

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA COMO FENÓMENO INTERACTIVO Y MULTIDIMENSIONAL

Dirce Stein Backes¹

Magda Santos Koerich²

Keyla Cristiane do Nascimento³

Alacoque Lorenzini Erdmann⁴

La presente investigación buscó comprender el significado de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) para los profesionales del equipo multiprofesional bajo la perspectiva de las relaciones, interacciones y asociaciones del pensamiento complejo. Se trata de un estudio cualitativo, que tiene como marco metodológico la Teoría Fundamentada en los Datos (Grounded Theory). Los datos fueron obtenidos por medio de entrevistas con tres grupos de muestra, sumando quince profesionales del equipo multiprofesional de la salud pertenecientes a diferentes instituciones. La codificación y el análisis simultáneo de los datos posibilitaron la identificación del tema central: Vislumbrando sistematizar la asistencia de enfermería como fenómeno de interacción y multidimensional y el respectivo modelo de referencia. La SAE apunta más allá de la interactividad y complementariedad profesional, la importancia del diálogo y la circulación entre la academia, las prácticas de salud y los órganos legisladores a partir de nuevas referencias para la organización de las prácticas en salud.

DESCRIPTORES: enfermería; procesos de enfermería; grupos de atención al paciente

NURSING CARE SYSTEMATIZATION AS A MULTIDIMENSIONAL AND INTERACTIVE PHENOMENON

This study aimed to understand the meaning of Nursing Care Systematization (NCS) for multiprofessional health team professionals based on the relationships, interactions and associations of Complex thought. This qualitative study uses Grounded Theory as a methodological reference framework. Data were obtained through interviews with three sample groups, totaling 15 professionals from different institutions. Simultaneous data codification and analysis identified the central theme: "Glimpsing nursing care systematization as an interactive and multidimensional phenomenon" and the respective reference model. NCS appoints, in addition to interactivity and professional complementarity, the importance of dialog and connection between the academy, health practices and regulatory offices, based on new reference frameworks for the organization of health practices.

DESCRIPTORS: nursing; nursing process; patient care team

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO FENÔMENO INTERATIVO E MULTIDIMENSIONAL

A presente investigação buscou compreender o significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para os profissionais da equipe multiprofissional à luz das relações, interações e associações do pensamento complexo. Trata-se de estudo qualitativo, tendo como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory). Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com três grupos amostrais, somando quinze profissionais da equipe multiprofissional da saúde pertencentes a diferentes instituições. A codificação e a análise simultânea dos dados possibilitaram a identificação do tema central: Vislumbrando a sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interacional e multidimensional e o respectivo modelo de referência. A SAE aponta, para além da interatividade e complementariedade profissional, a importância da dialogicidade e circularidade entre a academia, as práticas de saúde e os órgãos legisladores a partir de novos referenciais para a organização das práticas em saúde.

DESCRITORES: enfermagem; processos de enfermagem; equipe de assistência ao paciente

INTRODUCCIÓN

Frente al creciente avance de las ciencias y de la tecnología surgen cuestionamientos frecuentes como: ¿de que forma y en que la revolución científica ha contribuido para mejorar las prácticas en el área de la salud? Si por un lado la misma ha traído grandes beneficios para los diferentes campos de actuación, por otro, ha contribuido para la disociación de los conocimientos y, consecuentemente, para la fragmentación de la asistencia.

Los avances y los descubrimientos necesitan, bajo este enfoque, ser cuestionados y confrontados con nuevas posibilidades epistemológicas, capaces de cuestionar y reorientar el raciocinio disciplinar en una perspectiva multidimensional⁽¹⁾.

Es necesario admitir, por lo tanto, que grandes avances en el área de la enfermería resultaron en la implementación del proceso de enfermería, expresión propuesta por primera vez en 1961, como una actividad relacionada a la organización y planificación del cuidado al ser humano de forma integral⁽²⁾. Fundamentado en la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas, el proceso de enfermería consistió en un conjunto de etapas sistematizadas e interrelacionadas, orientadas para la organización y planificación del cuidado al ser humano. En ese abordaje predominó, la visión del cuidado de enfermería como un fin en si mismo, siendo poco considerada la vivencia y expectativas del paciente, así como las interacciones con los demás profesionales de la salud⁽³⁾.

En este contexto, el proceso de enfermería emergió para asegurar y garantizar la autonomía profesional a través de la sistematización de las acciones de enfermería⁽⁴⁾. A partir de esas concepciones iniciales, el proceso se llenó de nuevos significados y expresiones, pasando a ser denominado - Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) adaptado, en la mayoría de las realidades, a la clasificación Norte Americana de Enfermería⁽⁵⁻⁶⁾.

Con la aprobación de la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería, que estableció como atribución privativa del enfermero la prescripción de enfermería⁽⁷⁾, el proceso de asistencia pasó a ser una preocupación para los profesionales brasileños. En este contexto, la SAE ha sido objeto de diversos estudios, tanto en la formación como en los servicios de salud, con la finalidad de calificar el conocimiento

científico de los cuidados en enfermería, asegurar la asistencia individualizada y garantizar la autonomía profesional⁽⁸⁻¹¹⁾.

Los autores del pensamiento complejo critican, los modelos metodológicos seguros y ordenados y que tiene como consecuencia la inflexibilidad de los conocimientos⁽¹²⁻¹⁴⁾. Mencionan que los métodos tradicionales inflexibles y lineales desintegran la complejidad de lo real, mutilan y tratan de manera unidimensional al ser humano y a los fenómenos sociales.

Dentro de esa perspectiva, es urgente la búsqueda de referencias más dinámicas, cooperacionales e interdisciplinarias. Procesos capaces de valorizar la multidimensionalidad del ser humano, además de integrar los diferentes conocimientos disciplinares. Una asistencia, por lo tanto, pautada en los principios de la complejidad, capaz de proporcionar interacciones más efectivas entre los profesionales del equipo de salud y de ofrecer condiciones de participación de los usuarios.

El pensamiento complejo posibilita el desarrollo de inspecciones más críticas y creativas sobre la realidad, o sea, sobre las prácticas en las cuales se establecen las interacciones y asociaciones de cuidado. De otro modo, el pensamiento complejo estimula la destrucción de estándares culturales objetivos y la construcción de estrategias epistemológicas y prácticas interdisciplinarias reflexivas y críticas⁽¹⁵⁾.

Como integrantes del Grupo de Estudios e Investigaciones en Administración de Enfermería y Salud (GEPADES), hemos buscado en las investigaciones profundizar el pensamiento complejo, así se nos presenta el siguiente cuestionamiento: ¿cuál es el significado de la SAE para el equipo multiprofesional de la salud?

En la expectativa de explorar nuevos ángulos de visión por medio de la complejidad y de la interdisciplinaridad, el presente estudio tuvo por objetivo comprender el significado de la SAE para los profesionales del equipo multiprofesional de la salud en la perspectiva del pensamiento complejo.

METODOLOGÍA

Entre las varias metodologías cualitativas, la opción para este estudio fue por la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD), también llamada Grounded Theory, con el propósito de comprender el

significado de los fenómenos a partir de los datos y de la acción.

Se trata de una metodología originalmente desarrollada por Glaser y Straus, sociólogos americanos, que intentaron construir una teoría basada en los datos a partir de la exploración del fenómeno en la realidad en que el mismo actúa, de modo que la construcción teórica explica la acción en el contexto social⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

La TFD es un método de investigación cualitativo e inductivo que tiene como objetivo generar nuevos conocimientos a partir de los datos investigados, analizados y comparados de manera sistemática y concomitante. El conocimiento es construido en base a la interacción social y a la comprensión de la actividad de la acción humana en los diferentes espacios. Los procedimientos utilizados tienen como objetivo identificar, desarrollar y relacionar los datos simultáneamente, para que haya relevancia teórica y metodológica comprobada⁽¹⁸⁾.

La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas con duración de 40 minutos como promedio, en dos instituciones de salud, localizadas en la ciudad de Florianópolis, SC. Las entrevistas respondieron a las siguientes interrogantes: ¿Qué significa para usted la Sistematización de la Asistencia de Enfermería? y ¿Cómo viene ocurriendo su aplicación en la práctica de salud?

Las entrevistas fueron realizadas en tres grupos conforme prevé el método de investigación. El primer grupo fue compuesto por diez profesionales, integrantes del equipo multiprofesional de la salud, que actúan en la unidad de clínica médica y quirúrgica. Los participantes, seleccionados por indicación del superior inmediato de enfermería, fueron consultados acerca de la disponibilidad y posibilidad de participar de la investigación.

El segundo grupo fue compuesto por las directoras del Servicio de Enfermería, de las referidas instituciones de salud, teniendo en consideración las hipótesis resultantes del primer grupo, que apuntaron para perspectivas divergentes y poco esclarecedoras en relación al objeto del estudio. La cuestión orientadora fue la misma, pero con un nivel de profundidad mayor a fin de comprender la filosofía, los marcos teóricos y la forma como la SAE viene siendo trabajada en sus procesos de relación, interactivos y asociativos en la práctica de esas instituciones.

Uno de los participantes del segundo grupo se refiere, con frecuencia, al Consejo Regional de Enfermería (COREN), órgano fiscalizador de la enfermería, mencionando que este parece no tener la debida claridad y entendimiento de lo que realmente sea la SAE. De ese modo, se consideró importante buscar la comprensión del significado de la SAE para los profesionales que actúan en el COREN. Así, fueron entrevistadas dos profesionales que trabajan directamente en la fiscalización de los servicios de enfermería, con la cuestión orientadora: ¿Qué significa la SAE para usted? y, también, ¿Cómo la SAE viene siendo aplicada y fiscalizada en las instituciones de salud?

Para la muestra teórica, se buscó recolectar datos que pudiesen subsidiar la construcción teórica, de forma que, al recolectar, codificar y analizarlos, proceso este que ocurrió simultáneamente, se obtuviese la saturación teórica, obtenida con quince entrevistas, realizadas en el período de noviembre de 2006 a mayo de 2007.

En cada entrevista, los datos fueron transcritos y realizada una revisión minuciosa del texto. En la secuencia, se inició la identificación de las unidades conceptuales. Los datos fueron codificados línea por línea, comparados entre ellos y designados en categorías. En la etapa siguiente, las investigadoras escogieron una categoría de codificación abierta - primera etapa de la codificación - y la colocaron como tema central, comparándola con las demás categorías. En la fase siguiente, también llamada de codificación axial, los datos fueron agrupados en nuevas formas, buscando expandir y compactar la teoría emergente a partir de las conexiones teóricas. En esa fase, se buscó revelar el contenido teórico de la SAE, a partir del contexto causal, de las intervenciones, de las consecuencias y de las estrategias, tratando de captar al máximo las relaciones e interacciones subyacentes en los datos. Con el análisis y la reducción subsiguiente de las categorías, los conocimientos teóricos fueron delimitados y el tema central fue alcanzado⁽¹⁷⁾.

El proyecto siguió las recomendaciones de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que incorpora, bajo la óptica del individuo y de las colectividades, los cuatro marcos teóricos básicos de la bioética: la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia, entre otros, además de asegurar los derechos y deberes que se refieren a la comunidad científica, a los sujetos de la investigación

y al Estado⁽¹⁹⁾. De ese modo, la obtención del consentimiento de los participantes se dio a través de la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. El proyecto recibió parecer favorable del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina, bajo el número 0291/06.

Para preservar el anonimato de los actores que participaron en la investigación, los diálogos fueron identificados, en el texto, con una letra seguida de un número (P1, P2...).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Vislumbrando la sistematización de la asistencia de enfermería como fenómeno interactivo y multidimensional emergió como tema central en el proceso de codificación, comparación y reducción de las categorías. En otras palabras, ese se constituyó en la esencia y/o en el núcleo del proceso de codificación e integración de las categorías.

La expresión central *Vislumbrando la sistematización de la asistencia de enfermería como fenómeno interactivo y multidimensional* señala la necesidad de revisar las teorías y prácticas de enfermería a partir de nuevos marcos teóricos, capaces de comprender la interactividad y multidimensión de la asistencia a la salud de forma amplia y complementaria. En medio a la revolución del conocimiento, la llave para la construcción de marcos teóricos capaces de establecer un vínculo entre las partes y la totalidad necesita guiarse por procesos interactivos y prácticas interdisciplinarias capaces de comprender la sistematización de forma integral e interconectada, como ya señalan algunas experiencias: *la sistematización es muy amplia. Es todo el proceso que envuelve el cuidado al cliente, independiente del área... es necesario trabajar la sistematización como un todo, tanto en el área de la enfermería, de la nutrición, de la hotelería, por que se percibe que todo está interconectado, todo tiene que estar sistematizado. Porque en la lavandería si no existe un proceso de sistematización de la ropa, la consecuencia será que la llegada de la ropa a la enfermería se va a atrasar, así la enfermería va a atrasar el baño... en el centro quirúrgico no se tendrá ropa* (P11).

La lógica existencial de la ciencia post moderna necesita promover actitudes comunicativas basadas en las interacciones e intercontextuales organizadas en torno de proyectos locales de conocimiento unitarios y que tengan como horizonte la totalidad y la multidimensionalidad de los

fenómenos. En esa perspectiva, también el proceso de enfermería necesita estar articulado con los diferentes sectores, ser total y aprendido a partir de las condiciones de la acción humana en los diferentes espacios y campos de actuación⁽²⁰⁾.

Las subcategorías y categorías fueron integradas, sucesivamente, al tema central mediante la revelación teórica en el contexto social que parte de las condiciones contextuales, de las estrategias, de las causas, consecuencias y de las intervenciones, conforme determina el modelo de referencia.

Así, *verificando la necesidad de cuidado interactivo, complementar y multiprofesional y percibiendo que la desarticulación entre el saber, el hacer y el legislar* constituirán, a partir de la revelación teórica, las categorías contextuales que dieron origen al tema central: *vislumbrando la sistematización de la asistencia de enfermería como fenómeno interactivo y multidimensional*.

La categoría *verificando la necesidad de cuidado interactivo, complementar y multiprofesional* se refiere en mayor y/o menor grado a la SAE como disposición relacional que necesita ir más allá de la enfermería, o sea, que necesita extrapolar los límites del saber disciplinar y caminar en la perspectiva dialógica y complementar en relación a los otros profesionales de la salud⁽²¹⁾. Bajo esta perspectiva, se muestran relevantes las subcategorías: *identificando la necesidad de la complementariedad profesional en la asistencia del paciente; reconociendo la SAE como elemental para el trabajo de los otros profesionales; percibiendo la necesidad de la continuidad en los procesos y comprendiendo que otros servicios cuidan indirectamente, pudiendo ser ilustradas con el siguiente comentario: me gustaría resaltar que nosotros percibimos la necesidad de multidisciplinas para atender bien al paciente... yo comprendo también que necesitamos de una comunicación bien clara entre los profesionales, para que el paciente se sienta seguro y respetado...* (P3). Esas observaciones quedaron más evidentes en aquellos profesionales que actúan directamente en la asistencia al paciente, incluyendo ahí, especialmente, al enfermero, que, muchas veces, sujeto al quehacer individualizado, no percibe la importancia de la interconectividad de las prácticas de la salud y, sobretudo, del sistema de cuidados. Los profesionales traen a tono esas cuestiones cuando mencionan: *el problema que veo en la enfermería es que ella mira mucho solamente para el "ombligo" de ella, como si las otras áreas no fuesen importantes. Y todas las áreas tienen que estar*

conectadas. Porque de nada sirve... La enfermería no anda si la higienización no hace un servicio bueno. La cuestión es, cuando el paciente sale del hospital, él no sale hablando de la enfermería. Él va a salir hablando mal del hospital. Va a salir hablando mal de la institución. Entonces todo el mundo tiene que estar interconectado al proceso del cuidado de este cliente para que el efecto sea positivo (P12).

Los diálogos retratan la SAE, traducida en el quehacer del enfermero, como un modelo cartesiano, denominado también reduccionista, que divide el todo en partes y las estudia por separado, de forma aislada. La SAE puede ser encuadrada en el paradigma de la simplificación, cuyo conocimiento es dualista del tipo subjetivo u objetivo, colectivo o individual⁽¹²⁾.

¿Cómo promover, bajo ese aspecto, actitudes dialógicas basadas en las interacciones disciplinares teniendo como objeto la SAE? ¿De que forma la SAE podría responder a la multiplicidad de cuestiones colocadas en el campo de los diferentes conocimientos profesionales? Esas y otras cuestiones necesitan, gradualmente, ser integradas en el modo de pensar y de hacer enfermería en tiempos post modernos.

La categoría *percibiendo la desarticulación entre el saber, el hacer y el legislar* se refiere al distanciamiento entre la academia, las prácticas de salud y los órganos de clase, como también se refiere a la inexistencia de espacios concretos para el diálogo y la problematización de las cuestiones que se refieren a la SAE. Al mismo tiempo en que la categoría muestra la desarticulación del hacer enfermería, señala, también, en dirección a un nuevo paradigma, capaz de valorizar el conocimiento del sentido común, del conocimiento práctico, que orienta las acciones y confiere significados a los diferentes fenómenos de interacción⁽¹³⁾.

Los profesionales, principalmente los participantes en las funciones administrativas y/o de gerencia del sistema de cuidados, perciben un creciente descompás entre el conocimiento que es producido en la academia y la práctica. Piensan que ese elemento puede estar contribuyendo para desvalorizar a la SAE y, hasta para el desarrollo de procesos más flexibles y dialógicos en la perspectiva de la interdisciplinariedad. *Yo no se hasta que punto hemos valorizado la SAE en los currículos... Yo pienso que algunos enfermeros, cuando se gradúan, no creen en la sistematización de la asistencia. Hay un descompás entre lo que se produce de conocimiento en la academia y lo que los servicios incorporan de esa producción de conocimiento... no basta simplemente tener la*

sistematización de la asistencia en cuanto a método, ella necesita estar pautaada en una filosofía (P13).

El distanciamiento entre la academia y las prácticas de salud, y la poca valorización de la SAE por parte de algunos profesionales, también puede estar relacionado a las diferentes concepciones y significados sobre un mismo fenómeno, como el mostrado por los diálogos: *para mi no es aquel proceso preconizado por el COREN y que está elaborando y exigiendo de las instituciones, más bien es la sistematización del cuidado (P12). La universidad enseña la SAE fuera de la realidad de aplicación por no conocer la práctica de los enfermeros y de los servicios de salud... la práctica, a su vez, está en la dependencia de los gestores, todavía muy pautaada en las cuestiones burocráticas, no se preocupa con los resultados asistenciales, y si con los costos... los órganos legisladores necesitan conocer la práctica de los enfermeros..., ayudar en la construcción de la SAE para que la misma atienda la realidad de los servicios de salud y no solamente establecer reglas a ser cumplidas (P15).*

Los diálogos convidan a la reflexión y a la crítica, en el sentido de reducir las lagunas entre el ser/hacer por medio de las conexiones o interdependencias en un esfuerzo del pensamiento para promover el diálogo entre lo simple y lo complejo⁽¹²⁾.

Las categorías *reconociendo la SAE como instrumento orientador del cuidado y asociando la SAE al organigrama, regimiento y fiscalización* surgieron de las subcategorías: reconociendo la importancia de la SAE como un instrumento orientador; reconociendo la importancia de la SAE para el paciente y equipo; resaltando la importancia de las informaciones en la historia clínica y reconociendo la SAE como forma de organización y orientación del cuidado de enfermería. Las mismas se constituyen en estrategias para mejorar la calidad, la interactividad y la multidimensionalidad de la asistencia en el contexto de la salud. Además de proporcionar una dirección a la organización del sistema de cuidados, la SAE proporciona, también, a los profesionales de enfermería mayor autonomía. *Significa un método de organización del proceso de trabajo en el que se relaciona al registro de informaciones, bien como en el direccionamiento de los cuidados a ser prestados al paciente, proporcionando al enfermero un instrumento de evaluación y guía de los cuidados a ser desarrollados por el equipo de enfermería (P15).*

A pesar de los esfuerzos, la SAE, de la forma como está siendo aplicada hasta hoy, entiende que el enfermero determina el sistema de cuidados en salud, a partir de su visión de mundo, de la sociedad y del

ser humano. Es necesario que las opciones de que hacer y como hacer sean discutidas y negociadas con el equipo de salud y con el propio paciente, como un ser pensante, dotado de conciencia y autonomía⁽³⁾.

Las categorías *verificando la fragmentación del cuidado en salud y percibiendo la SAE como proceso mecanizado* se constituyen como determinantes para el desarrollo de un pensar y hacer, bajo la perspectiva de la complejidad, o sea, del cuidado complejo. Los diálogos de los profesionales reflejan que la SAE no pasa, frecuentemente, de un método mecanizado y de rutina por los quehaceres del día a día, agravado por el número insuficiente de profesionales de enfermería, la división de tareas, informaciones discordantes, discontinuidades en el cuidado y la excesiva burocratización del propio sistema de salud vigente. *Yo pienso que las personas actúan siguiendo una rutina... Yo pienso que algunos han visto a la SAE como una rutina, de ahí mi preocupación, inclusive con la informatización: yo aprieto el botoncito, y la prescripción ya está lista. Porque la gente ve que las prescripciones se repiten* (P2). *Entonces esas son cuestiones que apuntan que la sistematización, principalmente la evolución y la prescripción de enfermería se volvieron mecánicas* (P12).

La categoría *percibiendo la necesidad de un instrumento único para todos los profesionales* emergió como consecuencia de la excesiva burocratización y fragmentación de las prácticas relacionadas al cuidado ejercido por varios profesionales. En ese sentido, se muestran significativas las subcategorías: *percibiendo la necesidad de un canal y/o instrumento único de información; adaptando la sistematización para otras áreas por medio de los procedimientos operacionales; resaltando la importancia de los registros de todos los profesionales en la historia clínica del paciente.*

Percibiendo la necesidad de un instrumento único para todos los profesionales muestra, por excelencia, la complejidad de las prácticas en salud. Ningún profesional, aisladamente, es capaz de responder por las diferentes dimensiones que envuelven el cuidado al paciente en la totalidad del ser. *La sistematización estaba muy conectada a la enfermería, como si ella fuese la dueña de la verdad. Entonces que hicimos. Los POP - Procedimientos Operacionales, que acaban siendo universales en el hospital para todas las áreas que están relacionadas directa o indirectamente en ese proceso...*(P11). Es necesario tejer una tela a partir de los diferentes conocimientos y caminar en la dirección de la

asistencia compleja, flexible y de paradigma de humanización de la asistencia⁽³⁾.

La categoría *reconociendo en el profesional enfermero el puente de comunicación entre los profesionales* se presenta como intervención para alcanzar las prácticas de cuidado más interactivas y complementares en salud. El enfermero es reconocido por los profesionales de la salud como elemento articulador e integrador de los diferentes conocimientos, principalmente, por estar más próximo del paciente y detectar con más facilidad las alteraciones que se procesan a lo largo de las veinte y cuatro horas del día. Sin embargo, es necesario que el enfermero polarice las interacciones y valore las diferentes formas de pensar a fin de comprender las correlaciones parte/todo y entender al ser humano como un ser complejo. Las subcategorías reflejan, en síntesis, que el enfermero es reconocido y valorizado por su inserción en los diferentes espacios de la salud, aunque estas deban estar acompañadas de procesos más interactivos y complementares como reflejan los diálogos: *yo pienso que es un avance nuestro, en el sentido, inclusive, de consolidación del espacio de la enfermería, del trabajo del enfermero* (P4); *la enfermería por estar siempre próxima del paciente, detecta sus necesidades y nos informa* (P7).

Vislumbrar a la SAE como fenómeno amplio y complejo, presupone, además de la interactividad y complementariedad de los profesionales de la salud, la circulación entre la academia, las prácticas de cuidado y los órganos legisladores con base en referencias más flexibles, creativas y dinámicas.

CONSIDERACIONES FINALES

El tema central Vislumbrando la Sistematización de la Asistencia de Enfermería como fenómeno interactivo y multidimensional abre nuevas y complejas posibilidades para los servicios de enfermería y sistema de cuidados. Este presenta el modelo de referencia encontrado, constituyéndose de las categorías: *verificando la necesidad de cuidado interactivo, complementar y multiprofesional y percibiendo la desarticulación entre el saber, el hacer y el legislar como condiciones contextuales, reconociendo la SAE como instrumento orientador del cuidado y asociando la SAE al organigrama,*

regimiento y fiscalización como estrategias, verificando la fragmentación del cuidado en salud y percibiendo la SAE como proceso mecanizado como posibles determinantes. Igualmente, percibiendo la necesidad de un instrumento único para todos los profesionales emergió como consecuencia de la excesiva burocratización y fragmentación de las prácticas relacionadas al cuidado ejercido por varios profesionales y reconociendo en el profesional enfermero el puente de comunicación entre los profesionales como intervención para el alcance de prácticas de cuidado interactivas y complementares en salud.

Los resultados apuntan para el alcance efectivo de la implementación de la SAE en la medida en que se desarrollen estrategias dialógicas y reflexivas en el colectivo, capaces de problematizar

las acciones reduccionistas de un hacer meramente técnico y burocratizado. En suma, la SAE se muestra como un importante instrumento de información por favorecer la implantación de estándares y criterios de asistencia y establecer las prioridades asistenciales.

La SAE se muestra como importante elemento articulador y que moviliza los procesos de mejoría en el contexto interdisciplinar de la salud, desde que es ampliada y visualizada más allá de la organización de la enfermería. Así, mucho más que apuntar críticas, los resultados tienen como objetivo problematizar la práctica asistencial a través de un movimiento dinámico de construcción y reconstrucción de conocimientos, además de desencadenar una propuesta de cambio de paradigmas para la conquista de un "nuevo espacio" en el área de la enfermería y salud.

REFERENCIAS

1. Figueiredo RM, Zem-Mascarenhas SH, Napoleão AA. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2006 abril; 40(2):299-303.
2. Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. *Rev Latino-am Enfermagem* 1993 janeiro; 3(1):53-64.
3. Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminhar para o cuidado complexo. *Rev Esc Enferm USP* 2003 outubro; 37(4):13-23.
4. Horta WA. *Processos de Enfermagem*. São Paulo (SP): EPU/Ed. Universidade de São Paulo; 1979.
5. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 janeiro; 11(1):80-7.
6. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação*. 2005-2006. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 agosto 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002.
8. Backes DS, Esperança MP. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. *Acta Sci Health Sci*. Maringá. 2005; 27(1):25-9.
9. Feijão AR, Carvalho MFC, Teixeira F. Avaliação da sistematização da assistência de enfermagem em hospital de doenças infecciosas. *Online Braz J Nurs* 2006; 5(2): 1-10.
10. França FCV, Kawaguchi IAL, Silva EP, Abrão GA, Uemura H, Alfonso LM, et al. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem – relato de experiência. *Rev Eletrônica Enferm* 2007; 9(2):537-46.
11. Vasconcelos FF, Araújo TLde, Moreira TMM, Lopes MVO. Association among nursing diagnoses, demographic variables, and clinical characteristics of patients with high blood pressure. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(3):326-32.
12. Morin E. *Para sair do século XX*. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1986.
13. Morin E. *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2001.
14. Morin E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2003.
15. Vasconcelos EM. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
16. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1990.
17. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia; 2002.
18. Santos LHP dos, Cassiani SHB. Vivendo em constante conflito: o significado da prática docente no ensino médio de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000 outubro; 8(5): 58-64.
19. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº. 196. Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
20. Santos BS. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo (SP): Cortez; 2005.
21. Erdmann AL. *Sistema de Cuidados de Enfermagem*. Pelotas (RS): Universitária/UFPel; 1996.