; UEHARA, K. M. U. M. Planejamento em organizações de saúde—uma análise da aplicação de métodos de planejamento em quatro hospitais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 3, p. 313-325, 2019.

GUTIERRES, L. S. et al. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, suppl 6, p. 2775-82, 2018.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES C. T. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda-I**. 12 ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf.**, v. 5, n. 1, p. 7-15, 1974.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

HULLEY, S. B. et al. **Delineamento a pesquisa clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: Manual do Recenseador. CD 1.09. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JOHNSON, D.E. **The behavioral system model for nursing**. In Riehl JP, Roy C, editors. *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts; p.206-216, 1970.

KAMIMURA, Q. P.; OLIVEIRA, E.A.A.Q. Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores. **G&DR**, Taubaté, v. 9, n. 2, p. 280-300, 2013.

KAMIMURA, Q. P. et al. Análise do processo de regionalização do setor saúde: reconstrução do processo histórico de duas regiões de saúde. **Latin American Journal of Business Management**, v. 6, n. 1, 2015.

KAMIMURA, Q. P.; REZENDE, G. V.; OLIVEIRA, A. L. Qualidade de vida em mulheres que participam das ações de promoção à saúde no NASF do município de Goiatuba/GO. In: Ramón Missias-Moreira; Zenilda Nogueira Sales; Lílian Cristina Gomes do Nascimento; Olga Souza Valentim (organizadores). **Qualidade de vida e**

**condições de vida e condições de saúde de diversas populações.** Curitiba: CRV, 2017.

KAMIMURA, Q. P.; OLIVEIRA, A. L.; OLIVEIRA, E.A.A.Q. **Saúde em diferentes contextos.** Taubaté: EdUnitau, 2019.

LEVINE, M. E. **Introduction to clinical nursing.** 2 ed. Filadelfia: FA Davis, 1973.

LIMA, A. P. S.; CHIANCA, T. C. M.; TANNURE, M. C. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 234-41, 2015.

LIMA, G. P. S. N. Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um serviço de diagnóstico por imagem. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 5, p. 20898-20906, 2022.

LOPES, M. H. B. M.; DELL'ACQUA, M. C. Q. **Raciocínio clínico.** In: Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP, 2015. p. 24-34.

MAGALHÃES, A.L.P. Pensamento Lean na saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2734, 2016.

MANZOTTI, C.; BARTH, E.; LUZARDO, A. R. POLITICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL: uma articulação teórico conceitual. **Simpósio da Pós-Graduação do Sul do Brasil**, v. 1, n. 1, 2021.

MATSUDA, L. M. et al. Percepção de enfermeiros sobre o uso do computador no trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 949-56, 2014.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B.C.; LIRA, A. L. B. C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 518-24, 2015.

MEDEIROS, E. A. S. Desafios para o enfrentamento da pandemia Covid-19 em hospitais universitários. **Rev Paul Pediatr.**, v. 38, e2020086, 2020.

MENDES, E.V. **As redes de atenção a saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba**,v.16,n.1,p.35-39,2014.

MENDONÇA, Larissa Bento de Araujo. **Processo de enfermagem: aplicação em hospitais de Fortaleza-Ce.** Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Ceará, 2013.

MENEZES, J. M. S.T. **Contribuição do Serviço Social na integralidade do cuidado em saúde a partir do contexto hospitalar:** o acesso aos direitos sociais dos pacientes neurocirúrgicos. 2021.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Editora Melhoramentos Ltda, 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. 2023. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 31 mar. 2023.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem – NOC**. 6 ed. Rio de Janeiro: Gen/ Guanabara Koogan, 2020.

MOREIRA, R. F. et al., Processo de enfermagem no ambiente hospitalar: potencialidades, fragilidades e estratégias vivenciadas por enfermeiros. **RECOM**, v. 11, n. 430, p. 4-12, 2021.

MORAES, L. B. et al. Implicações para o processo de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Perspectivas Online Ciências Biológicas e da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 19, p. 35-52, 2015.

MOZACHI, N.; SOUZA, V.H.L. **O Hospital - Manual do Ambiente Hospitalar**. 4. ed. São Paulo: Direção Cultural, 2017.

NOMURA, A. T. G.; SILVA, M. B.; ALMEIDA, M. A. Quality of nursing documentation before and after the Hospital Accreditation in a university hospital. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 24, e2813, p. 1-9, 2016.

NUSKE, M. A. et al. A saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar crítico acerca da contribuição da saúde nas múltiplas escalas do desenvolvimento regional. **REDES- Revista do Desenvolvimento Regional**, Anais do VIII Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional, 2017.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan./mar. 2015.

OLIVEIRA, F. As contradições da globalização, nação, região e metropolização. In: DINIZ, C.C.; CROCCO, M. (Org.) **Economia Regional e urbana: contribuições teóricas recentes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, p. 33-60, 2006.

OLIVEIRA, V.L. et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Invest Educ Enferm**, v.25, n. 2, p. 108-15, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Genebra: OMS, 1986.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **O relatório mundial da saúde 2000: sistemas de saúde, melhorando atuação**. Genebra: OMS, 2000.

OREM, D.E. **Nursing concepts of practice**. 2 ed. New York: McGraw-Hill, 1980.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Health Indicators. Conceptual and operational considerations**. Washington, D.C.: PAHO, 2018.

PAULA, M. L.; JORGE, M.S.B; MORAIS, J. B. O processo de produção científica e as dificuldades para utilização de resultados de pesquisas pelos profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

PEDUZZI, M. E, Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, G. N. et al. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. **Enferm Foco**, v.8, n. 2, p.21-5, 2017.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, C.; BARBOSA, L.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 87-124, set. 2016.

RIBEIRO, G. C. **Diagnóstico situacional da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade básica de saúde de Campinas-SP**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

RIBEIRO, G. C.; PEREIRA, E. G.; PADOVEZE, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem na APS no contexto brasileiro. **Tecnologias de sistematização da assistência de enfermagem a famílias na atenção primária à saúde**, 2020.

RODRIGUES, A. C. **A implementação do Protocolo de Manchester no GHC: uma análise das modificações nos processos de trabalho, no atendimento e no comportamento organizacional**. 2021.

ROGERS, M. E. **An introduction to the theoretical bases of nursing**. Filadelfia: FA Davis; 1970. 144 p.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, p. 313-317, 2009.

SILVA, M. C. et al. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no ambiente hospitalar. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 6, p.33293-306, 2020.

SILVA, T. G. et al. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 1, p. 24-7, 2016.

SILVA, M. P. M. **Modelo de cuidado de enfermagem ambulatorial para autogestão do indivíduo em pós tardio de angioplastia coronária transluminal percutânea**. 2021.

SOARES M. I. et al. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p.47-53, 2015.

SOARES, S. P. **O Estado e as Relações Internacionais: O Complexo Econômico-Industrial da Saúde na relação de influência mútua entre as agendas interna e externa do Brasil**. Tese de Doutorado, Fiocruz, 2012.

SOUZA, J. S. et al. Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 46-57, 2018.

SOUSA, P. A. F.; SASSO, G. T. M.; BARRA, D. C. C. Contributions of the electronic health records to the safety of intensive care unit patients: an integrative review. **Text Context Nurs**, v. 21, n. 4, p. 971-9, 2012.

SOUSA, F. G. M.; SILVA, A. C. O. **Cuidado de enfermagem em ambiente hospitalar: recursos éticos, gerenciais e assistenciais**. Editora CRV, 2022.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. (org.) **Inovação e Gestão**. A Organização Social no Setor da Saúde. 2019.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. 2010.

VALENTIM, R. A. M. et al. A relevância de um ecossistema tecnológico no enfrentamento à Covid-19 no Sistema Único de Saúde: o caso do Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2035-2052, 2021.

VECINA, N. G.; MALIK, A.M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 1765-1777, 2007.

VORPAGEL, K. M.; SCHEIN, J. L.; SANGOI, K. C. M. Avaliação da dor no paciente internado em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. In: **Congresso Internacional em Saúde**. 2021.



WIGGERS, E.; DONOSO, M. T.V. Discorrendo sobre os períodos pré e pós Florence Nightingale: a enfermagem e sua historicidade. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p. 58-61, 2020.

ZASLAVSKY, R.; GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3981-3986, 2017.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ONLINE  
FORMULÁRIO GOOGLE FORMS**

**CARACTERIZAÇÃO**

Hospital:

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Tempo de formação em anos:

Possui pós-graduação:

Tempo na instituição:

Setor que trabalha:

Vínculo empregatício: ( ) celetista ( ) estatutário ( ) outro

Possui outro emprego: ( ) sim ( ) não

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA REALIZAÇÃO DAS ETAPAS DA SAE E PE**

**1. Você conhece o regimento de enfermagem da instituição?**

- ( ) Discordo totalmente
- ( ) Discordo parcialmente
- ( ) Nem discordo e nem concordo
- ( ) Concordo
- ( ) Concordo totalmente

**2. No seu setor de trabalho existem normas, rotinas e protocolos pré-estabelecidos?**

- ( ) Discordo totalmente
- ( ) Discordo parcialmente
- ( ) Nem discordo e nem concordo
- ( ) Concordo
- ( ) Concordo totalmente

**3. A escala de pessoal é adequada com o dimensionamento de pessoal e demandas assistenciais?**

- ( ) Discordo totalmente
- ( ) Discordo parcialmente
- ( ) Nem discordo e nem concordo
- ( ) Concordo
- ( ) Concordo totalmente

**4. Quanto ao PE: realiza a etapa da coleta de dados?**

- ( ) Discordo totalmente
- ( ) Discordo parcialmente
- ( ) Nem discordo e nem concordo
- ( ) Concordo

Concordo totalmente

**4.1 Quais são as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem?**

---

---

---

**5. Na etapa de coleta de dados, há realização do Histórico de enfermagem?**

- Cada setor tem o seu modelo  
 Possui um modelo padrão para todas as unidades  
 Não tem um modelo de histórico de enfermagem

**6. Na etapa de coleta de dados, há realização do Exame Físico?**

- Em momentos distintos na internação do paciente  
 Apenas na admissão do paciente  
 Não realiza exame físico

**7. Realiza etapa de diagnóstico de enfermagem?**

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo e nem concordo  
 Concordo  
 Concordo totalmente

**8. Os diagnósticos de enfermagem são renovados a cada 24 horas?**

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo e nem concordo  
 Concordo  
 Concordo totalmente

**9. Realiza etapa de planejamento de enfermagem?**

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo e nem concordo  
 Concordo  
 Concordo totalmente

**10. Realiza etapa de implementação?**

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo e nem concordo  
 Concordo  
 Concordo totalmente

**11. As prescrições de enfermagem são registradas em prontuário?**

- Sim, com aprazamento e checagem  
 Sim, mas sem aprazamento e checagem  
 Não

**12. Realiza etapa de avaliação de enfermagem?**

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo e nem concordo  
 Concordo  
 Concordo totalmente

**13. Registram a avaliação de enfermagem em prontuário?**

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo e nem concordo  
 Concordo  
 Concordo totalmente

**14. O que você elenca como benefícios?**

---

---

**15. O que você elenca como fragilidades?**

---

---

**UTILIZAÇÃO DE DADOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, INDICADORES DE SAÚDE E ESCALAS PARA A APLICABILIDADE DO PE**

**16. Utiliza dados dos sistemas de informação e/ou indicadores para planejar e avaliar as atividades?**

- Sim, para planejar e avaliar  
 Sim, para alguma necessidade pontual  
 Não utilizo

**17. Utiliza escalas de avaliação dos pacientes na unidade/setor?**

- Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não

**UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADA (SLP) E TEORIAS  
DE ENFERMAGEM NA APLICABILIDADE DO PE**

**18. Realiza Diagnóstico de Enfermagem - Utiliza SLP (Sistema de Linguagem Padronizada)?**

- Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não

**19. Realiza Planejamento de Enfermagem - O PE é pautado em alguma teoria de enfermagem?**

- Sim  
 Não

**20. Realiza Planejamento de Enfermagem - Utiliza algum dos SLP?**

- Sim  
 Não

**21. Realiza a etapa de Implementação – Utiliza algum dos SLP?**

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo e nem concordo  
 Concordo  
 Concordo totalmente

**22. Participa de atendimentos multiprofissionais no seu ambiente de trabalho?**

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo e nem concordo  
 Concordo  
 Concordo totalmente

**23. Realiza Avaliação de Enfermagem - O PE é pautado em alguma teoria de enfermagem?**

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo e nem concordo  
 Concordo  
 Concordo totalmente

**24. Utiliza as informações dos sistemas de informação e/ou indicadores para planejar e avaliar suas ações e as ações da equipe?**

- Sim, para planejar e avaliar  
 Sim, para alguma necessidade pontual  
 Não utilizo

**FORMA DE DOCUMENTAÇÃO, TEORIA DE ENFERMAGEM E SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADA UTILIZADOS PARA APLICAÇÃO DO PE**

**25. O PE é pautado em alguma teoria?**

- Sim Qual? \_\_\_\_\_
- Não
- Não sei responder

**26. O PE é documentado?**

- Em prontuário físico (em papel)
- Em prontuário eletrônico
- Não é documentado

**27. Utiliza SLP /taxonomia para a realização do PE?**

- Sim
- Não
- Não, porque desconheço os SLP/taxonomia

**28. SLP / taxonomia utilizados para a realização do PE?**

- NANDA – I, NIC e NOC
- Apenas NANDA – I
- NANDA – I e NIC
- NANDA – I e NOC

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdQ3jI2jz73oX8zxdLb5YWIqVVsgPeLtrKcv\\_j6BVF6ciz4Q/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdQ3jI2jz73oX8zxdLb5YWIqVVsgPeLtrKcv_j6BVF6ciz4Q/viewform?usp=sf_link)

## APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### CARACTERIZAÇÃO

Hospital: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) masculino ( ) feminino ( ) outro  
 Qual o cargo na gestão: \_\_\_\_\_  
 Tempo de formação em anos: \_\_\_\_\_  
 Possui pós graduação: \_\_\_\_\_  
 Tempo na instituição: \_\_\_\_\_  
 Setor que trabalha: \_\_\_\_\_  
 Vínculo empregatício: ( ) celetista ( ) estatutário ( ) outro  
 Possui outro emprego: ( ) sim ( ) não

### PERGUNTAS NORTEADAS PARA A ENTREVISTA

1. Em relação ao desenvolvimento em saúde, qual a característica do Hospital? (Público, Privado ou filantrópico)?
2. Qual o perfil epidemiológico, principais comorbidades, mais atendidas na instituição? Na sua percepção, qual a influência do território e planejamento em saúde da sua região?
3. Diante do planejamento e regionalização em saúde, o hospital é referência na região para alguma situação específica? Ou determinado tipo de procedimento/exame? Quais são os principais?
3. Qual a importância do hospital para o município e a região?
4. O hospital participa de reuniões sobre planejamento em saúde no município e região? E do conselho de saúde?
5. Como é o financiamento dos equipamentos e ampliação de infraestrutura do hospital?
6. O que você entende por Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE) em relação ao planejamento em saúde e sua repercussão no cuidado?
- 6.1 – E em relação à política nacional de humanização?
7. Como a SAE e o PE são aplicados na sua instituição?



8. Desde quando a SAE e o PE existem na instituição?
9. na sua percepção, O que a enfermagem pensa sobre o processo de saúde?
10. A SAE e o PE implicam no processo de saúde? Como?
11. Quais os reflexos do SAE e PE estruturados e implementados, para o desenvolvimento em saúde na sua região?
12. O que você elenca como benefícios?
13. Como eles impactam na assistência ao paciente?
14. O que você considera como estratégia de melhorias para a SAE e PE na sua instituição?
15. O que você indicaria para os hospitais que vão iniciar os seus processos de implementação da SAE e PE?
16. Você gostaria de fazer algum comentário ou falar algo que julgue pertinente e não contemplou as perguntas anteriores?

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “**A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS, DE REFERÊNCIA REGIONAL**” sob a responsabilidade da pesquisadora “**Maria de Fátima Campos da Silva**”. Nesta pesquisa pretende-se “Identificar as potencialidades e fragilidades vivenciadas por enfermeiros, atuantes no contexto hospitalar, acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, bem como as estratégias para auxiliar nesse contexto.” por meio “de uma pesquisa qualitativa e quantitativa sendo a coleta de dados realizada por meio de entrevista semiestruturada e questionários.

Ao participar da pesquisa a empresa e seus colaboradores não terão nenhum risco. Os benefícios consistem em “contribuir para conscientizar os gestores e enfermeiros das organizações hospitalares sobre a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem/Processo de Enfermagem e seus benefícios, que se traduz na melhoria da assistência prestada ao paciente, podendo assim se transformar em vantagem competitiva agregando valor para a organização. Os riscos decorrentes da participação da organização hospitalar e de seus colaboradores são mínimos, caso algum participante sinta-se desconfortável para responder alguma pergunta seja na entrevista ou questionários, o mesmo não será obrigado a fazê-lo e dessa forma a pesquisa não será prejudicada e nem o participante”. Caso haja algum dano ao participante será garantido aos mesmos procedimentos que visem à reparação e o direito a buscar indenização.

Ao assinar o presente o termo, o Sr.(a) autoriza o tratamento de seus dados pessoais para atender as finalidades da pesquisa, em conformidade com as disposições da Lei 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) receberá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para se recusar a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma fase da pesquisa e nem em publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a). Para qualquer outra informação o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (24) 99834.4006 (inclusive ligações a cobrar), e-mail [fafy.16@hotmail.com](mailto:fafy.16@hotmail.com). Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa –

CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – Centro – Taubaté, telefone (12) 3624-1657, e-mail: [cep.unitau@unitau.br](mailto:cep.unitau@unitau.br).

A pesquisadora responsável declara que a pesquisa segue a Resolução CNS 510/2016.

Maria de Fátima Campos da Silva

#### Consentimento pós-informação

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS, DE REFERÊNCIA REGIONAL”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações sobre a pesquisa e me retirar da mesma sem prejuízo ou penalidade.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Rubrica do pesquisador

**ANEXOS**

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNITAU - UNIVERSIDADE DE  
TAUBATÉ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Percepção do Enfermeiro quanto a Utilização do Processo de Enfermagem no Planejamento do Cuidado nos Hospitais Públicos e Privados.

**Pesquisador:** MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 59469022,8,0000,5501

**Instituição Proponente:** Universidade de Taubaté Departamento de Odontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5,463,087

#### Apresentação do Projeto:

Trabalho bem elaborado e apresentado dentro das normas institucionais

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar, em relação ao planejamento em saúde, as potencialidades e fragilidades vivenciadas por enfermeiros, atuantes no contexto hospitalar, acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, bem como as estratégias para auxiliar nesse contexto.

Objetivo Secundário:

- Apresentar caracterização sociodemográfica dos profissionais enfermeiros participantes da pesquisa;
- Identificar fragilidades e benefícios no cuidado dos pacientes com o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem;
- Identificar os desafios do planejamento em saúde, especificamente da equipe de enfermagem, no âmbito da assistência hospitalar loco-regional.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210

**Bairro:** Centro

**CEP:** 12.020-040

**UF:** SP

**Município:** TAUBATE

**Telefone:** (12)3622-4005

**Fax:** (12)3635-1233

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



Continuação do Parecer: 5,463,087

Será aplicada entrevista com roteiro estruturado, pode ocorrer do entrevistado não se sentir confortável em responder as perguntas. Será colocado aos entrevistados que eles são livres para optar em responder ou não as entrevistas sem causar qualquer tipo de constrangimento

**Benefícios:**

A pesquisa buscar entender os benefícios agregados pela Sistematização da Assistência de Enfermagem - Processo de Enfermagem nos cuidados assistenciais prestados aos pacientes dos hospitais escolhidos para a pesquisa

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bem delineada e com importante apelo regional.

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

Em ordem

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 10/06/2022, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1932542.pdf	08/06/2022 18:26:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/06/2022 18:25:31	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Fatima_Prof_Quesia.docx	08/06/2022 18:23:27	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/06/2022 18:22:47	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210  
**Bairro:** Centro **CEP:** 12.020-040  
**UF:** SP **Município:** TAUBATE  
**Telefone:** (12)3622-4005 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep.unitau@unitau.br



Continuação do Parecer: 5.463,087

Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	08/06/2022 10:36:08	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Comp.pdf	07/06/2022 19:44:18	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CT_SCASASJC.pdf	07/06/2022 19:08:12	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CT_HUVREDONDA.pdf	07/06/2022 19:08:01	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CT_HURESENDE.pdf	07/06/2022 19:07:44	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CT_HSOROCABA.pdf	07/06/2022 19:07:31	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CT_HMSJC.pdf	07/06/2022 19:07:13	MARIA DE FATIMA CAMPOS DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TAUBATE, 10 de Junho de 2022

---

**Assinado por:**  
**Wendry Maria Paixão Pereira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210  
**Bairro:** Centro **CEP:** 12.020-040  
**UF:** SP **Município:** TAUBATE  
**Telefone:** (12)3622-4005 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep.unitau@unitau.br