

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Curso de Mestrado em Administração

**Buscando compreender a prática de enfermagem através da
grounded theory – uma contribuição para o desenvolvimento de
um sistema de informação**

Assuero Fonseca Ximenes

Dissertação apresentada como requisito
complementar para obtenção do grau
de Mestre em Administração.

Recife, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO À MONOGRAFIA DE DISSERTAÇÃO

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso a monografias do Mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco é definido em três graus:

- “Grau 1”: livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- “Grau 2”: com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;
- “Grau 3”: apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia.

A classificação desta monografia se encontra, abaixo definida por seu autor.

Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais da pesquisa científica na área de administração.

Título da Monografia: Buscando compreender a prática de enfermagem através da *grounded theory* – uma contribuição para o desenvolvimento de um sistema de informação

Nome do Autor: **Assuero Fonseca Ximenes**

Data da Aprovação: **28 de Fevereiro de 2003**

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1

Grau 2

Grau 3

Recife, 20 de Maio de 2003.

Assinatura do autor

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Administração

**Buscando compreender a prática de enfermagem através da
grounded theory – uma contribuição para o desenvolvimento de
um sistema de informação**

Assuero Fonseca Ximenes

Dissertação submetida ao corpo docente do Curso de Mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e aprovada em 28 de Fevereiro de 2003.

Banca Examinadora:

Prof. José Rodrigues Filho, Ph.D. (orientador)

Prof. Luciano Antônio Prates Junqueira, Doutor (examinador externo)

Prof. James Anthony Falk, Ph.D. (examinador interno)

Agradecimentos

A **Deus**, Pai de Infinita Bondade, pela nova oportunidade de crescimento moral e intelectual.

Aos meus pais, **Rubem Ximenes** e **Dijaci Fonseca Ximenes**, pela perseverança e paciência incansáveis na arte de me educar com amor, abnegação e disciplina.

Aos meus irmãos, **Dario F. Ximenes**, **Rejane F. Ximenes**, **Ciro F. Ximenes** e **Vânia F. Ximenes** pela contribuição e boa vontade junto a este irmão em lenta e contínua construção.

Ao Professor Doutor **José Rodrigues Filho**, pela orientação segura e crítica; pelos novos conhecimentos mostrados e por mostrar uma nova forma de visualizar o mundo, mostrando novos caminhos que podem ser percorridos.

Ao Professor Doutor **James Anthony Falk**, pelas críticas construtivas que permitiram o aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos **enfermeiros** participantes deste estudo, por me terem permitido compartilhar de suas experiências.

A **diretoria** do Hospital por permitir acesso total a sua área de enfermagem a aos seus dados.

A **todos** os colegas da 7ª turma do CMA/UFPE, em particular a **Elidomar Alcoforado** e **André Fell**; pela riqueza de experiências e amizade.

Registro ainda meus agradecimentos ao colega **Sérgio Ribeiro dos Santos** da UFPB, pela atenção dispensada às dúvidas apresentadas fornecendo informações quanto a utilização da *grounded theory*.

A **todos** que, de um modo ou de outro, contribuíram para a concretização deste estudo.

E por último, minha gratidão a **todos os que fazem** o Curso de Mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco (CMA / UFPE), pelo conhecimento compartilhado que muito contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional.

Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo, com o objetivo de compreender, através do discurso dos enfermeiros, a sua prática diária em enfermagem e suas implicações contribuindo para o desenvolvimento de um sistema de informação. Para alcançar esse objetivo, optou-se por utilizar a teoria fundamentada nos dados (*grounded theory*), como referencial teórico e metodológico. A população foi constituída por enfermeiros que atuam em um hospital particular localizado na cidade do Recife. Os enfermeiros foram entrevistados seguindo os procedimentos de amostragem teórica. A análise dos dados resultou no processo “*Entendendo o trabalho da enfermagem baseado na sua prática diária.*”. Tal processo foi constituído da integração entre categorias no modelo do paradigma de Strauss e Corbin que foi composto por três fenômenos: “*Utilizando as prescrições médicas como norma que guiam todo o trabalho da enfermagem*”, “*Sentindo dificuldades de controle dos prontuários*” e “*Sentindo falta de maiores informações e interligações para facilitar o trabalho da enfermagem*”. Definindo e interpretando a situação da prática em enfermagem, de acordo com a sua visão de mundo, são propostas algumas implicações que podem contribuir para a geração de um sistema de informação levando em consideração os resultados encontrados na análise dos dados. No final é apresentado um modelo geral representando os conhecimentos obtidos sobre o contexto sobre o qual a pesquisa foi conduzida.

Abstract

It represents a qualitative research with the purpose of understanding the daily nursing practice with its implications, through the use of the nurses speech, and therefore contributing to the development of an information system. To reach this purpose, the grounded theory has been choosed as the theoretical and methodological reference. The poplation of the research is established by nurses that belong to a non-public hospital in Recife. The nurses heve been interviewed following the theoretical sample procedures. Data analysis has determined the process called "Understanding nursing activity through its daily practice". This process constitutes the result of a category integration on Strauss and Corbin's paradigmatic model, that consists of three phenomenon: "Using medical prescriptions as guiding rules to all nursing activities", "Find difficulties towards reference book control", "Find a lack of need of more information and linkage in order to facilitate nursing activities". Defining and interpreting the nursing practice, in agreement with its perspective vision of the world, some implications have benn proposed in order to contribute for an information system development, taking into account the results obtained at data analysis. At the final past of the research is presented a general model that denotes the knowledge obtained from the contextual research conduction.

Sumário

Resumo

Abstract

1 Introdução.....	1
1.1 Objetivo geral.....	5
1.2 Objetivos específicos.....	5
1.3 Justificativa teórica e empírica.....	6
2 Sistema de informação.....	8
2.1 Definição.....	8
2.2 Metodologia de desenvolvimento de sistema de informação.....	9
2.2.1 Metodologia tradicional.....	10
2.2.2 Metodologias alternativas.....	11
2.2.2.1 Desenho participativo.....	12
3 Sistema de informação em enfermagem.....	15
3.1 Definição.....	15
3.2 Sistemas de classificação em enfermagem.....	19
3.2.1 Perspectiva histórica do sistema de classificação.....	21
3.2.2 Classificação dos diagnósticos.....	22

3.2.2.1	Perspectiva histórica da classificação dos diagnósticos.....	23
3.2.2.2	Desenvolvimento dos conceitos de diagnóstico.....	23
3.2.3	Classificação dos resultados.....	25
3.2.3.1	Perspectiva histórica da classificação de resultados.....	25
3.2.3.2	Desenvolvimento do conceito de resultado.....	26
3.2.3.3	Classificação dos resultados.....	27
3.2.4	Classificação da intervenção.....	28
3.2.4.1	Perspectiva histórica da classificação da intervenção.....	28
3.2.4.2	Desenvolvimento do conceito da intervenção.....	29
3.2.4.3	Classificação das intervenções em enfermagem.....	30
3.2.5	Resumo das maiores classificações.....	31
3.2.5.1	A Perspectiva internacional da classificação.....	32
4	Conhecimento tácito e explícito para o DSI.....	33
4.1	Conhecimento tácito versus conhecimento explícito.....	33
4.2	O poder do conhecimento tácito.....	35
4.3	Dificuldades em compartilhar conhecimento tácito.....	36
4.4	A importância da experiência.....	40
4.5	Modelos mentais.....	41
4.6	A dualidade do conhecimento tácito.....	41
5	Referencial teórico - metodológico.....	44
5.1	O interacionismo simbólico.....	44
5.1.1	Símbolo.....	47
5.1.2	Self.....	47
5.1.3	Mente.....	48
5.1.4	Interação social.....	49

5.1.5 Sociedade.....	50
5.2 Perspectiva teórica de análise - Grounded Theory.....	50
5.2.1 Local de estudo.....	52
5.2.2 Coleta de dados.....	52
5.2.3 Análise dos dados.....	54
5.2.4 A Teoria resultante.....	56
5.3 Critério de avaliação.....	58
6 Apresentação e integração dos dados.....	60
6.1 Relatando a experiência vivenciada pela área de enfermagem.....	60
6.1.1 Fenômeno 1.....	62
6.1.1.1 Descrevendo o fenômeno 1.....	63
6.1.2 Fenômeno 2.....	76
6.1.2.1 Descrevendo o fenômeno 2.....	76
6.1.3 Fenômeno 3.....	81
6.1.3.1 Descrevendo o fenômeno 3.....	82
6.2 Descobrimo a categoria central.....	89
7 Construindo a teoria.....	93
7.1 Discutindo o processo de interação.....	94
7.1.1 O contexto organizacional.....	94
7.1.2 O conhecimento.....	95
7.2 Construindo o processo.....	96
7.3 Interpretando o processo.....	97
7.4 Implicações para um sistema de informação.....	101
8 Considerações finais.....	106
9 Referências bibliográficas.....	109

1

Introdução

O campo de Sistema de Informação (SI) é caracterizado pela literatura como um campo que ainda está em um estágio inicial, cuja premissa é pela exatidão dos resultados e existindo muitos desacordos com relação à metodologia.

Dentro deste campo, o Desenvolvimento de Sistemas de Informação (DSI) pode ser considerado ortodoxo porque as suas estruturas e os seus métodos estão longe de fornecer uma prática clara para o seu entendimento. Conforme Hirschheim *et al* (1995), os SIs possuem uma perspectiva bastante funcionalista, pois seu foco para a solução dos problemas gerenciais segue este paradigma sendo necessário que eles estejam bem definidos para se propor soluções e dentro desta perspectiva os fatores sociais, políticos e culturais não são considerados.

Em face aos problemas apresentados acima, abordagens de DSI têm sido desenvolvidas levando em consideração fatores que o paradigma dominante não considera. Com isto, estão surgindo novas metodologias que sugerem a dissolução das barreiras existentes entre o desenvolvedor de SI e os usuários, onde se procura fornecer subsídios para a captação dos conhecimentos antes não visualizados.

Por não considerarem estes conhecimentos, muitos sistemas de informação falharam por diversos motivos, conforme relatos de Korac-Boisvert e Kouzmin (1995), Heeks e Davies (1999). Dentre estes motivos, segundo Heeks, Mundy e Salazar (1999),

destaca-se a falta de um conhecimento mais aprofundado das informações obtidas junto aos usuários, por não serem considerados fatores relacionados ao ambiente organizacional e por não conseguirem obter os conhecimentos necessários para o entendimento deste contexto (Heeks, 1999).

Pode-se argumentar que para a captação dos conhecimentos destacado pelos autores citados acima, é preciso entender o conhecimento tácito e explícito dos usuários envolvidos nos SIs. De acordo com Stenmark (2000), o conhecimento explícito é facilmente representado por modelos, algoritmos, documentos, descrição de procedimentos, desenhos e sínteses, sendo freqüentemente redundante ou incompleto, marcado pelas circunstâncias que o geraram.

Em contrapartida, o conhecimento tácito é o conhecimento que existe apenas na mente das pessoas, sem uma formalização ou documentação. Conforme Ackeman (1997) o conhecimento tácito é de fundamental importância para se obter informações, porém, por não ser facilmente percebido, é mais difícil de ser coletado. Este tipo de conhecimento é composto pelas questões, idéias, fatos, argumentos, pontos de vista, significados e sugestões inseridas no ambiente organizacional.

No campo da saúde, os sistemas de informação são as tecnologias que são usualmente denominadas para indicar a disciplina ou função de suporte. Por exemplo, um sistema de informação hospitalar suporta as funções hospitalares e gerenciamento de informação. O Sistema de informação em Enfermagem (SIE) e o sistema de informação médica gerenciam informações clínicas requeridas para a prática da enfermagem e da medicina.

Grobe *et al* (1997) mostra que os SIE têm seu foco em informações e dados clínicos como recurso estratégico para a prática da enfermagem. Ainda segundo o autor, um SIE poderá ter um bom uso se ele fornecer suporte para decisões, contribuir para o

avanço dos conhecimentos da enfermagem e permitir acesso às informações contidas em banco de dados que ajudem os profissionais nas suas práticas diárias.

No Brasil, as pesquisas em termos de tecnologia de informação em enfermagem ainda são poucas em comparação a países como os Estados Unidos, Canadá e outros, o que evidencia a existência de uma necessidade de se entender a complexidade de como os sistemas de informação poderiam atuar nesta área para ajudar na realização das tarefas executadas na enfermagem (Rodrigues, 2001).

Conforme Marin (1995), um sistema de informação hospitalar orientado para a enfermagem e centrado no paciente pode causar significativo impacto na produtividade, na eficiência e na motivação dos membros desta equipe.

No início, os sistemas de informação em enfermagem foram desenvolvidos para transferir as tarefas que as enfermeiras faziam para o computador e alguns sistemas foram bem sucedidos e reduziram o tempo gasto pela enfermagem na documentação das suas tarefas (Grave e Corcoram, 1989).

Entretanto as pesquisas em SIE apontaram que a área de enfermagem era bem mais complexa que apenas transferir o seu trabalho de documentação para o computador, pois o gerenciamento e processamento de dados, informações e conhecimentos que são componentes integrais de um SIE buscam o significado de aspectos ligados aos cuidados fornecidos aos pacientes. Buscar estes significados requer uma ampla e profunda pesquisa dentro do campo da enfermagem, não se fazendo apenas uma exploração superficial de suas práticas, pois muitos sistemas de informação falharam por apenas utilizar uma abordagem superficial (Grave e Corcoram, 1989).

Conforme McCormick e Jones (1998) diversos sistemas de classificação de enfermagem tem sido desenvolvidos com diferentes níveis de abstração e oferecendo vários caminhos para organizar e categorizar o fenômeno da enfermagem.

Stenmark (2000) argumenta que para se conseguir a captação dos conhecimentos organizacionais para o DSI é necessário permitir uma maior aproximação entre os envolvidos e os desenvolvedores. Neste sentido, o Desenho Participativo (DP) permite adquirir conhecimentos que representem uma situação real dentro deste contexto, se diferenciando das abordagens tradicionais que consideram os conhecimentos superficiais dos envolvidos, pois ele leva em consideração as práticas dos trabalhos diários (Suchman *et al*, 1999).

O DP tem o objetivo de combinar a habilidade e o conhecimento do indivíduo que irá usar a tecnologia, tendo o propósito de unir o conhecimento organizacional ao tecnológico. Ele é uma abordagem de reestruturação do desenho de sistemas baseados em computador, permitindo pensamentos criativos que realizam o desenho por meio de um trabalho participativo entre usuários e desenvolvedores, possibilitando ampliar os conhecimentos por permitir uma abordagem mais profunda dentro do contexto organizacional (Bjerknes e Bratteteig, 1995).

E para se obter este conhecimento, a *grounded theory*, ou teoria fundamentada nos dados, que é uma teoria baseada na realidade fornecendo explicações de eventos como eles ocorrem, habilita ao pesquisador explorar a riqueza dos dados permitindo um entendimento interpretativo analisando os acontecimentos dentro do seu contexto.

Os pesquisadores, através da *grounded theory*, podem identificar e explicar as práticas da enfermagem através do entendimento do mundo de sua prática diária, gerando conhecimentos através do entendimento de suas experiências e observando fatores culturais e sociais (Sheldon, 1998).

Em face do que foi exposto, pretende-se neste trabalho responder a seguinte questão de pesquisa: **COMO COMPREENDER A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

ATRAVÉS DA *GROUND*ED THEORY CONTRIBUINDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO.

1.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo é buscar compreender a prática de enfermagem através da *grounded theory*, contribuindo para o desenvolvimento de um sistema de informação em um hospital particular localizado na cidade do Recife.

1.2 Objetivos específicos

Os seguintes objetivos específicos serão buscados para ajudar a atingir o objetivo geral.

1. Identificar como pode ocorrer a captação do conhecimento tácito das enfermeiras envolvidas no estudo; e,
2. Como se caracteriza a captação dos conhecimentos para um SIE sobre uma abordagem participativa, sendo considerado o contexto em que o estudo está inserido.

1.3 Justificativa teórica e empírica

Apesar de existirem diversos trabalhos publicados sobre sistemas de informações em enfermagem e também sobre captação de conhecimentos para a geração de um sistema de informação, parece não existir trabalhos utilizando a grounded theory para captar estes conhecimentos contribuindo para a geração de um SIE.

Como o método do desenho participativo tem uma afinidade com as metodologias de pesquisa que enfatiza a interação entre pesquisadores e participantes (Carmel, Whitaker, George, 1993), ele será utilizado para criar um cenário onde oportunidades para se compartilhar, entender interesses e perspectivas dos participantes tornem-se possíveis.

O trabalho começa tentando obter o entendimento da situação como ela é no seu contexto, procurando-se compreender as relações de poder, de mudança e de amizade nas quais se baseiam as ações e tomadas de decisões (Bjerknes; Bratteteig, 1995).

Este trabalho pretende ajudar a preencher esta lacuna fornecendo uma forma de abordar o desenvolvimento de SI, proporcionando o aumento de conhecimentos sobre como compreender a prática diária da enfermagem, e com isto se ter um SIE que se adapte as suas reais necessidades, sendo analisado o contexto no qual esta área está inserida, levando em consideração os fatores sociais que pelas abordagens tradicionais não estão presentes nos SIs.

Pelo fato de existir uma problemática referente à teoria e à prática de enfermagem é interessante, neste contexto, captar o conhecimento tácito indispensável ao desenvolvimento do SIE, pois atualmente o modelo técnico que impera na enfermagem descreve uma perspectiva científica da enfermagem como um conhecimento hierárquico, técnico e de *status* acadêmico.

A *grounded theory* oferece um método sistemático para a coleta, a organização e análise dos dados do mundo empírico da prática da enfermagem permitindo não só se ter uma visão clara das várias realidades que existem na enfermagem, onde esta realidade está entre a parte humana e a tecnológica como encontrar significados da interação entre características pessoais, processos sociais e circunstâncias culturais (Sheldon, 1998).

Sendo a realidade constantemente recriada e modificada, a *grounded theory* permite ter um foco nas crenças e valores tentando identificar a essência da experiência como na fenomenologia e nos estudos etnográficos possibilitando mudanças sobre o tempo e permitindo aos participantes do processo dizer suas histórias como eles realmente vêm.

2

Sistema de informação

Este capítulo tratará dos sistemas de informação fornecendo a definição adotada pelo pesquisador, como também serão mostradas as metodologias de desenvolvimento de SI, apresentando a metodologia tradicional e a metodologia alternativa adotada nesta pesquisa.

2.1 Definição

O termo “sistema de informação” é freqüentemente usado para denotar um sistema de computação ou um sistema mecânico interrelacionado de informações e tecnologias de comunicação, tais como a *World Wide Web* (www). Pelo fato de existirem diversas definições para os sistemas de informação, será adotada para este trabalho a definição fornecida por Hirschheim *et al* (1995) que reconhece a natureza social destas tecnologias:

Tradicionalmente, um sistema de informação tem sido definido em duas perspectivas: uma voltada para a função e outra para a estrutura. Pela perspectiva estrutural um sistema de informação consiste de uma coleção de pessoas, processos, dados, modelos, tecnologia e uma linguagem parcialmente formalizada, formando uma estrutura coesa, servindo para alguns propósitos ou funções organizacionais. Partindo de uma perspectiva

funcional, um sistema de informação é uma implementação tecnológica com o propósito de registrar, armazenar e disseminar expressões lingüísticas. Através da execução destas funções elementares, o sistema de informação facilita a criação e a troca de significados que servem socialmente definindo propósitos tais como controle, senso e argumentação. Nestas duas perspectivas dos sistemas de informação deve ser notado que o ser humano é inserido dentro destes limites, significando que os serviços fornecidos pelos SIs, em parte, dependem das capacidades e contribuições dos seres humanos.

2.1.1 Metodologia de desenvolvimento de sistema de informação

Dentro do campo de SI, o desenvolvimento de sistemas de informação (DSI) pode ser caracterizado pela ortodoxia, ou seja, pela centralização em métodos estruturados. Além disso, o DSI comporta abordagens complementares ou alternativas, sendo algumas baseadas na prática e algumas mais acadêmicas.

Para muitos pesquisadores, particularmente para aqueles que se fundamentam em ciências da computação, o DSI representa principalmente a atividade de analisar sistemas de negócios e desenvolver sistemas de computação para suportá-los. Isto começa com a análise e termina com a programação. As técnicas ortodoxas consideram o DSI como um modelo de processo linear, como por exemplo, o Ciclo de Desenvolvimento de Sistemas (*Systems Development Life Cycle - SDLC*), o qual propõe que o desenvolvimento pode ser organizado em uma seqüência de passos que são executados um após o outro. Contudo, para o propósito deste trabalho, o DSI é entendido como uma série de interesses que interagem neste processo.

Conforme Lyytinen (1988), o DSI não pode ser separado do seu contexto social pelo fato dos fatores sociais, culturais, políticos e morais afetarem o desenvolvimento, implementação e avaliação dos sistemas de informação, pois eles devem

ser tratados como uma mudança social multidimensional. Portanto, o DSI é um processo de mudança ocasionado por um grupo, dentro de um ambiente, com o propósito de alcançar ou manter alguns objetivos.

2.1.2 Metodologia tradicional

O DSI ortodoxo é excepcionalmente bem documentado na literatura acadêmica e prática sendo caracterizado pelo uso de métodos estruturados, algumas vezes em associação com prototipação (Lewis, 1994). Os métodos estruturados podem ser focados em processos ou fluxo de dados (DeMarco, 1978; Gane e Sarson, 1979) ou em modelos de estrutura de dados nos termos de entidade e relacionamento (Martin, 1986). Métodos mais recentes utilizam o desenvolvimento na programação orientada a objetos, modelo de ver o mundo como objetos que combinam elementos de dados com processos (Coad e Yordon, 1990).

De acordo com Hirschheim *et al* (1995), a metodologia ortodoxa de DSI é funcionalista, caracterizada pela objetividade e ordem social, sem necessariamente mostrar isto explicitamente, adotando uma ontologia do realismo e uma epistemologia do positivismo, tendo uma forma dominante de estudar os fenômenos sociais de forma racionalista e técnica. Os métodos estruturados desejam reduzir as incertezas do mundo social por meio de uma forma linear de desenvolvimento, que é a característica do SDLC (*Systems Development Life Cycle*), a qual é uma abordagem clássica inseparável do projeto de gerenciamento, onde metas são assumidas como sendo predeterminadas ou óbvias, dando suporte aos interesses da elite gerencial e seus representantes (Morgan, 1996).

Na abordagem ortodoxa, o analista é um tecnólogo experiente que permite uma participação do usuário mínima, tendo a realidade objetiva do estudo do DSI excluindo características sociais, culturais e políticas, assumindo que o modelo de representação da realidade é construído, onde os fenômenos são representados por variáveis que fornecem a idéia de causalidade.

Na análise de Checkland (1995), o DSI ortodoxo corresponde a pensamentos de sistemas rígidos, no qual os sistemas existem no mundo e têm uma realidade externa independente do observador, pois os analistas encontram soluções para problemas bem definidos sendo os modelos de sistemas as representações do mundo.

2.1.3 Metodologias alternativas

Os DSI ortodoxos, por terem sido derivados da orientação teórica da disciplina de ciência da computação, tendem a assumir uma forma simplificada da organização, ignorando fatores sociais, culturais e políticos, sendo mais importantes os fatores técnicos para se conseguir um DSI de sucesso (Sauer, 1993). Os métodos estruturados tradicionais assumem que as especificações e construções de *softwares* são muito complexas, mas o entendimento dos problemas organizacionais é bastante simples.

Para tentar estudar as ações organizacionais considerando os SI mais como um fenômeno social, metodologias alternativas têm surgido considerando os inter-relacionamentos que compõem o sistema organizacional, tentando assim, analisar a sua complexidade.

Hirschheim, Iivari e Klein (1998) identificam dentro destas abordagens alternativas o desenho participativo que será apresentada a seguir mais detalhadamente.

2.1.3.1 Desenho participativo

O desenho participativo tem sido utilizado para desenvolvimento de sistemas de informação por mais de duas décadas nos países escandinavos (Bjerknes *et al*, 1987), onde se refere ao envolvimento do usuário nas atividades do trabalho durante o desenvolvimento de sistemas, permitindo que eles tenham poder para a tomada de decisões com relação ao seu envolvimento no desenvolvimento de SI.

Através de um compromisso mútuo, pretende-se permitir uma troca de conhecimentos fazendo com que os usuários aprendam sobre tecnologias para poderem visualizar o que elas podem facilitar nos seus trabalhos, e com isto construir sistemas flexíveis e eficientes que preencham suas reais necessidades. Isto providenciará um contexto onde se pode obter o entendimento prático das necessidades para se obter sucesso no desenvolvimento de SI (Bjerknes *et al*, 1987).

O primeiro passo para se obter um desenho participativo é fazer com que os desenvolvedores e usuários caminhem juntos. A principal dificuldade é obter o entendimento prático, expresso pelos usuários no contexto que as novas tecnologias podem possibilitar. Os usuários aprendem sobre possibilidades e restrições das novas ferramentas computacionais e colocam suas habilidades práticas para este novo ambiente, ou seja, eles ensinam aos desenvolvedores suas habilidades práticas.

Através da interação entre usuários e desenvolvedores, o entendimento das práticas de trabalho irá ajudar a enxergar novos aspectos fornecendo um desafio para a construção ou criação de coisas novas através dos novos conhecimentos adquiridos. Isto depende de uma participação total que fornecerá um ambiente propício que encoraje a aprendizagem, a criatividade e a comunicação.

Existem diversas razões para a análise do uso do desenho participativo quando utilizado para implementar novas tecnologias. Primeiro, a introdução de qualquer

tecnologia é difícil, especialmente em face das afirmações feitas sobre a tecnologia no passado. Um paralelo pode ser feito com as indústrias onde as tecnologias foram introduzidas sem a participação dos empregados. Pesquisadores no uso do desenho participativo na indústria sugerem que a participação local aumenta a competência dos usuários em novas tecnologias, tornando-os mais dispostos em tomar iniciativas em cima desta participação (Clement e Van Den Besselaar, 1993), pois através deste envolvimento, pode-se ter um melhor entendimento das necessidades do usuário fornecendo uma ótima integração da tecnologia com as suas tarefas diárias.

Uma cooperação completa entre usuários e analista de sistemas oferece uma estrutura teórica para a inicialização de atividades e processos, pois se acredita como princípio fundamental que a participação dá ao usuário o poder de influenciar os assuntos referentes ao seu trabalho (Clement e Van den Besselaar, 1993).

Muitas atividades têm como meta o envolvimento do trabalhador no desenvolvimento de novas tecnologias e práticas de trabalho que possam fornecer um potencial de improvisação dentro do seu trabalho (PDC94, 1994). Internacionalmente, o desenho participativo é um campo de pesquisa crescente, que tem atraído muitos pesquisadores Americanos, Japoneses e Europeus, pois muitas experiências de sucesso têm sido encontradas na tradição escandinava no desenvolvimento de sistemas computacionais (Ehn, 1989,1993; Bjerknes *et al*, 1987, Greenbaum e King, 1991, Rasmussen e Lassol, 1989).

Muitas conferências têm atraído pesquisadores interessados com uma maior humanidade, criatividade e efetivo relacionamento entre todos os envolvidos no desenvolvimento de tecnologias e o seu uso (Suchman, 1993), pois a grande preocupação é criar um cenário onde as oportunidades para o pesquisador compartilhar, entender os interesses e as perspectivas dos participantes tornem-se possíveis.

Novas ferramentas baseadas em computador deveriam ser desenvolvidas através do entendimento das práticas tradicionais de ferramentas e materiais usados dentro de uma habilidade profissional. O desenho deve ser criado pelo esforço comum de habilidades dos usuários experientes e pelos profissionais de desenvolvimento, pois enquanto os usuários possuem a necessidade prática de entendimento dentro das novas tecnologias, o desenvolvedor deve entender o processo específico do trabalho que usará as ferramentas computacionais (Ehn, 1992).

Os bons sistemas não podem ser construídos apenas limitados a entrada dos usuários, visto que quando os desenvolvedores e usuários têm tempo ilimitado para conversar sobre os seus trabalhos, pode-se encontrar muitos aspectos do processo que são tácitos e através deste contato podem ser revelados, pois muitos conhecimentos residem apenas neste contexto (Kuhn e Winograd, 1996).

Em muitos desenvolvimentos de *softwares*, o grau de participação ao longo desta dimensão pode não ser uniforme. Todos os princípios do desenho participativo, contudo são relevantes. A abordagem conceitual e as técnicas de repositório são aplicadas a uma vasta área de produtos e técnicas.

3

Sistema de informação em enfermagem

Este capítulo tratará dos SIE fornecendo a definição adotada para esta pesquisa. Serão mostrados os sistemas de classificação que compreendem o diagnóstico, intervenção e os resultados, mostrando as principais características das atividades da enfermagem.

3.1 Definição

O termo informática foi definido por Gorn (1983) como a ciência da computação e a ciência da informação que são usadas para gerenciar e processar dados, informações e conhecimentos. Assim, um sistema de informação em enfermagem (SIE) é a combinação da ciência da computação, da ciência da informação e da ciência da enfermagem para assistir no gerenciamento, processamento dos dados, informações e conhecimentos para dar suporte à prática da enfermagem e sua distribuição dos cuidados fornecidos aos pacientes.

Esta estrutura para o SIE conforme Blum (1986), baseia-se na taxonomia e na definição da concepção de dados, informação e conhecimento, que através desta define

dados como entidades discretas que não possuem interpretação. As informações são definidas como dados interpretados, organizados e estruturados e os conhecimentos são definidos como a informação sintetizada onde inter-relações são identificadas e formalizadas.

A estrutura para o estudo do SIE é baseada nos seguintes pontos centrais: (a) O fenômeno do estudo, (b) a clareza do SIE e (c) o relacionamento da informática com a ciência da enfermagem.

O fenômeno do estudo - O fenômeno do estudo de um SIE são os dados, as informações e os conhecimentos em enfermagem. O essencial das ciências de informática é a utilidade de processar dados, informação e conhecimentos, mas não sendo apenas o computador o responsável pelas informações, ele apenas serve como meio para a enfermagem (Blois, 1987).

Dados, informação e conhecimento podem ser considerados os três aspectos de um fenômeno que é genericamente chamado de informação. A informação neste sentido é assumida como sendo uma entidade real do mundo que tem atributos reconhecidos e métodos para estudo, além disso, a informação é um fenômeno essencial do estudo de uma disciplina baseada em informação como é o caso da enfermagem.

A Clareza do SIE - Para se ter um bom entendimento, é necessário assumir que dado, informação e conhecimento em enfermagem são representações simbólicas do fenômeno dos interesses da enfermagem e que a estrutura do SIE é substancialmente diferente de outras disciplinas.

A estrutura atualmente utilizada apresenta problemas específicos para o gerenciamento e processamento de informações da enfermagem. Isto é evidenciado pelo fato do conhecimento da enfermagem ser diferente de outras disciplinas da área de saúde, pois ela requer diferentes estratégias para se tomar decisões. Este problema é

fundamentado pelo fato de ser utilizada uma estrutura de conhecimento que é aplicada à área médica.

Graves e Corcoran (1989) mostram que estudos indicam que a experiência dos seres humanos depende do domínio dos seus conhecimentos e de suas tarefas específicas que são usadas para reduzir e solucionar os problemas, logo a área de enfermagem possui problemas específicos ao seu contexto e que para se propor conhecimentos desta área é preciso se gerar soluções específicas e não aplicar estruturas que sirvam para outras áreas.

O Relacionamento da informática com a ciência da enfermagem - O estudo do gerenciamento e processamento dos dados, informações e conhecimentos da enfermagem é considerado como uma parte integral das ciências da enfermagem e não simplesmente um ramo da ciência da computação ou ciência da informação aplicada à enfermagem. Esta premissa é baseada no fato de que os dados e as informações são representações simbólicas do fenômeno que a enfermagem tem interesse tendo a habilidade da estruturação do problema como um domínio específico.

O desenvolvimento de aplicações de dados está apenas começando e atualmente os estudos em enfermagem estão voltados na identificação do universo de seus principais dados. Tanto a natureza das pessoas no fenômeno da enfermagem e o uso de múltiplas estruturas conceituais para estruturar seus conhecimentos têm contribuído para dificultar o desenvolvimento de conhecimentos sobre os dados da enfermagem. Esta área está interessada nos fenômenos das pessoas como um todo, medindo reflexão na totalidade dos fenômenos de interesse contínuo para elucidar sua disciplina. (Grave e Corcoram, 1989)

A tecnologia da informação refere-se a sistemas (programas e computadores) usados para gerenciar processos de informação, onde estas têm o atributo de precisão, tempo e utilidade tendo esta última um atributo adicional de relevância e qualidade que

junto com a acessibilidade determinam o valor da informação (Goffman, 1981). Enquanto aplicações de dados contam largamente com processamento computacional, as aplicações de informação combinam dados onde os seus significados são enfatizados (Blum, 1986).

No campo da saúde, os sistemas de informação são as tecnologias que são usualmente utilizadas para fornecer uma disciplina ou uma função de suporte. Por exemplo, um sistema de informação hospitalar suporta as funções hospitalares e gerenciamento de informação. Assim sendo, um SIE gerencia informações clínicas requeridas para a prática da enfermagem.

Outra grande questão de importância é que o desenvolvimento de sistemas de informação pode capturar e armazenar os fenômenos da enfermagem para usar em várias aplicações, como também servir para documentar a sua prática. O impacto do desenvolvimento destas práticas é uma importante área do estudo de um SIE.

A primeira geração de SIE foi desenvolvida para dar velocidade ao trabalho da enfermagem no papel e na sua comunicação, ou seja, foi apenas para transferir para o computador o que as enfermeiras faziam no papel ou ao telefone. Alguns sistemas foram bem sucedidos e reduziram o tempo gasto na documentação ou comunicação (Grave e Corcoram, 1989). As pesquisas em SIE concluíram que a enfermagem era mais complexa do que apenas reduzir o tempo gasto nos trabalhos em papel. O gerenciamento e processamento de dados, informação e conhecimentos são componentes integrais de um SIE, buscando na enfermagem o significado dos aspectos de cuidados efetivos fornecidos aos pacientes, onde buscar estes significados requer uma ampla e profunda pesquisa dentro do campo da enfermagem, não se fazendo apenas uma exploração superficial de suas práticas.

O SIE é, portanto, um *software* que automatiza o processo da enfermagem, auxiliando desde o levantamento inicial das necessidades do paciente até a avaliação do

cuidado prestado, incluindo toda a documentação feita no período, incluindo também o gerenciamento dos dados necessários para a prestação da assistência, como por exemplo, a classificação do grau de dependência do paciente (Marin, 1995).

A seguir serão mostrados os sistemas de classificação da enfermagem que representam os conhecimentos explícitos em que muitos SIE se baseiam.

3.2 Sistemas de classificação em enfermagem

Uma breve examinação da história da classificação em enfermagem servirá como um ponto de referência para as classificações dos cuidados. Inicialmente temos que as culturas primitivas, assim como as sociedades mais avançadas, classificaram as idéias relacionadas à saúde que eram importantes para a sua cultura. Em seus estudos sobre a cultura do mundo, Murdock (1980) classificou a teoria da doença em teoria das causas naturais e em teorias da causa sobrenatural (Tabela 3.1).

TABELA 3.1	
Classificação da teoria da doença	
A. Causas Naturais	B. Causa Sobrenatural
Tipo 1. Infecção.	Tipo 6. Destino.
Tipo 2. Stress.	Tipo 7. Sensação de Omissão.
Tipo 3. Deterioração Orgânica.	Tipo 8. Contágio.
Tipo 4. Acidente.	Tipo 9. Castigo Místico.
Tipo 5. Agressão Humana Pública.	

Fonte: Murdock, 1980.

A primeira tentativa sistemática de classificar a doença é creditada a Francois Bossier de Lacroix com a publicação de *Nosologia Methodica* em meados de 1700. Nos séculos 18 e 19 o interesse estava voltado na classificação das causas da morte. Florence

Nightingale escreveu um artigo intitulado de *Proposta para um plano uniforme de estatística hospitalar* no quarto congresso estatístico internacional em Londres em 1860, incitando a inclusão de várias circunstâncias que antes não estavam sendo abordadas.

Em 1893 a classificação internacional de doenças e causas de morte começou a ser usada e em 1946 a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu a responsabilidade de rever e revisar este sistema a cada 10 anos. A OMS recomendou que os países estabelecessem um comitê nacional para estatísticas de vida e saúde, pois encorajaria a cooperação internacional que seria utilizada como um recurso pela OMS para futuras revisões na classificação (Zernott, 1982).

Existem, entre a enfermagem e a medicina, similaridades com relação ao número de sistemas de classificação com diferentes focos. Na medicina, as estatísticas de mortalidade e incidência de enfermidade são reunidas utilizando a Classificação Internacional de Doenças (CID). A CID foi adaptada pelos Estados Unidos e tem sido utilizada para os relatórios estatísticos dos hospitais. Em outros países, pode ocorrer a necessidade de se adaptar novas especificações que sejam relativas à epidemiologia ou necessidades culturais.

Alguns outros sistemas de nomenclaturas usados na medicina incluem o Diagnóstico Padrão e Manual Estatístico de Desordens Mentais (DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), a Nomenclatura Padrão de Doenças e Operações (SNODO - *Standard Nomenclature of Disease and Operations*), a Nomenclatura Sistematizada de Patologia (SNOP-*Systematized Nomenclature of Pathology*) e a Nomenclatura Sistematizada de Medicina (SNOMED III - *Systematized Nomenclature of Medicine*). Como podem ser notados por suas denominações, os sistemas de classificação são desenvolvidos para propósitos específicos visando encontrar as necessidades particulares dos pacientes. A idéia de sistemas com propósitos específicos são também

uma marca na classificação da enfermagem, existindo sistemas com vários propósitos, como por exemplo, o sistema de enfermagem domiciliar que serve a propósitos particulares.

3.2.1 Perspectiva histórica do sistema de classificação em enfermagem

Historicamente, a enfermagem moderna é baseada no modelo de Nightingale que usa a entidade de doenças da classificação médica para organizar seus pensamentos, falas e escritas, sendo estes os únicos conceitos disponíveis para o cuidado com a saúde no meio do século 20. Apenas recentemente tem surgido o interesse pela estrutura do conhecimento da enfermagem com o avanço da idéia de classificação para a sua prática (Tripp-Reimer *et al*, 1996).

A *American Nursing Association* (ANA) tem desenvolvido critérios para reconhecer uma classificação da enfermagem (Warren, 1997) bem como reconhecer trabalhos como os da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), o projeto Iowa, o *home health care* (Saba, 1992) e *community classifications* (Martin e Sheet, 1992).

A classificação é a ordenação de entidades para dentro de grupos ou classes nas bases de suas similaridades, minimizando as divergências que ocorrem dentro destes grupos (Bailey, 1994). Com o desenvolvimento dos conhecimentos da enfermagem, foram identificadas novas categorias de diagnóstico, aumentando-se o interesse no conhecimento organizacional para a prática, a educação e a pesquisa. Uma referência para a construção do conhecimento em enfermagem é encontrada em “Métodos e princípios para ensino e em

princípios e práticas da enfermagem” de Bertha Hamer, publicado em 1926 (Avdelotte e Peterson, 1987), que perguntava:

- 1- O conteúdo organizado dos conhecimentos da enfermagem poderia ser composto como resultado da medicina e de outros campos?
- 2- Deveriam as enfermeiras prescrever os cuidados para cada paciente como os médicos prescrevem seus cuidados?
- 3- O termo “diagnóstico social” para a enfermagem deveria se um possível termo vindo dos trabalhos sociais?

Como as teorias da enfermagem e os processos de solucionar problemas foram introduzidos em meados do século 20, os conceitos e práticas enfatizavam seus procedimentos, tarefas e funções. Foi no ambiente prático que Abdellah (1959) registrou uma classificação para problemas em enfermagem baseado em uma pesquisa feita em 40 escolas de enfermagem, encontrando 21 problemas que descreviam metas terapêuticas da enfermagem e esta classificação serviu para organizar esta prática por muitos anos.

Os sistemas de classificação serão demonstrados a seguir sendo mostradas a classificação dos diagnósticos, a classificação dos resultados e a classificação da intervenção.

3.2.2 Classificação dos diagnósticos

Iniciaremos fazendo uma breve introdução histórica da classificação dos diagnósticos.

3.2.2.1 Perspectiva histórica da classificação dos diagnósticos

A NANDA é reconhecida como a pioneira na classificação de diagnóstico para enfermagem. Isto começou com a primeira conferência nacional de classificação dos diagnósticos da enfermagem em 1973 e que em 1982 foi incorporada para uma associação que tinha a finalidade de assistir as enfermeiras dos Estados Unidos e Canadá na classificação (Gordon, 1998).

Inicialmente o trabalho para a classificação da profissão de enfermagem pode ser atribuído a Kristine Gebbie e Mary Ann Lavin da Universidade de St. Louis que fizeram a primeira conferência de classificação, pois elas acreditavam que as enfermeiras deveriam ter a oportunidade para participar no desenvolvimento da classificação usada na prática da enfermagem podendo influenciar muitas decisões acerca do processo de identificação e classificação da enfermagem.

3.2.2.2 Desenvolvimento dos conceitos de diagnóstico

Para Gordon (1990), os diagnósticos são conceitos gerados de uma visão do mundo, sendo eles um modelo de conceito para a interpretação de uma série de observações e que, por esta razão, providenciam um caminho de entendimento, sendo baseado em estudos dos fenômenos da enfermagem levando em consideração fatores etiológicos (Conjunto dos fatores que contribuem para a ocorrência de uma doença ou estado anormal.) e fatores que contribuem para definir as suas características. O autor acima ainda enfatiza que cada conceito de diagnóstico deve ser baseado nestes estudos, visto que na primeira conferência de classificação de 1973 a pesquisa foi mínima e a literatura substantiva para os conceitos deste tipo foi negligenciada.

Depois de especificado o propósito de um sistema, o primeiro passo na classificação é identificar o fenômeno de interesse a ser classificado. Isto ficou claro na primeira conferência em 1973 que o propósito da classificação foi para desenvolver um sistema de classificação para o uso de todas as enfermeiras nas suas práticas educacionais e de pesquisa. Uma abordagem indutiva foi utilizada inicialmente pela NANDA para identificar classes e categorias.

Para definir os critérios para a classificação, certas questões são importantes e deverão ser perguntadas para o desenvolvimento de uma classificação: em um nível abstrato, o que deve ser classificado? Como um conceito torna-se um diagnóstico aceito para a classificação?

A definição de um diagnóstico de enfermagem foi aceita pelos membros da NANDA em 1998, sendo definido como:

O diagnóstico da enfermagem é um julgamento clínico sobre o indivíduo, família ou comunidade, em resposta para o atual ou potencial processos de problemas de saúde. O diagnóstico da enfermagem providencia uma base para a seleção das intervenções para arquivar os resultados para o qual a enfermeira é responsável.

O conceito de diagnóstico é formado por uma série de indicadores empíricos (sinais e sintomas) observados pelas enfermeiras, onde são fornecidos um nome e uma definição. Idealmente, como em outras profissões clínicas, estas observações deveriam ser registradas em um jornal para alertar aos outros para os fenômenos observados (Gordon, 1998).

Além disso, a observação guia para a identificação de fatores contribuintes que estarão no foco da intervenção da enfermagem. E, para a identificação destes fatores, métodos de pesquisa qualitativa, tais como a *grounded theory*, são usados quando existe uma tentativa de formulação de conceitos e fatores contribuintes ou quando a categoria está pronta para estudos epidemiológicos (Gordon, 1990).

Embora pesquisas em categorias de diagnóstico tenham aumentado consideravelmente na última década, elas ainda não são suficientes (Gordon, 1998), pois são requeridas validade e confiabilidade nos conceitos do diagnóstico que facilitem sua definição, embora que possam inibir pensamentos.

3.2.3 Classificação dos resultados

A classificação dos resultados tem uma grande importância por medir a eficiência econômica e a efetividade do sistema hospitalar no controle de custo. O conceito de resultado tem sido analisado nos resultados da enfermagem em múltiplos termos ou suas variações. O resultado pode ser definido como o processo final dos cuidados, mesmo quando a qualidade do cuidado está sendo medida, sendo eles unidos com o diagnóstico. Desta perspectiva, os resultados são indicadores de resolução de problemas ou resolução para o progresso do paciente (Gordon, 1998).

3.2.3.1 Perspectiva histórica da classificação dos resultados

Aydelotte (1962) foi a pioneira na medida dos resultados dos pacientes, pois ela foi a primeira enfermeira a usar mudanças nas características dos pacientes para avaliar os cuidados da enfermagem. Heater, Becker e Olson (1998) completaram uma meta-análise do estudo que sugeria um interesse crescente nas metas da enfermagem e seus resultados.

Johnson e Mass (1997) resumiram os múltiplos relatórios de geração de resultado que foram características dos anos 80 e início dos anos 90 e concluíram que a identificação de resultados foi baseada principalmente na revisão de literatura e experiências práticas, e não em pesquisas ou estruturas conceituais.

Estes autores também notaram que os resultados da enfermagem diferem em conteúdo com os resultados médicos, pois a enfermagem inclui conhecimento dos pacientes, comportamentos, segurança, uso de recursos, apoio domiciliar e condições dos cuidados fornecidos. Em um projeto, Johnson e Maas (1997) e um grupo de investigadores da Universidade de Iowa desenvolveram uma série de resultados e propuseram suas ligações para o diagnóstico de enfermagem sendo estes resultados e seus indicadores conceitos ou elementos para serem utilizados na classificação.

3.2.3.2 Desenvolvimento do conceito de resultado

Como previamente discutido, a classificação é importante para definir o que deve ser classificado e se a classificação é resultado, diagnóstico ou intervenção, cada categoria de um nível particular no sistema de classificação deveria ter o mesmo nível de abstração.

John e Mass (1997) propuseram um relatório que como requerimento para o desenvolvimento de um sistema de classificação alguns métodos deveriam ser adotados, pois ajudariam a desenvolver elementos que serviriam de guia para as decisões que seriam claramente delineadas. Os métodos incluem revisão de literatura, sistemas de informação e outras fontes.

A análise dos dados obtidos, através de um estudo realizado junto a estudantes, foi utilizada para determinar a validade de conceitos e seus indicadores, onde foram

realizados testes de campo que foram planejados em múltiplas séries para avaliar as frequências do uso e sensibilidade das intervenções da enfermagem. Este estudo foi limitado para indivíduos e famílias, mas existiam planos para expandir a nomenclatura para incluir a comunidade e as organizações.

3.2.3.3 Classificação dos resultados

A enfermagem tem desenvolvido tipologias de resultados em várias áreas específicas de sua prática nas últimas três décadas. As primeiras tipologias usaram termos gerais e atualmente padrões específicos de diagnósticos para prática, custo e desenvolvimento de registro eletrônico de pacientes que estão sendo mais estimulados (Gordon, 1990).

Johnson e Maas (1999) têm usado similarmente uma classificação e técnicas de agrupamento hierárquico para desenvolver uma taxonomia com 24 classes e sete domínios. Estes foram usados para classificar mais de 200 resultados e seus indicadores desenvolvidos nos seus projetos. Os domínios são:

1. Saúde Funcional;
2. Saúde fisiológica;
3. Saúde psico-social;
4. Conhecimento da saúde e comportamento;
5. Saúde percebida;
6. Saúde familiar;
7. Saúde comunitária.

O domínio da saúde funcional é o resultado que descreve a capacidade de executar as tarefas básicas da vida. O domínio da saúde fisiológica é o resultado que descreve a funcionalidade orgânica. O domínio psico-social é o resultado que descreve as

funcionalidades fisiológicas e sociais. O domínio do conhecimento da saúde e comportamento descreve as atitudes, compreensões e ações com respeito à saúde e à doença. O domínio da saúde percebida descreve a impressão da saúde de um indivíduo. O domínio da saúde familiar descreve o status da saúde, comportamento ou funcionalidade da família como um todo. E o domínio da saúde comunitária descreve a saúde e o bem estar de uma comunidade ou população (Johnson e Maas, 1999).

Mesmo sendo reconhecido como incompletos, é interessante ver uma lista de resultados de enfermagem e saber que esta lista representa uma imagem visível da contribuição das enfermeiras para a saúde mundial (Gordon, 1998).

3.2.4 Classificação da intervenção

A intervenção completa a ligação entre o diagnóstico e o resultado, especificando o maior elemento do relacionamento que é necessário para desenvolver um sistema de classificação de enfermagem.

3.2.4.1 Perspectiva histórica da classificação da intervenção

Acessar e monitorar tratamentos médicos e tecnológicos, administrar medicamentos e assistir o paciente no seu cuidado físico foi sempre uma alta prioridade na topologia tradicional da intervenção da enfermagem. Esta situação mudou com a publicação das teorias da enfermagem e a introdução dos diagnósticos de enfermagem e julgamentos clínicos. A intervenção da enfermagem começou a ser utilizada nos livros

textos em 1980 relacionando-os com o diagnóstico da enfermagem (Bulechek e McCloskey, 1992).

3.2.4.2 Desenvolvimento do conceito da intervenção

A primeira abordagem sistemática para nomear as classes de intervenção foi registrada por McCloskey e Bulechek (1992) e atualizado em 1996. O grupo de pesquisa do Sistema de Intervenção em Enfermagem (*NIC-Nursing Intervention Classification*) identificou uma série de conceitos de intervenções através da análise de conteúdo da literatura e outras fontes tais como: projetos, grupos de pesquisa e estudantes.

Procedimentos de validação incluíram pesquisa de organizações especializadas, enfermeiras novatas e experientes no desenvolvimento de teorias e campo de teste clínico, tendo como resultado atualmente 433 conceitos de intervenção e 3000 atividades de enfermagem que foram identificados através deste grupo de pesquisa (McCloskey e Bulechek, 1996).

A estrutura da intervenção inclui o rótulo de conceito, definição e atividade. O envolvimento de um dos diretores de ambos os projetos NIC e NOC (*Nursing Outcome Classification*) no trabalho da NANDA pode ter influenciado as decisões a respeito das estruturas das intervenções e resultados. Todos os três elementos de classificação, que providenciam consistência através da classificação para os usuários, consistem de:

1. Conceitos;
2. Definições;
3. Referências (Definindo características, indicadores de resultados ou atividades).

De acordo com McCloskey e Bulechek (1992), a intervenção da enfermagem é qualquer tratamento de cuidado direto que uma enfermeira executa em favor de um paciente. Estes tratamentos incluem o tratamento introduzido pela enfermagem a partir do diagnóstico, do tratamento clínico resultante do diagnóstico médico e da execução das funções diárias essenciais para o paciente.

3.2.4.3 Classificação das intervenções em enfermagem.

O número de intervenções e atividades identificadas no projeto Iowa requer o uso de computadores; mas muitas classificações similares e técnicas hierárquicas foram usadas para desenvolver uma taxonomia com 34 classes e seis domínios sendo estes o fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família e sistema de saúde (McCloskey e Bulechck, 1996). Os usos dos termos tradicionais de enfermagem podem ser necessários quando as classificações (intervenção e resultados) contêm condições médicas e de enfermagem.

Uma escala multidimensional, análise fatorial e outros procedimentos foram usados para analisar a estrutura dimensional das 26 classes de intervenção do NIC, tendo como resultado a sugestão de uma estrutura embutida nas intervenções que contém três componentes: complexidade (urgência, habilidade e conhecimentos necessários), intensidade (perspicácia), e foco no cuidado (objetivo: individual para sistema) (McCloskey e Bulechck, 1996). Isto é similar a linha taxonômica proposta pela classificação da NANDA: acuidade, nível de desenvolvimento e indivíduo-família-comunidade.

Sendo mostrados os conceitos do sistema de classificação representados nos diagnóstico, resultados e intervenção, no tópico abaixo será mostrado um resumo dos maiores sistemas de classificação.

3.2.5 Resumo das maiores classificações

Pode-se notar que estes três sistemas (diagnóstico, intervenção e resultado) têm sido desenvolvidos separadamente, mas pode-se fazer a sua união (Daly, 1993) podendo os resultados ser unidos para o problema (diagnóstico da enfermagem) através do diagnóstico e as intervenções podem ser unidas a fatores associados ou contribuintes.

A união entre diagnóstico e intervenção assume que o diagnóstico da enfermagem está sendo usado como um fator contribuinte para outros diagnósticos, e que a classificação é similar a um dicionário de termos (McCloskey e Bulechck, 1996). As uniões são mais facilmente vistas quando diagnóstico, intervenção e resultados são identificados dentro de um projeto, tais como HHCC (Saba, 1992) que compartilha muitos conceitos com a taxonomia da NANDA ou como o sistema de classificação Omaha (Martin e Sheet, 1992) para saúde comunitária que também consideravelmente sobrepõe com a NANDA.

Dificuldades similares foram encontradas pelos três grupos de classificação que foram:

1. Desenvolvimento de conceitos: definição de elementos, nível de abstração, questões de validade e confiabilidade;
2. Classificação: determinar a chave de constructo para a organização de uma taxonomia em enfermagem e decisões sobre uma classificação de elementos que são autônomos, colaborativos ou ambos.

3.2.5.1 A Perspectiva internacional da classificação

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN - *International Council of Nurses*), em Genebra, preparou uma Classificação Internacional das Práticas da Enfermagem (ICNP - *International Classification for Nursing Practice*). O ICN é muito atento, pois afirma que sem uma linguagem, a enfermagem é invisível em um sistema de cuidado à saúde e estará sujeita a não ser reconhecida nem recompensada.

O ICN propôs uma classificação internacional da prática da enfermagem, sendo constituída de três classificações: a de fenômenos, intervenções e resultados que poderiam servir como uma estrutura de unificação em que os vocabulários existentes e as classificações pudessem ser mapeados para permitir comparações dos dados.

Esta classificação internacional tem o objetivo de preencher a necessidade de uma linguagem comum que possa ser comunicada através de diversas culturas e entre as populações internacionais, como também em todos os tipos de cenário, meio ambientes e situações de cuidados, permitindo a inclusão de uma pluralidade de conceitos, ordenados para preencher critério que possam ser relevante mundialmente (Mortensen, 1996).

4

Conhecimentos para o DSI

Este capítulo mostrará a definição dos conhecimentos tácito e explícito e algumas dificuldades em como conseguir captá-los. Serão mostrados o que são modelos mentais e a importância da experiência para se entender como pode ocorrer a transmissão dos conhecimentos.

4.1 Conhecimento tácito versus conhecimento explícito

De acordo com Nonaka (1996), existem dois tipos de conhecimento: o tácito e o explícito. O conhecimento tácito é subjetivo e prático, baseado nos conhecimentos que não podem ser expresso em palavras, sentenças, números ou fórmulas, frequentemente porque eles são específicos ao contexto. Isto também inclui habilidades cognitivas tais como crenças, imagens, intuição e modelos mentais, bem como habilidades técnicas tais como arte e *know-how*.

O conhecimento explícito é objetivo e racional que pode ser expresso em palavras, sentenças, números ou fórmulas e são livres de contexto incluindo abordagens teóricas, resolução de problemas, manuais e banco de dados.

Nonaka (1996) apresentou um modelo que mostra os conhecimentos tácito e explícito mostrando como pode ocorrer a transferência entre ambos, mas sendo abordado de forma diferente. Este modelo está representado no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 Conversão do Conhecimento

	Para Conhecimento Tácito	Para Conhecimento Explícito
De Conhecimento Tácito	Socialização	Externalização
De Conhecimento Explícito	Internalização	Combinação

Fonte: Nonaka e Takeuchi, 1996.

Cada tipo de conhecimento pode ser convertido sendo abordado como um processo contínuo de aprendizagem. O processo que transfere o conhecimento tácito de uma pessoa para o conhecimento tácito de outra pessoa é chamado de socialização. Este processo de transferência é baseado na experiência, sendo este capturado pela interação direta com clientes e fornecedores fora da organização e pessoas dentro da organização. Isto depende em se ter o compartilhamento de experiência resultando na aquisição de habilidade e modelos mentais comuns. A socialização é o primeiro processo entre os indivíduos (Nonaka, 1996).

O processo de tornar conhecimento tácito em explícito é a externalização. Um caso é a articulação do próprio conhecimento tácito como, por exemplo, idéias ou imagens de palavras, metáforas e analogias. Um segundo caso é a tradução de conhecimento tácito para a forma que os outros possam entender. Durante a comunicação face a face, as pessoas compartilham crenças e aprendem como melhor articular seus pensamentos,

através de um *feedback* que pode ocasionar uma mudança rápida de idéias. A externalização é o processo entre indivíduos dentro de um grupo.

Um conhecimento explícito pode ser transferido como conhecimento explícito através de um processo chamado por Nonaka (1996) de combinação. Esta é uma área onde a TI tem ajudado, porque o conhecimento explícito pode ser transmitido em documentos, *e-mail*, base de dados, bem como através de reuniões (Stenmark, 2000). O ponto chave é coletar conhecimentos relevantes externos e internos, diminuindo e processando para torná-lo mais usável. A combinação permite transferir conhecimentos entre grupos através da organização (Nonaka, 1996).

A internalização é o processo de entender e absorver conhecimento explícito em conhecimento tácito. Ela é altamente baseada na experiência de forma a atualizar conceitos e métodos através de simulação ou fazendo realmente as coisas. Ela transfere conhecimento explícito da organização ou grupo para o indivíduo.

4.2 O poder do conhecimento tácito

O conhecimento estruturado e explícito é importante, mas para alcançar a excelência em um trabalho temos que elevar o nosso conhecimento através do não estruturado é intangível, que é o conhecimento tácito. O conhecimento explícito é fácil de se encontrar e de se usar, mas o conhecimento tácito separa os mestres dos comuns (Lawson e Lorenzi, 1999). A competência essencial de uma organização é muito mais que o conhecimento explícito do *know-what*, ela requer muito mais que *know-how* tácito para colocar *know-what* dentro da prática (Brown e Duguid, 1998).

A eficiência em tomar decisões, servir clientes ou produzir algo é improvisado pelo uso do conhecimento tácito, como também a precisão de executar muitas tarefas podem ser melhoradas pelo seu uso (Brockmann e Anthony, 1998).

No mundo de hoje, onde a importância do tempo tem aumentado, pode-se conseguir um maior aproveitamento utilizando o conhecimento tácito. Se o conhecimento explícito é fácil de ser difundido, o papel do conhecimento tácito é frequentemente essencial para ter habilidade em utilizar o conhecimento explícito, que pode cair em desuso sem a argumentação do conhecimento tácito (Shariq, 1999). Pode-se aprender a importância da qualidade do serviço lendo livros, mas não se pode aprender a ter uma atitude sorridente lendo sobre este assunto.

4.3 Dificuldades em compartilhar conhecimento tácito

Se o conhecimento tácito for visto como uma alta individualidade e apenas puder ser realizável através das experiências pessoais, difundi-lo parecerá impossível (Augier e Vendelo, 1999). Em contrapartida a esta argumentação, outros pesquisadores propõem uma atitude mais positiva para difundir o conhecimento tácito (Nonaka e Konno, 1998, Leonard e Sensiper, 1998), onde estas dificuldades podem ser relacionadas como: percepção e linguagem, tempo, valor e distância.

Percepção e linguagem são consideradas as principais dificuldades em compartilhar o conhecimento tácito. Perceptivelmente, a característica da inconsciência gera o problema das pessoas de não serem atentas à extensão dos seus conhecimentos

(Herrgard, 2000). O conhecimento explícito é fácil de ser reconhecido, mas o sentimento da perda de ligação ou elemento de intuição é difícil de se detectar. Esta espécie de conhecimento é então internalizada que posteriormente, e com uma certa frequência, torna-se parte natural de nossos comportamentos ou caminhos de pensamento.

A dificuldade com a linguagem é encontrada no fato dos conhecimentos tácitos serem apoiados em formas não-verbais. Para muitas pessoas articularem alguma coisa que se pareça com o natural e o óbvio é muito difícil. Muitas experiências e conhecimentos ocultos guiam para o conhecimento tácito mostrando uma grande dificuldade em articular estes conhecimentos. Um problema que segue isto pode ser o aumento das dificuldades com a experiência para expressar o conhecimento tácito (Herrgard, 2000).

Outro problema que aparece está entre a relação de pessoas novas e experientes, pois existe um problema em encontrar uma linguagem apropriada para ser compartilhada. A diversidade de terminologias ou jargões existentes entre diferentes grupos de ocupações e linhas de negócio e um compartilhamento de todas as formas de conhecimento dependem da união de linguagens. Este jargão pode, contudo também ser a fonte da externalização do conhecimento tácito e na tentativa para externalizar o conhecimento tácito, a criação de novas expressões pode acontecer onde frequentemente se incluem dimensões tácitas (Herrgard, 2000).

O tempo também aumenta a dificuldade para compartilhar conhecimento tácito, pois a internalização desta forma de conhecimento requer um longo período para formar conhecimentos individuais e organizacionais (Augier e Vendelo, 1999). Como a velocidade dos negócios atualmente está aumentando e o tempo para reflexão está se tornando escasso para os novos empreendimentos, o tempo de introdução é frequentemente insuficiente e poucos empreendimentos têm tempo excedente para atender a esta introdução.

A rápida mudança nos ciclos de trabalhos está levando para um aprendizado contínuo e muitas pessoas são forçadas a ter cuidado com a necessidade do aprendizado, mas poucas organizações têm reservado tempo para aprender a alcançar este conhecimento. Com uma maior pressão nos empregados e um menor número de empregos, aumenta-se o risco dos empregados não terem tempo suficiente para obter seus conhecimentos tácitos (Herrgard, 2000).

Uma forma organizacional do conhecimento tácito pode ser encontrada em rotinas, na cultura organizacional e no esquema cognitivo. Neste caso, pode-se dizer que é necessário a externalização do conhecimento tácito, pois o aprendizado da cultura organizacional, ou modelos mentais ocorrem sobre o tempo e através da participação ativa e da interação na organização (Leonard e Sensiper, 1998). Quando um modelo é utilizado para compartilhar a cultura organizacional, ele nem sempre está atento para o compartilhamento de conhecimentos, mas mesmo não havendo a externalização do conhecimento tácito, ele pode ser compartilhado, e por isso, neste caso, a socialização é mais importante que a externalização (Herrgard, 2000).

O valor é outro campo com dificuldades em compartilhar o conhecimento tácito, bem como o conhecimento explícito. Muitas formas de conhecimento tácito, tais como a intuição, não tem sido valorizados (Zack, 1999). A intuição não corresponde para o negócio pelo fato de existirem conceitos tais como racionalidade e a lógica com muito mais ênfase, e por isso ela logo não é preferida. O valor é freqüentemente associado com alguma forma de medida e atualmente temos aprendido a valorizar coisas incomensuráveis tais como o conhecimento, embora que coisas mais intangíveis, semelhante ao conhecimento tácito, sejam incomuns hoje em dia.

A frase “Conhecimento é poder”, está firmemente embutida em nossas mentes, especialmente na sociedade de hoje, pois o conhecimento tem se tornado um ativo valioso

no trabalho do *marketing*. Sendo este poder coletivo na organização, isto pode ser muito bom, mas se muito destes conhecimentos se referirem a um poder individual, isto pode ser perdido por ser utilizado apenas para o uso próprio. Neste caso, a organização irá apenas ser um campo de batalha para explorar o conhecimento de colegas em busca de conhecimentos próprios, e isto não é benéfico para a organização.

Outra dificuldade é que não é apenas o conhecimento valioso e benéfico que é compartilhado como verdade organizacional ou conhecimento tácito pessoal. Como por exemplo, na cultura organizacional, tais coisas como maus hábitos e comportamentos obsoletos são difundidos e uma vez compartilhados e internalizados esses maus hábitos tendem a ser difíceis de se reparar. Uma solução para este problema pode ser não permitir que eles sejam disseminados, mas é muito difícil se gerenciar e controlar o que é compartilhado e o que deve ser compartilhado.

Por último, a distância também aumenta as dificuldades nos dias de hoje. A necessidade de uma interação face a face é frequentemente percebida como um pré-requisito para a difusão do conhecimento tácito (Holtshouse, 1998; Leonard e Sensiper, 1998). Quando organizações tendem a se dispersar para maiores distâncias ou para formas mais virtuais ou globais (Bennet e Gabriel, 1999), a interação face a face torna-se mais uma exceção do que uma regra, e isto tem gerado uma grande dificuldade para poder compartilhar o conhecimento tácito. Atualmente, pode se valer da tecnologia moderna de informações para difundir conhecimento explícito, mas o conhecimento tácito é muito difícil de ser difundindo eletronicamente. Talvez no futuro a tecnologia possa facilitar a difusão pela interação face a face feita artificialmente através de diferentes formas de reuniões em tempo real e com diferentes visões e formas de simulação (Herrgard, 2000).

4.4 A importância da experiência

Badaracco (1991) afirma que o ser humano não pode tomar vantagem da informação ao menos que ele tenha logo o seu “*software social*” conectado para a informação. Cohen e Levinthal (1990), que introduziram o conceito de “capacidade abstraída”, afirmam que a capacidade do homem de utilizar novas informações na solução de tarefas depende largamente do seu conhecimento primário. O fato que conhecimento e *know-how* baseados na experiência podem ser utilizados na enfermagem, eles podem também ser suportados pela pesquisa psicológica cognitiva (Ross, 1989). O resultado deste estudo mostra evidências que situações já experimentadas podem ajudar a solucionar novos problemas.

A experiência de um indivíduo aumenta a sua possibilidade de solucionar problemas porque esta adiciona uma habilidade para visualizar entidades subjetivas e suas dependências entre assuntos, isto é, a capacidade para resolver problemas é dependente do acúmulo de conhecimento existente (Lyles e Schwenk, 1992). Estas observações são esboçadas nos estudos para um nível individual nas ciências cognitivas e comportamentais mostradas por Bower e Hilgard (1981), que afirmam que quanto mais modelos e conceitos forem armazenados na memória, mais informações novas podem ser adquiridas com maior rapidez.

4.5 Modelos mentais

Kim (1994) observa que os modelos mentais representam a visão de uma pessoa sobre o mundo, incluindo tanto conhecimento tácito como explícito, providenciando um contexto que possibilita visualizar e interpretar novos conhecimentos. Eles também ajudam a determinar as informações relevantes para determinada situação, representando mais que uma coleção de idéias, memórias e experiências. Kim (1994) usa uma metáfora que afirma que os modelos mentais são parecidos com os códigos-fontes de um sistema operacional de um computador, sendo ele o gerente e o juiz para adquirir, reter, usar e apagar novas informações. Porém eles são muito mais que isto, pois são também programadores do código fonte com o *know-how* (conhecimento tácito) para desenvolver diferentes códigos bem como o *know-why* (conhecimento explícito) para escolher um sobre o outro. Agyris (1989) argumenta que embora as pessoas não se comportem de acordo com o que elas dizem, elas se comportam de acordo com os seus modelos mentais.

4.6 A dualidade do conhecimento tácito

O grande valor do conhecimento tácito está no fato de que muitos dos nossos conhecimentos serem feitos de coisas que sabemos, mas que não temos habilidade para expressá-las. De acordo com Polanyi (1998), as pessoas sabem mais do que podem ou querem dizer, já Leonard e Sensiper (1998) afirmam que se pode frequentemente saber mais do que se realiza.

Muitas iniciativas na busca de conhecimentos têm seu foco em tentar explicar nosso conhecimento tácito e que de acordo com Nonaka e Takeuchi (1996), o conhecimento tácito torna-se explícito pela externalização por compartilhar metáforas e analogias durante a interação social.

As dificuldades para captar o conhecimento tácito podem ser derivadas de três razões: por não se estar atento aos conhecimentos tácitos, por existir uma carência no incentivo no nível individual para torná-lo explícito e por existir um risco potencial da perda do poder e vantagem competitiva, caso o conhecimento se torne explícito.

Davenport e Prusak (1997) observam que o conhecimento tácito incorpora muito mais aprendizados embutidos e que por esta razão pode ser impossível separá-lo dos nossos atos individuais. Para Choo (1998) o conhecimento tácito é mostrado através das experiências das ações dos indivíduos e que ele é tangível através das sugestões registradas pelo ser humano na sua interação com o ambiente. Em outras palavras, nas atividades diárias, o conhecimento tácito informa as atividades sem que se pensem nelas como forma de conhecimento, é como andar de bicicleta, ou saber qual rosa cheira mais, mas não se pode documentar ou explicar isto para outras pessoas. Ele requer envolvimento dos objetos do conhecimento e para transferir tais habilidades, as pessoas envolvidas necessitam compartilhar experiência através das ações (Stenmark, 2001).

Conforme Leonard e Sensiper (1998), tornar o conhecimento tácito em explícito nem sempre pode ser benéfico para o indivíduo, pois se o conhecimento tácito pode ser considerado como uma valiosa vantagem competitiva, não existe a necessidade de compartilhar com os outros sem que se receba algo de retorno.

Embora existam habilidades para produzir uma exaustiva definição de nossos interesses, usualmente existem problemas em determinar o que pode ser considerado interessante ou não. Embora intuitivamente pode-se saber o que nos interessa, não é fácil

expressar este aprendizado para os outros. Suchman (1987) observa que o conhecimento tácito nos habilita a tomar ações que estão situadas em uma circunstância social particular e inserido dentro de um contexto.

5

Referencial teórico - metodológico

Este capítulo mostrará o interacionismo simbólico que ajudou a entender a perspectiva da área de enfermagem e a *grounded theory* que foi adotada para se fazer à análise dos dados e a sua interpretação gerando os modelos finais.

5.1 Interacionismo simbólico

O interacionismo simbólico começou com o sociólogo alemão e economista Max Weber (1864-1920) e o filósofo americano George H. Mead (1863-1931), onde ambos enfatizavam o significado subjetivo do comportamento humano, o processo social e o pragmatismo. Herbert Blumer, que foi estudante de Mead na Universidade de Chicago, é o responsável pela divulgação das idéias de Mead, sendo também o responsável pela sistematização das teorias interacionistas (Blumer, 1969).

Ao discutir a perspectiva e o método interacionista; Blumer (1969) coloca que:

O termo interacionismo simbólico refere-se à característica peculiar e particular das interações que acontecem entre os seres humanos. A peculiaridade consiste no fato de que os seres humanos interpretam ou definem cada ação do outro em vez de reagir para cada ação. Esta resposta não é feita diretamente para a ação, mas é baseada no significado no qual é atribuído a cada ação. Assim, a interação humana é mediada pelo uso de

símbolos, pela interpretação ou por determinar o significado de uma ação do outro. Esta mediação é equivalente a inserir um processo de interpretação entre estímulo e resposta no caso do comportamento humano.

Blumer (1969) tenta esclarecer a natureza do interacionismo simbólico apontando três aspectos básicos:

Os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que elas têm para eles. A habilidade do ser humano para perceber algo sobre o mundo que o cerca permite atribuir significados as coisas, pois os indivíduos em qualquer situação estão cercados pelas características do seu ambiente que o influencia. Os seres humanos interpretam estas coisas como símbolos que possuem significados e utilizam estes símbolos em suas ações.

Os significados das coisas surgem da interação social que os homens estabelecem com os outros. Os significados são socialmente construídos através da experiência que ocorre entre os indivíduos dentro de um grupo na sociedade. Por exemplo, se um indivíduo fala uma linguagem que não é percebida por outro indivíduo, isto é apenas um som sem significado.

Os significados das coisas podem ser manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelas pessoas quando estão tratando os objetos encontrados. O mesmo símbolo pode ser identificado como tendo o mesmo significado, mas a perspectiva do interacionismo simbólico considera o significado muito mais flexível, isto é, através da interação com os outros, o indivíduo entende o significado comum associado com os símbolos, mas isto pode ser modificado e mudado. O mesmo símbolo pode ter diferentes significados em diferentes situações para diferentes indivíduos, dependendo de como são interpretadas as situações.

Blumer (1969) afirma que o significado é um resultado do diálogo da pessoa com ela mesma, isto é, quando o indivíduo responde a um símbolo particular, ele

inconscientemente desenvolve uma resposta para este símbolo. Este estágio de interpretação entre estímulo e resposta envolve algum diálogo com ela mesma, considerando qual o significado que o símbolo mostrou para a pessoa, o que ele quer retratar em sua resposta, como a outra pessoa irá entender e interpretar sua resposta e qual serão as respostas mais apropriadas para a circunstância. Tudo isto é feito no diálogo com ela mesma.

Na abordagem interacionista, o comportamento humano não é uma questão de respostas diretas às atividades dos outros, mas envolve uma resposta às intenções dos outros. Estas intenções são transmitidas através de gestos que se tornam simbólicos, ou seja, passíveis de serem interpretados. A sociedade humana está construída na base do consenso, de sentidos compartilhados sob a forma de compreensões e expectativas comuns. Assim, quando os gestos assumem um sentido comum eles podem ser denominados de “símbolos significantes” (Haguette, 1990).

Na análise realizada por Blumer (1969), as pessoas levam em consideração as ações dos outros à medida que formam suas próprias ações, através do processo de indicar aos outros como agir e de interpretar as indicações feitas pelos outros. É através deste processo de interpretação e definição que se forma a conduta humana, com isto a sociedade existe em ação e a vida do grupo pressupõe a interação entre os membros do grupo, e esta interação ocorre entre atores e não entre fatores que fazem aparecer o comportamento.

Blumer (1969) mostra alguns conceitos que servirão como base para a compreensão das idéias do interacionismo simbólico que são o símbolo, o *self*, a mente, a interação social e a sociedade que são mostrados a seguir.

5.1.1 Símbolo

Os símbolos são os objetos sociais usados pelo ator para a representação e comunicação, representando o ponto central do interacionismo simbólico, pois sem ele não se poderia haver a interação com os outros (Haguette, 1990). É através dos símbolos que as pessoas fazem a comunicação e pela interpretação desses símbolos é que ocorre a interação social, pois através dos símbolos as pessoas compartilham a cultura e entendem o seu papel social. Para Blumer (1969) o símbolo é usado para pensar, comunicar, representar e será simbólico quando existir um significado.

À medida que as pessoas interagem, elas interpretam ou definem as ações uns dos outros, ao invés de meramente reagir às ações do outro. Suas respostas não são dadas diretamente às ações do outro, elas são baseadas nos significados que são atribuídos as ações. Por isso, a interação humana é mediada pelo uso de símbolos que fornecem uma interpretação ou determinam significados para as ações dos outros (Blumer, 1969).

5.1.2 *Self*

O *self*, de acordo com Blumer (1969), significa que a pessoa pode ser o objeto de sua própria ação, ou seja, ela pode ser o objeto de si própria. O conceito de *self* enfatiza que da mesma forma que a pessoa age socialmente com relação aos outros, ela interage socialmente consigo mesma e agindo em relação a si própria, sendo ela o objeto de suas próprias ações dentro da sociedade.

Na visão do interacionismo simbólico, o *self* é um objeto social que transforma o ser humano em um tipo especial de ator, transformando as relações do mundo, dando as ações humanas um caráter único (Blumer, 1969). Assim, o *self* representa um processo

social dentro de cada indivíduo que envolve duas fases analíticas distintas. O EU, que representa a tendência impulsiva do indivíduo, que é o aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana representando as tendências não direcionadas e o MIM, que representa o outro incorporado ao indivíduo, que compreende o conjunto organizado de atitudes e definições, compreensões e expectativas comuns ao grupo.

O *self* é um objeto que interage com os outros, por isso é definido, redefinido e tem uma mudança constante. Para Charon (1989), como o indivíduo se vê, como se define, e o julgamento que faz de si mesmo são todos altamente dependentes das definições sociais que encontra na vida. Logo, as ações que o indivíduo executa evidenciam a importância da comunicação, da percepção, da identidade e do julgamento de si mesmo. Todas as ações que são executadas dependem diretamente da comunicação simbólica que o indivíduo pensa e sente sobre ele mesmo e de como as coisas estão relacionadas ao *self*, fazendo com que o autojulgamento seja resultado do julgamento dos outros sobre a pessoa.

5.1.3 Mente

De acordo com Blumer (1969), a mente é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo mesmo usando símbolos que possuem significados. Este sentido é também social em sua origem, pois a mente é social tanto na sua origem como na sua função porque ela surge do processo social da comunicação.

A mente é ação, ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. Por isso, as pessoas ao tentarem fazer algo, agem em seu mundo e se comunicam com o *self* através da manipulação de símbolos, sendo o seu mundo transformado por causa das

definições deste mundo que é interpretado pela mente, resultando em uma interpretação das pessoas com relação aos objetos (Charon, 1989).

5.1.4 Interação social

Na interação social as pessoas são vistas como atores que se relacionam, comunicam-se e interpretam uns ao outros. Charon (1989) afirma que:

Quando interagimos, nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o self, nos engajamos em ações mentais, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos a realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro. O entendimento da natureza da interação deve reconhecer a existência de todas essas atividades.

A interação social é construída da ação social que é formada a partir da situação na qual ela acontece, onde as pessoas agem de acordo com a forma de interpretar a situação, por isso a interação simbólica envolve a interpretação e a definição que existe entre as pessoas envolvidas.

Charon (1989) faz um resumo da importância da interação social dizendo que:

Os seres humanos são atores sociais: eles levam outros em conta quando agem e os outros fazem diferenças nas suas ações. Quando a ação social se torna mútua, quando os atores se levam em conta e ajustam seus atos, eles estão engajados em uma interação social. A interpretação social é simbólica, intencionalmente comunicados quando agimos e outros interpretam o que fazemos. Na interação rotulamos os outros e isso diferencia aquilo que fazemos. Frequentemente tentamos influenciar a identidade dos outros, influenciando nossa ação em relação aos outros, o que frequentemente interfere na maneira de como eles agem. Pelo fato de reconhecermos a importância de como os outros nos vêem nas situações, tentamos controlar o que apresentamos aos outros na interação. Entender a interação é reconhecer o ajustamento desses aspectos.

5.1.4 Sociedade

A sociedade é toda atividade grupal que se baseia no comportamento cooperativo. O comportamento humano envolve uma resposta às intenções dos outros. Essas intenções são transmitidas através de gestos que se tornam simbólicos que são passíveis de serem interpretados (Haguette, 1990).

A interação social e a sociedade estão bastante relacionadas, consistindo a sociedade de indivíduos participando de um processo de interação social. Para Charon (1989), existem dois conceitos dominantes na sociedade: o conceito de cultura e o de estrutura social. A cultura é definida como o costume, a tradição, as normas, os valores e as regras que são claramente derivadas das ações das pessoas. A sociedade é uma interação cooperativa que desenvolve a cultura, e para os interacionistas simbólicos a sociedade é definida como dinâmica, onde os indivíduos interagem entre si definindo e alterando a direção dos atos dos outros.

5.2 Perspectiva teórica de análise – *grounded theory*

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi baseada na *grounded theory* sendo adotada como principais referências: Glaser e Strauss (1967) e Trauth (2000) com o objetivo de explorar e descrever como compreender a prática diária da enfermagem contribuindo para o desenvolvimento de sistemas de informação.

No contexto histórico, conforme Wells (1995), a *grounded theory* é considerada ter sido derivada do interacionismo simbólico pelo fato de ter a preocupação

de estudar o comportamento humano, possuindo muitas características dos trabalhos dos sociólogos Mead e posteriormente de Blumer, conforme foi apresentado em item anterior. Por isso é descrita como uma abordagem metodológica para a descoberta e a geração de uma teoria social adequada que é gerada diretamente de dados qualitativos, sendo o seu objetivo a explicação das variações das interações sociais e das estruturas sociais que ocorrem sobre o tempo (Wells, K. 1995).

Esta metodologia tem sido utilizada por diversas organizações (Trauth, 2000) e foi adotada neste trabalho por três razões principais:

- Primeiro, pelo fato da *grounded theory* ser uma metodologia que permite ao pesquisador desenvolver um julgamento teórico das características gerais de um tópico, enquanto permite se basear em julgamentos empíricos de observações ou dados (Orlikowski, 1993);

- Segundo, pelo fato da *grounded theory* permitir produzir resultados precisos e usáveis, tendo a complexidade do contexto organizacional incorporada para o entendimento dos fenômenos que por outras metodologias são simplificadas ou ignoradas (Pettigrew, 1990).

- Terceiro, pela facilidade que a *grounded theory* fornece para a geração de teorias dos processos, seqüências, mudanças organizacionais, posição e interação social (Glaser e Strauss, 1967).

Sendo a *grounded theory* uma metodologia interativa, ela requer um constante movimento entre conceitos e dados, bem como comparações através dos tipos de evidências para controlar o nível conceitual e escopo da teoria emergente. Conforme Orlikowski (1993), isto proporciona uma oportunidade para um exame contínuo dos processos dentro do contexto para encontrar significados dos vários níveis de análise, e por

este meio, revelar múltiplas fontes que identifiquem e exponham modelos neste processo de mudança.

5.2.1 Local do estudo

Seguindo a técnica de Glaser e Strauss (1967) da amostra teórica, a área de enfermagem do setor de enfermaria e internamento de um hospital particular da região metropolitana do Recife, classificado como hospital geral, foi selecionada com o propósito de se compreender a prática de enfermagem através da *grounded theory* levando em consideração que o contexto é de fundamental importância para o desenvolvimento de um SIE.

5.2.2 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de uma abordagem multi-métodos onde se utilizou como instrumentos entrevistas não estruturadas e semi-estruturadas, revisão de documentos e observação participante. Esta triangulação através de várias técnicas de coleta de dados foi benéfica na geração da teoria, proporcionando múltiplas perspectivas para as questões, fornecendo mais informações nos conceitos emergentes e permitindo produzir fortes construtos (Pettigrew, 1990).

A coleta de dados foi nos tópicos do contexto, tecnologia, pessoas chaves e processos de mudanças, tentando encontrar informações, onde entre outras coisas incluíram-se o ambiente, a missão, a estrutura, aspectos culturais da empresa e do

departamento de SI, tamanho, localização, e a história do desenvolvimento de sistemas de informação na organização (incluindo configurações, padrões, política e procedimentos). Estes aspectos foram analisados, segundo uma abordagem participativa que permitiu conhecer e ter um maior entendimento e uma maior aproximação, com as pessoas envolvidas neste processo.

Segundo Glaser e Strauss (1967), a coleta de dados, sua codificação e análise aconteceram interativamente nos primeiros estágios da pesquisa que inicialmente foram menos estruturadas. Posteriormente foram aplicadas as entrevistas mais estruturadas. Depois foi feita a sobreposição da análise de dados com a coleta, pois de acordo com Eisenhardt (1998), isto providencia vantagens, pois forneceu ao pesquisador subsídio para ajustes na coleta de dados, após a análise dos dados coletados anteriormente.

Foram observadas e entrevistadas as pessoas envolvidas no processo da área de enfermagem nos seus trabalhos diários, abrangendo diversos setores que fazem parte do hospital, pois, de acordo com Leonard-Barton (1990), para se entender todos os fatores que interagem, é necessário que a metodologia de pesquisa corte verticalmente através da organização, obtendo dados de múltiplos níveis e perspectivas.

Antes do início da coleta dos dados, os enfermeiros foram informados sobre a finalidade da pesquisa, pois se foi feito um esclarecimento detalhado dos objetivos e, em seguida, uma breve exposição da proposta, a fim de não causar quaisquer dúvidas ou constrangimento a respeito do estudo.

A população de enfermeiros do hospital para a área de enfermagem e internamento era constituída por três profissionais de nível superior e 15 de nível técnico e auxiliar de enfermagem, segundo levantamento realizado em setembro de 2002, pela Divisão de Recursos Humanos do hospital. O número de enfermeiros que iriam participar do estudo não foi estabelecido, a priori, uma vez que o método de abordagem da *grounded*

theory não adota uma amostragem estatística. Esta é determinada pelo propósito do estudo e pela relevância teórica, ou seja, o seu potencial para o desenvolvimento da teoria.

No total foram entrevistadas 12 pessoas, sendo 3 enfermeiras com nível superior, 6 auxiliares de enfermagem e 3 técnicos de enfermagem, correspondendo 100% das enfermeiras com nível superior e 60% do pessoal de nível técnico e auxiliar. Estas pessoas foram entrevistadas mais de uma vez, sendo abordados aspectos diferentes que ajudaram a compreender melhor a sua prática diária, como também para elucidar algo que tenha gerado dúvidas em entrevistas anteriores.

5.2.3 Análise dos dados

Os dados foram analisados buscando-se encontrar similaridades seguindo a descrição de como gerar a *grounded theory*, mostrada por Glaser e Strauss (1967). Os dados foram gerados pela examinação das entrevistas, observações e documentos que foram codificados para se entender as práticas diárias da enfermagem contribuindo para a geração de um SIE. O processo seguiu esta ordem, primeiro foi feita a codificação dos dados que providenciou uma ligação entre os dados e os conceitos teóricos ou teoria. Isto é conhecido por *open coding* (Strauss e Corbin, 1990), também chamado de codificação substantiva que representa o primeiro passo analítico sobre a qual a pesquisa foi baseada, pois cada nível de codificação representa uma visão mais abstrata (Glaser, 1978). Com isto os dados foram analisados e categorizados para conceitos, onde estes conceitos surgiram dos dados, identificando as categorias e suas dimensões que é conhecido como *axial coding*.

O método de comparação constante foi utilizado por todo o processo de pesquisa para identificar similaridades e diferenças, revelar dimensões específicas e facilitar o desenvolvimento sistemático da teoria. Conforme Glaser e Strauss (1978), este método foi usado inicialmente para comparar incidentes que forneciam o mesmo código substantivo, para depois reunir estes códigos de acordo com suas similaridades e diferenças. Através dos conhecimentos adquiridos pelo método de comparação constante, as categorias se tornaram integradas e a categoria essencial ou processo que explica os dados foi descoberta. Este processo de mover dados para categorias abstratas ou conceitos é conhecido como descobrir conceitos (Glaser e Strauss, 1978).

Então os dados foram reexaminados e recodificados, tendo como finalidade a determinação de categorias e conceitos que estavam ocultos, e com isto, produziu-se uma série de categorias, experiências e conseqüências das práticas diárias da área de enfermagem.

Em todos os estágios do processo de pesquisa, foram criados os *memo-writing* (Glaser e Strauss, 1978) que é um memorando informal escrito pelo pesquisador onde contém os registros dos relacionamentos observados nos dados sem se ter interesse em expressões, pontuação e gramática. De acordo com Glaser (1978) “os memos são os escritos teóricos das idéias a respeito dos códigos e seus relacionamentos observados pelo analista enquanto codifica, guiando para a abstração ou idealização. Fazer memos é um processo constante que começa com a primeira codificação dos dados e continua através da leitura dos memos ou literatura, ordenando e escrevendo artigos”.

Os memos desenvolveram a categoria essencial no qual outras categorias interagem, onde esta categoria essencial integra a teoria de acordo com a perspectiva emergente da investigação e com isto definiu seus pontos de atalho. A categoria essencial tem firmado sua relevância se baseando na teoria emergente e de acordo com Glaser

(1978) “ela deve ser central, relacionada com outras categorias e suas propriedades devem sempre que possível ser relacionada para uma grande porção da variação de modelos do comportamento, isto deve ocorrer freqüentemente, ser completamente variável e ter umas implicações claras e compreensíveis para a teoria formal”.

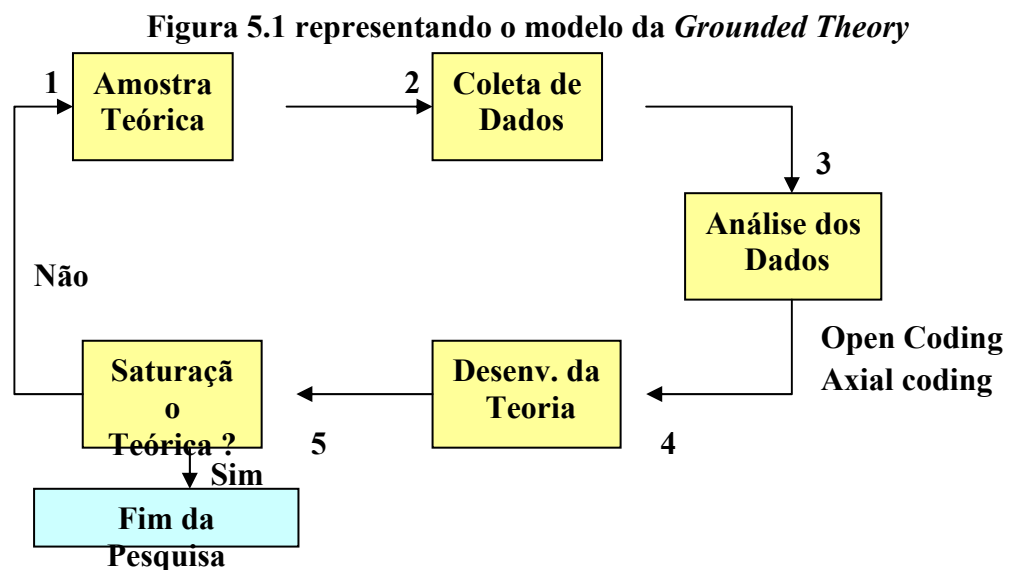
O método de comparações constantes terminou através do julgamento teórico dado pelo pesquisador quando ficou evidente a saturação dos temas (Glaser e Strauss, 1978). Isto ocorreu quando as categorias e os conceitos associados à informação recebida dos participantes não forneceu dados adicionais para a pesquisa e começaram a ser repetidas as informações levantadas das entrevistas.

5.2.4 A teoria resultante

O pesquisador aceitando a idéia de que existem múltiplas realidades não pode assegurar a descoberta de apenas uma. A *grounded Theory* habilitou o pesquisador a ter uma interpretação de eventos derivados das perspectivas dos participantes que foi obtida através da codificação dos vários níveis derivando algumas categorias teóricas essenciais integradas dentro de uma estrutura teórica. Assim, conforme Strauss (1987) o pesquisador não foi a única possibilidade para a interpretação dos dados, mas permitiu que ele tivesse sua própria elaboração adicional e verificação. Isto é uma posição distinta tomada na pesquisa interpretativa, onde o pesquisador aceita a responsabilidade do seu papel interpretativo não acreditando que ele apenas registre ou forneça voz para os pontos de vistas das pessoas, grupos ou estudos organizacionais assumindo a responsabilidade de interpretar o que é observado, escutado e lido (Strauss e Corbin, 1994).

A teoria resultante possui várias características. Primeiro, a teoria justifica a si mesma, providenciando considerações detalhadas e cuidadosas da área sobre investigação. Segundo, a teoria permitiu ao pesquisador estudar fenômenos sem ter a preocupação de colocá-los dentro de um modelo predeterminado de pesquisa. Terceiro, a teoria ajudou ao pesquisador a entender o fenômeno sobre investigação, providenciando um sentido para o entendimento da área sobre estudo, ambos como uma base para discussão ou como um veículo para implementar mudanças. Quarto, a teoria resultante é uma interpretação feita da perspectiva adotada pelo pesquisador, não sendo a formulação de algum aspecto descoberto de uma realidade preexistente. Quinto, a teoria possui uma grande densidade conceitual nos termos do desenvolvimento de conceitos e relacionamentos, no qual se tem uma grande familiaridade com os dados associados que foram checados simultaneamente (Strauss e Corbin, 1990). Finalmente, a teoria guiou para um enriquecimento de teorias gerais viáveis e como elas podendo ser avaliadas na luz das questões extraídas, baseadas localmente na *Grounded Theory* (Lye, Perera e Rahman, 1997).

A figura 5.1 representa o modelo da grounded theory que foi apresentado nos tópicos acima, apresentando



5.3 Critério de avaliação

Precauções necessárias foram exercidas no critério de avaliação para assegurar a pesquisa utilizando a *grounded theory*. De acordo com Mckinnon (1988), critérios desenvolvidos para guiar e avaliar pesquisas utilizando um método em determinado contexto pode não ser apropriados e transferíveis para outras pesquisas que utilizam métodos alternativos.

Strauss e Corbin (1990) providenciaram critérios de avaliação para julgar o estudo de uma *Grounded Theory*. Seus critérios são relatados para o processo de pesquisa empregado e para a base empírica do estudo. É esperado que os pesquisadores através do processo de descrição e especificação dos relacionamentos, dirija-os para um alto grau de rigor em manipular e interpretar os dados.

Guba e Lincoln (1981) sugerem credibilidade, provas, auditabilidade e confiabilidade como estratégias para alcançar e avaliar rigor nas pesquisas qualitativas. Isto tem sido utilizado com sucesso nas pesquisas que adotaram a *grounded theory* (Walton, 1989). Um estudo tem credibilidade quando a descrição e interpretação apresentadas são reconhecidas pelo participante ou por outras pessoas que possam ler o estudo. Provas são alcançadas quando os achados da pesquisa estão baseados nas experiências dos participantes e mostrem de onde os dados foram derivados, representando elementos típicos e atípicos. Auditabilidade é obtido quando o pesquisador fornece uma clara trilha de decisão que pode ser seguida por outro pesquisador. Caso o pesquisador necessite adotar qualquer outra técnica ou procedimento, é necessário ter sua descrição dentro do relatório final. Confiabilidade representa o critério de neutralidade e é alcançada quando a credibilidade, provas e auditabilidade são encontradas nos resultados do estudo.

A pesquisa de campo é um método comum na coleta de dados da *Grounded Theory*. Mckinnon (1988) foca em certos critérios para avaliar validade e confiabilidade.

Ela encontrou que ameaças para validade e confiabilidade surgem principalmente devido a:

- 1) a presença de observador no ambiente;
- 2) viés do observador na interpretação ou registro dos eventos;
- 3) acesso limitado aos dados e;
- 4) o modo subjetivo de informar ao pesquisador sobre os eventos, especialmente nas entrevistas.

Mckinnon (1988), contudo, sente que algumas dessas dificuldades podem ser tratadas pela maior presença do pesquisador no campo de estudo, sendo ele incluído neste campo, utilizar múltiplos métodos de coleta de dados e sensibilidade ao lidar com os sujeitos do estudo e ter cuidado ao utilizar os procedimentos de coleta de dados.

6

Apresentação e integração dos dados

Nesta seção, serão apresentados os dados e suas interligações, que geraram categorias e subcategorias, e, para finalizar o processo, será mostrada a categoria central resultante da integração estabelecida pela relação entre as categorias mencionadas acima.

6.1 Relatando a experiência vivenciada pelos profissionais da área de enfermagem

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos através das entrevistas realizadas com os profissionais da área de enfermagem, cujas reflexões tornaram-se possíveis após a aplicação metodológica da *grounded theory*: recortes de unidades de análise, identificação de códigos, agrupamentos e categorizações, até se alcançar, como resultado analítico, a categoria central. A relação entre as categorias permitiu o estabelecimento da integração e compreensão do fenômeno, tarefa que foi facilitada com a utilização do modelo de paradigma de Strauss e Corbin (1991).

A trajetória percorrida, nessa etapa da investigação, teve início com a apresentação dos fenômenos. Mostrou-se, em seguida, a categoria central gerada, tentando-

se compreender ao máximo os conhecimentos da enfermagem, contribuindo-se, assim, para um possível desenvolvimento de um sistema de informação.

Os dados analisados foram extraídos de entrevistas gravadas, bem como de análise de documentos e de observação participante, buscando-se a prática diária vivenciada pela enfermagem. A análise desses dados possibilitou a realização de vários agrupamentos, que resultaram em três fenômenos, com diversas categorias e subcategorias.

Esses fenômenos oferecem uma compreensão da transformação do conhecimento tácito em conhecimento explícito da prática do trabalho diário, vivenciada pela enfermagem, dentro de um contexto que possui suas particularidades. Portanto, a apresentação dos resultados deste estudo foi feita de modo a permitir uma compreensão das experiências desses profissionais, a partir da identificação de três fenômenos que receberam as seguintes denominações: *“Utilizando as prescrições médicas como norma que guia todo o trabalho da enfermagem”*, *“Sentindo dificuldades de controle dos prontuários”* e *“Sentindo falta de maiores informações e interligações para facilitar o trabalho da enfermagem”*.

Cada fenômeno, com suas respectivas categorias e subcategorias, será apresentado e explicado, detalhadamente, possibilitando um bom entendimento das circunstâncias que o geraram. Primeiro será mostrado o fenômeno, depois as categorias e, por último, as subcategorias,

6.1.1 Fenômeno 1 (F1):

Utilizando as prescrições médicas como norma que guia todo o trabalho da enfermagem.

O fenômeno 1 mostra a situação da prática da enfermagem (prestação de cuidados), sempre de acordo com a prescrição médica, não tendo a liberdade de seguir seu próprio padrão. Pelos dados analisados, dentro deste contexto, cabe ao enfermeiro, apenas, obedecer a tudo o que os médicos prescrevem, não lhe sendo permitido fazer qualquer alteração sem consentimento.

Conforme foi apresentado em tópicos anteriores, diferentemente das práticas encontradas em um sistema de classificação para a área de enfermagem e para a área médica, não foi considerado neste contexto um sistema de classificação, cabendo aos médicos e enfermeiros classificar seus próprios diagnósticos, intervenções e resultados.

Os enfermeiros, apenas, seguem as rotinas preestabelecidas pelos médicos, não podendo desenvolver trabalho algum que seja de responsabilidade médica. Seu trabalho diário está associado à aplicação de medicação, cuidados de higiene, pedido de medicamentos, devolução de medicamentos, fornecimento de informações etc.

Atualmente não existe nenhum sistema informatizado para a enfermagem, mas há um grande interesse nisso, para simplificar seu trabalho e facilitar suas práticas diárias, permitindo um controle mais rápido e mais fácil dos pacientes. A captação dos conhecimentos da área de enfermagem foi importante, permitindo constatar diversas necessidades, dentre as quais se destacam:

- melhoria da comunicação entre os enfermeiros e profissionais de outros setores, em virtude do entendimento da linguagem e do significado comum de suas atividades;

- compartilhamento das informações entre o setor de enfermagem e os demais setores do hospital;
- facilidade na organização do prontuário dos pacientes;
- melhor controle dos medicamentos;
- aumento dos conhecimentos e entendimento das rotinas médicas.

Vale ressaltar que, para se entender o contexto vivenciado pela enfermagem, tornou-se necessária a análise de suas atividades, através de depoimentos e observação de suas práticas no dia-a-dia. Foram várias as dificuldades para se entender suas reais necessidades, sendo exigida muita participação a fim de se captar os conhecimentos necessários à realização deste trabalho.

6.1.1.1 Descrevendo o fenômeno 1

Destacamos, abaixo, as principais categorias encontradas durante a análise dos dados que geraram o fenômeno 1:

A1 - Seguindo informações contidas nas prescrições médicas

A2 - Controlando medicamentos

A3 - Fazendo evolução dos pacientes

A4 - Controlando exames dos pacientes

A seguir, serão destacadas e explicadas cada uma dessas categorias e suas respectivas subcategorias para se ter um melhor entendimento deste fenômeno.

A1 - Seguindo informações contidas nas prescrições médicas

Esta categoria mostra uma grande preocupação com as prescrições médicas, por parte da enfermagem, pois as informações nelas contidas geram a maioria do seu trabalho. O quadro 6.1 indica as subcategorias que geraram esta categoria.

Quadro 6.1 Seguindo informações contidas nas prescrições médicas

Códigos	Subcategorias
A1.1	Sentindo dificuldades quanto ao horário da prescrição
A1.2	Repetindo a prescrição
A1.3	Entendendo as prescrições
A1.4	Seguindo as prescrições
A1.5	Consultando médicos sobre medicação

A1.1 - Sentindo dificuldades quanto ao horário da prescrição

Esta subcategoria aparece como resultado da preocupação em se determinar uma rotina baseada na prescrição médica, pois os médicos têm a liberdade de determinar seu horário de prescrição, podendo ser pela manhã ou à tarde. Abaixo, trechos de relatos que mostram essas dificuldades:

[...] o que dificulta o nosso trabalho é a gente não ter um horário certo para a prescrição médica.

[...] um médico passa logo cedo pela manhã, o que permite à enfermagem organizar os pedidos de medicamento.

[...] Outros médicos não passam pela parte da manhã, vêm na parte da tarde e a gente fica sem saber se repete a prescrição ou não.

Pelo fato de não existir um horário padronizado, a enfermagem tem sempre que refazer ou atualizar suas rotinas, quando existe uma nova prescrição. Isso gera dificuldades pelo fato de se ter que dar atenção ao médico e entender a sua prescrição na hora em que atende o paciente.

A1.2 - Repetindo a prescrição.

Quando o médico não faz uma nova prescrição por não comparecer ao hospital, ou quando ele não informa nada no prontuário do paciente, os profissionais da enfermagem, como é de costume neste hospital, repetem a prescrição anterior.

[...] Como é de rotina, nós sempre repetimos as prescrições de medicamentos quando o médico não aparece aqui.

[...] O costume é sempre repetir as prescrições, caso o médico não apareça.

É mais comum os médicos fazerem sempre as prescrições pela manhã, pois se pode analisar os pacientes em um prazo de 24 horas, verificando-se suas reações para, posteriormente, se ter um melhor diagnóstico.

A1.3 - Entendendo as prescrições

Um problema que afeta o pessoal da área de enfermagem é a compreensão das prescrições médicas: perde-se muito tempo, tentando-se entender o que os médicos escrevem.

[...] Cada médico tem o costume de prescrever a sua maneira.

[...] Cada médico tem o seu sistema de prescrição e a gente vai seguir de acordo com o que ele diz.

[...] Muitas vezes não entendemos o que o médico prescreve.

Isso ocasiona um grande esforço, para se compreender as rotinas de cada médico, principalmente, quando ele faz cirurgia. Caso o médico já seja conhecido, a enfermagem sabe que determinadas rotinas podem ser aplicadas pelo fato de serem sempre seguidas por aquele médico. Mas quando é um médico desconhecido, fica a dúvida com relação a seguir-se ou não os procedimentos costumeiros, como por exemplo, não alimentar o paciente após a cirurgia.

A1.4 - Seguindo as prescrições

As prescrições médicas são rotinas incontestáveis para a enfermagem, não cabendo nenhuma alteração, a não ser aquelas feitas pelos médicos. Ao corpo de enfermagem cabe apenas segui-las, não podendo modificá-las. Caso se necessite de alguma modificação, o médico que acompanha o paciente ou o plantonista será consultado e poderá autorizá-la.

[...] nós seguimos a risca o que o médico prescreve e qualquer dúvida sobre algo, a gente procura o médico.

[...] Pela ética da enfermagem, apenas os médicos podem fazer quaisquer intercorrências, cabendo apenas à enfermagem seguir as prescrições médicas.

As prescrições médicas definem, então, a maior parte das rotinas do trabalho da enfermagem, pois elas são a base de suas tarefas diárias.

A1.5 - Consultando médicos sobre medicação

Para esclarecer qualquer dúvida sobre os medicamentos, contidos nas prescrições, os médicos deverão ser consultados.

[...] a gente sempre entra em contato com os médicos para saber se a medicação é aquela mesma.

[...] Quando acontece de se ter que trocar um medicamento por outro, os médicos são consultados, e é anotado na evolução do paciente que o médico autorizou a troca e especifica qual foi a troca.

Às vezes, os médicos passam medicações que não são indicadas para determinadas doenças. Então, a enfermagem entra em contato com eles para solicitar maiores informações e para alterar essas medicações, pois não tem autonomia para prescrever ou trocar qualquer tipo de medicação. Existindo a necessidade de medicamentos controlados, a enfermagem deve pedir uma requisição ao médico, porque a existência da

requisição é a condição para que a farmácia os libere: os medicamentos controlados são fiscalizados pelo Ministério da Saúde, tendo a enfermagem a responsabilidade de administrar as requisições desses medicamentos.

A2 - Controlando medicamentos

Esta categoria está relacionada com o trabalho da enfermagem em controlar os medicamentos e aplicá-los aos pacientes, demonstrando uma grande preocupação com essa atividade. O Quadro 6.2 mostra as subcategorias que a explicam.

Quadro 6.2 Controlando medicamentos

Códigos	Subcategorias
A2.1	Solicitando medicamentos à farmácia
A2.2	Devolvendo medicamentos
A2.3	Controlando horário da medicação dos pacientes
A2.4	Sentindo necessidade de informações sobre mudança de medicamentos
A2.5	Sentindo necessidade de conhecer os medicamentos

A2.1 - Solicitando medicamentos à farmácia

Atualmente, a solicitação dos medicamentos é feita através de um sistema interligado, pelo qual o pedido é verificado e executado na farmácia. Antes da existência desse sistema, o trabalho da enfermagem era todo manual e se tinha muita dificuldade em encontrar todos os medicamentos em uma listagem, escrevê-los num papel, codificá-los e, então, enviar o pedido à farmácia.

[...] Existe um computador para fazer os pedido à farmácia o que já foi uma grande melhora.

[...] Antes a gente tinha que escrever todo o pedido a mão e entregar na farmácia.

[...] agora a gente só tem que pegar os pedidos na farmácia, não precisando ir mais de uma vez lá.

Existe uma preocupação da enfermagem para fazer os pedidos dos medicamentos, pois tem que se examinar ficha por ficha dos pacientes e saber quais medicamentos deverão ser solicitados de acordo com a prescrição médica. Com referência aos curativos, ela tem autonomia para utilizar determinados tipos de medicamentos de acordo com as condições apresentadas pelos pacientes. Nesse caso, a enfermagem se vale muito da experiência para escolher uns, em detrimento de outros.

[...] a gente analisa o estado das feridas e vemos qual medicamento é melhor para a situação apresentada.

[...] Sempre procuramos utilizar medicamentos para os curativos que não ocasionem dor aos pacientes, mas que sejam eficazes.

[...] a gente olha o estado e vemos qual é o melhor medicamento para o quadro que estamos vendo, isto depende dos nossos conhecimentos.

Normalmente, os pedidos são feitos pela manhã, pois, no hospital, há um padrão de solicitação dos medicamentos para um prazo de 24 horas. Como os médicos não têm um horário estabelecido para prescrevê-los, os pedidos podem se estender durante todo o dia.

A2.2 - Devolvendo medicamentos

A devolução de medicamentos é feita quando o paciente recebe alta ou quando o médico muda a prescrição e o pedido já tem sido feito à farmácia.

[...] Temos que devolver a medicação na farmácia quando o médico dá alta aos pacientes.

[...] Quando o médico muda de medicamento temos que devolver os que sobraem.

Muitas devoluções ocorrem pelo fato de os médicos não terem um horário estabelecido para as prescrições. Logo, quando eles mudam de medicação ou solicitam uma nova, ocasiona devoluções e novos pedidos.

A2.3 - Controlando horário da medicação dos pacientes

Uma dificuldade encontrada pela enfermagem é a identificação dos horários para a medicação dos pacientes, pois tem que verificar todos os prontuários, o que gera uma grande perda de tempo. Todo o controle é feito num papel à parte, onde se coloca o nome dos medicamentos e os nomes dos pacientes a quem se destinam.

[...] quando se aproxima o horário da medicação, a gente olha os registros e fazemos uma lista.

[...] a gente perde muito tempo olhando as fichas para ver a medicação dos pacientes.

Existem, no hospital, horários padronizados para as medicações: aquelas, administradas de 6 em 6 horas, seguem o horário de 06:00, 12:00, 18:00 e 24:00. As medicações, de 8 em 8 horas, seguem o horário de 06:00, 14:00 e 22:00 e outros tipos são ministrados às 12:00 e 18:00.

Caso algum paciente dê entrada, no hospital, em horário divergente do da medicação, a enfermagem trata de ajustá-lo ao padrão estabelecido.

[...] Quando o paciente dá entrada em algum horário diferente, procura-se ajustar para o horário padrão.

[...] a gente coloca em um horário que esteja mais próximo dos que existem aqui no hospital.

Se o medicamento for controlado, o horário a ser seguido será o prescrito pelo médico. Comumente, os medicamentos controlados são ministrados à noite por ser um horário mais tranquilo; mas isso não quer dizer que serão medicados apenas nesse horário.

[...] A gente segue o horário escrito pelo médico quando o medicamento é controlado.

[...] Os medicamentos controlados têm o seu horário próprio.

[...] normalmente o horário dos medicamentos controlados é mais a noite.

Uma hora antes de cada horário padronizado, esse trabalho de controle é repetido, mas nem sempre todas as fichas são consultadas: são verificadas apenas aquelas cujos medicamentos os médicos acabaram de prescrever ou aquelas nos quais foram feitas alterações.

A2.4 - Sentindo necessidade de informações sobre mudança de medicamentos

Qualquer alteração de medicação, conforme foi visto em item anterior, deve ter autorização dos médicos, pois, a enfermagem não pode interferir por ser esta uma atribuição que cabe apenas aos médicos.

As alterações ocasionadas por solicitação da enfermagem, permitidas pelos médicos, devem ser colocadas na ficha de evolução dos pacientes para informações posteriores sobre esta alteração e para documentação da mudança permitida.

[...] Quando acontece a necessidade de alguma mudança de medicamento, o médico deve ser consultado anotando na ficha a mudança.

[...] A gente se documenta sobre a mudança de medicamento informando data e hora que falou que o médico de autorização.

Essas mudanças ocasionam informações que devem ser repassadas para as enfermeiras do plantão seguinte, de modo que não originem novos pedidos de medicamentos.

A2.5 - Sentindo necessidade de conhecer os medicamentos

Conhecer os medicamentos é muito necessário ao corpo de enfermagem, visto que, em suas práticas diárias ele os utiliza constantemente. Uma dificuldade apresentada foi com relação à falta de conhecimento de certos medicamentos controlados, o que leva a enfermagem a se sentir insegura, ocasionando consultas aos médicos ou solicitação de

informações à farmácia, quando se trata de uma nova medicação ou quando a mesma não é habitual.

[...] seria muito bom se o médico dissesse se o medicamento era controlado ou não, pois às vezes eles esquecem e quando vamos lançar no computador é que vemos que é controlado, aí temos que encontrar o médico para assinar uma requisição.

[...] As enfermeiras deveriam conhecer sobre os medicamentos existentes no hospital, principalmente os controlados.

[...] deveria se informar à enfermagem sobre os medicamentos controlados que aparecessem no hospital.

[...] A gente sempre fala com as pessoas da farmácia sobre dúvidas nos medicamentos.

Apesar de os médicos prescreverem as medicações a serem utilizadas e sua dosagem, cabendo aos enfermeiros, apenas, seguir essas prescrições, eles sentem que, quanto mais informações tiverem sobre os medicamentos, mais seguranças terão, e as dúvidas que venham a surgir poderão ser desfeitas, havendo a oportunidade de, até, se informar aos médicos a respeito de possíveis prescrições inadequadas.

A3 – Fazendo evolução dos pacientes

Esta categoria está relacionada com o trabalho da enfermagem, na realização da evolução dos pacientes, sendo subdividida nas subcategorias do Quadro 6.3.

Quadro 6.3 Fazendo evolução dos pacientes

Códigos	Subcategorias
A3.1	Descrevendo evolução do estado do paciente
A3.2	Acompanhando evolução do paciente

A3.1 - Descrevendo evolução do estado do paciente

A evolução dos pacientes é descrita na ficha dos mesmos, onde são colocadas informações referentes ao seu estado, a algum sintoma de anormalidade e à sua reação a algum medicamento, aspectos que são interpretados pela enfermagem.

[...] A evolução é feita sobre o estado que o paciente apresenta.

[...] Qualquer alteração do estado do paciente que notamos, é anotado na evolução do paciente e apresentada ao médico.

[...] Fica a nosso critério para escrever a evolução, não temos nenhum padrão.

Para se fazer essa evolução, nenhum padrão é adotado, cabendo à enfermagem ter a sensibilidade para perceber e anotar alguma alteração surgida. Fica, portanto, a critério de cada enfermeiro a anotação da evolução. Alguns a escrevem bem detalhada, fornecendo diversas informações sobre o paciente como, por exemplo, se evacuou ou não, se sentiu febre, se comeu, se reclamou de alguma dor. Outros não escrevem quase nada, apenas, informam que o seu estado é bom. Aliás, o espaço para essa anotação na ficha é bastante curto, induzindo a se escrever pouco sobre o estado do paciente.

Um fato interessante percebido, neste contexto, é que, além de se anotar a evolução dos pacientes na ficha, existe o livro da enfermagem, onde se anota tudo o que acontece no setor: desde a evolução do paciente, até qualquer outra informação daquilo que se passa no ambiente.

A3.2 - Acompanhando evolução do paciente

O acompanhamento da evolução do paciente é feito através das informações dos prontuários e daquelas contidas no livro da enfermagem. Quando assume o plantão, a enfermagem sente falta de informações mais precisas sobre a evolução dos pacientes, pois deveriam ser repassadas todas as alterações ocorridas, o que nem sempre acontece.

[...] Quem estava passando o plantão deveria informar sobre qualquer mudança que tenha ocorrido para evitar mal entendido, pois isto facilitaria a evolução.

[...] Todos os enfermeiros deveriam olhar as fichas dos pacientes quando fossem assumir o plantão para poder oferecer melhores cuidados.

A evolução é feita aferindo-se a pressão dos pacientes e verificando-se sua temperatura. Durante estas tarefas, observa-se um pouco o seu estado geral e, caso se perceba alguma alteração, anota-se a informação pertinente.

A4 - Controlando exames dos pacientes

Esta categoria explica o controle da enfermagem sobre os exames dos pacientes realizados dentro e fora do hospital, sendo subdividida nas subcategorias apresentadas no Quadro 6.4.

Quadro 6.4 Controlando exames dos pacientes

Códigos	Subcategorias
A4.1	Controlando marcação dos exames.
A4.2	Controlando resultados dos exames.

A4.1 - Controlando marcação dos exames

No hospital estudado, o sistema de exames prescritos para os pacientes, funciona da seguinte maneira: primeiro, o médico os solicita através de uma requisição que é fixada no prontuário dos pacientes; em seguida, esta requisição vai para o setor de liberação de guia, onde se analisa as carências dos mesmos, e se eles têm direito a realizar os exames. Caso positivo, é gerada uma guia de autorização que é remetida à enfermagem, setor que se encarregará de marca-los e de comunicar-se com o setor de transporte (caso seja necessário) para levar os pacientes ao local de realização dos mesmos. Os relatos, abaixo, mostram algumas dificuldades encontradas na execução dessas tarefas:

[...] A enfermagem tem que marcar os exames e avisar para levar os pacientes para realizar os exames.

[...] a gente tem que ter um controle dos pedidos dos médicos para não esquecer de mandar fazer os exames.

[...] nós perdemos muito tempo ligando para marcar os exames dos pacientes.

Existe sempre a reclamação de perda de tempo, para a marcação dos exames, pois a enfermagem precisa, no menor espaço de tempo possível, procurar e encontrar os locais que os realizem e, rapidamente, informar os resultados aos médicos.

A4.2 - Controlando resultados dos exames

Após a execução das tarefas do item A4.1, a enfermagem se encarrega de controlar os resultados dos exames dos pacientes para colocá-los no prontuário: tem que se informar se o resultado já está disponível, se o mesmo pode ser enviado via fax e, caso positivo, ir ao setor para verificar se este resultado chegou; caso contrário, enviar um portador para apanhá-lo no local do exame.

[...] A enfermagem tem que lembrar de pegar o resultado e quando este resultado chega, elas colocam na ficha do paciente.

[...] nós temos que solicitar ao motoqueiro para ir buscar os resultados.

Os médicos cobram os resultados dos exames, diretamente, à enfermagem e, caso algum resultado não esteja disponível, ela é responsabilizada pela falta de informações para o tratamento dos pacientes.

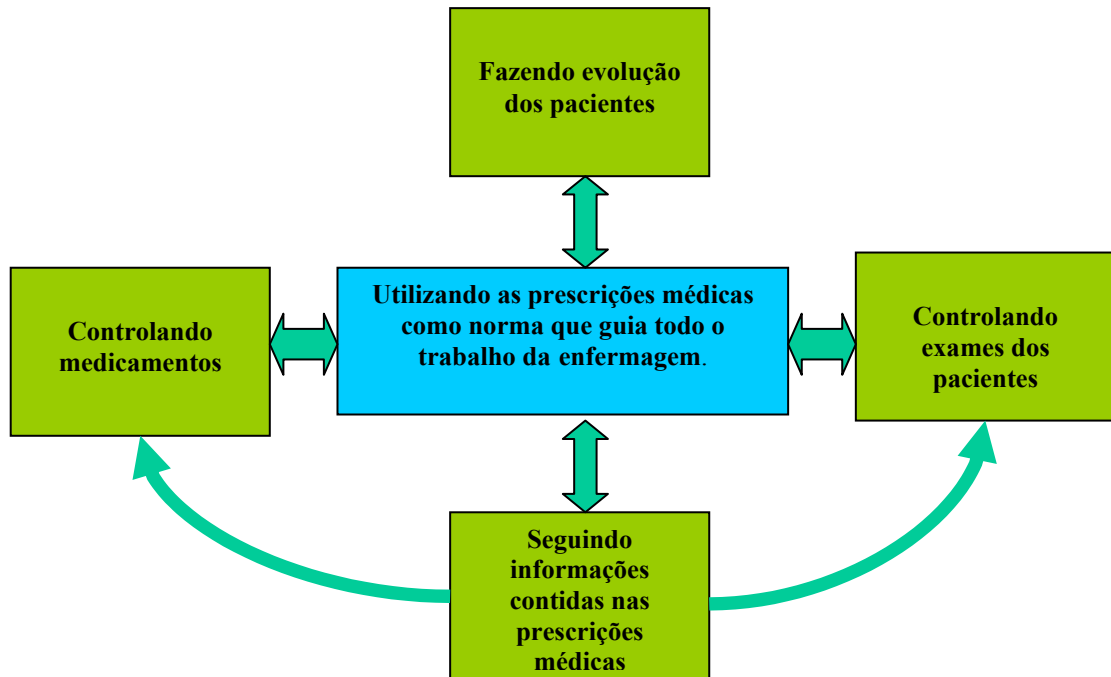
[...] Quando o resultado do exame não está no prontuário, a gente é que é cobrada pelo resultado.

[...] os médicos sempre responsabilizam a gente pela falta dos resultados dos exames.

Existe uma grande insatisfação dos enfermeiros, argumentando-se que esse trabalho deveria ser feito por algum setor específico e não por eles, pois sofrem a pressão para o controle desses exames, além de ter seu tempo reduzido para os cuidados com os pacientes e observação de seu estado de saúde.

Após serem mostradas as categorias e as subcategorias, que geraram o fenômeno 1, e como cada uma delas foi construída, propõe-se a figura 6.1 representando este fenômeno.

Figura 6.1 Modelo teórico do fenômeno 1: utilizando as prescrições médicas como norma que guia todo o trabalho da enfermagem.



6.1.2 Fenômeno 2 (F2):

Sentindo dificuldades de controle dos prontuários.

O fenômeno 2 mostra as dificuldades geradas pelos prontuários manuais, tendo o grande acúmulo de papel como o principal fator de reclamações, pois, de acordo com opiniões emitidas, isso ocasiona uma maior perda de tempo para a pesquisa de dados, necessários à realização de rotinas, referentes aos cuidados dos pacientes.

No contexto estudado, percebeu-se a preocupação, por parte da enfermagem, em ter um acesso mais rápido às informações contidas nos prontuários. Existe um grande número de leitos e poucos funcionários; daí resultando a dificuldade em se encontrar informações, porque são muitos os prontuários e estão cheios de papéis.

Para tentar reduzir esta quantidade de papéis, existe uma pasta, para cada paciente, nos setores; quando o volume de papel está grande, uma boa parte dele é colocado nessa pasta. Mesmo assim, os transtornos são grandes, pois quando se precisa comparar os exames antigos com os novos, é necessário recorrer a essas pastas. Razão pela qual, a área de enfermagem demonstrou bastante interesse em possuir um sistema informatizado de registro dos pacientes que facilite a pesquisa e a recuperação, mais rápida, das informações.

6.1.2.1 Descrevendo o fenômeno 2

Fazendo rotinas manuais foi a principal categoria encontrada durante a análise dos dados que mostram o fenômeno 2:

A seguir, a mesma será destacada e explicada, assim como, suas subcategorias.

B1 - Fazendo rotinas manuais

Esta categoria explica a dificuldade da enfermagem em controlar as informações dos prontuários dos pacientes, sendo subdividida nas subcategorias apresentadas no Quadro 6.5.

Quadro 6.5 fazendo rotinas manuais

Códigos	Subcategorias
B1.1	Acessando as informações do paciente no prontuário
B1.2	Sabendo informações sobre o estado da evolução do paciente
B1.3	Sentindo a necessidade de visualizar mais facilmente os exames dos pacientes
B1.4	Sentindo a necessidade de um sistema de prontuário informatizado

B1.1 - Acessando as informações do paciente no prontuário

Como o trabalho da enfermagem se baseia no prontuário dos pacientes, existe sempre a necessidade de consultá-lo para se tirar dúvidas e saber quais serão as suas rotinas. Esse trabalho consome muito tempo, pois, quando se quer qualquer informação, deve-se procurar no prontuário e demora-se para encontrá-la. O grande acúmulo de papel e sua má organização dificultam o acesso aos dados desejados, torna impossível uma informação rápida, assim como, impede a comparação dos dados como um todo: com a pesquisa manual, encontra-se, apenas, parte deles. Os trechos dos relatos, abaixo, demonstram isto:

[...] A busca de informações nos prontuários é bastante complicada pelo grande volume de papel que se acumula.

[...] Qualquer informação referente aos pacientes é demorada por se ter que procurar nas fichas o que se quer.

[...] O prontuário deveria ser mais fácil da gente encontrar as informações.

B1.2 - Sabendo informações sobre o estado da evolução do paciente

Fazer a evolução do paciente é de responsabilidade da enfermagem como mostrado em item anterior. Mas as anotações feitas não oferecem muitas informações; não se tem um acompanhamento de como o paciente reagiu desde o início do tratamento, porque apenas as últimas evoluções são observadas. A enfermagem argumenta que não tem tempo para analisar todas, pois, existem muitos papéis nos prontuários e muitas tarefas a executar. Tais justificativas foram externadas da seguinte forma:

[...] Seria muito bom se a enfermagem tivesse um acesso mais rápido à evolução dos pacientes podendo acompanhar sua melhora.

[...] Às vezes não sabemos se o paciente está melhorando ou piorando, pois não temos condições de analisar toda a sua evolução desde o início, podendo ele ter estado pior, ter melhorado, ter piorado e a gente apenas enxerga as duas últimas.

[...] eu sinto falta de poder ver a evolução dos pacientes de forma mais detalhada, mas por falta de tempo não posso fazer este acompanhamento.

Uma análise de toda a evolução do paciente poderia resultar em cuidados melhores para com ele, por permitir visualizar seu quadro, não apenas por informações mais recentes, mas por informações desde a sua internação, até a sua situação no momento. Nesse caso, poder-se-ia avaliar as alterações observadas, tentando-se encontrar as possíveis causas das mesmas.

B1.3 - Sentindo a necessidade de visualizar mais facilmente os exames dos pacientes

A visualização dos exames, a que os pacientes se submeteram, é muito importante para se poder acompanhar o que foi pedido e comparar as informações dos anteriores com as dos atuais. Como os médicos gostam de repetir os exames para verificar se houve alterações, é fundamental se ter um acesso rápido às informações de todos eles.

Atualmente, neste hospital, quando se quer fazer comparações de exames anteriores com os atuais, o cadastro do paciente deve ser procurado e todos os exames devem ser relacionados.

Conforme relatado em itens anteriores, quando os prontuários têm muitos papéis, tenta-se reduzir o seu volume, colocando-os em uma pasta que é aberta para o paciente. Conseqüentemente, quando um paciente está internado há muito tempo, gasta-se, também, muito tempo para encontrar esses exames. Pode ocorrer de se ter mais de dois exames em sua pasta, mas apenas são analisados os dois últimos, pelo fato dessas informações não estarem disponíveis facilmente.

[...] seria muito bom se ter acesso a todos os exames de forma mais fácil, do que ter que sair procurando nos prontuários.

[...] às vezes os médicos reclamam com a gente por que nós não damos todos os exames que foram feitos e eles dizem isto pode prejudicar os pacientes.

[...] às vezes não fazemos nosso trabalho com mais cuidados por ter que gastar tempo procurando exames nos prontuários e na ficha dos pacientes.

Para se ter um melhor controle de todos os exames do paciente, é necessário que se forneça ferramentas à enfermagem para facilitar o seu trabalho de busca. Isso dará condições aos médicos para melhores diagnósticos e soluções para os pacientes.

B1.4 - Sentindo a necessidade de um sistema de prontuário informatizado

Os profissionais da enfermagem são de opinião que a informatização do prontuário tornaria mais fácil a visualização das informações, dos exames e da evolução dos pacientes, conforme trechos dos relatos abaixo:

[...] um sistema computadorizado facilitaria muito o serviço em si, pois fazemos muitas coisas manuais.

[...] se fosse um sistema de computador tudo já estaria montadozinho e era só fazer as alterações, então isto facilitaria muito.

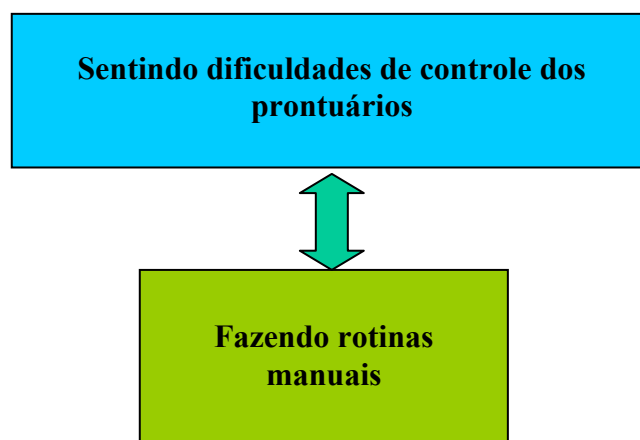
[...] um sistema de computação ajudaria a um acesso mais rápido sobre as informações dos pacientes.

[...] se a gente tivesse um computador que a gente jogasse os horários das medicações e ele montasse o horário para gente, seria muito bom poder ver na tela todos os medicamento com os horários e para quais pacientes eram.

A área de enfermagem aposta em um sistema de informações, como solução para os seus problemas. Na sua concepção, seria necessário um sistema informatizado, que apenas repetisse o seu trabalho, permitindo a coleta mais rápida das informações e facilitando a visualização de suas tarefas; isso bastaria para suprir suas necessidades.

A figura 6.2 representa o fenômeno 2:

Figura 6.2 Modelo teórico do fenômeno 2: sentindo dificuldades de controle dos prontuários.



6.1.3 Fenômeno 3 (F3):

Sentindo falta de maiores informações e interligações para facilitar o trabalho da enfermagem

O fenômeno 3 mostra as dificuldades geradas pela falta de maiores informações, entre os setores que, de forma direta ou indireta, estão interagindo com a área de enfermagem. Essa falta de compartilhamento faz com que a enfermagem absorva uma maior carga de trabalho, pois, além da preocupação com os cuidados dos pacientes, há uma preocupação em transmitir informações precisas, necessárias ao bom funcionamento das rotinas executadas pelo hospital.

Sempre foi argumentado pelos profissionais da enfermagem que seria de fundamental importância uma divulgação das informações, entre os outros setores, de modo a se poder obtê-las, facilmente, em locais diferentes.

Tais informações podem ser muito variadas, desde o andamento de exames, localização dos médicos, recados para os mesmos etc, assim como, notícias sobre o estado de saúde dos pacientes. Concentrando-se todas, na área de enfermagem, pode-se, às vezes, transmiti-las erroneamente, pois existem poucas pessoas trabalhando em relação à grande quantidade de informações a serem dadas. E como, nem sempre, elas se referem aos pacientes, não constam dos prontuários, ocorrendo dúvidas quanto ao que se deve informar.

De conformidade com as considerações acima, a enfermagem acha necessário um compartilhamento de conhecimento entre os funcionários do hospital, o que lhe facilitaria e aos visitantes informações precisas e mais rápidas, solucionando-se problemas e realizando-se as rotinas hospitalares de modo mais eficaz.

6.1.3.1 Descrevendo o fenômeno 3

As principais categorias encontradas, que geraram o fenômeno 3, são abaixo destacadas.

C1 - Integrando com a recepção

C2 - Assumindo o plantão

C3 - Controlando os acompanhantes

Para se ter um melhor entendimento, serão explicadas, a seguir, cada uma dessas categorias e suas subcategorias.

C1 - Integrando com a recepção

Esta categoria explica as dificuldades encontradas pela falta de uma interligação com a recepção, o que sobrecarrega a enfermagem, tornando-a responsável pelo fornecimento de todas as informações. O Quadro 6.6 mostra as subcategorias que formaram a categoria C1.

Quadro 6.6 Integrando com a recepção

Códigos	Subcategorias
C1.1	Informando à recepção sobre alta dos pacientes.
C1.2	Sentindo falta de informações para as recepcionistas.

C1.1 - Informando à recepção sobre alta dos pacientes

Atualmente a recepção dispõe de um sistema que cadastra e consulta os dados dos pacientes, tendo como finalidade o controle de quem entra e de quem sai do hospital, bem como, dos leitos e apartamentos disponíveis.

Pela falta de uma interligação, entre a área de enfermagem e a recepção, a enfermagem tem que informar-lhe sobre a alta de um paciente para que verifique a existência de alguma pendência do mesmo e, então, se inicie a rotina que o libera.

Cada vez que um paciente recebe alta, alguém da enfermagem tem que deslocar-se para avisar à recepção. Como, às vezes, há muitos afazeres, isso pode ser esquecido, e a recepção deixa de receber a informação devida, gerando-se um problema. Os trechos dos relatos, abaixo, mostram essa dificuldade.

[...] Deveria se ter uma interligação com a recepção para se poder informar alta pela enfermagem.

[...] a gente sente falta de poder acessar aos dados dos pacientes pela recepção, para elas ajudarem a gente nas informações prestadas.

[...] a gente tem que se deslocar para a recepção ou mandar recado para informar alta dos pacientes.

Argumenta-se que certas tarefas, atribuídas à enfermagem, ocasionam acúmulo de serviços e uma grande perda de tempo, o qual poderia estar sendo utilizado junto aos pacientes e não na realização daquelas tarefas que não condizem com a função desses profissionais.

C1.2 - Sentindo falta de informações para as recepcionistas

A falta de informações às recepcionistas tem gerado trabalhos extras a serem controlados pela enfermagem. Um exemplo disso é sobre a localização dos pacientes. Por não haver informações precisas na recepção, sempre se recorre aos postos de enfermagem.

Inicialmente, a recepção registra o paciente num determinado apartamento ou enfermaria, apenas, para se poder dar entrada no prontuário. Mas, essa pode não coincidir com a sua verdadeira localização e, por falta de uma troca de informação, a enfermagem se obriga a uma busca para encontrar o paciente.

Muitas vezes, a busca se torna fácil pelo fato de trabalharem, constantemente, com os prontuários. Mas, quando se trata de um paciente novo, ou quando se informa um nome errado, faz-se a procura, manualmente, em todos os prontuários através das informações passadas pelos solicitantes. Os trechos dos relatos, abaixo, mostram essas dificuldades.

[...] a enfermagem tem que parar o atendimento dos pacientes para dar informação de onde outros pacientes estão.

[...] a recepção, às vezes, coloca os pacientes em um leito em que eles não estão e isto causa uma grande complicação quando os parentes os procuram.

[...] às vezes tem visita que diz o nome errado e a gente tem que olhar em todos os prontuários sem achar, e a gente fica sem saber o que dizer.

[...] às vezes os pacientes estão em um posto e a gente manda os visitantes procurar no outro posto.

Considerando-se a falta de uma interligação entre a recepção e a enfermagem, ocasionando os problemas apresentados acima, existe um grande interesse na interação entre as partes envolvidas no atendimento aos pacientes, possibilitando uma ajuda mútua eficiente. Assim, a enfermagem não precisaria interromper, constantemente, suas tarefas para realizar outras mais apropriadas à recepção ou a setores diferentes.

C2 - Assumindo o plantão

Esta categoria explica a necessidade de se obter maiores informações, quando se assume o plantão, para oferecer um atendimento melhor e mais preciso aos pacientes. O Quadro 6.7 mostra as subcategorias que formaram a categoria C2.

Quadro 6.7 Assumindo o plantão

Códigos	Subcategorias
C2.1	Verificando prontuários dos pacientes quando assumem o plantão.
C2.2	Sentindo falta de informações quanto às modificações dos pacientes.

C2.1 - Verificando prontuários dos pacientes quando assumem o plantão

Quando assume o plantão, a enfermagem verifica todos os prontuários para tomar conhecimento da evolução dos pacientes e da existência de alguma alteração com relação aos que já estavam no hospital, durante seu plantão anterior, assim como, saber quais os novatos que chegaram até aquele momento. Nessa análise, tudo o que for percebido ajudará na realização das suas tarefas e lhe indicará um número mínimo dos médicos que deverão passar pelo posto, no seu plantão, quando realizará determinadas rotinas exigidas, dependendo de cada médico. Os trechos dos relatos, abaixo, demonstram um pouco sobre isso.

[...] a gente olha nos prontuários quando se assume o plantão para ver se tem alguém novo.

[...] a gente olha os prontuários para ver os médicos que estão atendendo porque alguns médicos gostam que a gente siga certas rotinas para eles.

[...] deveriam todas as enfermeiras olharem o prontuário quando assumem o seu plantão para ter uma visão dos pacientes, se eles são novatos ou já estavam no seu plantão anterior .

Essa busca por novos conhecimentos, quando se assume o plantão, acontece por se querer proporcionar um melhor atendimento, acreditando-se que, quando se tem domínio das informações contidas nos prontuários, as tarefas vão ser realizadas mais facilmente.

Um fato interessante observado na passagem de plantão é o de se tentar conhecer os pacientes pelos nomes. De acordo com alguns enfermeiros, eles gostam de se sentir íntimos da enfermagem, o que acontece, por exemplo, quando identificados pelo seu próprio nome. Essa aproximação torna os pacientes mais confiantes, proporcionando-lhes maior segurança, pois enxergam nesses profissionais um guia para a sua recuperação

[...] quando a gente chega e fala com os pacientes pelo nome, eles gostam e se sentem mais seguros com a gente .

[...] a gente tendo uma maior aproximação com os pacientes, eles se sentem mais à vontade para falar o que realmente estão sentindo, e isto é muito importante.

[...] quando a gente pergunta se eles estão melhor usando o nome deles, a gente vê um olhar de alegria no rosto deles.

C2.2 - Sentindo falta de informações quanto às modificações dos pacientes

Quando assume o plantão, a enfermagem sente a necessidade de ter informações quanto às modificações dos pacientes, tanto com referência à alteração de medicamentos, quanto à de seu estado de saúde.

A busca por informações, que ofereçam detalhes, é sempre um anseio para se conhecer os pacientes e se ter, com eles, uma maior proximidade. Os trechos dos relatos, abaixo, expressam um pouco dessas preocupações, quando o plantão é assumido.

[...] a gente quando assume o plantão procura ter maiores informações sobre os pacientes.

[...] Seria muito bom se a pessoa que entrega o plantão nos informasse de todas as alterações ocorridas no seu plantão, informando coisas que necessitassem de maior acompanhamento.

[...] Muitas coisas que acontecem com os pacientes não são colocadas nos prontuários e nós sabemos porque muitas vezes as colegas passam para a gente quando entregam o plantão.

[...] Deveria ser obrigatório na passagem de plantão que a enfermeira que estava deixando o plantão passasse tudo o que tem de especial para a gente que assume.

Observa-se, portanto, que os detalhes não são colocados nos prontuários, dando margem à procura de informações verbais. Esse compartilhamento, cuja finalidade são os cuidados com os pacientes, seria mais proveitoso com uma maior aproximação dos enfermeiros, proporcionando a transmissão e o entendimento de qualquer informação, mesmo as que não tenham relevância maior.

C3 - Controlando os acompanhantes

Um fato interessante, encontrado neste contexto, foi o de que a enfermagem está incumbida de controlar os acompanhantes dos pacientes. Embora tenha sido argumentado que isso não deveria ser uma função da enfermagem, é ela que tem que fazer todo esse controle.

Esta categoria explica como isso ocorre, e, no Quadro 6.8, serão mostradas as subcategorias que a formaram.

Quadro 6.8 Controlando os acompanhantes

Códigos	Subcategorias
C3.1	Sentindo dificuldades em controlar os acompanhantes.
C3.2	Obtendo informações dos acompanhantes.

C3.1 - Sentindo dificuldades em controlar os acompanhantes

No contexto estudado, a área de enfermagem é responsável pelo controle dos acompanhantes, tendo que saber que paciente tem direito ou não aos mesmos. E, para se obter estes dados, existem muitas complicações.

Como existem diferentes tipos de planos e regras diferentes para esse direito, a enfermagem se vê obrigada a ter conhecimento do assunto para poder controlá-lo. Os trechos dos relatos a seguir, mostram um pouco sobre isso.

[...] a gente tem que controlar quem tem direito a acompanhante e quem não tem.

[...] este trabalho de controlar os acompanhantes não deveria ser função nossa.

[...] A gente perde muito tempo em controlar os acompanhantes. Seria melhor gastar este tempo com os pacientes.

[...] às vezes tem tanta gente que a gente não sabe quem é quem, se é acompanhante ou se é visita.

Essas dificuldades não foram encontradas, quando se tratava de internamento em apartamento, pelo fato de se ter direito a acompanhante. O problema era evidente na área da enfermaria, onde se pode encontrar mais de um paciente, exigindo-se maior controle de quem pode nela permanecer com acompanhante.

C3.2 - Obtendo informações dos acompanhantes

Os acompanhantes podem ajudar a enfermagem, oferecendo informações sobre os pacientes. Como os profissionais da área são poucos e muito atarefados, é difícil para eles observar tudo. Uma conversa com os acompanhantes, dá a possibilidade de se conseguir alguma informação sobre alterações no quadro clínico dos pacientes.

Muitas vezes, eles omitem o que estão sentindo para obter alta mais rapidamente e não dizem à enfermagem o que realmente têm. Como os acompanhantes estão mais próximos e permanecem muito mais tempo junto aos pacientes, podem observar os detalhes e dar informações valiosas e precisas que ajudam na descoberta e no tratamento das enfermidades.

[...] os acompanhantes nos ajudam com informações sobre o que os pacientes estão sentindo.

[...] os pacientes não gostam de dizer as coisas a gente, mas para os acompanhantes eles sempre falam tudo.

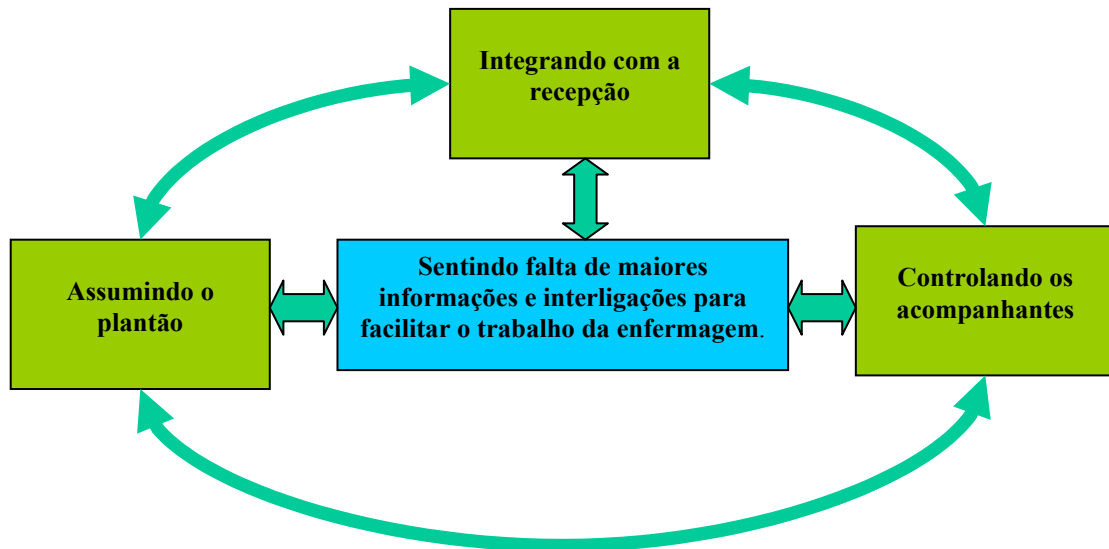
[...] os acompanhantes quando observam qualquer alteração do estado do paciente chamam logo a gente, e isto é bom.

[...] como existem muitos pacientes para a gente, os acompanhantes sempre nos ajudam dizendo o que está acontecendo com o paciente ou não.

Quando se trata de uma enfermaria, os acompanhantes não dão, apenas, informações do paciente que assistem, mas dos outros que estão no mesmo ambiente e não têm acompanhante.

A figura 6.3 representa o fenômeno 3.

Figura 6.3 Modelo teórico do fenômeno 3: sentindo falta de maiores informações e interligações para facilitar o trabalho da enfermagem.



6.2 Descobrimo a categoria central

Analisando os três fenômenos obtidos neste estudo, “*Utilizando as prescrições médicas como norma que guia todo o trabalho da enfermagem*”, “*Sentindo dificuldades de controle dos prontuários*” e “*Sentindo falta de maiores informações e interligações para facilitar o trabalho da enfermagem*”, procurou-se entender como ocorre o trabalho, dentro do contexto em que aconteceu este estudo, a fim de se fornecer uma contribuição ao desenvolvimento de um sistema de informação.

Os fenômenos e suas respectivas categorias foram reunidos e analisados, teoricamente, conforme o modelo de paradigma de Strauss e Corbin (1991). Para isso, foi necessário muita reflexão, não permitindo rapidez no processo e exigindo uma análise mais profunda, para se verificar e compreender as atividades da enfermagem no seu dia-a-dia. Do pesquisador, foi necessária uma grande participação e muita vivência, dentro do contexto, para se estabelecer ligações e relações mútuas e se identificar a categoria central que é a finalidade deste processo.

A categoria central, que reúne as outras categorias, é representada pelo processo “*Entendendo o trabalho da enfermagem baseado na sua prática diária*”. Este processo possui duas dimensões: a formal ou explícita e a informal ou tácita. A dimensão formal está representada na forma da organização do trabalho da enfermagem, que tem que seguir processos padronizados; enquanto que a dimensão tácita está diretamente relacionada às práticas executadas pela enfermagem, onde se utilizam conhecimentos não escritos nos prontuários, não existindo, portanto, uma padronização prévia.

O fenômeno 1, representado por “*Utilizando as prescrições médicas como norma que guia todo o trabalho da enfermagem*”, mostra que a função da enfermagem será definida pelas informações contidas nessas prescrições, tendo a obrigação de segui-las e fazer um acompanhamento baseado nas mesmas. A categoria, “*Seguindo informações contidas nas prescrições médicas*”, inicia outras tarefas, que são dependentes dela, mas que também possuem suas particularidades; por isso, não foram classificadas como uma subcategoria. Elas são iniciadas através das prescrições, como, por exemplo, a categoria, “*Controlando medicamentos*”, é iniciada quando os médicos solicitam medicamentos; mas existem subcategorias, como, “*Sentindo necessidade de conhecer os medicamentos*”, que não está relacionada às prescrições e, sim, à preocupação da enfermagem em conhecer os medicamentos, possibilitando uma maior confiança com relação a sua utilização.

O fenômeno 2, representado por “*Sentindo dificuldades de controle dos prontuários*”, mostra a enfermagem preocupada com o manuseio das informações contidas nos mesmos. Pelo grande acúmulo de papel e pela necessidade de se obter informações contidas nos prontuários, a enfermagem sempre procura uma forma mais fácil de poder acessá-los e prestar um serviço mais rápido e mais eficiente para os médicos, como para os pacientes.

A principal e única categoria, representada por “*Fazendo rotinas manuais*”, demonstra haver uma grande perda de tempo, em se obter informações, por se tratar de um sistema manual. A enfermagem acredita que um sistema informatizado resolveria todos os problemas, com relação à busca de informações, sendo isso representado pela subcategoria “*Sentindo a necessidade de um sistema de prontuário informatizado*”.

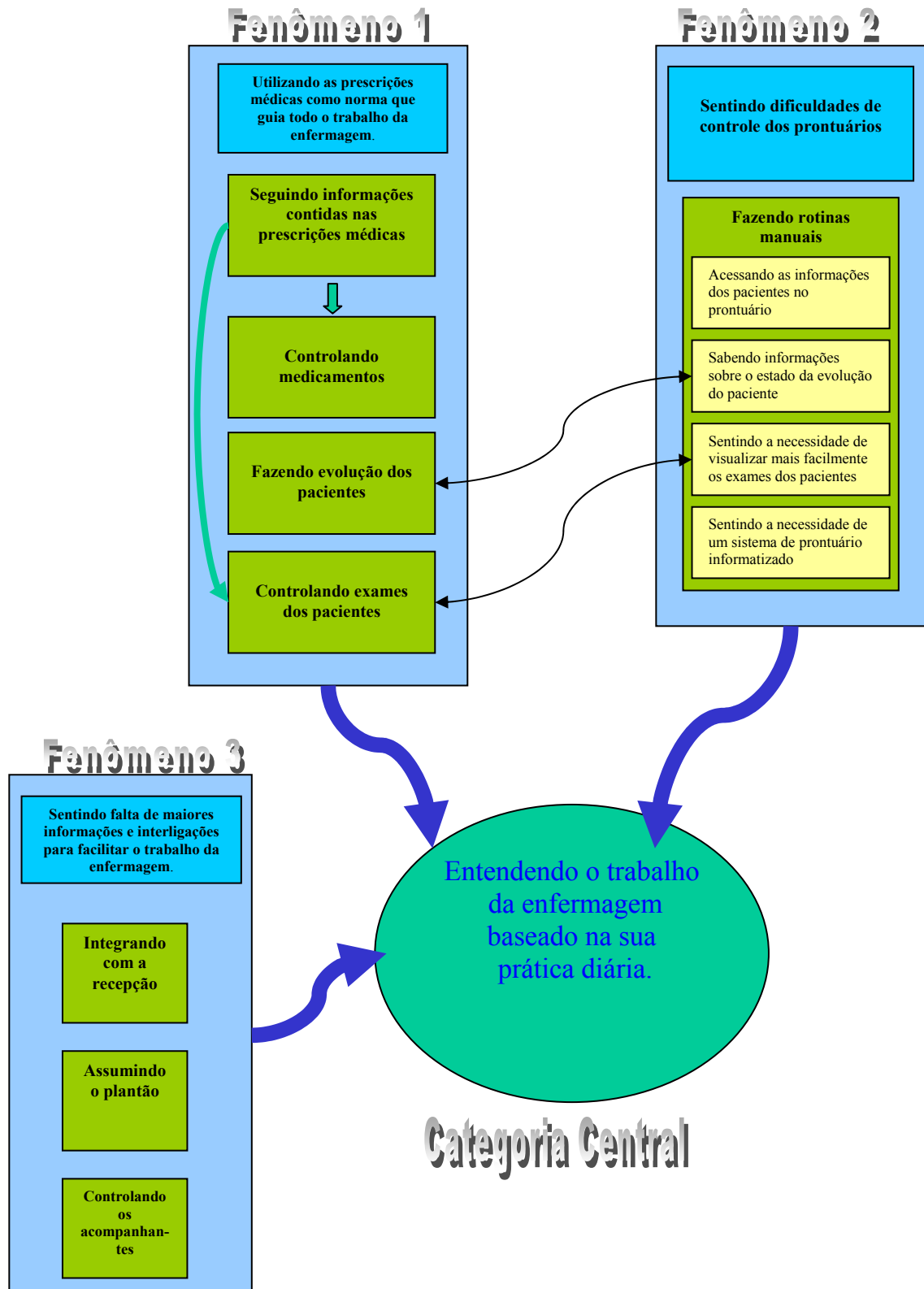
O fenômeno 3, representado por “*Sentindo falta de maiores informações e interligações para facilitar o trabalho da enfermagem*”, demonstra a preocupação do acúmulo de tarefas executadas, que poderiam ser distribuídas entre outros setores, e também a preocupação em se obter informações que possam facilitar as suas próprias tarefas.

A subcategoria, “*Controlando os acompanhantes*”, é um exemplo de que a enfermagem é utilizada para executar tarefas que não deveriam ser atribuições suas, tendo com isso um acúmulo de trabalho não voltado para os cuidados aos pacientes.

A categoria central representa a união dos três fenômenos, retratando a vivência dos enfermeiros nas suas práticas diárias. Estes fenômenos podem possuir categorias ou subcategorias que podem estar relacionadas, pelo fato de oferecerem informações umas às outras, mas não tendo, necessariamente, uma coexistência. Os dados levantados nesta etapa serão analisados, posteriormente, fornecendo subsídios que contribuam para um futuro sistema de informação.

A figura 6.4 representa a categoria central.

Figura 6.4 Modelo teórico da categoria central: entendendo o trabalho da enfermagem baseado na sua prática diária.



7

Construindo a teoria

O objetivo deste item é analisar os dados apresentados no item 6, a fim de compreender o processo, “*Entendendo o trabalho da enfermagem baseado na sua prática diária*” e, depois, propor algumas implicações para um sistema de informação.

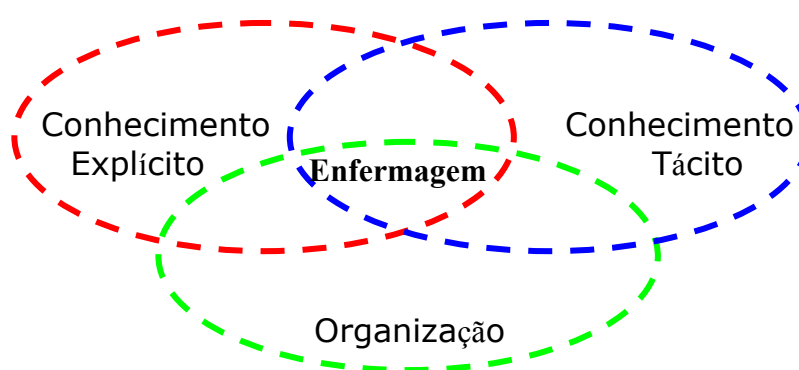
No final, será apresentado o modelo geral, mostrando o resultado desta pesquisa, onde se buscou entender o trabalho dentro do seu contexto. E, para conseguir visualizar os fenômenos apresentados pela enfermagem, procurou-se compreender como eles reagiram em relação ao fenômeno central.

Para o entendimento deste processo, fez-se anotações de tudo que era considerado importante; as entrevistas foram interpretadas e tentou-se analisar a situação vivenciada pela enfermagem, de forma que representasse sua realidade e respectivas situações.

7.1 Discutindo o processo de interação

O processo para entender o trabalho da enfermagem, desenvolvido com base nas suas práticas diárias, analisadas dentro do conjunto em que ocorre sua interação, fundamenta-se no contexto organizacional e nos conhecimentos tácito e explícito, conforme figura 7.1.

Figura 7.1 Elementos da área de enfermagem.



7.1.1 O contexto organizacional

Como uma organização é formada por diversos sistemas interdependentes, deve ser interpretada através das interações que ocorrem no seu interior. Nesse ambiente, composto por pessoas que trocam informações, fazem interpretações e constroem sua visão de mundo através das próprias perspectivas (Charon, 1998), se encontra a enfermagem, que forma um corpo social, interagindo constantemente, construindo e reconstruindo um processo social, por manipular significados através de suas interpretações.

Os seres humanos são atores sociais, interpretando seus papéis e orientando suas ações de modo que tenham significado para eles. Nesse processo, os indivíduos

utilizam linguagem, rótulos e rotinas e outros modos de ação culturalmente específicos. Fazendo isso, os seres humanos contribuem para a interpretação de uma realidade, pois o mundo onde eles vivem, é um mundo de significação simbólica.

A enfermagem, dentro do contexto estudado, analisando seu trabalho e fornecendo a visão da realidade social, fornece diversas interpretações para as suas ações. Dessa forma, a organização como realidade social, começa pelas ações dos enfermeiros, a partir do momento em que constroem sua realidade organizacional, por intermédio de processos de poder e intervenções simbólicas manipuladas.

7.1.2 O conhecimento

Na organização hospitalar, a enfermagem assume muitas atribuições que demandam um conhecimento complexo. Muitos desses conhecimentos podem ser de fácil percepção, sendo representados pelos conhecimentos explícitos; enquanto outros, são apreendidos das rotinas e da sua prática diária. O conhecimento diz respeito ao significado, sendo relacional e específico ao contexto. (Nonaka e Takeuchi, 1997). Ele está relacionado à execução de tarefas e associado ao processamento de informações, necessárias ao fornecimento dos cuidados aos pacientes, como, também, à resolução de tarefas burocráticas que a enfermagem realiza. São gerados pela enfermagem, dentro do seu contexto, pois os enfermeiros são pessoas e possuem uma visão da realidade para o ambiente em que estão inseridos; por isso, seus conhecimentos estão intimamente relacionados com as suas ações. Em outros contextos, estes conhecimentos serão diferentes.

Os conhecimentos tácito e explícito não estão totalmente separados, mas são complementares, sendo necessária a captação dos tácitos para se tornarem explícitos e, com isso, se poder entender melhor a área de enfermagem. A busca pelos conhecimentos tem por finalidade melhor fornecer subsídios para um sistema de informação, que possa, realmente, dar conta das práticas da enfermagem, possibilitando uma maior interação entre pessoas e sistemas.

Esse processo da busca de informações, junto à enfermagem, permite diminuir um pouco a complexidade dessa área. Pois, de acordo com Rodrigues Filho (2001), o fato de não se ter uma participação da enfermagem, nos sistemas de informação, afasta o entendimento de suas tarefas, gerando sistemas que não se adequam à sua realidade.

7.2 Construindo o processo

Entendendo o trabalho da enfermagem baseado na sua prática diária.

Os dados que permitem perceber a experiência vivenciada pela enfermagem, e cujo levantamento foi obtido na etapa 6, serão interpretados para se poder construir o processo do seu entendimento. Neste estudo, a categoria central, “*Entendendo o trabalho da enfermagem baseado na sua prática diária*”, é explicada como um processo de ação a partir da definição e interpretação da situação organizacional e da dimensão do conhecimento tácito/explicito.

Esta análise servirá para apresentar o modelo geral, mostrado na figura 7.2, que descreve os conhecimentos sobre o contexto, dentro do qual a pesquisa foi conduzida e onde foram dadas algumas contribuições para um sistema de informação.

7.3 Interpretando o processo

Conforme os dados apresentados nos relatos das pessoas envolvidas, sabe-se que a enfermagem, apenas, segue o que está contido nas prescrições médicas, ou seja, as informações nelas contidas são as regras que devem ser seguidas, não podendo, jamais, ser alteradas pela enfermagem sem o consentimento do médico.

Pela grande ênfase dada à prescrição, vê-se, inicialmente, a preocupação em segui-las. Por isso, existe uma dificuldade com relação aos horários das prescrições, pois os médicos têm total liberdade para prescrever, quando lhe for conveniente, gerando uma expectativa com relação ao seu horário, pois é de acordo com essas instruções que a enfermagem poderá organizar suas tarefas. Razão pela qual é de fundamental importância o entendimento das prescrições que poderão interferir, diretamente, nos cuidados prestados aos pacientes. Assim, a enfermagem procura sempre entendê-las, porque não pode haver dúvidas, e, caso existam, os médicos devem sempre ser consultados para dar maiores explicações.

Para essas prescrições, existe um formulário padrão do hospital, mas não existe uma padronização para o seu preenchimento. Cada médico tem a liberdade de fazê-las a sua maneira e isso suscita uma preocupação em se conhecer as rotinas dos mesmos, pois,

como a função da enfermagem é seguir o que está escrito, qualquer intervenção diferente da especificada pelo médico, e, caso haja algum problema com o paciente, a enfermagem será responsabilizada.

Como o processo se inicia a partir das prescrições, a tarefa da enfermagem é apenas solicitar os medicamentos indicados e controlar a aplicação dos mesmos nos horários determinados. Pelo número reduzido de pessoas e pela constante necessidade da realização dessa tarefa, a enfermagem mostrou-se interessada em algo que facilitasse a obtenção das informações nelas contidas. Também, mostrou-se apreensiva com relação ao seu controle, pois, como o sistema é manual, deve-se verificar todos os prontuários para se saber quais medicações serão requisitadas e o horário em que serão administradas. Como existem muitos prontuários, argumenta-se muita perda de tempo para se obter as informações necessárias, diante do grande volume de papel, o que dificulta esse controle.

Conforme dados apresentados em tópicos anteriores, a enfermagem tem apenas liberdade de requisitar medicamentos para efetuar os curativos nos pacientes. Nesse caso, dependendo da sua percepção, quanto ao estado de cada pessoa, é feita a escolha que seja melhor para os pacientes.

Muitas informações são requeridas para que a enfermagem tenha controle dos medicamentos e possa realizá-lo bem. Nota-se uma preocupação na obtenção de todos os dados, pois os pacientes poderão ser prejudicados em caso de algum esquecimento ou de erros quanto à administração dos medicamentos.

Seguindo a figura 7.2, outra rotina iniciada a partir das prescrições médicas é o controle dos exames, que têm particularidades, com relação a sua realização. Sabe-se que a enfermagem se preocupa em controlar a efetivação dos exames como, também, o recebimento dos seus resultados, sendo requerido muito tempo para se poder obtê-los. Conforme relatos mostrados em itens anteriores, é a enfermagem que faz a parte

burocrática dos exames e, com isso, menos tempo é disponibilizado para o atendimento aos pacientes.

A enfermagem gasta um tempo maior nas tarefas que são geradas pelas prescrições, isto é, no controle dos medicamentos e dos exames. Dentro dessa perspectiva, não se dá a devida atenção à evolução dos pacientes, que deveria estar bem documentada nos prontuários. Conforme os dados apresentados, não existe uma padronização para a evolução, ficando a critério da enfermagem colocar o que acha mais importante para aquela situação; com isso, pode-se ter muitas informações ou se ter poucas.

Como a evolução representa o histórico dos pacientes e, através dela, pode-se verificar se ele está melhorando ou piorando, deveria ser dada uma maior atenção às informações mostradas no prontuário quanto à mesma. A enfermagem demonstra preocupação com essas informações, mas argumenta que não é dada a devida atenção aos dados observados, pela falta de tempo de escrevê-los, pois as outras tarefas consomem muito mais tempo do que deveria, em detrimento da descrição das evoluções.

Explicados os quatro processos da figura 7.2 - “Prescrições médicas”, ”Controle de medicamentos”, ”Controle dos exames” e “Evolução” - que representam os prontuários dos pacientes, informando sobre o seu estado de saúde e suas alterações, está demonstrada, como sendo outra preocupação da enfermagem, a necessidade de compartilhamento de informações dos seus trabalhos diários, com a finalidade de fornecer um melhor cuidado aos pacientes para sua recuperação.

A falta de integração dos setores proporciona um aumento da carga de tarefas sobre a enfermagem, que tem de interromper os cuidados com os pacientes para atender pessoas que pedem as mais diversas informações. O problema poderia ser resolvido com o compartilhamento de informações: os outros setores assumiriam as tarefas que não são

próprias da enfermagem, ajudando a descentralizar as informações, podendo o trabalho da enfermagem ser voltado aos pacientes e não à solução de problemas burocráticos.

Na apresentação dos dados, que mostram a enfermagem com a responsabilidade de controlar os acompanhantes, é identificada mais uma tarefa que poderia ser realizada por outros, mas que foi assimilada por esses profissionais, acarretando-lhes uma perda de tempo. Isso gera um desconforto entre os mesmos, pois existe uma idéia de que eles deveriam ser responsáveis, apenas, pelos pacientes, podendo assim, lhes prestar um melhor serviço.

A enfermagem, conforme mostrado, está sobrecarregada de tarefas que lhe são destinadas, mas não tem muitas ferramentas que facilitem esses trabalhos. Para essa área, existe a possibilidade de um sistema de informação, que servirá de suporte para solução de todos os seus problemas e facilitará seus trabalhos, oferecendo subsídios para se empregar mais tempo com os pacientes.

E, com o intuito de analisar como um sistema de informação poderia ajudar, fornecendo uma realidade aproximada de suas atividades diárias, no próximo item será feita a análise dos dados, voltada para as implicações de um sistema de informação, considerando-se as dificuldades e as necessidades do contexto estudado, o que facultará a existência de um sistema fácil e que possa realmente se adequar ao mesmo.

7.5 Implicações para um sistema de informação

Após a análise do modelo central, percebemos que, para um SIE adequar-se às reais necessidades do conjunto estudado, não é necessário existir um sistema de classificação, em enfermagem, que contemple todos os cuidados. O desenho de SIE para este contexto, no tocante às prescrições, deve levar em consideração as informações médicas e não as da enfermagem.

Embora o referencial teórico mostre que existe, em muitos locais, a preocupação do detalhamento das informações a respeito dos cuidados prestados pela enfermagem (Gordon, 1990), isso não foi verificado para este contexto. Através de relatos feitos pela enfermagem, um sistema de informação que necessitasse de mais informações do que as apresentadas por esses profissionais tenderia a não ser usado. E, caso fosse adotado algum sistema no qual se necessitasse procurar dados precisos, dependendo das informações dos médicos, provavelmente isso não seria fornecido, pois não existe uma interligação, entre as duas áreas, pelo fato dos médicos acharem que a enfermagem não tem condições de fazer nenhum tipo de diagnóstico, pois a sua função é apenas seguir os diagnósticos médicos.

A enfermagem necessita de um sistema de informações que facilite suas tarefas, permitindo-lhe mais tempo junto aos pacientes. Por isso, um sistema de informações deveria ajudá-la na realização das tarefas apresentadas na figura 7.2. Contemplando essas tarefas, este seria um sistema adequado ao contexto estudado.

Seguindo a figura 7.2, para as prescrições médicas, o sistema de informação recebia os dados fornecidos pelos médicos, incluindo-se as medicações, seus horários, dosagens, via de aplicação e as observações que fossem necessárias. Aí, estariam incluídos, também, os exames a ser realizados para cada paciente em especial.

Essas informações seriam a base de funcionamento de um SIE, visto que, através delas, se inicia a maioria das rotinas executadas pela enfermagem. O controle manual se tornaria desnecessário, porque o sistema disponibilizaria todas as informações dos pacientes de forma fácil e mais rapidamente.

Com as prescrições lançadas no SIE, a preocupação dos enfermeiros, no entendimento dos mesmos, acabaria, pois as informações seriam sempre claras, necessitando-se, apenas, seguir os procedimentos adotados para a execução dos cuidados aos pacientes.

A inclusão dos dados, acima, permitiria à enfermagem ter um controle dos medicamentos, mais facilmente, porque o sistema seria responsável pela informação sobre as medicações e seus respectivos horários, precisando-se, somente, da visualização dessas informações agrupadas; pois, poderiam ser obtidas informações por pacientes, por horários e por outras combinações apropriadas à enfermagem.

A necessidade de verificar todos os prontuários, para tomar conhecimento dos medicamentos, acabaria; não seria preciso interromper os cuidados com os pacientes, para fazer uma lista das medicações, conforme mostrado anteriormente, sendo, apenas, necessário solicitar ao SIE o fornecimento da mesma.

A preocupação com a mudança de medicamentos acabaria, pois, o sistema controlaria essa mudança. Com isso, não seria necessário documentar-se, porque automaticamente as informações seriam armazenadas, tornando desnecessário esse controle que ocasiona, também, perda de tempo.

Não existiriam consultas constantes aos médicos, visto que a indicação da medicação já estaria disponível no sistema, com seu horário e suas dosagens.

Provavelmente, outras informações não seriam necessárias, e, caso existisse alguma dúvida, poderiam ser solicitadas instruções adicionais.

Como os exames solicitados também seriam lançados através da prescrição, a enfermagem, apenas, informaria a situação dos mesmos, indicando se foram realizados ou se ainda faltariam seus resultados, o que facilitaria seu controle e visualização, permitindo-se, em poucos segundos, uma posição a respeito deles, prestando-se, também, para consulta dos médicos. Isso seria bastante útil, porque se poderia fazer comparações de todos os exames realizados pelos pacientes e não, apenas, dos dois últimos, conforme foi dito na apresentação dos dados.

Como a enfermagem perderia menos tempo, na realização das tarefas mostradas anteriormente, poderia dedicar mais atenção à evolução dos pacientes, que, no SIE, possuiria um módulo para sua descrição, havendo a possibilidade de ser acompanhada pelos médicos que não precisariam recorrer a um ou mais papéis para obter essas informações: todas estariam disponíveis no sistema de forma fácil. Inclusive as pastas abertas para os pacientes, que acumulavam muitos documentos em seus prontuários, não seriam mais utilizadas.

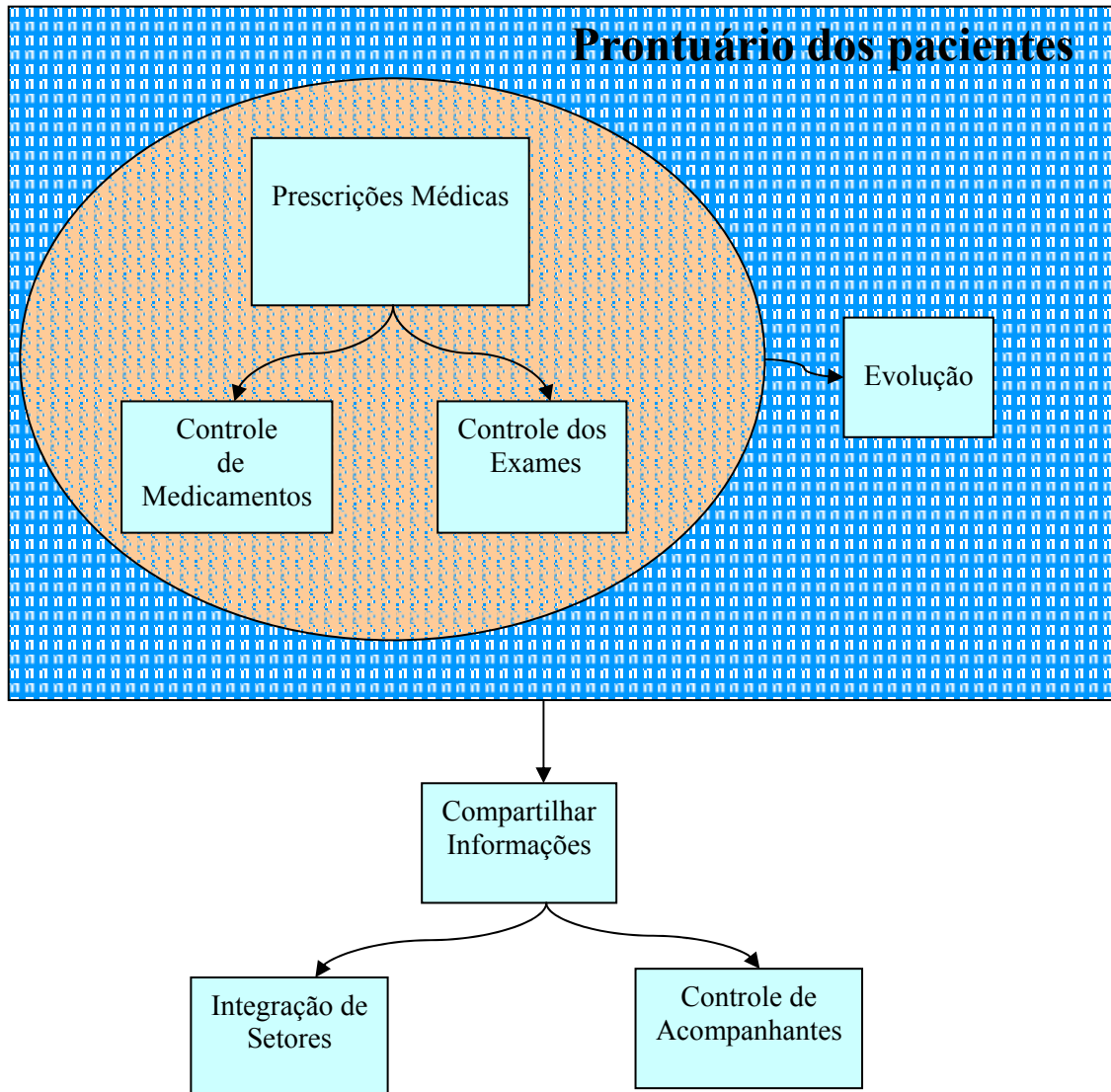
Esse controle do prontuário forneceria tanto informações à enfermagem, como aos médicos. A proposta do SIE para a enfermagem seria oferecer informações precisas e rápidas para a execução das suas tarefas, de forma que perdesse menos tempo, podendo dedicar-se mais aos pacientes.

O SIE resolveria as dificuldades apresentadas, com relação ao controle dos prontuários, que tanto afligem a enfermagem, oferecendo-lhe o acesso às informações dos pacientes, dando-lhe uma visão global da evolução dos mesmos, sem a necessidade de se recorrer aos papéis. Ele deve ser adequado ao contexto vivenciado pela enfermagem, conforme a realização de suas tarefas, onde não se utiliza, apenas, rotinas manuais. Estas

rotinas, na visão desses profissionais dificultam seu trabalho. E, com o propósito de facilitar a realização das tarefas, o compartilhamento de informações seria de fundamental importância: não somente de informações confidenciais para conhecimento dos médicos ou da enfermagem, mas de informações básicas para acesso de outros setores e fornecimentos a terceiros sem ter que recorrer à enfermagem. Isso a isentaria do controle dos acompanhantes, cabendo-lhe somente monitorar as pessoas que estariam dentro da enfermaria. A partir deste sistema, a enfermagem poderá analisar os pacientes com mais profundidade e cuidado e observar detalhes antes não vislumbrados, possibilitando-lhes, talvez, um tratamento mais adequado.

Parece bastante simples, para um SIE, esse tipo de controle. Caso outras funções fossem requeridas e disponibilizadas, o que exigiria um maior aprofundamento da enfermagem, provavelmente, o sistema não teria aceitação, com o argumento de que estaria tomando mais tempo que ajudando, motivo para um mau uso e obtenção de informações imprecisas.

Figura 7.2 Modelo geral representando os conhecimentos obtidos sobre o contexto no qual a pesquisa foi conduzida.



8

Considerações finais

Como conclusão, procuramos formular alguns pontos de vista e posicionamentos, expostos nos capítulos anteriores, não tratando de resumir os temas abordados, mas, sim, de evidenciar alguns pontos de importância geral. E, levando em consideração a interpretação da situação, foi utilizada a *grounded theory* como referencial metodológico, que possibilitou uma nova perspectiva e compreensão da situação investigada. Com essa metodologia, pode-se fazer uma análise através dos dados, que surgiram durante a fase de análise, e, depois, propor uma teoria que represente a interpretação dos mesmos.

Este estudo mostrou a preocupação da enfermagem em ter um controle de suas tarefas, apontando uma visão de sistema de informação, como um sistema que resolveria todos os seus problemas. Pelo fato dos trabalhos serem manuais, muito tempo é perdido na realização das tarefas, em detrimento dos cuidados com os pacientes.

A maior preocupação da enfermagem era, apenas, ter suas tarefas manuais realizadas através de um sistema computadorizado. Logo, se um SIE fosse parecido com o sistema manual, sua aceitação seria maior, porque permitiria a realização das tarefas de forma simples, substituindo-se o controle manual por um controle que permitisse obter as informações de forma rápida e fácil.

Pelo fato de não se usar um sistema de classificação para diagnósticos, intervenção e resultado, não foi proposta nenhuma tendência do SIE em adotar alguns deles, pois, caso fosse alterada alguma rotina da forma de trabalho da enfermagem, poder-se-ia argumentar que o SIE é complicado e dificulta o trabalho em vez de ajudar. Por isso, para a proposta deste sistema, não foi abordado um sistema de classificação.

A enfermagem é sobrecarregada de tarefas burocráticas, que foram assimiladas através dos tempos, e que não deveriam ser de sua responsabilidade. Mas, por as terem assimilado, um SIE deve facilitar as suas realizações, visando uma maior integração e um maior controle das mesmas, com o intuito de liberar a enfermagem para sua tarefa principal: os cuidados com os pacientes.

Um SIE desenhado, através das experiências mostradas no dia-a-dia desse contexto, tem uma maior possibilidade de se adequar às reais necessidades dos usuários. Este trabalho mostrou um pouco da prática da enfermagem, analisando e valorizando seus conhecimentos que, por outras metodologias, poderiam não ser abordadas. Também, tentou mostrar a realidade vivenciada pela enfermagem, indicando como deveria ser um SIE que se adequasse às tarefas necessárias para essa área, num hospital privado, onde existem particularidades determinadas por fatores sociais e culturais, que interagem entre si, possibilitando o entendimento de suas tarefas.

Por outro lado, as implicações deste estudo para a pesquisa são múltiplas, principalmente, para a enfermagem e a área de sistemas de informação. Espera-se que esta investigação, sob o enfoque metodológico da *grounded theory*, possa contribuir para a mudança na maneira de se realizar pesquisas em sistemas de informação, como, também, para perceber o enfoque dado a um SIE, que representa o estudo de uma área complexa, não correspondendo à teoria apresentada a outros contextos, os quais possuem uma forma mais ampla de abordar essa complexidade.

Por fim, convém salientar que este estudo não se esgota aqui. Ao contrário, temos expectativas de que os resultados encontrados e as conclusões a que se chegou, sejam vistos como um ponto de partida para compreender o quanto é importante considerar a prática de enfermagem para o desenvolvimento de um sistema de informação computadorizado.

9

Referências bibliográficas

ABDELLAH, F. G. *Improving the teaching of nursing through research in patient care*. In L.E. Heiderken (Ed.) Improvement of nursing through research. Washington, DC: Catholic University Press. 1959.

ACKERMAN, M. Definitional and contextual issues in organization and group memories. *Information Technology and people*, 9(1). P. 10-24. 1997.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. *Nursing: A social policy statement*. Washington, DC: Author. 1980.

ARGYRIS, C. *Reasoning, Learning and Action: Individual and Organizational*. Jossey-bass, San Francisco 1989.

AUGIER, M. ; VEDELO, M.T. Networks, cognition and management of tacit knowledge. *Journal of Knowledge Management*, Vol. 3 No. 4, p. 252-261. 1999.

A. AYDELOTTE, M.K.; PETERSON, K.H. Nursing taxonomies: State of the art. *Classification of nursing diagnoses*; Proceedings of the seventh conference. St. Louis: Mosby. p.1-16. 1987.

BADARACCO, J.L. *The Knowledge Link: How Firms Compete Through Strategic Alliances*. Harvard Business Scholl Press, Boston. 1991.

BAILEY, K.D. *Typologies and Taxonomies: An introduction to classification techniques*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication. 1994.

BENNETT, R.; GABRIEL, H. Organizational factors and knowledge management within large marketing departments: an empirical study. *Journal of Knowledge Management*, Vol. 3 No. 4, 212-225. 1999

BJERKNES, G.; EHN, P. ; KYNG, M. *Computers and Democracy – A Scandinavian Challenge*. Avebury, Aldershot. 1987.

BJERKNES, G.; BRATTETEIG, T. Florenc in Wonder land. Computer and Democracy – a Scandinavian Challenge Avebury, Aldershot. Discussion of Scandinavian research on System Development. *Scandinavian Journal of Information System*. Vol 7 No 1, 1995.

- BLOIS, M.S. What is it that computer compute? *Clinical Computing*, Vol.4, p. 31-33. 1987.
- BLUM, B.L. *Clinical information systems*. New York, NY:Springer. 1986.
- BLUMER, H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California. 1969.
- BOWER, B.H. Hilgard,E.R. *Theories of learning*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ 1981.
- BROCKMANN,E.N.; ANTHONY, W.P. The influence of tacit knowledge and collective mind on strategic planning. *Journal of Managerial Issues*, Vol. X No. 2 p. 204-222. 1999.
- BROWN, J.S.; DUGUID, P. Organizing knowledge. *California Management Review*. Vol. 40 No.3. p. 99-111. 1998.
- BULECHEK G.; MCCLOSKEY J. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. Philadelphia: Saunders. 1992.
- CARMEL, E. ; WHITAKER, R.D.; GEORGE,J.F. PD and joint application design : A transatlantic comparison. *Communications of the ACM*, 1993.
- CHARON, J. M. *Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1989.
- CHECKLAND, P. B. Model validation in Soft Systems Praticce. *Systems Research*, Vol. 12 No 1, p. 47-54. 1995.
- CHOO,C.W. *The Knowing organization*. Oxford University Press, Oxford. 1998.
- CLEMENT, A.; VAN DEN BESSELAAR, P. A Restrospective Look at PD projects. *Communications of the ACM*. 1993.
- COAD, P.; YOURDON, E. *Object Oriented Analysis*, Yourdon Press, New York. 1990.
- COHEN,W.M., LEVINTHAL,D.A, Absorptive capacity: a perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quartely*. Vol.35 (1), p.128-152. 1990
- COLLEN, MF. HIS concepts goals and objectives. In: towards new hospital information systems. *Elsevier Science Publishers*. p. 3-9. 1988.
- DALY, J.M. *NIC interventions linked to NANDA diagnoses*. St. Louis: Mosby.1993.
- DAVENPORT,T.H., PRUSAK,L. *Working Knowledge: How organizations manage What They Know*. Harvard Business School Press, Boston 1997.

DEMARCO, T. *Structural Analysis and system Specification*, Yourdon, New York. 1978.

DEMOS Project Groups . *The DEMOS project*. A presentation in Sandberg. 1979.

EHN, P. *Work - Oriented design of Computer Artifacts*. Lawrence Erlbaum Ass. Hillsdale, New Jersey, 1989.

EHN, P. Speech at conference on Participatory Design, *PDC'90*. Seattle, Wash., Authors notes. 1993.

EISENHARDT, K.M. "Building Theories from Case Study Research". *Academy of Management Review*, Vol.14 No 4. October 1989, pp. 532-550. 1989.

FLORES, F.; GRAVES, M.; HARTFIELD, B.; WINOGRAD, T. Computer systems and the design of organizational interaction. *ACM Transaction on Office information Systems*, Vol.6(2), p. 153-172. 1988.

GANE, C.; SARSON, T. *Structured System Analysis: tools and techniques*, IST, New York. 1977.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company, New York, NY, 1967.

GOFFMAN, W. *The ecology of the biomedical literature and information retrieval*. In K.S. Warren (Ed.), coping with the biomedical literature. New york, NY: Praeger Scientific. 1981.

GOLDKUHL, G.; LYYTINEN, K. *Information system specification as rule reconstruction*. Bemelmans, North-Holland, Amsterdam. 1984.

GORDON, M. Toward theory-based diagnostic categories. *Nursing Diagnosis*, Vol. 1. p. 3-9. 1990.

GORDON, M. *Nursing diagnosis: Process and application*. St. Louis: Mosby. 1994.

GORDON, M. President's reflections. *Nursing Diagnosis*, (Supplement 2), 9:5-6. 1998.

GORDON, M. Nursing Nomenclature and Classification System Development. *Online Journal of Issues in Nursing*. 1998.

GRAVES, J.R.; CORCORAN, S. An overview of nursing informatics. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol.21 p.227-231. 1989.

GROBE, S.J.; EPPING, P. J. M. M.; GOOSSEN, W. Nursing Information Systems. *Handbook of medical Informatics*. Houten. The Netherlands. p. 219-232. 1997.

GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey- Bass Limited. 1981.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes. 1990.

HIRSCHHEIM, R; IIVARI, J; KLEIN, H.K. A Comparison of Five Alternative Approaches to ISD. *Foundations of Information Systems*. <http://www.cba.uh.edu/~parks/fis/sad5.html>. 1998.

HIRSCHHEIM,R; KLEIN, H.K.; LYYTINEN, K. *Information Systems Development and data Modeling; Conceptual and Philosophical Foundations*, Cambridge University Press, Cambridge. 1995.

HIRSCHHEIM, R.; KLEIN, H.K. Realizing emancipatory principles in information systems development: the case for ETHICS. *MIS Quartely*, Vol. 18. No 1. March, p.83-109. 1995.

HOLTSHOUSE, D. Knowledge research issues. *California Management Review*. Vol. 40 N^o. 3. p. 277-280. 1998.

HOSKINS, L. (1997). Linking nursing diagnoses across the NANDA, Home Health Care and Omaha classification systems Classification of nursing diagnoses. *Proceedings of the twelfth conference*. Glendale, CA: Cinahl Information Systems. p. 8-12. 1997.

IACONO, S.; KLING, R. Computer systems as institutions: social dimension of computing in organizations. *Proceedings of Ninth International Conference on Information*. Minneapolis, Minnesota. p. 101-110. 1988.

JOHNSON, M. ; MAAS, M. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. St. Louis: Mosby. 1997.

JOHNSON, M.; MAAS, M. Health Care terminology: Nursing Outcomes Classification (NOC). *Center for nursing Classification*. University of Iowa. 1999. <http://www.ncvhs.gov/990518t4.htm>

KAIHARA, S; WATANABE, R Towards New Hospital Information System. A.R. Bakker, MJ Ball, JR Scherrer, JL Willems eds. *Elsevier Science Publishers B*. IFIP IMIA, p. 19-24. 1988.

KERK, J. & MILLER, M.L. *Reliability and Validity in Qualitative Research*. Beverly Hills, CA. Sage Pub. 1986.

KIM,D., From individual to shared mental models. *The Systems Thinker*, April, (5),3. 1994.

KORAC-BOISVERT, N.; KOUZMIN, A. Transcending soft-core disasters in public sector organizations. *Information Infrastructure and policy*. Vol 4. p. 131-161. 1995.

KUHN, SARA; WINOGRAD, Terry. *Participatory design, bringing design to Software*. Addison-Wesley. 1996.

LAUDON, KC. ; LAUDON JP. *Management Information System: organization and technology*. New York: Macmillan, 3rd ed. 1994.

LAWSON,C.; LORENZI, E. Collective learning, tacit knowledge and regional innovative capacity. *Regional Studies*. Vol. 33 No.4, p.305-317. 1999.

LEHTINEN, E.; LYYTINEN, K. Action based model of information systems. *Information Systems*, Vol.11(3) p. 299-317. 1986.

LEONARD-BARTON, D.A. "A Dual Methodology for Case Studies: Synergistic Use of a Longitudinal Single Site with Replicated Multiple Sites," *Organization Science*, Vol. 3. Agosto. p. 248-266. 1990.

LEONARD, D. SENSIPER,S. The role of tacit knowledge in group innovation. *California management Review*. Vol. 40, No 3, p.112-132. 1998.

LEWIS, P. *Information Systems Development*, Pitman, London. 1994.

LYLES, M.A.SCHWENK,C.R. Top management, strategy, and organizational Knowledge structures. *Journal of Management Studies*. Vol. 29 (2), p. 155-174. 1992.

LYYTINEN, K. Stakeholders, IS failures and SSM: an assessment, *Journal of Applied Systems Analysis*, vol. 15, p. 61-81. 1988.

MARIN, H.F. *Informática em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1995.

MARTIN, J. *Information Engineering* Vols. 1 ,2 3, Savant, Camforth, UK.

MARTIN, K. & SHEET, N. *The Omaha System: Applications for community health nursing*. Philadelphia: Saunders.1992.

MATHIASSEN,L. Panel on Information systems Development Methodology Evaluation. *Ninth International Conference on Information Systems*.1988.

MCCLOSKEY, J. & BULECHECK, G. *Nursing intervention classification (NIC)*. St. Louis: Mosby. 1992.

MCCLOSKEY, J. & BULECHECK, G. *Nursing intervention classification (NIC)*. (2nd ed.). St. Louis: Mosby. 1996.

MCCORMICK, Kathleen A; JONES, Cheryl B. Is one taxonomy needed for healthcare vocabularies and classifications ?. *Online Journal of Issues in Nursing*. Sept. 1998. http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7_2

MCGEE, J.; PRUSAK, L. *Gerenciamento Estratégico da informação*. Rio de janeiro, editora campos- Ernest Young – Série gerenciamento da Informação, 1994.

MCKINNON, J. Reliability and validity in field research: Some strategies and tactics. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol.1(1), p.34-54. 1988.

MIRANDA, OZ. **A implantação da Tecnologia da Informação em um Hospital: um estudo de caso.** Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia e Administração da USP, 1992.

MORGAN, G. *An Afterword: Is There Anything More to be Said About Metaphor.* Sage, London, 1996.

MORTENSEN, R. *The international classification for nursing practice (ICNP) with telenurse introduction.* Copenhagen: The Danish Institute for Health and Nursing Research. 1996.

MURDOCK, G.P. *Theories of illness: A world survey.* Pittsburgh: University of Pittsburgh Press. 1980.

NEUMANN, P. J.; PARENTE, S.T.; PARAMORE, L.C. Potencial savings from using information technology applications in health care in the United States, *International Journal of Technology Assessment in health care.* Vol. 12(3), p.425-435. 1996.

NONAKA, I.; TAKEUCHI; UNEMOTO, K. "A theory of Organizational Knowledge Creation". *International Journal of Technology Management.* Vol.11. p. 833-845, 1996.

NONAKA, I.; KONNO. The concept of "BA" - building a foundation for knowledge creation. *California Management Review.* Vol. 40 N^o. 3 p.40-54. 1998.

NORRIS, C. M. *Concept clarification in nursing.* Rockville, MD: Aspen Systems. 1982.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification.* Philadelphia: Author. 1997-1998.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification.* Philadelphia: Author. 1998-2000.

ORLIKOWSKI, W.J. CASE Tools as Organizational Change: Investigating Incremental and Radical Changes in System development. *Management Information Systems Quartely.* Vol 17. No 3, p.398-427. 1993.

PDC'94. *Third biennial Conference on Participatory Design.* Chancel Hill, North Carolina, October 27-28, 1994, <http://www.cpsr.org/conferences/pdc94>

PETERSON, H.; JELGER, UG. The History of Hospital Information System in : Towards new Hospital Information System. A.R. Bakker, MJ Ball, JR Scherrer, JL Willems eds. *Elsevier Science Publishers B.* IFIP IMIA, p.11-17. 1988.

PETTIGREW, A. M. "Longitudinal Field Research on Change: Theory and Praticce", *Organization Science*, Vol. (1:3), August, pp. 267-292, 1990.

POLANYI, M. *The tacit dimension, Knowledge in organization*, Butterworth-Heinemann, Boston. 1998.

RICHARD HEEKS; DAVID MUNDY; ANGEL SALAZAR. *Why health care Information system succeed or fail*. Institute for development policy and management, University of Manchester, UK. 1999.

RICHMOND, M. *Social diagnosis*. New York: Russell Sage. 1917.

RODRIGUES FILHO J. The complexity of development a nursing information system: a Brazilian experience. *Computing in Nursing*, vol. 19. No 3. P.98-104. 2001.

ROSCH, E. AND LLOYD, B. *Cognition and Categorization*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1990.

ROSS, B.H. Some Psychological Results on Case-Based Reasoning. Paper presented at Case-based Reasoning Workshop, *DAPRA 1989*, Pensacola beach, Morgan Kaufman. 1989.

SABA, V. (1992). Classification of home health care nursing. *Caring*, Vol. 11(5) p.58-60. 1992.

SAUER, C. *Why Information systems fail, a case study approach*, Waller, Henley on Thames. 1993.

SHARIQ, S.Z. How does knowledge transform as it is transferred? Speculations on the possibility of a cognitive theory of knowledgescapes. *Journal of Knowledge Management*. Vol.3 No 4. 1999.

SHELDON, L. Grounded Theory: issues for research in nursing. *Nursing Standard*. Vol. 12 N° 52 p. 47-50. 1998.

SHOEMAKER, J. Essential features of a nursing diagnosis. *Proceedings of the fifth conference*. St. Louis: Mosby. 1984.

SNYDER, M., EGAN, E.; NOJIMA, Y. Defining nursing interventions. *Image*, Vol. 28 N. 2. p. 137-141. 1996.

STANMARK, Dick. Turning tacit knowledge tangible. *International Conference on System Sciences – HICSS33*, 2000.

STRAUSS, A. *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press. 1987.

STRAUSS, A. *Negotiations: Varieties, contexts processes and social order*. San Fransisco: Jossey-Bass. 1978.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury park, California: Sage Publications. 1990.

STRAUSS, A. ; CORBIN, J. *Grounded theory methodology: An overview*. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, California: Sage Publications.1994.

SUCHMAN L, BLOMBERG J, ORR J.; TRIGG R. Reconstructing technologies as social practice. *American Behavioral Scientist* .Vol.43(3). p. 392-408.

SUCHMAN, L. *Plans and Situated Actions: The problem of Human-Machine Communication*. Cambridge University Press, Cambridge. 1987.

TRAUTH, EILEEN M. *Qualitative Research in IS: Issues and Trends*. Northeastern University, USA. Idea Group Publishing, 2000.

TRIPP-REIMER, T., WOODWORTH, G., MCCLOSKEY, J. C., BULECHEK, G. The dimensional structure of nursing interventions. *Nursing Research*, Vol. 45. p. 10-17. 1996.

WALTON, J.A. *The night time experience of elderly hospitalised adults and the nurse who care for them*. Unpublished manuscript, Massey University, Palmerston North.1989.

WARREN, J. Developing the unified nursing language system: The American Nurses Association perspective. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the twelfth conference*. Glendale, CA: Cinahi Information Systems. p.3-7. 1997.

WELLS, K. The strategy of grounded theory: Possibilities and problems. *Social Work Research*. Vol. 19. Issue 1 p33. 1995.

WINOGRAD, T.; FLORES, F. *Understanding Computers and Cognition: A new Foundation for Design*. Ablex, Norwood, NJ. 1986.

ZACK, M. Managing codified knowledge. *Sloan Management Review*, Summer, 45-58. 1999.

ZERNOTT, M.M. International classification of diseases: Initiation, revision, and consolidation. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the third and fourth conferences*. New York: McGraw-Hill. p.69-76. 1982.