

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MARIA ANGÉLICA MENDES**

**PAPEL CLÍNICO DO ENFERMEIRO:  
DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO**

**SÃO PAULO  
2010**

**MARIA ANGÉLICA MENDES**

**PAPEL CLÍNICO DO ENFERMEIRO:  
DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem  
da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Área de Concentração:**  
Enfermagem na Saúde do Adulto

**Orientadora:**  
Profa. Dra. Diná de Almeida L. M. da Cruz

**SÃO PAULO  
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Mendes, Maria Angélica

Papel clínico do enfermeiro: desenvolvimento do conceito. /  
Maria Angélica Mendes. – São Paulo, 2010.  
152 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade  
de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Diná de Almeida Lopes Monteiro da  
Cruz

1. Papel da enfermeira 2. Competência clínica 3. Formação de  
conceito 4. Relações enfermeiro-paciente I. Título

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: MARIA ANGÉLICA MENDES

Título: PAPEL CLÍNICO DO ENFERMEIRO: DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Aos meus amados filhos*  
*Marina e Luiz Gustavo, Wagner e Stéphanie,*  
*por existirem e trazerem sentido a realização desta tese.*  
*A vocês dedico meu respeito e meu afeto.*

## *Agradecimentos*

*Sinto-me privilegiada e feliz por ter tanto a agradecer...*

*Especialmente, a **Maria Santíssima** e a **Deus Pai** pelo dom da minha vida e por experimentar a intensidade de Vosso olhar e de Vosso amor em toda trajetória deste estudo. Obrigada por presentear-me com oportunidades e possibilidades e por fortalecer-me diante das adversidades.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Diná de Almeida L. M. da Cruz**, minha querida orientadora, pelo exemplo de competência e disciplina, tornando possível o meu avanço profissional. Sou profundamente grata pelas lições acadêmicas e por aquelas que vão além destas páginas.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Margareth Ângelo**, admiro-a por sua determinação e docilidade na orientação metodológica. Seu esforço foi notável para ajudar-me a ampliar meus pensamentos.*

*Às professoras e amigas da **Escola de Enfermagem da Universidade de Barcelona**, pelo compartilhar do conhecimento, além das palavras de incentivo e carinho.*

*Às colegas do **Grupo de Pesquisa DIRENF** (Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem), pelo companheirismo e apoio.*

*À **Universidade Federal de Alfenas**, em especial ao Departamento de Enfermagem, pela compreensão e respeito sempre presentes.*

*Ao **Hospital Universitário** da Universidade de São Paulo, pela receptividade permitindo a realização da coleta de dados.*

*À **minha família**, que somou amor e estímulo aos meus esforços e por compreenderem e apoiarem minhas escolhas.*

*À minha amiga e “irmã” **Ana Lúcia**, ao **Juelso**, ao **Felipe** e à **Bruna**, pela acolhida alegre e carinhosa, pelas palavras oportunas, pelo apoio e incentivo decisivos na realização desta tarefa e, por que não, de outras também.*

*À minha outra “irmã” **Terezinha**, retaguarda carinhosa, pela ajuda que permitiu que a vida em casa pudesse seguir seu curso, mesmo em minhas ausências, e por sinal, algumas bem extensas.*

*À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, pelo apoio financeiro, contribuindo para a realização deste trabalho.*

*Último e mais importante: às **enfermeiras**, sujeitos da pesquisa, que roubaram algumas horas de suas jornadas, e com muito empenho e entusiasmo compartilharam suas experiências comigo, ajudando-me a compreender o papel clínico.*

*A todos, minha gratidão.*

*O desafio é se lembrar que somente competência não é o bastante. Temos que nos esforçar para a excelência contínua e contínua em todos os aspectos de nosso desempenho do papel.*

*Somos profissional e eticamente responsáveis por nossas ações e por nossas omissões – para o que fazemos e para o que não fazemos. [...] Não podemos perder a visão de nós mesmos como profissionais.*

*(Dottie Roberts, 2005)*

Mendes MA. Papel clínico do enfermeiro: desenvolvimento do conceito. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

## RESUMO

Recente profusão de novos papéis profissionais do enfermeiro e mudanças nas práticas da enfermagem têm sido descritas mundialmente e exercem impacto no tipo de cuidado provido e nas formas de sua provisão. O interesse deste estudo é a ideia de papel clínico, que, apesar de ser uma expressão comumente usada no cotidiano, é pouco explorada em termos conceituais. Este estudo teve como objetivo desenvolver o conceito de papel clínico do enfermeiro. A Metodologia de Análise Qualitativa de Conceito foi aplicada em suas três fases: Identificação dos Atributos, Verificação dos Atributos e Identificação das Manifestações do Conceito. Na primeira fase, os atributos abstratos e universais do conceito foram identificados, utilizando-se a Análise Crítica da Literatura, que resultou no estudo de 24 publicações. Na segunda fase, aplicou-se a Teoria Fundamentada nos Dados para verificar os atributos do papel clínico na experiência do enfermeiro. Nessa fase, realizou-se estudo com sete enfermeiros assistenciais do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Os dados foram coletados por entrevistas abertas, que foram analisadas e interpretadas em categorias inter-relacionadas, com a derivação de um modelo teórico da experiência do papel clínico do enfermeiro. Na terceira fase, os dados das fases anteriores foram comparados e integrados, possibilitando a proposição teórica do conceito. Os resultados da análise evidenciaram que papel clínico do enfermeiro é um processo psicossocial resultante da interação do enfermeiro com o paciente, com o contexto e consigo mesmo. Autonomia clínica configurou-se como elemento central da interação do enfermeiro com o paciente na experiência do papel clínico. O significado da experiência do papel clínico foi expresso no empoderamento do enfermeiro pelo exercício da autonomia clínica, que mostra o alcance de resultados manifestados na própria interação do enfermeiro com o paciente, consigo mesmo ou com o contexto. Os dados indicaram ter o paciente como o centro do cuidado, ter finalidades e intencionalidade como atributos principais do papel clínico. O desempenho do papel clínico requer que o enfermeiro tome posse da autonomia clínica, que a exerça nas interações e nas ações junto ao paciente e se perceba empoderado por esse exercício. Papel clínico é uma competência que se articula como uma forma de poder, mediado pela autonomia clínica. A autonomia clínica concede ao enfermeiro o poder de pensar, de imaginar, de planejar o cuidado e de influir na saúde do paciente. A análise do conceito do papel clínico contribuirá para reflexões sobre as dimensões envolvidas na prática e no ensino de enfermagem e para informar não só as políticas de ensino e de práticas profissionais, mas também as políticas de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Papel da Enfermeira; Competência Clínica; Formação de Conceito; Relações Enfermeiro-Paciente.

Mendes MA. The clinical role of the nurse: concept development [thesis]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2010.

## **ABSTRACT**

Recent profusion of new professional roles of the nurse and changes in the practice of nursing have been worldwide described and have an impact on the type of care provided as well as on the forms of its provision. The interest of this study is the idea of the clinical role, which inspite of being a commonly used daily expression, is little explored in conceptual terms. This study has had as an objective the development of the concept of the clinical role of the nurse. The Methodology of Qualitative Analysis of Concept has been applied in its three phases: Identification of the Attributes, Verification of the Attributes and Identification of the Manifestations of the Concept. In the first phase, abstract and universal attributes of the concept have been identified using Critical Analysis of Literature, which resulted in the study of 24 publications. In the second phase, Grounded Theory has been applied to verify the attributes of the clinical role in the nurse's experience. In this phase, a study has been carried out with seven assistential nurses from the São Paulo University's Hospital. Data has been collected by open interviews, which has been analysed and interpreted in interrelated categories, deriving to a theoretical model of the nurse's clinical role's experience. In the third phase, the data of the previous phases were compared and integrated, permitting the theoretical proposition of the concept. The results of the analysis have proved that the nurse's clinical role is a psychosocial process resulting from the interaction of the nurse with the patient, with the context and with himself. Clinical autonomy has configured as a central element in the interaction of the nurse with the patient in the clinical role's experience. The significance of the clinical role's experience has been expressed in the empowerment of the nurse through the exercise of clinical autonomy, which shows the range of achieved results shown in the nurse's interaction with the patient, with himself or with the context. Data has indicated to have the patient as the center of attention, to have purposes and intentions as the main attributes of the clinical role. The performance of the clinical role requires that the nurse takes lead of the clinical autonomy, exercises it during interactions and actions with the patient and feels empowered by this exercise. The clinical role is an ability which, through clinical autonomy, is articulated as a form of power. Clinical autonomy concedes the nurse the power to think, to imagine, to make care plans and to influence the patient's health. The analysis of the clinical role's concept will help to have reflections about the dimensions involved in the practice and teaching of nursing and to inform, not only the educational and professional practices' politics, but health politics as well.

**KEYWORDS:** Nurse's Role; Clinical Competence; Concept Formation; Nurse-Patient Relations.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Conceitos principais relacionados à Teoria dos Papéis.....	26
<b>Quadro 2</b> - Exemplo de codificação aberta dos dados .....	64
<b>Quadro 3</b> - Resultados .....	134

## LISTA DE DIAGRAMAS

<b>Diagrama 1</b> - Categorias de condições causais .....	85
<b>Diagrama 2</b> - Categorias de interações e ações.....	106
<b>Diagrama 3</b> - Categorias de consequências.....	113
<b>Diagrama 4</b> - Modelo teórico .....	120

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização das enfermeiras participantes do estudo. São Paulo, 2010. ....	62
<b>Tabela 2</b> - Características das publicações estudadas. São Paulo, 2009.....	70
<b>Tabela 3</b> - Categorias e subcategorias de análise dos atributos definidores do papel clínico do enfermeiro. São Paulo, 2009.....	71
<b>Tabela 4</b> - Categorias de análise dos antecedentes do papel clínico do enfermeiro. São Paulo, 2009. ....	77
<b>Tabela 5</b> - Categorias de análise das consequências do papel clínico do enfermeiro. São Paulo, 2009. ....	79

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>19</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO .....</b>	<b>21</b>
3.1 Referencial teórico .....	21
3.2 Referencial metodológico.....	46
<b>4 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>56</b>
4.1 Identificação dos atributos do conceito .....	56
4.1.1 Estratégia de busca .....	56
4.1.2 Critérios de inclusão.....	57
4.1.3 Análise e síntese dos dados.....	57
4.2 Verificação dos atributos do conceito.....	59
4.2.1 Cenário do estudo.....	59
4.2.2 Aspectos éticos .....	60
4.2.3 A coleta de dados .....	61
4.2.4 A análise dos dados.....	63
4.3 Identificação das manifestações do conceito .....	67
<b>5 DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO .....</b>	<b>69</b>
5.1 Identificação dos atributos do conceito .....	69
5.2 Verificação dos atributos do conceito.....	82
5.2.1 Condições causais da experiência do papel clínico.....	83
5.2.2 Interações e ações do enfermeiro na experiência do papel clínico.....	104
5.2.3 Consequências da experiência do papel clínico do enfermeiro .....	111
5.3 Verificando as manifestações do conceito .....	126
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>136</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>151</b>

*Apresentação*

## APRESENTAÇÃO

O investimento deste estudo é colocar em evidência o Papel Clínico desempenhado pelo enfermeiro.

O que é Papel Clínico? e

Qual é esse Papel Clínico?

A ideia de Papel Clínico não estava explicitamente carregada de significado para mim, enquanto articuladora do ensino e aprendizagem de enfermagem. Para mim, essa ideia tem sim valores pouco precisos, algumas figuras não ajustadas e lacunas sem explicações. Pergunto-me se as indefinições sobre papel clínico refletem algo realmente desconhecido ou a novidade de um título para uma atividade já exercida? Somando a esses questionamentos, havia também rondando meu ser inquieto de enfermeira a diversidade e a complexidade da prática de enfermagem. A ideia de papel clínico é realmente algo que se apresenta aberto ao meu olhar, clamando por uma profunda organização conceitual.

Esse objeto de pesquisa foi se esboçando e tomando forma, quando minhas colegas enfermeiras questionavam sobre o que eu iria estudar no doutorado, e eu prontamente respondia: papel clínico do enfermeiro. E os comentários seguintes pareciam combinados, quando elas retornavam com a pergunta - você irá estudar patologia clínica? - acompanhada por uma expressão de espanto. Causavam-me a ideia de que estudaria algo quase que “feio” para a enfermagem. Assim ficava bem claro para mim que, no senso comum, a noção de clínico se refere à doença, ao médico, ao organismo. O termo *clínica* originário da Medicina (Foucault, 2004), bem como: clínica soberana, clínica ampliada, abandono da clínica, clínica consistente, clínica comprometida, é transferida para a Enfermagem, e parece que de uma forma equivocada como o uso de tais expressões: *livros de enfermagem clínica* ou *livros de enfermagem cirúrgica*, numa tentativa de excluir a clínica da cirurgia e vice-versa. Nessa intrincada realidade, papel clínico para o enfermeiro ainda se apresenta invisível aos olhos da prática,

desenvolvido, sim, mas de forma velada, sem que o profissional enfermeiro se aproprie dele com real valor e com significado consolidado.

A ciência da Enfermagem está preocupada com o complexo comportamento humano dentro de uma trajetória continuamente variável de saúde. E, para isso, busca o desenvolvimento de modelos interdisciplinares do cuidado, que requerem como fundamental a compreensão de conceitos compartilhados, multifacetados e altamente integrados e que, às vezes, se manifestam diferentemente ao longo da história da saúde (Penrod, Hupcey, 2005). Nesse contexto, papel clínico, apesar de ser uma expressão comumente usada, é um conceito que demanda clarificação adicional e refinamento para aumentar sua utilidade na ciência e na prática de enfermagem.

A realização deste estudo que trata do conceito do papel clínico do enfermeiro contribui para a reflexão sobre as dimensões envolvidas na prática de enfermagem, além de oferecer referência para analisar a formação do enfermeiro, suas responsabilidades e seus limites.

A importância do desenvolvimento de conceitos para a enfermagem é aprofundada no capítulo de Introdução. O capítulo intitulado Referencial Teórico e Metodológico apresenta as bases da Teoria dos Papéis, e breve descrição do Interacionismo Simbólico que conformaram a referência teórica deste estudo, além do Método de Análise de Conceito, bem como a Teoria Fundamentada nos Dados, que nortearam o delineamento do estudo e de seus procedimentos. No capítulo Desenvolvimento Metodológico, são narrados os procedimentos metodológicos realizados em cada fase deste estudo. O capítulo de Desenvolvimento do Conceito apresenta, de forma integrada, o que se obteve por meio dos procedimentos de pesquisa adotados.

# *Introdução*

## 1 INTRODUÇÃO

Recente profusão de novos papéis profissionais do enfermeiro, assim como mudanças nas práticas da enfermagem, têm sido descritas mundialmente e exercem impacto no tipo de cuidado provido e nas formas de sua provisão (Wilson, Averis, Walsh, 2003). A prática de enfermagem está se tornando mais diversa e as fronteiras da prática intra e interprofissional estão nebulosas em relação ao significado dos títulos, ao escopo da prática, aos graus de autonomia clínica, às expectativas e também em relação à educação e no preparo apropriado para tais papéis. Existe pouca compreensão ou explanação sobre a natureza ou sobre as diferenças entre os papéis descritos.

Ter consciência da complexidade do cenário e ser capaz de interpretar a realidade da prática social em que está inserido pode contribuir para que o enfermeiro se torne um perseguidor do espaço de competência e de habilidades coerentes com a configuração de seu papel profissional. Para esse movimento, é necessário o entendimento das múltiplas dimensões do papel ou dos papéis que são atribuídos ao enfermeiro, bem como das influências, das expectativas e dos limites do comportamento social decorrente de tais papéis.

Muitas das preocupações que emanam da profissão de enfermagem sobre o desenvolvimento de novos papéis consistem na necessidade de manter um debate continuado na busca de coerência entre os limites e as responsabilidades de cada papel, e, ao mesmo tempo, de reter a essência da enfermagem. É difícil capturar aspectos “invisíveis” do cuidado de enfermagem (Royal College of Nursing, 1996 apud Pearson, 2003). Estruturas conceituais claras e discerníveis sobre papel clínico e competências associadas poderiam facilitar decisões políticas relativas ao ensino e à prática de enfermagem.

Este estudo é uma oportunidade de ampliar a compreensão do papel clínico do enfermeiro.

Algumas indagações que desencadearam este estudo foram:

- 1- Qual o significado do papel clínico do enfermeiro na sua prática cotidiana?
- 2- Quais são os valores, fundamentos, pressupostos, atributos e habilidades compartilhadas pelo enfermeiro no exercício do papel clínico?
- 3- Quais são as facilidades e possibilidades, os entraves, as dificuldades e os limites que permeiam o desempenho do papel clínico do enfermeiro?

Toda disciplina profissional possui um corpo de conhecimentos expressos em conceitos e teorias aplicados a sua prática, o que lhe confere reconhecimento como ciência. Portanto a ciência é construída inicialmente por conceitos. A ciência de Enfermagem inicia-se quando os enfermeiros conceitualizam e teorizam, num esforço para encontrar unidade e significado no seu mundo e em relação com esse mundo (Orem, 2001).

Este estudo trata do conceito de papel clínico do enfermeiro, tem a finalidade de reconhecer esse conceito na experiência do enfermeiro, e entender essa experiência de interação social como centro de produção simbólica, representada eminentemente pelos gestos, atos e palavras de cada profissional.

A noção de “clínico” tem origem nas ciências médicas. O sentido etimológico da palavra clínico vem do latim *Clinicus* e do grego *Kliné* relativo à cama ou ao leito; diz respeito à observação direta que se faz à cabeceira do doente. Os médicos antigos, gregos e romanos, geralmente, atendiam seus doentes em templos ou em praças públicas. Somente aos nobres e patrícios era dado o privilégio do atendimento a domicílio, junto ao leito. Os médicos que assim procediam eram chamados de clínicos (Foulcault, 2004; Gaberson, Oermannn, 1999; Dicionário Etimológico de Termos Médicos, 2010).

Ao importar conceitos de outras áreas de conhecimento, muitas definições e significados podem sofrer alterações ou modificações. Isso pode contribuir para confusão e ambiguidade no uso dos conceitos. Amplas revisões e diferenciação de conceitos são necessárias para melhor caracterizar fenômenos de interesse, comunicar tais fenômenos de forma efetiva e certificar-se da articulação entre os conceitos e as teorias pertinentes (Rodgers, 2000).

Todos os fenômenos de interesse para a Enfermagem precisam ser submetidos a um processo de clarificação e desenvolvimento conceitual, com determinação de seus atributos, mesmo aqueles que são aplicados a outras disciplinas (Rodgers, 2000).

Conceitos são “representações cognitivas” de uma realidade percebida, constituída por experiências diretas ou indiretas, variando de experiências empíricas, observáveis a inferências mentais, relativamente abstratas e observáveis de modo indireto, com base em situações, acontecimentos ou comportamentos reais (Morse, 1995). Preocupados com a necessidade de compreender a formação de conceitos a fim de permitir sua articulação teórica, estudiosos desenvolvimentistas da psicologia, da linguística e da antropologia cultural desenvolveram o conhecimento referente à aquisição e à formação de conceitos (Morse, 1995).

Conceitos empregados na prática da enfermagem vêm sendo objetos de análise e investigação, a fim de ser compreendidos e adaptados ao contexto da profissão, bem como para na apropriação de conhecimentos novos e para o esclarecimento de seus fenômenos.

A literatura estrangeira apresenta pesquisas sobre vários conceitos: cuidado (Morse et al, 1990 e 1991), luto (Cowles, Rodgers, 1991), empatia (Morse et al, 1992; Morse et al, 1998; Kunyik, Olson, 2001), conforto (Morse, Bottorf, Hutchinson, 1994), direitos (Reckling, 1994), *empowerment* (Sheilds, 1995), esperança (Morse, Doberneck, 1995; Penrod, Morse, 1997; Benzein, Saveman, 1998; Benzein, Norberg, Saveman, 1998), sofrimento (Morse, Carter, 1996), co-empatia (Morse, Mitchan, 1997), cuidadores (Swanson et

al, 1997), estresse infantil (Rosenthal-Dichter, 1997), fadiga pós-parto (Milligan et al, 1997), qualidade de vida (Ferrans, 1997), intuição (McCutcheon, Pincombe, 2001), confiança (Hupcey, Penrod, Morse, 2001), transferência de conhecimento (Thompson, Estabrooks, Degner, 2006), dentre outros.

No Brasil, observa-se um pequeno número de estudos de desenvolvimento de conceitos. Como exemplos, o conceito família saudável é estudado por Nitschke et al (1992); Martin, Ângelo (1998) pesquisaram o significado do conceito saúde, por meio da descrição etnográfica; Madureira (1993) abordou o conceito enfermagem e Cade (1998) identificou atributos do autoconceito e da identidade social do enfermeiro; Galeras, Teixeira (1997) estudaram o conceito de qualidade de vida; Guerra, Araújo (1999), o conceito de autonomia; Pettengill, Ângelo (2003) desenvolveram o conceito de vulnerabilidade da família; o conceito de fadiga foi analisado por Mota, Cruz e Pimenta (2005); e Poles, Bousso (2008) desenvolveram o conceito de morte digna da criança na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica.

Quando uma pessoa desempenha o papel simbólico de sua função de forma consciente, adequada e coerente com o momento vivido, cria condições ideais para o bom funcionamento do coletivo, além de permitir melhor interação social. O enfermeiro, tendo o seu papel bem definido, é favorecido nas tomadas de decisão, fortalece a sua confiança e seu autoconceito. Analisar um papel fundamentado em construtos teóricos auxilia no estabelecimento de expectativas reais para o desempenho do papel. A clara definição conceitual, bem como a definição das responsabilidades e limites, são partes importantes no processo de desempenho do papel, por serem determinantes da qualidade no processo dialético de reinterpretação e reconstrução da realidade social.

*Objetivo*

## **2 OBJETIVO**

Desenvolver o conceito do papel clínico do enfermeiro.

*Referencial teórico e  
metodológico*

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Este estudo foi realizado com base nos pressupostos da pesquisa qualitativa. Procedimentos de pesquisa que privilegiam aspectos qualitativos permitem maior aproximação da visão do mundo dos sujeitos, com foco de interesse, de maneira geral, nas formas como os indivíduos pensam, sentem e se comportam com relação a fatos e experiências da vida cotidiana (Roazzi, 1995). Perspectivas qualitativas são mais capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 2006).

Neste estudo, adotaram-se a Teoria dos Papéis e o Interacionismo Simbólico como bases teóricas. Utilizou-se o Método Qualitativo de Análise de Conceito e a da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) para orientar os procedimentos do estudo.

Este capítulo apresenta os fundamentos da Teoria dos Papéis e do Interacionismo Simbólico, bem como as bases metodológicas do Método Qualitativo de Análise de Conceito e a Teoria Fundamentada nos Dados.

#### 3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

##### TEORIA DOS PAPÉIS

O fenômeno *papel* encontra-se descrito na Teoria dos papéis. Essa teoria organiza conceitos e formulações hipotéticas para descrever, compreender e prever aspectos complexos do comportamento humano. A teoria dos papéis preocupa-se em estimar sob quais circunstâncias certos tipos de comportamentos podem ser esperados. O termo *papel* tem suas

raízes na prática teatral e refere-se à parte cênica que a pessoa representa no teatro. Começou a aparecer na literatura das ciências comportamentais na década de 1920. Desde aquele tempo, aumentou seu uso rapidamente e um corpo associado de terminologia cresceu ao seu redor (Biddle, Thomas, 1966).

Têm sido referidas dificuldades nos estudos em busca de uma teoria do papel (Clifford, 1996; Lynch 2007). O fato é que alguns tratam *papel* como um conceito e outros como uma teoria. Segundo Biddle, Thomas (1966), esse é um campo em que há muita especulação, muitas hipóteses e teorias sobre aspectos particulares do *papel*; não há uma grande teoria sobre *papel* senão uma teoria parcialmente articulada (Biddle, Thomas 1966).

No desenvolvimento da Enfermagem, papéis estão sendo redefinidos, principalmente porque o trabalho se expandiu nos últimos 40 anos e a prática profissional tem se tornado mais diversificada. Muitas teóricas de Enfermagem e pesquisadores da área têm se esforçado para definir a natureza do trabalho da Enfermagem. A análise do *papel* por meio de construtos teóricos poderá ajudar a fixar expectativas para a sua execução, pois na definição de *papéis*, podem ser incluídos modificadores a fim de garantir a descrição do *papel* ou da natureza das forças que o inibem ou o promovem. A definição do *papel*, portanto, é uma parte importante do processo de representação desse mesmo *papel*, por ser determinante na qualidade do desempenho (Squires, 2004).

Na enfermagem, a importância do conceito de *papel* é desenvolvida nos trabalhos de Roy, com a proposta do Modelo de Adaptação. Esse modelo fundamenta-se em quatro modos de adaptação: Fisiológico ou Físico; Autoconceito; Interdependência e Funcionamento do Papel. Esses modos de adaptação, na teoria de Roy, articulam pressupostos para fundamentar o modelo de adaptação fisiológica, psicológica, social e espiritual do indivíduo e de grupos na perspectiva da Enfermagem.

Neste capítulo, o *Modo de Funcionamento do Papel*, do Modelo de Adaptação de autoria de Sister Callista Roy (Roy, Andrews, 1999) balizará a apresentação dos conceitos principais da teoria de papéis conforme apresentada por Biddle, Thomas (1966).

Conceitos similares à ideia contemporânea de papel já eram usados antes do início dos estudos sistemáticos de papéis na década de 1930 (Biddle, Thomas, 1966; Clifford 1996). Escritores tais como James, Baldwin, Cooley, Dewey, Thomas, Faris, Maine, Simmel, Durkheim, Mead, Moreno e Linton escreveram sobre *self*, costumes, condutas, interação social, forças sociais, *status* e personalidade. Esses escritores denominaram fenômenos que mais tarde tornar-se-iam parte da Teoria dos Papéis e contribuíram significativamente para a compreensão e desenvolvimento do conceito do papel e daqueles relacionados ao termo (Hardy, Conway, 1988; Biddle, Thomas, 1966). Biddle e Thomas (1966), professores universitários norte-americanos dos cursos em psicologia e sociologia, configuraram esses conceitos no livro *Role Theory: Concepts e Research* (Biddle, Thomas, 1966) com o objetivo de auxiliar no processo de divulgação da identidade da teoria e seu refinamento.

Os escritos de três teóricos importantes - Mead, Linton e Moreno - ilustram o processo de desenvolvimento da teoria, além de estabelecer diferenciação dos conceitos e refinamentos, bem como a articulação da linguagem do *papel*. George Herbert Mead foi psicólogo social e professor na Universidade de Chicago, de 1893 a 1931. Preocupado com a manutenção da ordem social, foi especialmente interessado na compreensão da natureza humana pelo exame dos processos pelos quais as pessoas se adaptam às mudanças e encontram um *nicho* social. Nesse contexto, introduziu conceitos como *self*, socialização, *role playing* e *role-taking*. O impacto de seu trabalho é evidente nas obras de interacionistas tais como Blumer, Becker, Cottrel, Goffman, Lindesmith, Rose, Strauss e Turner (Hardy, Conway, 1988).

Ralph Linton, antropologista, trouxe uma contribuição significativa para a compreensão do comportamento social por meio de suas publicações durante as décadas de 1930 e 1940. Desenvolveu a diferenciação entre os conceitos *status* (posição) e *papel*, sendo o *papel* executado sob direitos e deveres associados com o *status* (Hardy, Conway, 1988).

Jacob Levy Moreno estudou filosofia e formou-se em medicina. Fez aulas de psiquiatria e psicanálise com Freud, mas não se identificou com a teoria freudiana e se interessou pela mudança de comportamento individual. Na mesma Viena de Freud e em plena efervescência da psicanálise, no ano de 1924, Moreno registrou o nascimento do Psicodrama, com base no pressuposto de que grupos e papéis artificialmente construídos poderiam criar oportunidades para reintegração sócio-cultural de pacientes. Em seguida, emigrou para os Estados Unidos e passou a assumir sucessivamente os papéis sociais para os quais fora preparado. Em 1934, publicou *Fundamentos da Sociometria*, estes bem acolhidos, praticados e desenvolvidos pela comunidade científica americana. Fundou também a Associação Americana de Sociometria e introduziu os conceitos de papéis psicossomáticos, psicodramáticos e sociais, além desenvolver os conceitos de *role-playing* e *role-taking*, que foram articulados em numerosas publicações entre 1934 e 1960 e são partes da literatura da Teoria dos papéis (Biddle, Thomas, 1966; Hardy, Conway, 1988).

Nas ciências comportamentais, existem basicamente duas principais perspectivas nas quais se têm estudado papéis e desempenho de papéis. São elas: a abordagem estrutural ou funcional e a interacionista. Ambas têm como meta a compreensão e a explicação da ordem social (Hardy, Conway, 1988). A abordagem funcional-estrutural lida com pessoas dentro das posições que ocupam nas estruturas sociais complexas. Considera que os papéis, bem como as instituições, culturas e normas, surgem na sociedade para preencher uma necessidade da sociedade em questão. Um pressuposto adicional da perspectiva estrutural é que a divisão do trabalho dentro de uma dada coletividade é uma expressão de seu estado de

desenvolvimento. Inerente ao conceito de divisão do trabalho, que é “orgânico”, é a concretização das configurações sociais e suas mudanças no decorrer do tempo; assim, a divisão do trabalho se ajustará ou se reconstruirá conforme essas mudanças (Hardy, Conway, 1988). Papéis acentuam os componentes estruturais da sociedade porque estão associados com *status* social no sistema social (Linton, 1945). Essa abordagem simplesmente não considera de forma suficiente a ampla variação de comportamentos assumidos em um local dentro das estruturas sociais. Se somente estrutura social fosse a determinante subjacente do comportamento, todas as ações sociais seriam explicadas e previsíveis com base nas normas governamentais da sociedade em questão (Hardy, Conway, 1988).

A perspectiva interacionista para a Teoria dos Papéis é fundamentada no Interacionismo Simbólico, com ênfase na socialização. Seu nome deriva da interpretação do comportamento humano como uma resposta aos atos simbólicos de outros - eminentemente gestos e palavras – e a resposta seria o efeito da “interpretação” daqueles atos. A sociedade é reconhecida como interação simbólica e suas instituições como estrutura dentro da qual atores representam seus papéis. A abordagem interacionista examina as formas como a pessoa negocia os significados, enquanto interage num determinado papel, em uma determinada situação. É claro que isoladamente nem a perspectiva estrutural, nem a interacionista compreendem de forma suficiente a ampla variedade de respostas possíveis em numerosas e infinitas situações em que atores humanos interagem (Roy, Andrews, 1999; Hardy, Conway, 1988).

## CONCEITOS PRINCIPAIS

A ideia do *papel* é o conceito central da Teoria dos Papéis e um dos fenômenos mais populares nas ciências sociais (Biddle, Thomas, 1966). Talvez esse seja o motivo para as diferenças encontradas entre os autores

na definição do conceito de *papel*. Segundo Biddle (1986), alguns autores usam o termo para designar comportamentos característicos, outros o usam para designar elementos sociais a serem encenados, e outros, ainda, apresentam definições que focalizam nos roteiros para condutas sociais. *Papel* é, portanto, um conceito difícil de se definir, mas, no geral se aceita que *papel* tem uma natureza multidimensional e é unidade fundamental de funcionamento da sociedade (Biddle, Thomas 1966; Biddle 1986; Lynch 2007). Está condicionado à relação com o “outro” e só existe enquanto é desempenhado e depende da existência de papéis complementares; então o *papel* de um indivíduo determina o papel do outro e vice-versa. Por exemplo, o *papel* de pais está relacionado ao de filhos; o papel de empregador, ao de empregado e, o *papel* de enfermeiro, ao de paciente. E, associadas a cada *papel* estão as expectativas sobre como uma pessoa se comporta em relação à outra que ocupa a posição complementar (Roy, Andrews, 1999). *Papel* refere-se um grupo de padrões, descrições ou normas aplicadas aos comportamentos de uma pessoa dependendo da posição que ela ocupa. Ou seja, *papel* é um conjunto de prescrições que definem o comportamento de um membro de um grupo em determinada posição dentro desse grupo (Biddle, Thomas, 1966).

Outros conceitos são importantes para a compreensão da Teoria dos Papéis. Os principais estão apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1** - Conceitos principais relacionados à Teoria dos Papéis

Desenvolvimento dos papéis	Processo de somar novos papéis no ciclo da vida; envolve aprendizagem das expectativas do papel (Roy, Andrews, 1999).
Expectativas do papel	Opiniões sustentadas pela sociedade em geral, pelo indivíduo e por aqueles que estão nos papéis complementares sobre qual é o comportamento apropriado para o papel em questão (Roy, Andrews, 1999).
Aquisição do Papel	Acontece ao assumir um novo papel social e conseqüente desempenho de comportamentos esperados para o ocupante daquele novo papel (Roy, Andrews, 1999).
Conjunto dos Papéis	Complexo particular dos papéis que um indivíduo ocupa simultaneamente (Roy, Andrews, 1999).

Papéis primários	São comportamentos que a pessoa assume durante um período particular da vida, determinados pela associação da idade, de gênero e do estágio de desenvolvimento (Roy, Andrews, 1999).
Papéis secundários	São aqueles que a pessoa assume para completar as tarefas associadas com o estágio de desenvolvimento e o papel primário (Roy; Andrews, 1999).
Papéis terciários	Estão relacionados aos papéis secundários e representam maneiras pelas quais indivíduos realizam compromissos associados com tais papéis (Roy, Andrews, 1999).
Conjunto agregado de papéis	Inclui todos os papéis praticáveis dentro do grupo (Biddle, Thomas, 1966).
Comportamento instrumental	São ações pessoais que fazem parte do desempenho de papéis (Roy, Andrews, 1999).
Comportamento expressivo ou afetivo	São os sentimentos e atitudes mantidas pela pessoa no desempenho do papel (Roy, Andrews, 1999).
Requisitos de desempenho do papel	Constituem estímulos focais, contextuais ou residuais que influenciam o comportamento de desenvolvimento dos papéis. São eles: consumidor, recompensa, acesso a instalações e circunstâncias e colaboração (Roy, Andrews, 1999).
Normas sociais	São referidas como regras gerais de conduta para comportamento dos papéis, estabelecidas pela sociedade (Roy, Andrews, 1999).
Conformidade	É referida como tendências às mudanças nas percepções, opiniões ou comportamentos para que se tornem consistentes com as normas do grupo (Roy, Andrews, 1999).
<i>Role-playing</i>	É a representação daquilo que o próprio ator concebe ser indicado para um determinado papel em uma determinada situação (Turner, 1966).
<i>Role-taking</i>	É o processo de olhar ou antecipar o comportamento de outro, colocando-se no contexto de um papel atribuído àquele outro (Roy, Andrews, 1999).
Integrar papéis	É o processo de gerenciar diferentes papéis e suas expectativas (Roy, Andrews, 1999).
Transição do papel	Processo no qual a pessoa desenvolve um papel ou move de uma posição principal para outra com mudança no papel (Roy, Andrews, 1999; Hardy, Conway, 1988).
Distância do papel	Ações de um ator em um determinado papel, as quais efetivamente carregam um pouco de separação desdenhosa entre ele e o seu papel (Hardy, Conway, 1988).
Conflito no papel	Refere-se a expectativas incompatíveis mantidas pela própria pessoa, ou por outras pessoas, para um determinado papel ou entre os papéis do conjunto de papéis desempenhados pela pessoa (Roy, Andrews, 1999).
Conflito <i>intrarole</i>	Quando o indivíduo não demonstra comportamentos instrumentais ou expressivos, ou ambos, apropriados para o papel, como resultado de expectativas incompatíveis próprias ou de uma ou mais pessoas no ambiente relativo ao comportamento esperado do indivíduo (Roy, Andrews, 1999).

Conflito <i>interrole</i>	Acontece quando um indivíduo não demonstra os comportamentos instrumentais ou expressivos apropriados como resultado do conjunto de papéis, tendo um ou mais papéis com comportamentos esperados que são incompatíveis (Roy, Andrews, 1999).
Fracasso do papel	Ocorre quando o indivíduo não deseja assumir o papel, então não apresenta comportamentos expressivos ou exibe comportamentos expressivos não efetivos, ou não apresenta comportamentos instrumentais ou os apresenta de forma não efetiva para um particular papel (Roy, Andrews, 1999; Goode, 1966).

Como a integração e uso dos diferentes conceitos não são uniformes entre os autores, os principais conceitos relacionados à teoria dos papéis estão, a seguir, apresentados conforme propostos no Modelo de Adaptação de Roy (Roy, Andrews, 1999; Phillips, 2006).

O **desenvolvimento dos papéis** refere-se ao processo de somar novos papéis no ciclo da vida, e envolve aprendizagem das expectativas do papel. As **expectativas do papel** são as opiniões sustentadas pela sociedade em geral, pelo indivíduo e por aqueles que estão nos papéis complementares, sobre qual é o comportamento apropriado para o papel em evidência. Pode ser de relevância particular considerar o conceito de expectativas do papel para aqueles que estão envolvidos em novos papéis na enfermagem. Como o contexto de trabalho da enfermagem muda continuamente, então as percepções e expectativas de seus papéis também são variáveis, tanto para os profissionais como para os pacientes. A **aquisição do papel** acontece com a integração de um novo papel social e consequente desempenho de comportamentos esperados para o novo ocupante daquele papel. Os vários papéis que o indivíduo desenvolveu até determinado momento são definidos dentro do modo de funcionamento do papel como **conjunto dos papéis** da pessoa (Roy, Andrews, 1999).

Os papéis podem ser categorizados em papéis primários, secundários e terciários (Roy, Andrews, 1999). A pessoa terá um papel primário, mas terá muitos papéis secundários e terciários. Para compreender o desenvolvimento dos papéis, é necessário primeiro identificar

primeiramente os papéis primários, secundários e terciários no conjunto de papéis da pessoa. O **papel primário** determina a maioria dos comportamentos que a pessoa assume durante um período particular da vida e que são apontados pela idade, pelo gênero e pelo estágio de desenvolvimento. Conforme os estágios de desenvolvimento de Erikson (Wong, 1999), por exemplo, do infante à idade pré-escolar – seis anos - a sociedade contribui com o indivíduo. No estágio escolar, o indivíduo começa a contribuir com a sociedade no processo social; já na adolescência, o indivíduo relaciona-se com a sociedade por meio do despontar de grupos. No estágio de desenvolvimento intitulado adulto jovem, o indivíduo torna-se membro independente da sociedade e começa a contribuir para a continuidade da sociedade. No processo social do estágio adulto, o indivíduo torna-se comprometido com a sobrevivência da sociedade por meio da produção de trabalhos e por orientar a nova geração. A associação da idade, gênero e do estágio de desenvolvimento, portanto, possibilita a identificação das expectativas específicas do papel primário no relacionamento entre o estágio de desenvolvimento e o processo social.

**Papéis secundários** são aqueles que a pessoa assume para completar as tarefas associadas com o estágio de desenvolvimento e o papel primário. São assumidos em relação às tarefas de ser cônjuge, de ser pai ou mãe, de ser professor, que requerem desempenho específico de outros papéis. Por exemplo, posições de emprego são papéis secundários que assumem particular importância na maioria das sociedades, porque eles são altamente relevantes para o uso individual do tempo e para o acesso a recursos. **Papéis terciários** estão relacionados aos papéis secundários e representam maneiras pelas quais indivíduos realizam compromissos associados com tais papéis (Roy, Andrews, 1999). O papel de voluntária em escolas pode estar associado ao papel de mãe; geralmente, é temporário e de livre escolha pela pessoa.

Ainda, a compreensão de como a pessoa desenvolve o conjunto dos papéis contribui para o entendimento do desenvolvimento dos papéis.

Tarefas na sociedade ou em um grupo são divididas de acordo com as especializações necessárias para os comportamentos esperados. Por exemplo, naturalmente a sociedade precisa de pessoas no papel de médico para preencher as necessidades de tratamento das doenças (Roy, Andrews, 1999). Também precisa de enfermeiros para atender as necessidades de cuidado e ajuda para enfrentar as experiências de vida e saúde (Roy, Andrews, 1999). Da perspectiva de um indivíduo, listar o conjunto de papéis e as responsabilidades mantidas pela pessoa fornecerá uma base das funções existentes dentro da sociedade. **Conjunto dos papéis**, então, significa um complexo particular dos papéis que um indivíduo ocupa simultaneamente (Roy, Andrews, 1999). Esse conjunto é uma combinação de papéis primários, secundários e terciários.

Conjunto de papéis pode também ser examinado dentro de um grupo. Papéis secundários e terciários de um indivíduo estão ordenados dentro de grupos. Grupos têm conjunto de papéis que interagem: esposos interagem, pais e filhos interagem, um filho interage com outro, e cada um desses papéis interage com os dos outros membros da família, tais como tias, tios, sobrinhas e avós (Roy, Andrews, 1999).

Em um determinado grupo, o complemento associado a posições é chamado de **conjunto agregado de papéis** (Biddle, Thomas, 1966). A família tem várias posições associadas a sua estrutura, como: homem, mulher, pais, filhos, tios, sobrinhos, avós e outras, e podem ocasionar, por sua vez, uma variedade de papéis dentro do grupo. Esses papéis incluem tomadas de decisão, atividades de lazer, cuidados físicos e emocionais e comunicação entre os membros da família. O conjunto agregado de papéis, então, inclui todos os papéis praticáveis dentro do grupo. Se um grupo ao qual uma pessoa pertence muda sua divisão de trabalho, conseqüentemente muda o conjunto agregado de papéis dentro da organização. Então o conjunto de papéis para uma pessoa particular poderá sofrer alterações e a pessoa poderá ter a oportunidade de desenvolver um novo papel. Portanto, conjunto de papéis de um indivíduo é resultado de um programa de

desenvolvimento de papéis. E frequentemente desenvolver com sucesso um papel fornecerá desafios para o processo de desenvolvimento de outros papéis (Roy, Andrews, 1999).

A abordagem estrutural para papéis tem sido útil na identificação dos componentes comportamentais no desenvolvimento de papéis no processo da vida (Roy, Andrews, 1999). Esses componentes são definidos como comportamento instrumental e expressivo, e aplicam-se a cada papel desenvolvido pela pessoa além de atenderem às expectativas sociais (Roy, Andrews, 1999).

**Comportamento instrumental** ou comportamentos orientados para um fim são atividades de desempenho pessoal que fazem parte de seus papéis. A pessoa usa de condutas estratégicas tendo como meta um papel principal; são normalmente ações físicas com orientação em longo prazo, por exemplo, manutenção de um emprego por longo tempo atende às expectativas sociais relacionadas ao sustento da família. Esse comportamento ajuda o grupo a realizar suas tarefas (Roy, Andrews, 1999).

**Comportamento expressivo** ou comportamento afetivo envolve sentimentos e atitudes mantidas pela pessoa no desempenho do papel. A intenção do comportamento expressivo é o *feedback* direto ou imediato. São comportamentos emocionais na sua natureza e resultam de interações que possibilitam à pessoa expressar, de uma maneira apropriada, sentimentos relacionados ao papel. O comportamento expressivo fornece sustento emocional e preserva o ânimo. Os comportamentos instrumentais são orientados por metas e, os expressivos ou afetivos, são aprendidos na relação de desenvolvimento de papéis de um conjunto de papéis (Roy, Andrews, 1999).

A abordagem estrutural para papéis também fornece bases para identificação de estímulos que afetam o processo de desenvolvimento dos papéis. Além dos componentes de comportamento instrumental e expressivo, quatro **requisitos de desempenho do papel** têm sido descritos

por Roy, Andrews (1999). Esses requisitos são vistos como necessários dentro da estrutura social para permitir à pessoa desenvolver seus comportamentos de papéis, sejam comportamentos instrumentais – direcionados a uma meta – ou expressivos – baseados em sentimentos. Os requisitos constituem estímulos que influenciam o desenvolvimento dos papéis. Quando presentes, facilitam o desempenho da pessoa pela identificação dos comportamentos esperados para cada papel dentro do conjunto dos papéis. Os requisitos são: consumidor, recompensa, acesso a instalações e circunstâncias e, por último, cooperação e colaboração.

1. **Consumidor.** É algo ou alguém que se beneficia do desempenho do comportamento do papel da pessoa.
2. **Recompensa.** É a recompensa que a pessoa recebe com o seu desempenho nos comportamentos do papel, como um incentivo.
3. **Acesso a instalações e a conjunto de circunstâncias.** É a necessidade de se ter materiais, ferramentas e condições disponíveis para executar os comportamentos do papel.
4. **Colaboração e cooperação.** É um estado emocional positivo e convicções de que o estabelecimento no qual o papel é desempenhado fornece ambiente circunstancial necessário para a realização do papel.

Outros estímulos podem apresentar influências negativas ou positivas nos comportamentos do indivíduo, dentre eles: atributos físicos e idade cronológica, autoconceito e estado emocional, conhecimentos e comportamentos esperados, outros papéis, modelos de papéis e normas sociais (Roy, Andrews, 1999).

Os **atributos físicos e a idade cronológica** influenciam nos papéis que uma pessoa está apropriada a ocupar. Certos empregos requerem determinadas capacidades físicas. Já pessoas com incapacidades físicas,

podem desempenhar outros papéis para os quais suas habilidades os qualificam.

Quanto ao **autoconceito** e ao **bem-estar emocional**, o papel precisa amoldar dentro do ideal da pessoa, isto é, ser alguma coisa que a pessoa espera de si mesma. Além disso, a pessoa necessita sentir-se capaz de ocupar o papel e desenvolver os comportamentos esperados. Essa motivação e confiança na habilidade ou na capacidade individual poderão ajudá-la a ser bem sucedida (Roy, Andrews, 1999). A pessoa precisa também ter bem-estar emocional para desempenhar o papel. Assumir um ou mais novos papéis pode ser estressante e certa estabilidade emocional facilita todo o processo de desenvolvimento.

O **conhecimento das expectativas de comportamento** para um determinado papel é essencial no desempenho. A pessoa recorre aos processos cognitivos para adquirir conhecimento dos comportamentos esperados. Em particular, são importantes a percepção, o processamento de informações e a aprendizagem (Roy, Andrews, 1999).

Expectativas de comportamento em um papel podem embaraçar o desempenho de comportamentos em **outros papéis**. Por outro lado, habilidades aprendidas em um papel podem facilitar o desenvolvimento de outros. No decorrer da vida, existem oportunidades de se ter experiências em uma variedade de papéis. Posteriormente as pessoas aprendem quantos e quais tipos de papéis elas podem assumir e ser bem sucedidas dentro de um nível de estresse que será bem tolerado. Então, o desenvolvimento de um novo papel pode ser dependente da apreciação do indivíduo sobre o seu conjunto total dos papéis (Roy, Andrews, 1999).

O número, a qualidade e as reações aos **modelos do papel** influenciam o processo de desenvolvimento dos papéis. Cópia, tentativa e erro são usados na modelação do papel, sem tendências diretas à imitação. Copiar atributos de outros é considerado um tipo prevalente de aprendizagem social do papel (Roy, Andrews, 1999).

Regras gerais de conduta para comportamento dos papéis, estabelecidas pela sociedade, são referidas como **normas sociais**; representam padrões ou ideias socialmente aprovadas para determinadas circunstâncias. Normas dos grupos regulam desempenho do comportamento do papel dentro do grupo, como uma unidade organizada. São as condutas esperadas pelo grupo como sistema, bem como para cada membro do grupo. Podem produzir um importante mecanismo de controle social do procedimento do indivíduo na sociedade. Tendências a mudanças nas percepções, opiniões ou comportamentos para que se tornem consistentes com as normas do grupo são referidas como **conformidade**. Usualmente incluem sanções, isto é, gratificação ou punição para aqueles que fazem ou não fazem portar-se dentro das normas do grupo ou das normas sociais e variam grandemente segundo as culturas (Roy, Andrews, 1999).

O **role-playing** é outro conceito importante no contexto da teoria do papel. É um ato espontâneo que pode ser considerado um procedimento experimental, um método de aprendizagem para desempenhar papéis mais adequadamente (Biddle, Thomas, 1966). É a representação daquilo que o próprio ator concebe ser indicado para um determinado papel em uma determinada situação (Turner, 1966).

O **role-taking**, baseado no interacionismo simbólico, é o processo de olhar ou antecipar o comportamento de outro, colocando-se no contexto de um papel atribuído àquele outro (Roy, Andrews, 1999). É o desenvolvimento da capacidade da pessoa de apropriar-se do papel do outro e, com isso, fundamentar o julgamento que faz sobre o papel daquele outro, antecipando a reação do outro ao seu próprio papel. Esse processo é importante na elaboração do autoconceito, pois o comportamento do papel da pessoa emerge fundamentado nos significados e interpretações próprias da pessoa sobre os significados de comportamentos dos papéis de outros (Roy, Andrews, 1999). Meleis (1975) menciona que por meio da interação e do **role-taking** com outros, os papéis são revelados, produzidos, modificados e definidos.

Cada indivíduo tem muitos papéis e cada papel carrega expectativas vindas do próprio indivíduo, de outros e da sociedade. A pessoa é frequentemente confrontada com a necessidade de articular papéis e expectativas. Dentro dos grupos, a diferenciação de papel requer que os membros do grupo clarifiquem e articulem os comportamentos e as expectativas de seus papéis. **Integrar papéis** é o processo de gerenciar diferentes papéis e suas expectativas e regular os papéis complementares do indivíduo e entre membros do grupo (Roy, Andrews, 1999).

O modo de funcionamento do papel tem **processos adaptativos compensatórios**, que representam o nível de adaptação que foi ativado por um desafio para os processos de vida integrados (Roy, Andrews, 1999). Em geral, compensar significa prover meios de variação para atuar como uma balança de forças. Processos compensatórios efetivos aumentam o nível de adaptação. Foram selecionados dois processos compensatórios para detalhamento: transição de papel e distância de papel.

Quando a pessoa está desenvolvendo um papel ou se movendo de uma posição principal para outra com mudança no papel, ela passa por um processo chamado de **transição do papel**. Este é definido como crescimento em um novo papel, com efetividade crescente de comportamentos expressivos e instrumentais do papel (Roy, Andrews, 1999; Hardy, Conway, 1988). A transição de papel normalmente envolve processos sociais que trazem uma percepção de si mesmo e geram comportamentos de acordo com as expectativas do papel, associadas à nova posição social.

Um segundo processo compensatório do modo de função do papel é conhecido como **distância do papel**. Refere-se a ações de um ator em um determinado papel, as quais efetivamente carregam um pouco de separação desdenhosa entre ele e o seu papel. Humor, ironia e sarcasmo são mecanismos que distanciam o eu da pessoa de certas obrigações do papel.

Também está relacionada à grande distância que frequentemente existe entre obrigações do papel e seu desempenho (Hardy, Conway, 1988).

Sempre que, por qualquer razão, um indivíduo se equivoca ao desempenhar comportamentos prescritos para um papel, existe um comprometimento do nível de adaptação. O estímulo focal ou a causa imediata do comportamento varia de acordo com o processo envolvido; em alguns casos, pode ser pela ausência de conhecimento, pela falta de educação ou pela escassez de modelos do papel. Em outros casos, a colocação, os processos cognitivos ou o autoconceito podem não ser adequados para alcançar o domínio do papel. Um nível de adaptação comprometido pode ocorrer em um indivíduo somente ou em um grupo de pessoas (Roy, Andrews, 1999). Serão descritos três **processos comprometedores na função do papel**: conflito no papel, fracasso do papel e estereotipagem.

**Conflito no papel** refere-se a expectativas incompatíveis mantidas pela própria pessoa, ou por outras pessoas, para um determinado papel ou entre os papéis do conjunto de papéis desempenhados pela pessoa (Roy, Andrews, 1999). Algumas formulações de conflito no papel especificam que o ator está exposto a expectativas contraditórias, que derivam do fato de ele ocupar duas ou mais posições simultaneamente. Outras formulações aceitam como conflito no papel as expectativas contraditórias que derivam da ocupação de uma única posição. Por exemplo, pode ser esperado que um professor se comporte de um modo por seus estudantes, e, de outro modo, pelo diretor de sua escola. Enfim, qualquer situação na qual o encarregado da posição percebe que está exposto a expectativas incompatíveis será chamada **conflito no papel** (Biddle, Thomas, 1966).

**Conflito no papel** apresenta-se de duas formas. Uma é o conflito **intra-rolé** em que o indivíduo não demonstra comportamentos apropriados para o papel, como resultado de expectativas incompatíveis no ambiente relativo ao comportamento esperado do indivíduo (Schofield, 1976 apud

Roy, Andrews, 1999). Outra apresentação do conflito no papel é o conflito **interrole**, que acontece quando um indivíduo não demonstra os comportamentos instrumentais ou expressivos apropriados como resultado do conjunto de papéis, tendo um ou mais papéis com comportamentos esperados que são incompatíveis. Nessa situação, o indivíduo está ocupando papéis que estão em competição (Roy, Andrews, 1999).

Para ter êxito na função do papel, a pessoa tem que querer assumir o mesmo. No **fracasso do papel**, ela não deseja assumir o papel, então não apresenta comportamentos expressivos ou exibe comportamentos expressivos não efetivos, ou não apresenta comportamentos instrumentais ou os apresenta de forma não efetiva para um papel específico (Roy, Andrews, 1999; Goode, 1966). Os comportamentos expressivos que são observados são normalmente poucos efetivos porque eles têm como objetivos agradar aqueles que estão em papéis complementares. Naturalmente, o fracasso do papel é mais provável de ser identificado se a pessoa não apresenta as emoções apropriadas. Por outro lado, é menos provável saber que houve fracasso se o comportamento seguir a prescrição. O elemento chave no **fracasso do papel** está no desejo do indivíduo. Se o indivíduo exibe qualquer comportamento expressivo adaptativo referente ao papel, certamente ele não apresenta fracasso do papel. Quando o indivíduo se equivoca em executar os atos ou gestos apropriados, pode, depois, afirmar o seu arrependimento, ou a sua decepção pela própria fraqueza, ou a validade de outras reivindicações (Roy, Andrews, 1999; Goode, 1966).

Um problema de adaptação específico do modo de função do papel que interfere na clareza do papel é designado como **estereotipagem**. Estereótipos são crenças associadas a certos grupos de pessoas com certas características as quais influenciam os julgamentos individuais. Estereotipagem representa ausência de efetividade em todo o processo do papel, no desenvolvimento do mesmo, no *role-taking* e na integração de papéis. Ilustrações comuns de estereotipagem na sociedade, que resultam

em discriminação e preconceito, são relacionadas a gênero e etnia (Roy, Andrews, 1999; Goode, 1966).

Os conceitos e as formulações hipotéticas apresentadas ofereceram referência para situar o presente estudo na Teoria dos Papéis.

## **INTERACIONISMO SIMBÓLICO**

A teoria interacionista como um conhecimento estruturado é importante instrumento de aproximação e de compreensão da interação social, do modo como o indivíduo ou um grupo concebe e reage às diferentes situações com as quais ele se confronta e para as quais ele atribui um significado simbólico específico.

O Interacionismo ancora-se na concepção teórica que considera a sociedade como uma instituição composta de indivíduos e de grupos em interação, consigo mesmo e com os outros, tendo como base o compartilhar de sentidos ou significados sob a forma de compreensões e expectativas comuns (Haguette, 1992).

O Interacionismo Simbólico trata o significado como seu conceito central, em que a partir da interação entre as pessoas, as ações sociais são construídas e reconstruídas interminavelmente baseadas nos significados atribuídos e, conseqüentemente, situações são definidas no contexto social a que pertencem (Lopes, Jorge, 2005). Ressalta o comportamento humano, os sentimentos e as atitudes desenvolvidas por meio da interação com outros, por um processo contínuo de negociação e renegociação. A pessoa constrói sua própria realidade baseada na forma como interpreta e atribui significados aos objetos, às situações e aos símbolos do mundo em que está inserida e no qual interage (Morse, Field, 1995 apud Corrêa, Cruz, 2003), portanto os significados atribuídos são socialmente construídos.

Enquanto perspectiva teórica, o Interacionismo Simbólico tem o propósito de ampliar conhecimentos sobre a elaboração das ações e das

estratégias envolvidas no relacionamento entre as pessoas. Essas ações e estratégias adquirem o significado de definições, escolhas e autodireção (Lopes, Jorge, 2005).

O Interacionismo Simbólico teve origem reportada ao final do século XIX. Diz respeito a uma corrente de estudos da Escola Americana ou, mais especificamente, da Escola de Chicago, que se origina com George Herbert Mead. O filósofo fundamenta a teoria na descrição do comportamento humano e aponta para a convergência entre indivíduo e sociedade. Sociedade, indivíduo e mente seriam três instituições indissociáveis, que comporiam o ato social. Um de seus herdeiros mais representativos é Herbert Blumer que, em 1937, denomina a abordagem teórico-metodológica de Mead com a expressão Interacionismo Simbólico (Littlejohn, 1992). O sociólogo Blumer manteve-se fiel ao pensamento de Mead e explorou não somente a complexa relação entre sociedade e indivíduo, como também a gênese do *self*, o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente (Haguette, 1992). O Interacionismo Simbólico conta com três premissas básicas elaboradas por Blumer (1969 apud Haguette, 1992; Littlejohn, 1992):

- O ser humano age em relação às coisas - tudo aquilo que pode perceber no mundo: objetos físicos, outros seres humanos, instituições, ideias, atividades ou situações de vida cotidiana - com base nos significados que elas têm para ele. Esse significado influencia a formação do comportamento do indivíduo; conhecê-lo é o que leva a compreender a ação dos sujeitos e as relações sociais;
- Os significados de tais coisas têm como fonte as interações sociais que as pessoas estabelecem com seus iguais. Então, interação social é elemento constituinte, fundante e fornece aos sujeitos significados para a construção dos objetos. Se os significados provêm da interação, eles não são nem inerentes ao

objeto, nem estão apenas na mente das pessoas. Há elementos objetivos no objeto que favorecem a criação de determinadas imagens, mas esses elementos não representam a totalidade do simbólico. A dimensão da experiência, que é própria daquele que está atribuindo o sentido, faz com que cada ato tenha um componente novo. Ao considerar a sociedade humana interativa, observa-se que existe uma influência recíproca, isto é, a ação de cada sujeito altera o quadro de representação dos demais. Somando-se a isso a identificação da atividade humana como centro regulador da vida social, tem-se um quadro marcado pela complexidade;

- Os significados sociais são modificados e manipulados por meio de processos interpretativos usados pela pessoa ao lidar com as coisas no cotidiano. A interpretação não é considerada mera aplicação automática de significados pré-estabelecidos, mas sim um processo formativo no qual eles são usados e revisados como instrumentos para formar e guiar a ação.

O Interacionismo Simbólico é uma abordagem situada dentro do paradigma interpretativo, fortemente preocupada com a construção social e simbólica da realidade e que permite compreender o outro ator, levando em consideração os significados que esse outro atribui às suas experiências interativas.

Charon (1989) apresenta algumas ideias centrais do Interacionismo Simbólico:

- O Interacionismo Simbólico tem como foco a interação face a face, implica pessoas agindo em relação a outras, como sujeito, como agente, envolvendo a capacidade de perceber, de interpretar, de simbolizar e de promover nova atuação. A partir daí, descreve o ser humano como imprevisível e, a princípio, “livre” no que se

refere a suas escolhas e critérios de decisão, ainda que de forma parcial. Cria a imagem de um ser mais ativo no mundo e rejeita a imagem de ser passivo, determinado por uma lógica pré-estabelecida, a partir de fatos externos e fixos;

- O ser humano é entendido como agindo no presente. Entra no presente conforme é trazido à situação, carregado por suas motivações pessoais, por seus padrões culturais, por suas crenças e valores;
- Interação não é simplesmente um comportamento externo, observável, pressupõe também uma atividade encoberta, com partes reflexivas. Seres humanos vivem num mundo social configurado por eles e agem de acordo com o processo de atribuição de sentidos, de interpretações múltiplas e de investimentos simbólicos. Parte dessa configuração é a própria vida e envolve escolhas conscientes, acordos, avaliações e redirecionamentos.

Com vistas à compreensão das ideias referentes à teoria que trata da interação social, faz-se necessário descrever os seus principais conceitos.

**Símbolo** é o conceito central do Interacionismo e faz parte da classe de objetos sociais usados para representar e comunicar alguma coisa (Charon, 1989). São usados pelo ator para pensar sobre algo ou conceber algo, independentemente da presença imediata do evento ou objeto (Littlejohn 1988). Símbolos são, portanto, críticos no entendimento da conduta humana. Nossa realidade é simbólica e torna possível a complexa vida em grupo e até mesmo a existência humana. A aprendizagem dos símbolos, dos seus significados e valores se dá na própria interação, sendo que esse conjunto de significados e valores faz parte da cultura do grupo (Charon, 1989). Na terminologia “meadiana”, um gesto com significado compartilhado é um símbolo significante. Assim, a sociedade, como uma

série de interações cooperativas é fundada no uso de símbolos significantes pelos indivíduos (Littlejohn 1988), ou seja, a vida social é composta por interações mediadas simbolicamente.

Para os interacionistas, todo ser humano tem um **self** (o ego/ a própria pessoa) que lhe permite interagir socialmente consigo mesmo, assim como o indivíduo age socialmente com relação ao outro (Haguette,1992). O significado do *self* é a capacidade da pessoa de se ver como objeto de suas próprias ações, ou seja, objeto de si própria, consegue ver a si ou a sua pessoa como faz com qualquer outro objeto social . *Self*, portanto, pode ser entendido como um objeto social por meio do qual o indivíduo age voltado para o ambiente externo e/ou interno; surge na interação experienciada, portanto, tem uma fundamentação social e pode sofrer mudanças ou permanecer estável na interação. A importância do conceito de *self* relaciona-se a todo processo de interação interna do indivíduo em relação a si próprio como identidade, pensamento, percepção, interpretação e julgamento de si, enfim, com toda a comunicação consigo mesmo e na relação com o mundo (Charon, 1989). A posse do *self* permite ao ser humano um mecanismo de autointeração, de controle, de direção e de manipulação da própria vida para guiar sua conduta (Charon, 1989).

A **mente** permite ao indivíduo exercer domínio consciente de sua conduta, por meio da simbolização de si mesmo e de outros (Mead, 1972 apud Pettengill, Ângelo, 2003). A mente é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo mesmo. A mente estabelece comunicação ativa com o *self*, usando símbolos significantes. Pela atividade mental, o ser humano faz indicações a si mesmo, atribui significados aos estímulos, interpreta conscientemente e dá sentido às coisas em relação àquela situação ou àquele fato vivenciado. Assim, o comportamento humano não é uma resposta reflexa às atividades do outro; envolve uma resposta decorrente da interpretação que a pessoa faz às intenções do outro. Essas intenções são transmitidas por meio de gestos que se tornam simbólicos, passíveis de ser interpretados. A manipulação dos símbolos não é uma

simples recordação de imagens, já que a manipulação ativa interna das coisas exige símbolos que estão propositalmente combinados e recombinados de diferentes maneiras. Pode-se dizer que o processo mental é a interação simbólica do organismo com o seu *self*, dentro de uma matriz de relações sociais (Haguette, 1992; Charon, 1989; Littlejohn, 1988).

Os seres humanos comprometem-se em uma interminável corrente de ações influenciadas por decisões que dependem da interação com outros e com o *self*. Ou seja, a interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso das ações (Charon, 1989). A capacidade que o ser humano possui de fazer indicações para si mesmo dá característica à **ação humana**. Significa que o indivíduo confronta-se com o mundo que deve representar a fim de agir. Ele precisa lidar com a situação para a qual é chamado a agir, investigando os significados das ações dos outros e definindo sua própria linha de ação à luz da interpretação. Pelo processo de auto-interação, o indivíduo manipula seu mundo e constrói sua ação (Blumer, 1969 citado por Haguette, 1992).

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, o qual envolve a definição da situação e de seu significado e essa por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que será central para o desenvolvimento da ação. Conseqüentemente, a ação humana diz muito a respeito do indivíduo que a realiza, por ser um processo simbolicamente construído por ele próprio (Charon, 1989).

Todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da **interação social** e são parte dela. Esta é construída na ação social e é simbólica porque envolve interpretação e definição. Igualmente acontece no interior das pessoas e entre elas, quando alinham suas ações e, portanto interagem (Charon, 1989). As ações de cada indivíduo têm significado para ambos - para quem a criou e para o receptor da ação. A interação, quando possibilita criar perspectivas, definir objetos e símbolos, direcionar o *self*,

influenciar a mente, e desenvolver papéis, viabiliza condições de continuar o processo de interação ativamente iniciado e conduzido pelo próprio indivíduo. O indivíduo age intencionalmente e comunica quando age para que o outro interprete e seja influenciado por sua ação. No contexto da interação, os sujeitos se tornam objetos sociais uns para os outros, usam símbolos, direcionam o *self*, engajam em ação mental, tomam decisões, mudam direções, compartilham perspectivas, definem realidade e situações e, às vezes, assumem o papel do outro, ação chamada de *role-taking* (Charon, 1989).

O *role-taking* é também conceito principal do Interacionismo Simbólico e já está apresentado no capítulo da Teoria dos Papéis.

Conforme já descrito, esse trabalho surgiu de uma expectativa pessoal de aprofundar conhecimentos sobre o papel clínico do enfermeiro. No estudo do referencial teórico conceitual da teoria dos papéis, logo no início, se depara com os escritos de Mead, que colaborou para o desenvolvimento da Teoria, bem como inseriu conceitos como *self*, socialização, *role playing* e *role-taking*, além de seu interesse na interação social (Hardy, Conway, 1988). Nesse contexto, o Interacionismo é compatível com o estudo do papel clínico, considerando-se que a base fundamental de ambos é a interação social.

Um dos fatos mais importantes da vida social é o *papel* que cada indivíduo desempenha, por ser o ponto de intersecção entre o indivíduo e a sociedade. O ser humano apresenta-se com habilidades e qualidades complexas para desempenhar diversos papéis. O termo *papel* indica um grupo de comportamentos esperados socialmente e a influência das relações resultantes das formas como esse papel é desempenhado dentro de um determinado espaço (Squires, 2004). É uma simultaneidade das múltiplas dimensões e de suas respectivas influências, portanto é mais do que apenas a realização de tarefas envolvidas em um determinado trabalho (Squires, 2004).

O *papel* é acompanhado de um conjunto característico de condutas específicas para exercer esta ou aquela função (Handy, 1978), para ocupar este ou aquele posto em um determinado momento da sua vida. Ao que tudo indica, quanto mais claramente delimitam-se essas características ou símbolos, melhor será o exercício do papel. O papel não tem apenas exigências operacionais, mas também necessidades simbólicas geradas no espaço de relacionamento desses indivíduos. O espaço simbólico é o espaço da relação, pois nos relacionamos, ainda que sozinhos, porque imaginamos “coisas”, realizamos “ações” e exercemos “papéis”, isto é, simbolizamos. Como o espaço simbólico é o espaço de relação, se me relaciono com outro(s), a relação com esse(s) outro(s) passa a constituir o espaço simbólico (Durand, 1989 apud Vargas, 2001).

A fim de compreender junto a um grupo de enfermeiros assistenciais a concepção de papel clínico, optou-se por trabalhar a ideia de papel clínico à luz do Interacionismo Simbólico. Os conceitos apresentados pelos autores interacionistas aproximam-se do objeto de estudo e podem trazer grandes contribuições para “**pensar o papel clínico**”. O foco do Interacionismo é a compreensão do agir a partir dos significados derivados da interação social. Esse foco é possibilidade fértil para estudo do papel clínico.

Pensando no profissional enfermeiro, com o emprego dos conceitos interacionistas, pode-se assumir que:

- O papel clínico do enfermeiro é construído pelo profissional que **interage** com os elementos significantes presentes na situação de cuidado;
- O enfermeiro **atribui significados à experiência** no desempenho de seu papel clínico por meio do uso da mente, do *self* e dos símbolos. Esses significados podem ser comuns e ou individuais para os profissionais, devido aos processos internos de cada um, pautados pelo conhecimento, pelos sentimentos, pelos valores,

pelos padrões culturais, pelas atitudes e pelas experiências vivenciadas com interações prévias;

- Os **significados resultam das interações** que o profissional enfermeiro tem com os elementos presentes na experiência.

Para viabilizar o desenvolvimento do conceito papel clínico do enfermeiro, é preciso dar voz a esse profissional no cotidiano das suas relações estabelecidas e recuperar o sentido simbólico atribuído por eles à experiência do papel clínico, no contexto em que se inserem. Para isso, serão aplicados os procedimentos da Teoria Fundamentada nos Dados.

### 3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

#### **METODOLOGIA QUALITATIVA DE ANÁLISE DE CONCEITO**

O método de análise de conceito pode ser usado para diversos propósitos, como, por exemplo, identificar vazios no conhecimento, determinar a necessidade de refinamento e esclarecimento conceitual, avaliar o nível de maturação, desenvolver um conceito e clarificar um conceito que aparenta ter múltiplos significados (Pettengill, Ângelo, 2003).

Métodos qualitativos de desenvolvimento de conceitos têm surgimento recente e representam um avanço em relação às abordagens tradicionais (Morse, 1995). A expressão Análise de Conceito conforme empregada por Morse, Hupcey, Mitcham (1996), significa processo de questionamento que explora a maturidade dos conceitos, revelada por suas estruturas internas, e por seus usos, representatividade e relações com outros conceitos. É um termo que se refere ao processo de descobrir, explorar e compreender conceitos com o objetivo de desenvolvimento, de delimitação, de comparação, de clarificação, de correção ou de identificação.

Na fundação ou fase inicial da análise de conceito, é empreendida cuidadosamente a revisão bibliográfica, incluindo banco de dados bibliográficos, livros e artigos que usem o conceito e discutam sua natureza (Hupcey, Penrod, Morse, 2001). A revisão tem o objetivo de informar o estado mais global da ciência compartilhada que cerca o conceito, o que contribuirá para a compreensão do conceito de interesse. O importante é capturar na literatura o que melhor informa sobre o objeto de pesquisa. Isso requer avaliação do termo mais satisfatório que está sendo usado como palavra-chave, ou seja, do rótulo conceitual que pode produzir resultados mais úteis. É indicado investigar formas múltiplas do termo conceitual, para recobrar a literatura apropriada e manter registros com informações dos parâmetros usados na busca (Penrod, Hupcey, 2005).

Os resultados da exploração inicial do conceito do papel clínico do enfermeiro na literatura científica não deixaram claro o conceito, o que justificou o desenvolvimento deste estudo.

Conceitos complexos, altamente integrados e multifacetados, requerem a identificação dos antecedentes ou das condições que precedem a manifestação do conceito, as características ou atributos distintos associados a ele, a delimitação dos limites e a descrição de resultados relacionados ao conceito (Morse et al, 1996 apud Hupcey, Penrod, Morse, 2001). Com o objetivo de desenvolver o conceito do papel clínico do enfermeiro, empregou-se a Metodologia Qualitativa para Desenvolvimento de Conceito (Morse, 1995).

A Metodologia Qualitativa para o Desenvolvimento de Conceito proposta por Morse (1995) e aplicada neste estudo considera três fases:

- Fase 1 – Identificação dos atributos do conceito;
- Fase 2 – Verificação dos atributos do conceito;
- Fase 3 – Identificação das manifestações do conceito.

## **Fase 1 – Identificação dos atributos do conceito**

A primeira fase no desenvolvimento do conceito é identificar os atributos abstratos - componentes ou características. Constitui um trabalho de análise teórica para esboçar os componentes do conceito. O estudo da literatura, comparando-se e contrastando definições existentes, é uma das estratégias indicadas para essa fase. Os componentes identificados devem ser aplicáveis a qualquer situação na qual o conceito é usado. Os atributos são, portanto, abstratos e universais (Morse, 1995).

Os conceitos, em função de sua natureza abstrata, são verificados pela determinação de seus componentes que, geralmente, são referidos como elementos constituintes, atributos, características, propriedades, aspectos essenciais ou definidores e também como critérios (Morse, 1995).

A análise da literatura sobre determinado conceito permite explorar a sua utilidade pragmática e científica, obtendo-se informações sobre suas várias concepções, sobre os contextos em que ele está sendo utilizado e informações sobre as suposições implícitas e explícitas, contribuindo assim à avaliação da coerência lógica do conceito (Morse, 2000). Explorar a utilidade de um conceito é, portanto, avaliar o "estado da arte" da aplicação do mesmo. A investigação que usa avaliação crítica da literatura é mais que síntese e resumo da literatura - é um processo de investigação ativa que se vale da literatura como dados. O resultado revela novas perspectivas, traz perguntas significantes e aponta a direção para novas investigações (Morse, 2000).

O desenvolvimento de conceito implica a exploração dos seus antecedentes, dos atributos e de suas consequências (Cowles, 2000). **Atributos definidores**, também chamados críticos, são palavras e/ou expressões utilizadas para descrever as características definidoras de um conceito específico, fazendo-o diferente de outros conceitos similares ou relacionados (Walker, Avant, 2005).

Entende-se por **antecedentes** e **consequentes** do conceito as situações, eventos ou incidentes que acontecem *a priori* e *posteriori* ao fenômeno de interesse, respectivamente (Walker, Avant, 1995). Os **antecedentes** e os **consequentes** podem coincidir ou não com os atributos definidores. Os **antecedentes** auxiliam na compreensão do contexto social no qual o conceito é geralmente utilizado, bem como permitem o refinamento dos atributos definidores e a identificação de suposições subjacentes ao conceito estudado (Walker, Avant, 2005). Os **consequentes**, por sua vez, derivam da ocorrência do conceito; são elementos percebidos como decorrentes do conceito em estudo. São úteis na determinação de ideias, variáveis ou relações frequentemente negligenciadas. A definição precisa das conseqüências é concretizada por meio da exploração do conceito em sua manifestação prática (Walker, Avant, 2005).

## **Fase 2 – Verificação dos atributos do conceito**

Depois da etapa teórica, em que os dados provêm da literatura, busca-se a compreensão e o desenvolvimento do conceito sob a perspectiva do sujeito que o vivencia. Essa é a etapa de pesquisa de campo. Nesse momento, metodologias distintas podem ser utilizadas para conduzir os processos de coleta e de análise de dados (Pettengill, Ângelo, 2003).

A etapa da pesquisa de campo sobrepõe a etapa teórica e enfatiza os componentes empíricos do conceito em estudo. Métodos qualitativos são empregados na coleta e na análise dos dados. Neste estudo, aplicou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que será apresentada na próxima seção.

### **Fase 3 – Identificação das manifestações do conceito**

A terceira e última fase é a integração entre a fase teórica e os dados provenientes da pesquisa, dando corpo ao desenvolvimento do conceito. Destina-se à verificação e à construção dos atributos do conceito, mediante a comparação do que foi identificado teoricamente com os dados da experiência dos participantes, ampliando-se o conhecimento das possíveis manifestações do conceito.

### **TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS**

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi o fio condutor metodológico da fase de pesquisa de campo deste estudo.

A metodologia *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), como foi traduzida para o português, originalmente foi desenvolvida por dois sociólogos americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss, no início da década de 1960 (Strauss, Corbin, 2008). Hoje é reconhecida como uma das principais abordagens interpretativas e tornou-se importante no estudo dos fenômenos da Enfermagem.

A TFD busca explicações teóricas e compreensão dos significados dos processos sociais ou de suas estruturas presentes nas interações humanas. O método explora com riqueza e diversidade a experiência humana e contribui para o desenvolvimento das teorias de enfermagem, sobretudo daquelas relativas a fenômenos específicos. Mais precisamente, o aspecto relevante dessa metodologia consiste na geração de construtos ou modelos teóricos; não a partir de um corpo já existente de teorias, mas, sim, a partir dos dados que emergem das relações estabelecidas entre os fenômenos descobertos e desenvolvidos conceitualmente da própria cena social, os quais explicam a ação sob estudo (Streubert, Carpenter, 1995). Isso é o que a diferencia de outras abordagens interpretativas destinadas à

descrição. O que garante tal resultado é a identificação, o desenvolvimento de conceitos e o estabelecimento de relações teóricas entre eles, por meio do entendimento do fenômeno (Strauss, Corbin, 1990). Trata-se, portanto, de um movimento de ir e vir aos dados, com a formulação de perguntas e hipóteses que sirvam de suporte para o desenvolvimento de estruturas teóricas sobre os conceitos e suas relações (Pettengil, Angelo, 2003).

O método aplica sistematicamente procedimentos específicos, para finalmente construir a teoria baseada nos dados e completar a explanação teórica sobre um fenômeno particular. A TFD deriva indubitavelmente do estudo do fenômeno, ou seja, ele é descoberto, desenvolvido e verificado provisoriamente por meio da coleta sistemática e da análise dos dados pertinentes àquele fenômeno. Assim, a coleta de dados, a análise e a teoria mantêm relações recíprocas. É importante reconhecer que o pesquisador não deve iniciar o estudo com um modelo teórico pré-estabelecido. Em vez disso, ele deve identificar construções essenciais para gerar dados. Desses dados, emergirá o modelo teórico pertinente à área de estudo (Strauss, Corbin, 2008).

Para identificar construções essenciais para a geração de dados, pode-se usar técnicas de campo como a entrevista formal ou semiestruturada, métodos de observação participante ou observação de documentos e publicações como jornais, ou lançar mão da combinação dessas fontes concomitantemente. O diário de campo ou diário de bordo deve ser mantido para registrar fatos e ocorrências nas entrevistas que servem para complementação dos dados. As perguntas devem indicar o fenômeno a ser estudado e serem amplas e orientadas para a ação e para o processo. Pontos que não ficam bem delineados devem sofrer aprofundamento com o entrevistado, na retomada dos alvos nebulosos (Strauss, Corbin, 2008).

O número de sujeitos participantes é determinado apenas ao final do estudo, pelos dados que são gerados e pela análise simultânea destes, até

que a situação esteja concluída e ocorram a saturação e o desenvolvimento do modelo teórico. Em termos de TFD, a saturação refere-se à necessidade de completar todos os níveis de códigos, com a ocorrência da repetição dos dados e quando não há novas informações conceituais disponíveis para indicar novos códigos ou para expandir os já existentes. O teórico da TFD checa repetidamente e faz perguntas aos dados e, com a crescente compreensão dos elementos identificados, finalmente obtém um senso de fechamento (Streubert, Carpenter, 1995). Dessa forma, a saturação teórica é resultante da combinação dos limites empíricos dos dados, da integração e da densidade da teoria e da sensibilidade teórica do analista (Pettengil, Ângelo, 2003).

O pesquisador da TFD trabalha dentro de uma matriz circular em que processos diversos acontecem, perseguindo a direção revelada que vem da análise dos dados (Streubert, Carpenter, 1995), em vez de seguir uma série linear. A geração de dados e a análise ocorrem, portanto, simultaneamente, ou seja, a entrevista realizada é transcrita e analisada. Os dados, tão logo cheguem, são examinados pelo investigador, que inicia a codificação e a caracterização. Como um sistema de análise de dados qualitativos, consiste em uma série de procedimentos sistematizados de comparação, inicialmente entre os dados, prosseguindo até a checagem das categorias e dos fenômenos descobertos, o que possibilita a proposição de um modelo relativo à experiência estudada. Essa comparação é constante em todo o processo. Para isso, usa de sua sensibilidade teórica que indica a percepção de sutilezas dos significados dos dados, para que possa conceituar e descrever os primeiros pensamentos concernentes ao relatório de pesquisa.

Após a coleta dos dados iniciais, o pesquisador realiza as leituras e procede à análise de dados ou à codificação. A análise dos dados com a geração da teoria consiste na codificação dos dados, como é chamada frequentemente. Representa as operações pelas quais os dados são quebrados, conceituados e estabelecidas novas relações.

Codificar é examinar cada palavra ou sentença e identificar o significado que se dá pela quebra dos dados brutos das entrevistas em pequenos pedaços denominados de incidentes, sendo que, a cada pedaço, é atribuído um nome representativo de seu significado – **código** - que permite o movimento de comparação entre os códigos. A princípio, códigos podem ser descartados se houver falta de fundamentos nos dados e outros códigos podem ser adicionados à medida que novos dados são coletados (Streubert, Carpenter, 1995).

A análise em TFD, segundo Strauss, Corbin (2008), apresenta três tipos principais de codificação: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

A **codificação aberta** ou categorização é a parte da análise dedicada especificamente a nomear e a categorizar eventos, por meio da comparação das similaridades e das diferenças entre os dados, agrupando os similares em categorias. Categorias são nomes atribuídos a classes de eventos ou incidentes da experiência estudada. Todos os dados são passíveis, nesse momento, de uma codificação. O investigador codifica os incidentes em tantas categorias quanto possíveis. Cada categoria é, então, comparada com outra categoria para garantir que sejam mutuamente excludentes.

Na **codificação axial**, as categorias são relacionadas teoricamente às suas subcategorias, com alinhamento de suas propriedades e de suas dimensões, a fim de formar explicações completas em profundidade e estrutura sobre o fenômeno em questão. Para isso, pode-se utilizar um paradigma de codificação que especifique as subcategorias em termos de condições causais, fenômeno, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e suas consequências.

O uso desse modelo pode favorecer o pensar sistematicamente sobre os dados e relacioná-los de modos mais complexos. O termo *condições causais* refere-se a eventos ou acontecimentos que levam à ocorrência ou desenvolvimento do fenômeno. O *fenômeno* por sua vez, é a ideia central, o

evento ou o acontecimento sobre o qual um grupo de ação ou de interação é dirigido ou está relacionado. O *contexto* representa um conjunto específico de propriedades a que pertence o fenômeno. Ao mesmo tempo, é também, um grupo particular de condições nas quais *estratégias de ações/ interações* são realizadas em resposta a um fenômeno específico. *Condições intervenientes* são estruturais no contexto pertencente ao fenômeno. Essas condições podem facilitar ou bloquear as estratégias de ação/ interação. O termo final desse paradigma são as *consequências*. A ação/interação na tentativa de lidar com um fenômeno sempre leva a uma resposta, identificada como resultado ou consequência. Dessa forma, foi introduzido esse paradigma como um dispositivo analítico conceitual para organizar os dados e integrar a estrutura com processo.

Na codificação axial, a meta é desenvolver, portanto, sistematicamente as categorias e relacioná-las, em direção à construção da teoria. Nesse processo, o importante não é a noção das condições, das ações/interações e das consequências, mas, sim, a descoberta de formas por meio das quais as categorias se relacionam umas com as outras (Strauss, Corbin, 2008).

A **codificação seletiva** é o processo de integração e refinamento das categorias. O primeiro passo na integração é definir a categoria central que representa o tema principal da pesquisa. Consiste em todos os produtos da análise, condensados em poucas palavras. Na integração, as categorias são organizadas ao redor de um conceito explanatório central. Uma vez que o esquema teórico esteja esboçado, o analista estará pronto para refinar a teoria, enquanto aparará o excesso e preencherá categorias mal desenvolvidas. Finalmente, a teoria é validada pela comparação com os dados e apresentada aos participantes. A teoria fundamentada nos dados deve ser reconhecida pelos participantes, pois os conceitos maiores devem ser aplicados, mesmo que algum aspecto da teoria não se ajuste totalmente (Strauss, Corbin, 2008).

*Desenvolvimento  
Metodológico*

## 4 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

Este estudo teve o caráter descritivo e seus procedimentos foram norteados pela Metodologia Qualitativa de Análise de Dados (Morse, 1995) e pela Teoria Fundamentada nos Dados (Strauss, Corbin, 2008; Charmaz, 2009) descritos no capítulo anterior.

Neste capítulo, são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados em cada fase do desenvolvimento do conceito do papel clínico de enfermeiro:

- Fase 1 – Identificação dos atributos do conceito;
- Fase 2 – Verificação dos atributos do conceito;
- Fase 3 – Identificação das manifestações do conceito.

### 4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO CONCEITO

Esta fase foi a teórica do estudo em que a literatura foi analisada.

#### 4.1.1 Estratégia de busca

Com o objetivo de identificar os atributos abstratos do conceito papel clínico do enfermeiro, a fase metodológica de análise crítica da literatura teve início com buscas na literatura realizadas nos primeiros meses de 2009, no MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Aplicou-se a estratégia: **“papel da enfermeira” [Descritor de assunto] and (“habilidade clínica”) or “enfermeiras clínicas” [Descritor de assunto] and (“enfermagem”) or “enfermeiras”) or “enfermeiros” [Descritor de assunto]**, o que retornou 85 citações. A fim de focalizar a busca

bibliográfica, realizou-se uma segunda estratégia, no MEDLINE, em que se optou pela busca nos títulos, usando a expressão: **clinical role [Title] AND (nursing OR nurses)**. Nesta, foram encontradas 28 citações, das quais somente uma citação estava repetida na estratégia anterior, resultando 112 citações bibliográficas potenciais para o tema do estudo.

#### 4.1.2 Critérios de inclusão

Os resumos das 112 referências, quando presentes, foram lidos para selecionar os artigos pertinentes ao objetivo do estudo. Foram incluídos aqueles que poderiam trazer elementos definidores do conceito de papel clínico e que estivessem publicados em português, inglês ou espanhol. Em caso de dúvidas, ou se somente o resumo não permitia essa definição, a publicação ficava mantida para a fase seguinte de leitura dos textos completos.

Os artigos integrais das referências selecionadas pelos resumos foram lidos a fim de reconhecer os que continham informações úteis para o estudo do papel clínico e, assim, procedeu-se a uma nova seleção, do que resultou o total de 24 estudos analisados.

#### 4.1.3 Análise e síntese dos dados

Os artigos que permaneceram foram submetidos à leitura crítica e analítica. Nessa etapa, procurou-se compreender, interpretar e analisar o conteúdo dos artigos selecionados para identificar os antecedentes, os atributos definidores e os consequentes do conceito de papel clínico do enfermeiro.

As publicações selecionadas foram cuidadosamente lidas à procura de pistas de atributos do papel clínico. Ao identificar partes de textos que

poderiam trazer contribuições ao objeto de estudo, estes eram colocados em destaque. Buscou-se, então, examinar nesses pequenos textos e nos contextos, quais seriam os elementos identificados. A pesquisadora analisou se eram atributos definidores, antecedentes ou consequentes do papel clínico, atribuindo códigos aos textos extraídos.

A seguir, a autora realizou análise comparativa entre os códigos, agrupando-os em função da semelhança dos seus significados. Indutivamente, os significados foram interpretados com o estabelecimento de nomes primários para os agrupamentos gerados. A partir da avaliação das semelhanças e das variações entre os agrupamentos, foram criadas categorias de análise, possibilitando-se também a criação de subcategorias. Como os códigos haviam sido organizados em atributos definidores, antecedentes e consequentes, as categorias formadas mantiveram essa organização. Para verificar a pertinência das categorias formadas quanto a ser atributo definidor, antecedente ou consequente, os seus conteúdos foram comparados entre si. Categorias que se referiam a um mesmo aspecto do papel clínico foram fundidas, o que gerou uma reorganização das mesmas. As categorias foram nomeadas provisoriamente, a partir da interpretação dos significados dos atributos nelas contidos. Algumas categorias mudaram de nome várias vezes, até o encontro de uma denominação representativa do significado dos atributos que agrupavam, quando passaram a ser definitivas.

Durante a leitura e a análise das publicações, observou-se relevante preocupação dos autores com o papel clínico do professor de enfermagem. Nesse ponto, decidiu-se por não incluir neste estudo as menções diretamente relacionadas ao papel clínico do professor, mantendo-as para discussão em outra oportunidade. Essa decisão pautou-se na observação de que o contexto das dimensões do papel clínico do professor é muito peculiar e distinto dos contextos de atuação em outras áreas da enfermagem.

## 4.2 VERIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO CONCEITO

Esta fase foi a pesquisa de campo e seguiu todas as etapas preconizadas na Teoria Fundamentada nos Dados, a fim de conhecer a experiência do papel clínico do enfermeiro na perspectiva do próprio sujeito, ampliando-se a compreensão do conceito.

### 4.2.1 Cenário do estudo

A fase de pesquisa de campo foi realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP). É o campo de ensino e pesquisa de seis unidades de ensino da Universidade de São Paulo: de Medicina, Ciências Farmacêuticas, Odontologia, Saúde Pública, da Escola de Enfermagem e do Instituto de Psicologia (HUUSP, 2010).

O HU desenvolve atividades de ensino e pesquisa na área de saúde e de assistência hospitalar de média complexidade. O atendimento é regionalizado para o bairro do Butantã e para a Comunidade Universitária da USP (HUUSP, 2010).

A área física do HU se compõe de 36000 m<sup>2</sup>, com uma capacidade instalada e ocupacional de 258 leitos. O Centro Cirúrgico possui nove salas e, o obstétrico, quatro salas; a Unidade de Terapia Intensiva de Adultos possui 14 leitos; a Pediátrica conta com seis leitos. No ambulatório, encontram-se 57 consultórios, além de anfiteatros e salas de aulas distribuídas por todo o hospital.

O Departamento de Enfermagem é composto por cinco divisões: Divisão de Clínica Médica, Divisão de Clínica Cirúrgica, Divisão Materno Infantil, Divisão de Pacientes Externos e Educação Continuada. Este estudo se restringiu à Divisão de Clínica Médica, que visa ao atendimento integral do indivíduo com idade superior a 15 anos e se encontra em estado crítico e, ainda, àqueles que estão hemodinamicamente estáveis. Busca proporcionar

condições favoráveis ao ensino e à pesquisa, por meio da prestação da assistência integral de enfermagem aos pacientes de média complexidade (HUUSP, 2010).

A Divisão de Enfermagem de Clínica Médica é constituída pela seção de UTI/Semi Intensiva Adulto, pela seção de Clínica Médica e pelo setor de Diálise (HUUSP, 2010).

O objetivo maior da Divisão de Clínica Médica é propiciar a recuperação dos pacientes para que alcancem o melhor estado de saúde física, mental e emocional possível, e de conservar o sentimento de bem-estar espiritual e social dos mesmos (HUUSP, 2010). Procura sempre envolver e capacitar os pacientes para o autocuidado, juntamente com os seus familiares, prevenindo doenças e danos, visando à recuperação dentro do menor tempo possível ou proporcionando apoio e conforto aos pacientes em processo de morrer e, aos seus familiares, respeitando-se suas crenças e valores (HUUSP, 2010).

A equipe de enfermagem participa ativamente junto ao Grupo de Apoio a Profissionais e Pacientes Críticos e à Comissão de Avaliação de Óbito e Intercorrências, resultando na harmonização de trabalho com a equipe de multiprofissionais de saúde e no desenvolvimento e na implantação de projetos de humanização, pesquisas e atualização da equipe multiprofissional.

#### **4.2.2 Aspectos Éticos**

Em observação à legislação que regulamenta a pesquisa em seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996), o Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, tendo parecer favorável (ANEXO 1).

É importante ressaltar que a coleta dos dados iniciou-se após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, ocorrida em Janeiro de 2008.

Os aspectos contidos na Resolução CNS 196/96 foram respeitados, visando assegurar os direitos dos participantes. Também em cumprimento as normas da Resolução, o convite ao enfermeiro para a participação no estudo teve início com as explicações sobre os objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa. A oficialização da decisão voluntária dos sujeitos em participarem do estudo foi dada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2).

#### **4.2.3 A Coleta de Dados**

Para que o conceito do papel clínico do enfermeiro fosse explorado em profundidade, buscou-se acessar as experiências dos próprios enfermeiros.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, no período de Fevereiro de 2008 a Julho de 2009. A entrevista não estruturada foi a estratégia adotada para a obtenção da narrativa do enfermeiro sobre suas experiências de papel clínico. Esse tipo de procedimento coloca o enfermeiro - ou qualquer pessoa - em uma posição de reflexão sobre seu cotidiano. As entrevistas foram gravadas e tiveram duração média de 60 minutos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra, logo após serem realizadas, a fim de não perder nenhum dado significativo. Importante ressaltar que na transcrição das entrevistas foi mantido o registro lingüístico, o qual é característico da linguagem oral, ou seja, do registro informal.

No desenvolvimento das entrevistas, foram registradas situações, observações, interpretações das falas e das inferências sobre o comportamento não verbal das enfermeiras. Essas anotações identificadas

como notas de campo foram utilizadas na interpretação e na descrição das categorias e na formulação de questões exploratórias subsequentes.

O número de enfermeiras participantes foi configurado em função da análise dos dados e da teoria emergente. À medida que a análise dos dados prosseguia, buscaram-se novos dados para que as categorias fossem desenvolvidas. A coleta de dados foi realizada até o alcance da saturação teórica das categorias, com a compreensão dos conceitos que integram a experiência de interação do enfermeiro com o paciente, contemplando-se elementos de condições causais e de consequências indicativas de um processo.

Participaram do estudo sete enfermeiras. A idade das entrevistadas variou de 26 a 42 anos. O tempo de profissão variou de três a 20 anos. As principais características das enfermeiras participantes são detalhadas na Tabela 1.

**Tabela 1** - Caracterização das enfermeiras participantes do estudo. São Paulo, 2010.

Participantes	Idade	Tempo de Profissão (em anos)	Formação
01	32	06	Especialização em Gerenciamento em Enfermagem e Serviços de Saúde
02	37	09	Mestranda e especialista em Especialização em Gerenciamento de Serviços de Saúde e Reabilitação em Enfermagem
03	42	20	Mestrado
04	32	06	Especialização em Cardiologia
05	26	03	Aprimoramento em Nefrologia, cursando MBA em Administração Hospitalar
06	29	06	Mestranda
07	27	04	Especialização em Enfermagem Clínica e Cirúrgica

Em um primeiro momento, decidiu-se não abordar a enfermeira de uma forma direta sobre o papel clínico, mas, sim, solicitar que relatasse sua experiência de um dia comum de trabalho. As questões iniciais da entrevista não estruturada trataram da experiência da enfermeira no seu dia a dia. Ela era convidada a desenvolver uma narrativa sobre o tema da pesquisa, a partir de uma ampla pergunta norteadora: - *conte-me a experiência de ser enfermeira nesta clínica*. O conteúdo da resposta e a orientação da pesquisa determinavam as questões seguintes, cuidando-se sempre para não induzir as respostas. Conforme a entrevista ia acontecendo, formulavam-se perguntas a respeito do que estava sendo dito, o que possibilitou elucidar pontos obscuros, contribuindo na busca da compreensão das interações desenvolvidas e na forma como influenciavam o significado atribuído à experiência.

A estratégia de análise comparativa constante permitiu a formulação de novas hipóteses e questões, com o objetivo de esclarecer ideias, validar dados e dar densidade às categorias identificadas e dar maior especificidade a elas. Dessa forma, as últimas entrevistas foram mais direcionadas. A questão norteadora manteve-se, mas, no decorrer das falas, procurou-se questionar pontos que se apresentavam compatíveis com as categorias que estavam se formando na análise inicial.

#### **4.2.4 A Análise dos Dados**

A análise dos dados seguiu os estágios preconizados pelo método comparativo constante da Teoria Fundamentada nos Dados (Charmaz, 2009; Strauss, Corbin, 2008).

No processamento dos dados, a partir da transcrição da entrevista, realizou-se a escuta da gravação acompanhada da leitura da transcrição. Essa atividade foi desempenhada em várias oportunidades até se atingir familiaridade com o conteúdo. Sob a perspectiva do Interacionismo

Simbólico, a análise caracterizou-se por um ir e vir nos dados, em um diálogo contínuo com o referencial teórico e com as interpretações do pesquisador, sendo a interpretação um processo de produção de sentidos e significados. A análise teve início com a codificação aberta dos dados, na qual cada entrevista foi examinada e questionada exaustivamente, linha após linha, e quebrada em pequenos pedaços, chamados incidentes. A fim de identificar os significados contidos nos incidentes, utilizou-se de perguntas, como: o que é aquilo? o que representa? o que está acontecendo aqui? A cada incidente identificado, foi atribuído um nome representativo de seu significado, tornando-se este um código.

Os códigos foram reescritos, procurando-se preservar a fala na íntegra e sendo descritos com frases, nas quais o verbo foi usado no gerúndio, dando uma ideia de movimento, mas, sobretudo, de uma ação que ocorre no presente. Isso foi importante para compor a descrição do processo de interação no papel clínico da enfermeira. Cada código recebeu um marcador alfa numérico, como mostra o exemplo a seguir:

**Quadro 2** - Exemplo de codificação aberta dos dados

Trecho da entrevista	Códigos
<p>Não, não, pensamos tudo para fazer, <u>analisamos</u>. Claro que <u>têm coisas que são mais fáceis para mim; outras são mais difíceis</u>. E <u>procuramos uma colega que tem mais facilidade</u>, então <u>isso é muito rico para nós</u>.</p>	<p>S12 Analisando tudo para fazer;  S13 Tendo coisas que são mais fáceis de fazer;  S14 Tendo coisas que são mais difíceis de fazer;  S15 Nas coisas mais difíceis, procurando uma colega que tem mais facilidades;  S16 Sendo rica para nós a troca de experiências entre as colegas.</p>

Uma vez identificados os códigos, iniciou-se a análise comparativa, efetuando-se agrupamentos dos códigos, de acordo com a proximidade e

com relação dos conteúdos. Os significados foram interpretados indutivamente, estabelecendo-se nomes primários para os agrupamentos, dando origem às categorias.

No decorrer das comparações dos dados das primeiras entrevistas, novas questões foram surgindo sobre as categorias e seus significados, possibilitando-se uma progressiva compreensão da experiência. Ao avaliar suas similaridades conceituais, foram configuradas algumas categorias iniciais que englobavam subcategorias.

As categorias e subcategorias foram nomeadas provisoriamente, recebendo nomes mais abstratos que os códigos. À medida que o processo de análise foi se tornando mais abstrato, agruparam-se novas categorias, definindo-se o alcance de ideias. As categorias também foram mudando de nome várias vezes, até se chegar à denominação definitiva e, portanto, mais representativa dos conceitos que agrupavam.

Os “memos” também foram desenvolvidos durante a análise dos dados, a fim de guardar as inferências e reflexões sobre os códigos, a organização das categorias e as relações observadas entre eles. “Memos” compreendem os registros escritos dos processos de pensamentos que acontecem na análise de dados e que auxiliaram no desenvolvimento de proposições teóricas e conceitos da experiência do papel clínico.

Como exemplo de um memo, apresenta-se o que foi desenvolvido inicialmente ao redor do componente raciocínio clínico.

“O código **S10 Pensando para fazer** é uma evidência do momento que emerge a consciência de que ela, a enfermeira, pensa para fazer. Conscientiza-se desse processo interacional – pensamento e ação. O pensar, o raciocínio clínico é um componente do papel clínico (PC), então, PC reflete um pensar e um fazer, sendo construído a partir das experiências. Nesse momento, da mesma forma, a enfermeira toma consciência da interação no desempenho do papel clínico. E essa interação sofre intermitências...”

O processo de codificação aberta não apenas estimulou a construção das categorias, mas também permitiu a primeira identificação das propriedades teóricas das categorias emergentes.

Esse foi o primeiro estágio de análise dos dados, realizado por meio de desmembramento das falas, de exame minucioso dos incidentes, de comparação dos códigos e de formação de conceitos iniciais.

No segundo momento da análise comparativa constante, foi desenvolvida a codificação axial. A partir dos significados dos códigos e das categorias, estas foram reorganizadas e integradas, com a formação de novos agrupamentos e buscando conexões conceituais entre as categorias e subcategorias de forma a reduzi-las e uni-las em um significado comum.

A codificação axial consiste em dar maior especificidade à categoria e permitiu ao pesquisador determinar o que cada categoria representa para o conceito de papel clínico: é uma condição que dá origem ao papel clínico? é o contexto no qual o papel clínico está imerso? são estratégias de ação ou interação pelas quais se concretiza o papel clínico? ou são as consequências dessas ações e interações?

Nesse estágio, evidenciou-se a interpretação do pesquisador, ao pensar nos mecanismos, nas estratégias e nos arranjos utilizados pelas enfermeiras em suas interações sociais. Vários diagramas foram construídos, com o intuito de representar a integração das categorias.

Embora a codificação aberta e a axial sejam procedimentos analíticos diferentes, elas aconteceram de forma paralela, o que facilitou a identificação de outros eventos, aspectos ou componentes do papel clínico.

Após a integração das categorias, foi possível iniciar a delimitação da teoria, pela descoberta de uniformidades subjacentes aos grupos de categorias ou de suas propriedades. As categorias foram alinhadas no sentido de compor uma história representativa da experiência do enfermeiro. Na construção da primeira história, emergiu a necessidade de se desenvolver e refinar algumas categorias. Uma vez aprimoradas as

categorias, uma nova história foi desenvolvida, deixando em evidência a existência de duas categorias conceitualmente mais densas.

Esse processo permitiu ordenar as proposições e os conceitos e identificar a categoria central, à qual outras categorias estavam associadas. A descrição da categoria central e do relacionamento com as demais categorias resultou na derivação do modelo teórico explicativo da experiência do papel clínico do enfermeiro.

De acordo com a metodologia, é importante a validação do modelo. A validação pode ser feita por meio de autenticação das relações estabelecidas entre a categoria central e as complementares, junto aos sujeitos do estudo. Devido a limitações de tempo na elaboração do relatório, não foi possível realizar o reconhecimento e a validação do modelo com as enfermeiras participantes. Porém, a análise foi validada sequencialmente pela orientadora e por uma pesquisadora com ampla experiência nos métodos utilizados.

#### 4.3 IDENTIFICAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES DO CONCEITO

A última fase dos procedimentos foi a integração entre a fase teórica e a empírica. De acordo com a Metodologia Qualitativa de Análise de Conceito, proposta por Morse (1995), nessa etapa, todas as manifestações do conceito devem ser verificadas, comparando-as com aquelas identificadas na literatura, na busca por variações dos dados obtidos nas experiências dos participantes. Essa fase teve a finalidade de sintetizar os dados empíricos e teóricos visando finalizar uma definição do conceito e de seus indicadores. Pode-se dizer que essa fase encerra a análise dos dados.

Ainda que didaticamente as fases do desenvolvimento do conceito se apresentem distintas, no âmbito prático, elas são interconectadas e se relacionam. O emprego das três fases possibilitou explorar em todas as dimensões e, paulatinamente, o conceito do papel clínico do enfermeiro.

*Desenvolvimento  
do Conceito*

## 5 DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO

Neste capítulo, são apresentados os resultados dos procedimentos metodológicos adotados para desenvolvimento do conceito papel clínico do enfermeiro. Esta é a apresentação, obedecendo-se às três fases dos procedimentos adotados (Morse, 1995):

- Fase 1 – Identificação dos atributos do conceito;
- Fase 2 – Verificação dos atributos do conceito;
- Fase 3 – Identificação das manifestações do conceito.

### 5.1 IDENTIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO CONCEITO

Como foi apresentado no método, os atributos abstratos e universais do conceito do papel clínico do enfermeiro foram identificados utilizando-se a análise crítica da literatura.

As estratégias de busca na literatura resultaram na identificação de 24 referências potenciais para estudo do conceito do papel clínico. Das 24, uma referência foi excluída (Bowling, 1985), porque, ainda que apresentasse a expressão “papel clínico” em seu título, não foi encontrado nenhum aspecto sobre o mesmo no conteúdo do artigo. Com isso, o total de artigos para o estudo foi de 23. As principais características das publicações estão apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2** - Características das publicações estudadas. São Paulo, 2009.

<b>Autor/Ano</b>	<b>País de origem</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>
O'Brien et al, 2008	Reino Unido	Empírico	Relatar concepções de enfermagem dos estudantes de primeiro ano de graduação, antes da primeira experiência clínica.
Tornabeni; Miller, 2008	Estados Unidos	Teórico	Descrever a evolução e a implementação do papel do enfermeiro líder clínico.
Aitken et al, 2008	Austrália	Empírico	Descrever resultados prioritários esperados de programas de pós-graduação em cuidados críticos de enfermagem.
Courtenay; Carey, 2008	Reino Unido	Empírico	Examinar a prescrição de medicamentos por enfermeiros para pessoas com diabetes e como os enfermeiros se sentem preparados para esse papel.
O'Connor et al, 2008	Austrália	Empírico	Descrever aspectos clínicos do trabalho do Enfermeiro Consultor em Cuidados Paliativos na unidade hospitalar.
Mantzoukas; Watkinson, 2007	Reino Unido	Teórico	Rever a literatura de enfermagem sobre a noção de prática avançada de enfermagem.
Miles et al, 2007	Reino Unido	Teórico	Analisar a subtilização dos enfermeiros no manejo clínico de pacientes que requerem tratamentos antirretrovirais.
Chaloner, 2007	Reino Unido	Teórico	Mostrar como a análise ética e a tomada de decisão contribuem para a prática quotidiana.
Barrett, 2007	Reino Unido	Teórico	Avaliar criticamente o papel do enfermeiro professor clínico.
Lofmark et al, 2006	Suécia	Empírico	Comparar as percepções de estudantes de enfermagem sobre suas competências com as opiniões de enfermeiros qualificados sobre a competência dos recém-graduados.
Grindel, 2005	Estados Unidos	Teórico	Comentar sobre Clinical Nurse Lider e o Doctorate in Nursing Practice.
Griscti, 2005	Canadá	Empírico	Explorar o papel da enfermeira clínica educadora em Malta.
Ashmore; Banksb, 2004	Reino Unido	Empírico	Analisar as habilidades interpessoais de estudantes de enfermagem e compará-las a resultados de pesquisa anterior.
Hoffman et al, 2004	Austrália	Empírico	Investigar os fatores contextuais que influenciam o processo de decisão clínica.
Roberts-Davis; Read, 2001	Reino Unido	Empírico	Identificar as diferenças entre as Nurse Practitioner e o Especialista, a fim de esclarecer o papel do Nurse Practitioner.
Mullally, 2001	Reino Unido	Teórico	Discutir como satisfazer a exigência de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem paralelamente à necessidade de novas habilidades e talentos.
Clifford, 1999	Reino Unido	Empírico	Conceituar o papel clínico dos professores enfermeiros.
Carlisle et al, 1997	Reino Unido	Empírico	Explorar a mudança no papel do enfermeiro professor.
Forrest et al, 1996	Reino Unido	Empírico	Explorar o papel presente e o ideal do enfermeiro professor na área clínica a partir da perspectiva do: enfermeiro professor; enfermeiros clínicos; pessoal de enfermagem e estudantes de enfermagem.
Lee, 1996	China	Empírico	Fazer análise crítica da literatura sobre o papel clínico do enfermeiro professor.
Crotty, 1993	Reino Unido	Empírico	Descrever os achados relacionados com as atividades do papel clínico do enfermeiro docente no Projeto 2000.
Davies, 1993	Austrália	Empírico	Determinar se a observação de modelo de papel clínico leva o estudante a descobrir conhecimentos incorporados na prática clínica.
Clifford, 1993	Reino Unido	Empírico	Examinar o papel do enfermeiro professor no ensino, na pesquisa e na prática clínica.

Das 23 publicações, somente uma tratou especificamente do papel clínico (Mullally, 2001). A maioria dos trabalhos encontrados elabora alguma discussão sobre o papel clínico do enfermeiro de forma indireta. Observa-se na Tabela 1 que houve predominância de publicações de autores do Reino Unido.

A análise crítica da literatura permitiu identificar os elementos do conceito papel clínico do enfermeiro, a saber, atributos definidores ou críticos, antecedentes, e consequências.

### ATRIBUTOS DEFINIDORES OU CRÍTICOS

Atributos são as características definidoras do conceito de interesse (Walker, Avant, 2005). Nesse caso, são as peculiaridades que compõem o papel clínico do enfermeiro.

A Tabela 3 sintetiza as categorias e subcategorias dos atributos definidores do papel clínico do enfermeiro e os principais excertos das publicações que originaram os atributos.

**Tabela 3** - Categorias e subcategorias de análise dos atributos definidores do papel clínico do enfermeiro. São Paulo, 2009.

Categorias/ Subcategorias	Excertos
1. Interação com o Cliente	A interação com o cliente tem como principal propósito o desempenho do papel clínico pelo enfermeiro (Davies, 1993, p.631).
2. Metas Interacionais	Responsividade ao contexto do cuidado (Roberts-Davis; Read, 2001, p.40); prática avançada de enfermagem (Grindel; 2005, p.209); prática clínica especializada (Mullally, 2001, p.338); processos de decisão clínica em áreas identificadas como pertencentes ao domínio da enfermagem: repouso, alimentação, eliminação e de mobilidade e nas atividades cotidianas do paciente, nos curativos, na administração de medicamentos, no apoio emocional e em encaminhamentos (Hoffman et al, 2004 p.54); manutenção de liderança clínica (O'Connor et al; 2008, p.351); satisfação das necessidades do paciente (Davies, 1993, p.631); prevenção de doenças, como o câncer e a doença coronariana (Mullally, 2001, p.338).
3. Experiências de Cuidado	

- 3.1. Avaliação / Busca de informações O estado de saúde do paciente; sendo exemplificado pela avaliação da viabilidade de um tecido cutâneo (Mantzoukas, Watkinson, 2007, p.30). Levantamento a história clínica do paciente e realização de exame físico sistemático e detalhado, compreendendo avaliação cardiopulmonar e neurológica (Roberts-Davis; Read, 2001, p.40).
- 3.2. Diagnóstico Tomada de decisão diagnóstica baseada na interpretação de achados clínicos e outros achados, como nos resultados das análises laboratoriais e nas radiografias (Roberts-Davis; Read, 2001, p.40); diagnóstico das necessidades de cuidados dos pacientes (Lofmark et al, 2006, p.724); diagnóstico dos sinais precoces de doença e fatores de risco (Roberts-Davis; Read, 2001, p.40).
- 3.3. Planejamento Referenciação ou referendamento de pacientes a outros profissionais (Mantzoukas, Watkinson, 2007, p.30), como ao médico (Miles et al; 2007, p.558); realização da internação hospitalar e da alta ao paciente de acordo com os protocolos (Miles et al, 2007, p.558, Mullally, 2001, p.337, O'Connor et al, 2008, p.352); planejamento da assistência de enfermagem individualizada (Aitken et al, 2008, p.75) com a definição das prioridades assistenciais (Lofmark et al; 2006, p.726) e a seleção da intervenção mais adequada (Ashmore, Banksb, 2004, p.21); prescrição de medicamentos e tratamentos a pacientes em condições específicas e de acordo com os protocolos (Courtenay; Carey, 2008, p.404; Mullally, 2001, p.337).
- 3.4. Intervenção Empreendimento de intervenções de enfermagem (Lofmark et al, 2006, p.724), como controle dos sintomas (O'Connor et al, 2008, p.351), cuidado da cavidade oral (Mullally, 2001, p.337); administração de drogas (Lofmark et al, 2006, p.724); identificação e intervenção em alterações fisiológicas (Aitken et al, 2008, p.73); realização de cuidados complexos para pacientes críticos (Aitken et al; 2008, p.73) e também àqueles em fase terminal (O'Connor et al; 2008, p.352); realização de pequenas cirurgias, procedimentos clínicos e ambulatoriais (Aitken et al; 2008, p.70; Mullally, 2001, p.337); educação (Grindel, 2005, p.209) e capacitação da pessoa para o autocuidado (Davies, 1993, p.631); registro do cuidado dado ao paciente (Mullally, 2001, p.337).
4. Governança do Espaço do Cuidado Desenvolvimento da governança do cuidado (Aitken, 2008, p.70); gerenciar a equipe (Tornabeni; Miller, 2008, p.610); gerenciamento de informações (Tornabeni; Miller, 2008, p.610); estabelecimento de padrões de prática na unidade (Grindel, 2005, p.209); manutenção do foco na qualidade, na segurança, no conforto do paciente e na efetividade dos custos (Tornabeni; Miller, 2008, p.612, Davies, 1993, p.629); liderança dos serviços de saúde locais (Mullally, 2001, p.337).
5. Cuidado Humanizado Centrado no Paciente Cuidado humanizado (Davies, 1993, p.629); focalização nos interesses do paciente, na sua inclusão e na sua participação na tomada de decisão em relação ao seu cuidado (Aitken, 2008, p.73, Davies, 1993, p.629); desenvolvimento de relação de confiança com o paciente (Davies, 1993, p.633); compaixão para com os pacientes (Davies, 1993, p.629); respeito à dignidade e privacidade do paciente (Davies, 1993, p.629); atenção psicossocial (O'Connor et al, 2008, p.352); ênfase na pessoa e não nas rotinas (Davies, 1993, p.629); defesa e aconselhamento do paciente, de sua família e da equipe (Tornabeni; Miller, 2008, p.610; Grindel, 2005, p.209; O'Connor et al, 2008, p.351); atendimento à família (O'Connor et al, 2008, p.352).
6. Estratégias e Prática de Desafio do *status quo* (Aitken, 2008, p.69); revisão crítica das práticas (Aitken,

Melhoria dos Resultados Assistenciais	2008, p.69); aplicação de metodologias relacionadas com a avaliação da prática (Grindel, 2005, p.209); desenvolvimento de atividades para melhoria da prática e de resultados para os pacientes (Aitken, 2008, p.73); introdução de mudanças na prática gradualmente e de acordo com os fatores contextuais (Davies, 1993, p.633).
7. Prática Baseada em Evidências	Fundamentação científica da prática (Grindel, 2005, p.209; Mantzoukas, Walkinson, 2007, p.32; Lofmark et al, 2006, p.724); assimilação e implementação de evidências na prática clínica (Tornabeni; Miller, 2008, p.610); implementação de prática baseada em resultados (Grindel, 2005, p.209); desenvolvimento da prática juntamente com pesquisa e educação (Mulally, 2001, p.338); consultoria (Mantzoukas, Walkinson, 2007, p.30); adaptação contínua às exigências do papel profissional (Davies, 1993, p.633).
8. Compromisso Profissional, Sensibilização Ética e Zelo Pela Acurácia e Confiabilidade	Cumprimento do dever do cuidado (Aitken, 2008, p.73); responsabilidade sobre os resultados do cuidado à saúde (Tornabeni; Miller, 2008, p.610); compreensão das atividades clínicas (Aitken, 2008, p.69); isenção de dúvidas sobre instruções e intervenções (Aitken, 2008, p.73); reconhecimento das práticas inseguras (Aitken, 2008, p.73); reconhecimento das limitações de sua prática (Miles et al, 2007, p.558); responsabilidade por suas ações (Aitken, 2008, p.73); zelo pela acurácia e confiabilidade (Lofmark et al, 2006, p.724); atuação em conformidade com o código de ética e de conduta da profissão (Aitken, 2008, p.73, Chaloner, 2007, p.40).
9. Interação Efetiva, Colaboradora, Facilitadora Igualitária com a Equipe de Saúde	Participação efetiva na equipe de saúde (Aitken, 2008, p.69); interação de forma flexível e igualitária com toda a equipe de saúde (Davies, 1993, p.631); atuação como facilitador para a equipe de saúde (Davies, 1993, p.631); apoio para a equipe e para outros profissionais de saúde (O'Connor et al, 2008, p.354); comunicação e colaboração com as demais disciplinas (Grindel, 2005, p.209, Tornabeni; Miller, 2008, p.611); focalização da interdependência de todas as disciplinas do cuidado e da experiência do grupo (Tornabeni; Miller, 2008, p.611); atuação como interface entre o cuidado médico e o de enfermagem (Mantzoukas; Walkinson, 2007, p.30).
10. Comprometimento na Formação e na Educação Permanente da Enfermagem	Membro da profissão de enfermagem (Tornabeni; Miller, 2008 p610); educação (Tornabeni; Miller, 2008 p610); informação e ensino dos cotrabalhadore e estudantes (Crotty, 1993 p724); desenvolvimento das atividades de tutoria e preceptoria (Aitken, 2008 p73); mentoria de outros da equipe (Tornabeni; Miller, 2008 p610, Grindel, 2005 p209).

O papel clínico acontece por meio da interação entre o enfermeiro e o cliente, seja ele um indivíduo, uma família ou um grupo ou, ainda, uma comunidade. De tal modo, destaca-se o atributo definidor - **interação com o cliente**, sendo essa a característica fundante e constituinte do papel clínico do enfermeiro (Davies, 1993). O ser enfermeiro clínico (Tornabeni, Miller, 2008) se desvela na relação do cuidado, fundamentada em um processo de comunicação interacional eficaz (Lofmark et al, 2006), à beira do leito

(O'Brien et al, 2008) ou em outro cenário de saúde, contando apenas com a equipe médica, ou inserida em uma equipe multiprofissional (Mullally, 2001).

A relação do enfermeiro com o indivíduo tem **metas interacionais** e é a natureza dessas metas que distinguem a interação decorrente do papel clínico de outros tipos de interação social. Evidenciaram-se alguns dos propósitos interacionais, a saber: ser responsivo ao contexto do cuidado (Roberts-Davis; Read, 2001); desenvolver prática avançada de enfermagem (Grindel; 2005) e prática clínica especializada (Mullally, 2001); e também desenvolver processos de decisão clínica em áreas identificadas como pertencentes ao domínio da enfermagem: repouso, alimentação, eliminação, mobilidade, nas atividades cotidianas do paciente, nos curativos, na administração de medicamentos, no apoio emocional e em encaminhamentos (Hoffman et al, 2004). A satisfação das necessidades do paciente (Davies, 1993), incluindo-se as necessidades de conforto (Mullally, 2001) e a manutenção da liderança clínica (O'Connor et al, 2008) foi outra meta encontrada na literatura.

No espaço interacional, acontecem as **experiências do cuidado**. Na literatura, foram identificadas experiências categorizadas como: **avaliar/ buscar informações, diagnosticar, planejar e intervir**. Na subcategoria intervir, foi classificado o maior número de atividades selecionadas nos estudos levantados.

Na **governança do espaço interacional do cuidado**, observaram-se experiências pertencentes ao gerenciamento da unidade, mas, ao mesmo tempo, estão proximamente relacionadas ao processo de cuidar. São atividades que, apesar de lidarem com estrutura administrativa, têm seus fundamentos em componentes clínicos, emergindo a expressão de gerenciamento clínico, como gerenciar clinicamente o paciente com doença crônica (Mullally, 2001) ou gerenciar resultados clínicos (Tornabeni, Miller, 2008). Isso traz a ideia de que o gerenciamento na clínica possui aspectos subjetivos, como a conexão realizada pelo enfermeiro entre os cuidados

paliativos na comunidade e o serviço de enfermagem hospitalar (O'Connor et al, 2008), por exemplo.

O **cuidado humanizado centrado no paciente**, na sua inclusão e na sua participação na tomada de decisão em relação ao seu cuidado (Aitken, 2008; Davies, 1993), é apresentado como um atributo definidor do papel clínico; com o desenvolvimento de uma relação de confiança com o paciente (Davies, 1993), tendo compaixão (Davies, 1993) e respeito a sua dignidade e privacidade (Davies, 1993). O'Connor et al (2008) destacam a atenção psicossocial, com ênfase na pessoa e não nas rotinas (Davies, 1993). Ser defensor e conselheiro do paciente, de sua família e da equipe (Tornabeni, Miller, 2008; Grindel, 2005; O'Connor et al, 2008) também é identificado como atributo do papel clínico do enfermeiro.

**Estratégias e prática de melhoria dos resultados assistenciais** caracterizam o papel clínico desempenhado pelo enfermeiro. Entre elas, cita-se, na literatura, o desafio ao *status quo* (Aitken, 2008), a revisão crítica das práticas (Aitken, 2008), a aplicação de metodologias relacionadas com a avaliação da prática (Grindel, 2005), o desenvolvimento de atividades para a melhoria da prática e de resultados para os pacientes (Aitken, 2008) e por fim, a introdução de mudanças na prática, gradualmente e de acordo com os fatores contextuais (Davies, 1993).

Outro atributo crítico encontra-se na **prática baseada em evidências**, a fim de assimilar, fundamentar e implementar evidências científicas na prática clínica (Grindel, 2005; Mantzoukas, Waltkinson, 2007; Lofmark et al, 2006; Tornabeni, Miller, 2008), bem como o exercício da prática baseada em resultados (Grindel, 2005). Desenvolver a prática juntamente com pesquisa e educação (Mulally, 2001), servir como consultor (Mantzoukas, Waltkinson, 2007) e adaptar-se continuamente às exigências do papel profissional (Davies, 1993), do mesmo modo, caracterizam a prática baseada em evidências realizada pelo enfermeiro na performance do seu papel clínico.

O **compromisso profissional, a sensibilização ética e o zelo pela acurácia e confiabilidade** compõem também uma categoria de análise dos atributos do papel clínico, no cumprimento do dever do cuidado à saúde (Aitken, 2008) e na responsabilidade sobre os resultados do mesmo (Tornabeni, Miller, 2008). Essa categoria engloba a compreensão das atividades clínicas (Aitken, 2008), a eliminação de dúvidas sobre instruções e intervenções (Aitken, 2008), com o reconhecimento das práticas inseguras (Aitken, 2008) e das limitações que elas impõem (Miles et al, 2007); além de abranger os atributos: ser responsável por suas ações (Aitken, 2008), zelar pela acurácia e pela confiabilidade (Lofmark et al, 2006), atuar em conformidade com o código de ética e de conduta da profissão (Aitken, 2008; Chaloner, 2007).

Os atributos do papel clínico do enfermeiro apontam para a **interação efetiva, colaboradora, facilitadora e igualitária com a equipe de saúde** (Aitken, 2008; Davies, 1993), com o apoio para a equipe de enfermagem e para outros profissionais de saúde (O'Connor et al, 2008), com a comunicação e colaboração com os demais pares (Grindel, 2005; Tornabeni, Miller, 2008). Esses atributos tendem a focalizar a interdependência das disciplinas do cuidado com a experiência do grupo (Tornabeni, Miller, 2008), de forma que o enfermeiro atue como interface entre o cuidado médico e o de enfermagem (Mantzoukas, Walkinson, 2007).

Finalmente, apresentam-se os atributos referentes ao **comprometimento na formação e na educação permanente da enfermagem**. São atributos do enfermeiro no desempenho do papel clínico: ser membro da profissão de enfermagem (Tornabeni, Miller, 2008), ser educador (Tornabeni, Miller, 2008), informar e ensinar cotrabalhadore e estudantes (Crotty, 1993), além de desenvolver atividades de tutoria e de preceptoria (Aitken, 2008) e ser mentor de outros da equipe (Tornabeni, Miller, 2008; Grindel, 2005).

## ANTECEDENTES

Segundo a metodologia da análise crítica da literatura, neste estudo os antecedentes são elementos desencadeadores do papel clínico do enfermeiro, e contribuem de alguma forma para o desempenho e para a concretização do mesmo. Na literatura pesquisada, três categorias de antecedentes foram construídas e estão sintetizadas na Tabela 4.

**Tabela 4** - Categorias de análise dos antecedentes do papel clínico do enfermeiro. São Paulo, 2009.

Categorias	Excertos
1 - Pensamento crítico	Sensibilidade ética (Chaloner, 2007, p.41); habilidades de comunicação interpessoal (Ashmore; Banks, 2004, p.20); habilidades clínicas (O'Brien, 2008, p.1847; Tornabeni; Miller, 2008, p.69); habilidades cognitivas (Hoffman et al, 2004, p.54); habilidades de pensamento crítico e habilidades analíticas (Mantzoukas, Walkinson, 2007, p.32); habilidades de julgamento clínico e tomada de decisão são centrais junto com autonomia (Mantzoukas, Walkinson, 2007, p.32; Lofmark et al, 2006, p.726); conhecimento e habilidades de tomada de decisão (Tornabeni, Miller, 2008, p.612, Lofmark et al, 2006, p.726); capacidade educativa e de gerenciamento (Mantzoukas, Walkinson, 2007, p.30); habilidades de liderança profissional (Mantzoukas, Walkinson, 2007, p.32).
2 - Experiência Informada	Enfoque clínico (Aitken, 2008, p.75); formação com experiências práticas (Lofmark et al, 2006, p.726); experiências de aprendizagem clínica (Tornabeni, Miller, 2008, p.610); educação e prática intrinsecamente ligadas (Tornabeni, Miller, 2008, p.609); experiência clínica (Hoffman et al, 2004, p.55); modelo assistencial adequado (Tornabeni; Miller, 2008, p.609); liderança clínica (Grindel, 2005, p.209, Tornabeni, Miller, 2008, p.612, Mantzoukas, Walkinson, 2007, p.30); programas educacionais para a equipe de enfermagem e para os novos profissionais (Miles et al, 2007, p.557).
3 - Autonomia Clínica, Responsabilização Profissional, Valoração do Papel e dos Fundamentos Assistenciais	Autonomia clínica e responsabilização profissional (Mantzoukas, Walkinson, 2007, p.33); valorização dos fundamentos da assistência aos pacientes (Mulally, 2001, p.338); valorização do papel (Hoffman et al, 2004, p.54); despertar para o próprio potencial terapêutico (Aitken, 2008, p.69); Atitude de disponibilidade para tomada de decisões (Hoffman et al, 2004, p.54).

**Pensamento crítico** é um antecedente que envolve a sensibilidade ética (Chaloner, 2007), as habilidades de comunicação interpessoal (Ashmore, Banks, 2004), as habilidades clínicas (O'Brien, 2008; Tornabeni, Miller, 2008), as cognitivas (Hoffman et al, 2004) e as analíticas (Mantzoukas, Waltkinson, 2007), associadas à capacidade educativa e de gerenciamento (Mantzoukas, Waltkinson, 2007). O conhecimento, o julgamento clínico acurado, o empreendimento de tomada de decisão vinculada às questões de autonomia e responsabilização clínica profissional destacam-se como determinantes centrais no desempenho do papel clínico (Tornabeni, Miller, 2008; Mantzoukas; Waltkinson, 2007; Hamric, Spross, Hanson, 2000; Lofmark et al, 2006), por criar um estilo de liderança clínica e profissional cientificamente embasado.

A categoria **experiência informada** indica como antecedentes do papel clínico do enfermeiro o enfoque clínico (Aitken, 2008) e a formação em experiências práticas de aprendizagem clínica (Lofmark et al, 2006; Tornabeni, Miller, 2008; Hoffman et al, 2004), tornando a educação e a prática intrinsecamente ligadas (Tornabeni, Miller, 2008). Modelo assistencial adequado (Tornabeni, Miller, 2008), liderança clínica (Grindel, 2005; Tornabeni, Miller, 2008; Mantzoukas, Waltkinson, 2007) e programas educacionais para a equipe de enfermagem e para os novos profissionais (Miles et al, 2007), do mesmo modo, colaboram para o desenvolvimento do papel clínico.

**Autonomia clínica, responsabilização profissional, valoração do papel e dos fundamentos assistenciais** (Mantzoukas, Waltkinson, 2007) são identificados como antecedentes na elaboração do papel clínico do enfermeiro. O fator contextual subjacente mais significativo na participação da tomada de decisão clínica é a valoração profissional do próprio papel pelo enfermeiro (Hoffman, Donoghue, Duffield, 2004; Gaberson, Oermann, 1999) e também a valorização dos fundamentos da assistência (Mulally, 2001), combinada ao despertar do enfermeiro para o próprio potencial terapêutico

(Aitken, 2008) com a atitude de disponibilidade para tomada de decisões (Hoffman et al, 2004).

Finalmente, as **consequências** do papel clínico são percebidas como resultados da aplicação do conceito em estudo, sendo evidenciadas três categorias: Impacto na Identidade, Desenvolvimento e Socialização profissional; Melhoria da Qualidade Assistencial e Favorecimento da Estrutura e da Dinâmica do Trabalho em Saúde. A Tabela 5 sintetiza essas consequências.

**Tabela 5** - Categorias de análise das consequências do papel clínico do enfermeiro. São Paulo, 2009.

Categorias	Excertos
1 - Impacto na Identidade, Desenvolvimento e Socialização profissional	Validação da escolha profissional (O'Brien et al, 2008, p.1843); modelação das concepções do que seja a enfermagem (O'Brien et al, 2008, p.1843); desenvolvimento de habilidades e técnicas específicas (Davies, 1993, p.628); aprendizagem contínua (Davies, 1993, p.632); padrões elevados de cuidados (Mulally, 2001, p.338); melhor utilização das habilidades dos enfermeiros (Courtenay; Carey, 2008, p.411); crescente postura analítica e ética (Chaloner, 2007, p.41); prática autônoma e imputável (Lofmark et al, 2006, p.722); impacto na satisfação profissional e na autonomia do enfermeiro (Tornabeni; Miller, 2008, p.610; Courtenay; Carey, 2008, p.411); oferecimento de bom modelo de papel clínico (Davies, 1993, p.627); influência na socialização profissional (Davies, 1993, p.628).
2 - Melhoria da Qualidade Assistencial	Atendimento das demandas de cuidados (Tornabeni; Miller, 2008, p.609); resolubilidade no processo de cuidado (Mulally, 2001, p.337); lida efetivamente com os desafios do ambiente de cuidados (Tornabeni, Miller, 2008, p.610); atendimento seguro e efetivo (Mulally, 2001, p.337); cuidado holístico (Davies, 1993, p.629); evitação da fragmentação do cuidado (Mantzoukas, Walthinson, 2007, p.30); facilitação do cuidado e da aprendizagem do cliente (Tornabeni, Miller, 2008, p.611); independência do paciente em relação à equipe de enfermagem (Davies, 1993, p.630); efeito positivo sobre o serviço (O'Connor, 2008, p.350); excelência na assistência (Mulally, 2001, p.337; O'Connor, 2008, p.351); transformação da prática do cuidado à saúde (Tornabeni, Miller, 2008, p.611; Grindel, 2005, p.209); transformação dos resultados de saúde (Tornabeni, Miller, 2008, p.611).
3 - Favorecimentos da Estrutura e da Dinâmica do Trabalho em Saúde	Favorecimento da acessibilidade aos cuidados de saúde (Mulally, 2001, p.337); atendimentos agendados sem fila de espera (Mulally, 2001, p.337); permissão a provisão localizada de apoio para a aderência e educação (Miles et al, 2007, p.559); uso efetivo dos recursos da equipe (Tornabeni, Miller, 2008, p.611); forte comunicação entre os profissionais de saúde (Tornabeni, Miller, 2008, p.610); cuidado efetivo em termos de custo e tempo (Tornabeni, Miller, 2008, p.611).

A categoria **impacto na identidade, desenvolvimento e socialização profissional** é representada por consequências na validação da escolha profissional (O'Brien et al, 2008), na modelagem das concepções do que seja a enfermagem (O'Brien et al, 2008), no desenvolvimento de habilidades e técnicas específicas (Davies, 1993) e na aprendizagem contínua (Davies, 1993). Para ilustrar a relevância do alcance do papel clínico, ressalta-se a obtenção de padrões elevados de cuidados (Mulally, 2001), a melhor utilização das habilidades dos enfermeiros (Courtenay; Carey, 2008) com crescente postura analítica e ética (Chaloner, 2007) e a influência na socialização da profissão (Davies, 1993). A prática autônoma e imputável (Lofmark et al, 2006), com impacto na satisfação profissional e na autonomia do enfermeiro (Tornabeni, Miller, 2008; Courtenay, Carey, 2008), além do oferecimento de bom modelo de papel clínico (Davies, 1993), são outras consequências apresentadas nessa categoria.

Importantes efeitos do papel clínico desempenhado pelo enfermeiro estão apontados na categoria **melhoria da qualidade assistencial**, exemplificados pela transformação dos resultados de saúde e da prática do cuidado à saúde (Tornabeni, Miller, 2008; Grindel, 2005), com um efeito positivo sobre o serviço (O'Connor M et al, 2008). Ao mesmo tempo, são consideradas consequências no atendimento das demandas de cuidados (Tornabeni; Miller, 2008), de forma segura e efetiva (Mulally, 2001), com resolubilidade no processo (Mulally, 2001) e no enfrentamento dos desafios no ambiente de cuidados (Tornabeni, Miller, 2008). Outras consequências remetem a reflexões sobre o valor atribuído à experiência clínica do enfermeiro, entre elas o cuidado holístico (Davies, 1993), a evitação da fragmentação do mesmo (Mantzoukas, Waltkinson, 2007), a facilitação do cuidado e da aprendizagem do paciente (Tornabeni, Miller, 2008) com a sua independência em relação à equipe de enfermagem (Davies, 1993) e, por fim, a excelência na assistência (Mulally, 2001; O'Connor, 2008).

A última categoria de consequências do papel clínico do enfermeiro expressa o **favorecimento da estrutura e da dinâmica do trabalho em**

**saúde**, inclusive da acessibilidade aos cuidados de saúde com atendimentos agendados sem fila de espera (Mulally, 2001), além de provisão localizada de apoio para a aderência e educação (Miles et al, 2007). Também são citados como conseqüências a otimização dos recursos da equipe (Tornabeni, Miller, 2008) com forte comunicação entre os profissionais de saúde (Tornabeni, Miller, 2008) e, por fim, o cuidado efetivo em termos de custo e de tempo (Tornabeni, Miller, 2008).

Na literatura, a descrição do papel clínico do enfermeiro está fortemente vinculada ao aparecimento de novas funções do enfermeiro, ou novas designações, como as atividades do enfermeiro especialista clínico ou ao “practitioner” e também à prática avançada de enfermagem. Os achados da exploração do conceito de papel clínico do enfermeiro na literatura científica mostram que o desenvolvimento desse conceito é um assunto secundário (Shewan, Read, 1999). Observa-se nas publicações que, ao descrever ou recomendar comportamentos, práticas ou experiências, a ideia do papel clínico está frequentemente presente e ressaltada como a essência da prática do enfermeiro (Drach-Zahavy, 2002; Lee, 1996). Apesar de o papel clínico do enfermeiro ser considerado fundamental, na bibliografia, não se encontraram ideias explícitas relativas ao conceito de papel clínico. Observou-se número expressivo de publicações em que se destaca o tema do papel clínico do professor de enfermagem (Clifford, 1999; Barrett, 2007; Carlisle et al, 1997), mas essas publicações também não deixam claro o conceito do papel clínico.

A análise da literatura permitiu identificar elementos teóricos do conceito do papel clínico do enfermeiro.

Na próxima seção, são apresentados os resultados da pesquisa de campo que objetivou estender a análise e a compreensão do conceito, tendo como fonte de dados a experiência do enfermeiro.

## 5.2 VERIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO CONCEITO

Na fase de pesquisa de campo, utilizou-se a análise comparativa constante dos dados, conforme preconiza a Teoria Fundamentada nos Dados. Essa fase possibilitou conhecer significados simbólicos atribuídos pelo enfermeiro à sua experiência de papel clínico e permitiu a construção de um modelo teórico que ajuda a compreender essa experiência, fornecendo elementos empíricos para o desenvolvimento do conceito.

Desde o início da análise, as interações da pesquisadora com os dados das experiências dos enfermeiros levaram à compreensão de papel clínico como um processo psicossocial. Este caracteriza-se como um processo por se apresentar em movimento atualizado, contínuo e permanente. É psico por estar fundamentado em construções internas e em significados, e, social, porque acontece nas interações.

Enquanto processo psicossocial, a experiência do papel clínico do enfermeiro integra três domínios interacionais: o paciente, o contexto da experiência e o *self* do enfermeiro. Isto é, o enfermeiro em sua prática interage com o contexto, interage com o paciente e interage consigo mesmo. O processo de interação do enfermeiro com o paciente somente é viabilizado pela interação consigo mesmo e pela interação com o contexto, assinalando, assim, uma experiência complexa de interações.

Os dados obtidos na fase de pesquisa de campo mostraram que a experiência do papel clínico é constituída por eventos não lineares, que ocorrem de modo simultâneo e são mutuamente influenciados. Esses eventos estão representados simbolicamente por categorias conceituais construídas a partir da análise dos dados das experiências dos enfermeiros.

As categorias construídas representam os componentes da experiência do papel clínico do enfermeiro e servem para descrever o processo interacional, além de dar sustentação ao modelo teórico desenvolvido.

O conjunto das categorias exprime o significado atribuído pelo enfermeiro à experiência do papel clínico e evidencia as linhas de conectividade existentes entre as condições causais que levam ao desenvolvimento do papel clínico, à experiência em si, representada nas estratégias de ações interacionais, e às consequências ou respostas da experiência, conforme proposto por Strauss, Corbin (2008) e Charmaz (2009). Os elementos de condições causais, os de ações/interações, os de consequências e suas interrelações ocorrem de forma simultânea e representam a estrutura em que ocorre simbolicamente a experiência do papel clínico.

As categorias e subcategorias, assim como os diagramas que representam as conexões entre elas, estão expostas a seguir. A apresentação inicia-se pelos elementos de condições causais da experiência do papel clínico. Em seguida, apresentam-se os elementos de ações e interações do enfermeiro com o paciente e, por último, os elementos de consequência do papel clínico. Na última parte deste capítulo, todos esses elementos são integrados no Modelo Teórico que explana a experiência como um todo.

Para facilitar a exposição dos resultados, a palavra *pares* foi empregada para fazer referência à equipe de saúde, incluindo os demais profissionais e também o técnico de enfermagem. O termo paciente foi usado para fazer alusão à pessoa e à família ou a um grupo que se encontra sob os cuidados do enfermeiro.

### **5.2.1 Condições causais da experiência do papel clínico**

#### **TOMANDO POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA**

A categoria **TOMANDO POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA** representa uma condição causal desencadeadora da experiência do papel

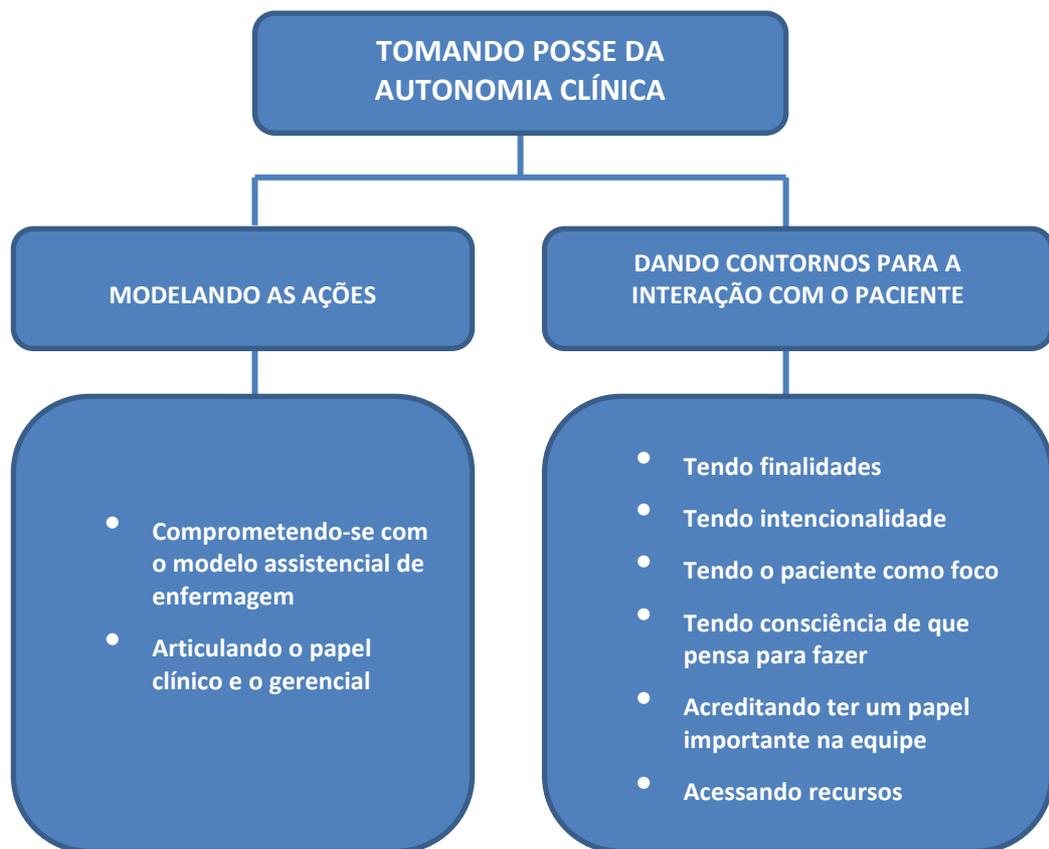
clínico, uma força a modular as relações e ações. O enfermeiro exerce autonomia clínica ao agir de forma intencional nas interações com o paciente. É condição *sin ne qua non* para que o enfermeiro estabeleça e desenvolva o papel clínico.

**TOMANDO POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA** refere-se à entrada do enfermeiro na experiência do papel clínico, quando este ainda está pensando o cuidado. O despertar do enfermeiro para o seu potencial terapêutico é o **TOMAr POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA**. Autonomia clínica é uma força que tem a característica da invisibilidade, mas está expressa nas ações e nas interações. Confere ao enfermeiro a liberdade de usar de todo o seu conhecimento e poder pensar, imaginar e planejar o cuidado. Dessa forma, o enfermeiro experimenta a autonomia na tomada de condutas, construindo e modelando o papel clínico.

“A autonomia é uma das coisas mais importantes. Porque assim, nós estudamos quatro anos, nos especializamos, estamos aqui, não é? então a gente tem todo grau de conhecimento que a gente traz e podemos usar esse conhecimento todo que a gente traz e pensar, poder imaginar o cuidado, planejar, colocar tudo isso em prática, discutir (...) com a equipe médica.” (I2)

“... a gente tem essa autonomia,...” (F48)

**TOMANDO POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA** é a categoria que integra e representa as condições causais da experiência do papel clínico do enfermeiro. **TOMAr POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA** envolve processos que permitem ao enfermeiro ir **MODELANDO AS AÇÕES** previstas para a interação com o paciente e com seus pares e, ao mesmo tempo, ir **DANDO CONTORNOS PARA A INTERAÇÃO COM O PACIENTE (Diagrama 1)**.



**Diagrama 1** - Categorias de condições causais

## **MODELANDO AS AÇÕES**

MODELANDO AS AÇÕES é uma categoria que representa as interações do enfermeiro com o contexto, que o predispõe, favoravelmente ou não, ao desempenho do papel clínico. As interações intra e interpessoais do enfermeiro processam-se dentro de um ambiente, portanto só podem ser compreendidas se conhecermos as particularidades e a forma como esse contexto influencia as percepções, definições e ações que compõem a experiência do papel clínico do enfermeiro. O *self*, juntamente com os elementos estruturais do ambiente de cuidado à saúde, com seus processos

e suas relações, determina e condiciona as interações e ações do enfermeiro na experiência do papel clínico. As interações do enfermeiro com o contexto são fatores que lhe propiciam ir **MODELANDO AS AÇÕES** necessárias à experiência do papel clínico.

A interação do enfermeiro com o paciente acontece em um ambiente com características específicas, regras, rituais, problemas, histórias e relações entre os pares que configuram a dinâmica do ambiente, **MODELANDO AS AÇÕES** na experiência do papel clínico.

Em relação à construção do papel clínico, o contexto pode se apresentar como uma base formadora e nutritiva no processo interacional do enfermeiro com o paciente e com os pares. Esse cenário oferece nutrientes e guias na modelação das ações e das estratégias do enfermeiro em seu cotidiano de interação com o paciente. O espaço institucional simbólico pode apresentar características estruturais e processuais que modelem favoravelmente o papel clínico, como ser um espaço acolhedor ao desenvolvimento do mesmo, oferecer apoio, modelos teóricos e instrumentos facilitadores. Na ausência dessas características, o cenário institucional pode ter influências negativas e ser adverso à experiência do papel clínico. As ações do enfermeiro podem, portanto, ser sustentadas ou também limitadas ou restringidas de acordo com a estrutura social institucional e de acordo com o contexto em que se dão.

**MODELAR AS AÇÕES** envolve participação ativa do enfermeiro na construção de seu papel clínico, para que possa assumir a autoria no seu desempenho, conferindo um enredo particular às interações desenvolvidas com o paciente e com os seus pares. De nada adianta o contexto ser favorável ao desempenho do papel clínico, se o enfermeiro não interage com esse contexto, **Comprometendo-se com o Modelo Assistencial de Enfermagem e Articulando o Papel Clínico e o Gerencial**. Essas subcategorias estão descritas a seguir.

## COMPROMETENDO-SE COM O MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

A interação com o contexto evidencia o enfermeiro **Comprometendo-se com o Modelo Assistencial de Enfermagem** e com os instrumentos vigentes na instituição, os quais contribuem na modelação das ações na experiência do papel clínico. Da mesma forma, **Comprometendo-se com o Modelo Assistencial de Enfermagem** simboliza comprometer-se com a filosofia e com os objetivos da instituição. Se a viabilização do papel clínico é um valor para a instituição, a mesma oferecerá estrutura e processos de trabalho que impulsionam o enfermeiro a modular suas ações nessa direção. Nesse caso, o enfermeiro não encontra dificuldades maiores para desempenhar o papel clínico, se houver de sua parte o **Comprometimento com o Modelo Assistencial de Enfermagem**.

**Comprometer-se com um modelo assistencial de enfermagem** que valoriza o papel clínico significa comprometer-se com o paciente, em sua necessidade prioritária e individual, naquele momento da interação.

A experiência do papel clínico é guiada e apoiada pelos aspectos sociais da instituição. Ou seja, os objetivos assistenciais, de ensino ou de pesquisa da instituição, bem como seus valores e modelos assistenciais influenciam na modelação do papel clínico. Essas características institucionais vão caracterizando também a experiência do enfermeiro no dia a dia, ao comprometer-se com elas. Ele partilha do compromisso assistencial da instituição com o referencial teórico adotado e acredita nos benefícios para o paciente em função desse referencial. Isto é, o referencial teórico da instituição ajusta-se como uma crença pessoal do enfermeiro.

“Então é estimulá-los mesmo a se gostarem, a se cuidarem, acho que isso é essencial, sem isso não adianta dar comida, não adianta dar remédio.” (S2)

O contexto de interação do enfermeiro com o paciente é provido de um modelo assistencial com processos e instrumentos que influenciam as

estratégias de interação do enfermeiro com o paciente. **Comprometer-se com o Modelo Assistencial de Enfermagem** reflete-se nas ações do enfermeiro. O modelo assistencial condiciona o desenvolvimento do papel clínico, quando nas ações e interações do enfermeiro possibilita e privilegia a proximidade com o paciente. Essa proximidade com o paciente acontece ao avaliar, planejar e intervir junto ao paciente. A prescrição de enfermagem é um compromisso da instituição que favorece modelar as ações em direção a tomada de posse da autonomia clínica.

“... é o momento que a gente mais desempenha papel clínico, até porque essas atividades são exclusivas nossas, o enfermeiro, ele que prescreve, a gente tem os pacientes fixos pra gente olhar, então é uma obrigação da gente fazer aquilo, não existe paciente que entre no Hospital que não tenha prescrição para as próximas 24 horas. Então, aí é o principal momento que a gente faz papel clínico”. (M21)

Assim, o papel clínico contém atividades que são exclusivas do enfermeiro, como a identificação dos diagnósticos de enfermagem (DE) e a prescrição de enfermagem. Essas atividades, por serem somente da competência do enfermeiro, representam ações que exigem momentos interacionais importantes e são essenciais na constituição do papel clínico.

Instrumentos metodológicos empregados na provisão do cuidado são facilitadores no processo de construção do papel clínico, no direcionamento e na organização do pensamento, além de promover a documentação. Acompanhar as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente, bem como os exames laboratoriais e os diagnósticos de enfermagem favorecem o desempenho do papel clínico.

“... o diagnóstico de enfermagem ajuda a direcionar o pensamento. Eu acho que ele ajuda te organizar um pouco o pensamento. Antigamente, eu lembro que eu peguei bem a transformação aqui no hospital, eu fazia aquela evolução enorme, escrita, aí depois eu fazia o levantamento dos problemas, eu lembro que eu tive a sorte de estar aqui, quando estava bem na transição, quando estava sendo desenvolvido o DE, a folha nova, e realmente você vê que organizava melhor o seu pensamento, assim, você consegue dar nome, àquilo que você está pensando, em vez de ficar descrevendo um milhão de detalhezinhos, não, você consegue

juntar alguns sinais ou algumas características, com nomes. Isso facilita bastante o pensamento, o fluir do pensamento. Além de melhorar o trabalho de escrita, porque você não precisa ficar escrevendo todos os dias, aquele monte de coisas, ... eu lembro quando a gente fazia umas evoluções enormes.” (F31)

“... eu consigo ter uma documentação boa, pra mim é bom, porque estou respaldando um monte de coisas que estou fazendo...” (M5)

Os objetivos institucionais, sejam eles de assistência, de ensino ou de pesquisa, tornam-se compromissos para o enfermeiro e são revelados em suas ações e interações. O comprometimento do enfermeiro com os objetivos de sua instituição de trabalho é observado especialmente nas dinâmicas interacionais utilizadas pelo enfermeiro no aprimoramento de seu papel clínico e enquanto membro da equipe na discussão das alterações identificadas na avaliação do paciente.

**Comprometendo-se com o Modelo Assistencial de Enfermagem** também se estende aos processos de trabalho, à supervisão da equipe de enfermagem. Essa supervisão ocorre também por meio de processo interativo, estando junto, acompanhando e orientando o técnico. Cabe ao enfermeiro realizar avaliação de desempenho desse funcionário, então esses momentos de interação também auxiliam no processo avaliativo.

“... a gente interage muito com eles (funcionários), não é? isso é bom porque a gente... como a gente também tem que fazer avaliação de desempenho deles, a gente tem que estar junto com eles, para ver a técnica, orientar direitinho. (...) Então a gente acompanha esse funcionário...”

**Comprometendo-se com o Modelo Assistencial de Enfermagem** expressa uma resposta do enfermeiro às próprias convicções, e também às expectativas que os outros significantes têm no desempenho de seu papel. Como todo compromisso, esse é cobrado pelo próprio enfermeiro e também pelos outros.

## ARTICULANDO O PAPEL CLÍNICO E O GERENCIAL

Na interação com o contexto, a categoria MODELANDO AS AÇÕES requer que o enfermeiro se comprometa com o modelo assistencial e que desenvolva a habilidade de **Articular o Papel Clínico e o Gerencial**.

Olhar a unidade como um todo, verificar as solicitações de exames, prescrever os jejuns, encaminhar as requisições de dieta, conferir o carrinho de parada são algumas das atividades de gerenciamento que favorecem de alguma forma o que será feito diretamente para o paciente. O enfermeiro divide a sua atenção entre as atividades de gerenciamento com aquelas em que interage com o paciente. Vive experiências concomitantes às do papel clínico e dedica atenção a tudo que se passa na unidade e a todos os profissionais. Na passagem de visitas, o enfermeiro vê o paciente, suas condições, avalia as necessidades de intervenção, se ele está confortável e, ao mesmo tempo, observa o ambiente clínico em geral, desde a limpeza do quarto até as atividades de rotina, como exemplo, se o paciente está com pulseira de identificação.

“... começo passar visita nos meus pacientes mais graves, aí depois eu vou dar uma olhada nas coisas de gerenciamento, vamos pensar assim, verificar os exames que tem para fazer no dia seguinte, prescrever meus jejuns, separar pedido, encaminhar requisição de dieta daqueles que podem, vou dar uma olhada nas coisas da unidade mesmo, volto para a assistência de novo, às vezes, consigo auxiliá-los em alguma troca, banho, alguma coisa que fica para o noturno, e daí, e vou fazendo as minhas atividades mesmo de enfermeira, assim, passar visita, olhar paciente, avaliar paciente, fazer as minhas evoluções...” (M7)

“... acho que as outras atividades que a gente chama de gerenciais, são variáveis que favorecem talvez, de alguma forma o que vou fazer para o meu paciente especificamente...” (M29)

Ao articular atividades de gerência com as de assistência ao paciente, o enfermeiro desempenha uma terceira atividade, que é a de supervisão da equipe de enfermagem. Ao visitar o paciente, o enfermeiro supervisiona indiretamente a equipe, quando observa se o soro está adiantado ou não, se a sonda está no lugar ou se há flebite, por exemplo.

“No momento em que estou passando visita, eu estou fazendo uma supervisão. Então assim, eu estou ao mesmo tempo vendo meu cliente, vendo como ele está, se tem alguma coisa que eu possa intervir, algum problema naquele momento, aí eu estou olhando o ambiente, se está tudo bem, se tem alguma coisa errada, fora do lugar. Então, é nesse momento que eu estou fazendo uma supervisão não direta em cima do profissional que está prestando cuidado, mas eu estou fazendo uma supervisão em cima daquilo. Naquela hora que eu estou levantando: o soro está adiantado ou não? Tem flebite? A sonda está no lugar?...”  
(150)

## **DANDO CONTORNOS PARA A INTERAÇÃO COM O PACIENTE**

A categoria DANDO CONTORNOS PARA A INTERAÇÃO COM O PACIENTE compreende o enfermeiro estabelecendo definições que conduzem e delimitam a interação com o paciente e com os pares. Dentre as definições que darão contornos ao processo relacional, se encontram: o foco da interação, as finalidades atribuídas e as estratégias a serem utilizadas. Essas definições imprimem significados em todas as dimensões da experiência que ora se estabelece.

É na interação com *self* que o enfermeiro Dá CONTORNOS PARA A INTERAÇÃO COM O PACIENTE. Na complexidade da experiência do papel clínico do enfermeiro, é central a compreensão do *self*. A interação com o *self* é a primeira delas e é a mais importante, uma vez que tornará possíveis as demais interações com o paciente ou com os pares. Do *self* do enfermeiro e do contexto emanam as forças para o exercício da autonomia que sustentam a experiência do papel clínico. Não é somente no fazer que se processam o papel clínico. A interação com o contexto e com o paciente, com a família e com os pares, mobiliza ações que são processadas na mente. Tudo é construído e processado pela mente, e aí se encontra a possibilidade do papel clínico.

DAR CONTORNOS PARA A INTERAÇÃO COM O PACIENTE é um processo cognitivo que possibilita ao enfermeiro mudar conceitos e

significados, analisar os recursos disponíveis e estabelecer suas linhas de ações.

A categoria DANDO CONTORNOS PARA A INTERAÇÃO COM O PACIENTE é representada pelas subcategorias **Tendo o Paciente como Foco, Tendo Finalidades, Tendo Consciência de que Pensa para Fazer, Tendo Intencionalidade, Acessando Recursos e Acreditando Ter um Papel Importante na Equipe (Diagrama 2).**

### **TENDO O PACIENTE COMO FOCO**

A categoria **Tendo o Paciente como Foco** destaca o enfermeiro, no seu processo interacional, tendo o paciente como outro significativo. Se o paciente é importante na situação de cuidado, então as suas perspectivas e os seus conceitos de si mesmo enquanto paciente são valorados pelo enfermeiro. **Tendo o Paciente como Foco** traz o significado simbólico, para o enfermeiro de acolhimento imediato dos critérios relacionados à saúde do paciente.

O enfermeiro interage em seu mundo simbólico valendo-se de uma comunicação interna, consciente e ativa com o *self*; ele pensa, se ocupa com suas atitudes e com as do paciente, faz perguntas, é literalmente uma conversa secreta e constante consigo mesmo, com direito às respostas, às concordâncias ou às discordâncias. Em cada situação social de cuidado vivida pelo enfermeiro, ele a interpreta simbolicamente, posiciona-se em relação a ela e determina o que é importante, como: o vínculo com o paciente é importante (F65), passar visita e olhar para o paciente é fundamental (F1, I35), a prescrição de enfermagem é uma atividade importante (F3, I35).

O enfermeiro valora o estabelecimento de vínculo com o paciente e define que na construção de seu papel clínico o foco principal é o paciente. No desempenho do papel clínico, o *self* do enfermeiro, sua mente e a

interpretação simbólica estão focalizados no paciente, ele é o mais importante e é o centro da interação.

“... mas assim, esse vínculo é importante com (...) o paciente em si”. (F65)

“... o paciente é o mais importante, tudo é em volta dele”. (T27)

## TENDO FINALIDADES

A categoria **Tendo Finalidades** apresenta as finalidades pré-estabelecidas pelo enfermeiro para a interação com o paciente.

O enfermeiro, como qualquer outra pessoa, tem a habilidade de impor controles, influências e definições ao seu *self*. Nesse sentido, o enfermeiro não responde passivamente aos comandos, mas retém a ação, considera as opções, hesita e age abruptamente ou discretamente. Age de acordo com um conjunto de conceitos apreendidos em outros ambientes de saúde ou em outras situações. O enfermeiro dá, contudo, ordens a si mesmo e age principalmente em função de suas finalidades estabelecidas para a interação com o paciente. Assim, **tendo finalidades**, torna-se guia na experiência do papel clínico.

O enfermeiro interage com o paciente **tendo finalidades** antes determinadas, como identificar suas necessidades de cuidado. Nesse sentido, o enfermeiro valora ações que possam vir ao encontro do alcance de suas finalidades interacionais, como a passagem de visita, uma vez que o enfermeiro coloca-se diante do paciente e busca informações relevantes para o planejamento do cuidado.

**Tendo finalidades** faz com o que o enfermeiro aproveite dos momentos interacionais, à beira do leito, no desenvolvimento de alguma atividade com o paciente, como administrar medicamentos, para “*visualizá-lo como um todo*” (S5) ou “*para ampliar o histórico do paciente*” (S3) ou, ainda, “*para avaliá-lo fisicamente*” (S4), fazendo, assim, o seu “*olhar clínico*”

(S6). Isso acontece porque o enfermeiro acredita na importância de fazer o histórico, o exame físico, bem como na associação das informações extraídas do histórico do paciente às suas condições físicas.

**Tendo finalidades** é ver o paciente individualmente e identificar a sua necessidade naquele momento. Então o enfermeiro avalia o paciente “*para conhecer as necessidades de cuidado do paciente*” (F55), “*para saber o que a enfermagem poderá fazer para ele se sentir melhor*” (F57), “*para saber o que a enfermagem poderá fazer para melhorar seu estado*” (F56) e “*para saber o que a enfermagem poderá fazer para o paciente ficar melhor*” (F58).

“... para poder ver individualmente, o que aquele paciente realmente está necessitando naquele momento”. (A30)

Ao interagir com o paciente no planejamento da alta hospitalar, o enfermeiro encontra também finalidades como: planejar a alta para que o paciente consiga levar uma vida diferente em relação à que ele tinha antes ou planejar a alta para que o paciente consiga levar pelo menos uma vida melhorada em relação à que ele tinha antes.

“Na hora que eu estou dando alta, que eu estou pegando tudo que eu sei sobre esse paciente, toda convivência, todo tempo, histórico familiar dele, para tentar fazer com que em casa ele consiga levar uma vida diferente, ou pelo menos melhorada com relação à que ele tinha antes”. (I41)

**Tendo finalidades** é pautado pela pergunta “*O que fazer para o paciente ficar melhor?*” que guia o pensar e o agir do enfermeiro no processo interacional do papel clínico.

A direção e o controle do *self* permitem ao enfermeiro alinhar as finalidades da interação de acordo com as perspectivas do próprio paciente ou dos pares, quando é necessário um comportamento cooperativo.

Enfim, **tendo finalidades** implica o desejo de oferecer a melhor assistência.

“Para mim, é muito importante saber aonde é que ele faz o tratamento, se ele deixou de fazer o tratamento, que a gente já começa a fazer toda associação, de que realmente, por que que ele chegou a essa diabetes descompensada. Então eu procuro tudo isso, todas essas informações para depois realmente dar a melhor assistência aqui,...” (N31)

## TENDO CONSCIÊNCIA DE QUE PENSA PARA FAZER

A categoria **Tendo Consciência de que Pensa para Fazer** expressa a interação internalizada do enfermeiro com ele mesmo. Ele pensa, então interage com sua mente. É essa a função central do *self* do enfermeiro, servir como um objeto de interação simbólica, seja com ele mesmo, seja com o paciente, sua família ou com os pares. A interação com o paciente leva o enfermeiro a comunicar-se com o seu eu, a analisar; ele não fica face a face com o paciente sem pensar. O enfermeiro pensa e classifica as coisas para si mesmo, interpreta silenciosamente a situação em que se encontra. Ele indica ao *self* informações referentes ao que está envolvido naquela situação, como por exemplo: paciente, família, equipe, instrumentos ou processos de trabalho, recursos disponíveis ou o fator tempo. Também o enfermeiro aponta para si a sua posição na situação analisada. Ele usa do mecanismo de interação com o *self* para formar e guiar a sua conduta na experiência do papel clínico.

O enfermeiro interage com o paciente pensando, uma vez que o papel clínico reflete um pensar e um fazer. Ele acredita na similaridade do papel clínico ao raciocínio clínico e no uso de um raciocínio mais apurado.

“Papel clínico?... acho que meio similar, o raciocínio clínico.” (A20)

“Acho que é às vezes que você usa raciocínio mais clínico, mais apurado, assim, de olhar... de olhar pensando...” (F17)

O “eu” do enfermeiro aponta ao *self* o significado atribuído à atividade mental do raciocínio clínico. Esse é indicado como fundamental no alcance de resultados ao viver a experiência do papel clínico.

Por muitas vezes, o enfermeiro pensa que faz as coisas de forma automática.

“Muitas vezes fazemos as coisas automaticamente, está fazendo uma coisa, tem que fazer outra, você tem que dar café para um, aí chama para atender ao telefone, (...) Falamos: meu Deus, por que falamos, será que estamos virando tão mecânico assim? Porque daqui a pouco vão por robosinhos, não vai mais precisar de enfermeira”. (S7)

Após refletir, o enfermeiro nega o pensamento do automatismo e percebe o tanto que pensa para fazer, percebe que analisa tudo para fazer e tudo que faz tem um fundamento. Nesse momento de interação dele com o *self*, emerge a consciência de que ele, o enfermeiro, pensa para fazer e se conscientiza da interação existente entre o pensamento e a ação.

“... percebo o tanto que pensamos para fazer. Não é tanto assim automático talvez não pare, mas tudo tem um fundamento. E isso dá um alívio, uma tranquilidade, (...) Estou pensando para fazer, porque às vezes é tudo tão rápido. (...) Não, não, pensamos tudo para fazer, analisamos”.(S8)

O enfermeiro apropria-se do seu papel clínico, que é caracterizado por ele como “*algo que dá trabalho*” (N37), algo trabalhoso, que não é automático, pois demanda associações, demanda raciocínio clínico.

## TENDO INTENCIONALIDADE

Na experiência do papel clínico o enfermeiro interage com o paciente, com a família ou com os pares **Tendo Intencionalidade**.

O *self* serve como uma base ou uma âncora para que o enfermeiro na sua individualidade examine a situação de cuidado em que se encontra e suas prováveis repercussões. O *self* também permite ao enfermeiro fazer julgamentos e propor ações para tal situação. Até mesmo testar essas ações na sua imaginação antes de serem colocadas na prática. Passar visita, evoluir, planejar a assistência e a alta não são atividades que unicamente

fazem parte da rotina de trabalho, mas acontecem por causa da **intencionalidade**.

O agir intencional está firmado no pensamento e no raciocínio clínico. O raciocínio clínico é declarado na interação, pelo “olhar” e pela “conversa” do enfermeiro com o paciente. Não é uma simples conversa, um simples levantamento de informações, ou um olhar simplesmente. É uma reflexão das informações obtidas, associadas a um olhar amplo que abrange a patologia, que pensa na patologia, mas também em outras questões envolvidas. É, portanto, um entendimento do que acontece com o paciente.

“Acho que a hora que eu faço evolução, que é junto ao exame físico, a conversa, não é? com o paciente, que não é o mesmo que o histórico, mas a conversa com o paciente...” (F11)

“... pensar na patologia, pensar no que o paciente está apresentando, conseguir realmente fazer uma evolução, que esse é o papel da gente”.(M18)

“Nessa hora eu estou olhando para o paciente, eu estou olhando para a patologia do paciente, eu estou olhando para questões sociais do paciente que estão envolvidas”. (I27)

O enfermeiro vê o exercício do raciocínio clínico composto basicamente por três questões: o que o paciente está apresentando? Por que o paciente está apresentando essas manifestações? E o que o farei com essas informações?

“... de olhar pensando em: o que o paciente está me apresentando, porque que ele está apresentando e o que o que vou fazer com isso, com essa informação que eu tenho”. (F19)

“É raciocinar, você está raciocinando em cima daquilo que você achou que é”. (A27)

Uma operação enfatizada pelo enfermeiro no raciocínio clínico é a associação - associar a conversa ao exame físico realizado, associar os fatores intervenientes em um determinado processo de doença e suas manifestações clínicas.

“Aqui, eu estou olhando aquilo ali, não é? Então, a gente tem que ver por que que está acontecendo isso, qual o motivo de estar acontecendo isso, ou por que de repente o paciente é obeso, ou por que não está se alimentando, por que a ferida tem uma série de... tem uma série de coisas que envolvem a ferida, não é só mudança de decúbito? Então você começa a visualizar um monte de coisas...” (A38)

“Para mim é muito importante saber aonde é que ele faz o tratamento, se ele deixou de fazer o tratamento, que a gente já começa a fazer toda associação, de que realmente, porque que ele chegou a essa diabetes descompensada.” (N33)

**Tendo Intencionalidade** é olhar pensando e fazer associações entre as informações colhidas na conversa com o paciente e no exame físico e, em seguida identificar o diagnóstico de enfermagem. **Tendo intencionalidade** é preocupar-se, é pensar e perguntar: o que o paciente precisa de mim nesse momento? O que seria importante para aquele paciente? O que poderia fazer para melhorar o estado do paciente? É pensar no diagnóstico de enfermagem. **Tendo intencionalidade** é olhar pensando e julgar a melhora ou a piora do diagnóstico de enfermagem identificado para aquele paciente.

“O que eu poderia fazer para melhorar? É nessa hora que eu estou levantando as necessidades, o que eu acho que é importante para aquele paciente que está sendo atendido”. (I55)

Ou realmente olhar para aquele e achar que aquele está melhorando ou piorando,... ” (M20)

Naturalmente, as associações também influenciam a prescrição de enfermagem, porque o enfermeiro associa as informações colhidas no exame físico à conversa com o paciente, e também ao diagnóstico identificado e prescreve. Portanto, a prescrição de enfermagem não é protocolar; pelo contrário, é pensada e fundamentada no exame físico, no histórico, no raciocínio e no julgamento clínico.

**Tendo Intencionalidade** é solicitar aos pares avaliação do paciente estabelecida no raciocínio clínico. É saber olhar o paciente, identificar o que

é relevante e fazer as intervenções necessárias antes de chamar o avaliador.

“... a gente não fala por falar, entende? A gente não vai simplesmente falar: olha! Vai olhar lá o paciente, viu? Não?... fiquei muito tempo à noite, principalmente à noite, à noite a gente fica muito sozinha (...) Assim, é o saber olhar o paciente e falar: - você precisa ir lá e ver o paciente agora ou olha: - eu auscultei, vi a saturação, coloquei uma venturi, já conversei com o paciente, já expliquei pra ele por que, eu acho que vale a pena dar uma conversada com ele, dar uma olhada nele. Mesma coisa, você pensa na fono, olha aquele paciente está apresentando engasgo, ele tosse, o que ele apresenta que eu posso direcionar e pedir uma avaliação da fono,...” (F36)

## ACESSANDO RECURSOS

**Acessar Recursos** é uma estratégia empregada pelo enfermeiro no preparo e no aprimoramento de seu papel clínico. Na experiência do papel clínico, o enfermeiro **Acessa Recursos**, como o conhecimento armazenado, a experiência profissional, a capacidade cognitiva, o raciocínio clínico, a interação com os colegas e outros.

O enfermeiro reconhece que tem uma bagagem de conhecimentos necessária ao desempenho de seu papel clínico. Ele usa de todo seu conhecimento em toda a extensão do seu papel, desde a avaliação do paciente, na identificação do diagnóstico de enfermagem e no planejamento da assistência. Ao pensar o cuidado, o enfermeiro utiliza conhecimentos de anatomia, de fisiologia, de bioquímica, das patologias, das classificações de diagnósticos e de intervenções de enfermagem, entre outros. Exemplificando, o conhecimento sobre as patologias é empregado no entendimento das respostas apresentadas pelo paciente, no direcionamento do exame físico, ao pensar nas intervenções a serem realizadas, nas orientações a serem dadas ou mesmo para justificar condutas de enfermagem junto ao paciente.

*“Então, meu papel clínico é avaliar o paciente mesmo, como os conhecimentos de tudo, de anatomia, de fisiologia, de bioquímica...” (N21)*

“... estudo doenças que eu nunca conhecia, que eu não sabia que tinha! Eu vi uma vez, em tal lugar, então deixa eu ver, quais são as repercussões disso tudo? não é? O que esperar? Por exemplo ... DPOC, o que eu espero de um paciente que tem DPOC, que isso direciona um pouco meu exame físico, direciona assim a minha prescrição de enfermagem. Quer dizer, não dá para separar o DM no DE, não que eu use o DM no DE, mas assim ... ele faz parte do que esperar de resposta do paciente, e até uma coisa que orientar o paciente, explicar para ele, por que está acontecendo tudo aquilo? Por que a gente está vendo saturação, por que a gente está com cateter, deixa sem o cateter, até pra justificar nossas condutas também. Da mesma forma, também, eu tenho que estudar o NANDA várias vezes, eu tenho que pegar os diagnósticos de enfermagem da NANDA, ler, tirar dúvidas, alguns diagnósticos que são mais parecidos, principalmente agora o novo, que tem o NANDA novo, tem alguns diagnósticos que ainda estou me familiarizando com eles. A gente não tem ainda o ... ai como é que chama? O NIC, das intervenções? Mas assim, você tem que estudar pra poder pensar o que você vai colocar de prescrição...” (F22)

Fundamentado no histórico e no exame físico do paciente, o enfermeiro dispõe e integra o conhecimento clínico ao identificar o diagnóstico de enfermagem e ao pensar o que pode ser implementado para o paciente.

*“... vejo papel clínico na forma de você pensar em fisiologia, daquilo que você pode implementar para aquele paciente da avaliação, eu entendo como isso”. (M28)*

**Acessar Recursos** é também integrar o conhecimento armazenado com o histórico do paciente no planejamento de sua alta hospitalar.

“Na hora que a gente evolui um paciente, a gente está fazendo todo um planejamento da assistência, um planejamento clínico, usando todo meu conhecimento clínico. Na hora que eu estou dando alta, que eu estou pegando tudo que eu sei sobre esse paciente, toda convivência, todo tempo, histórico familiar dele, pra tentar fazer com que em casa ele consiga levar uma vida diferente, ou pelo menos melhorada com relação à que ele tinha antes. Então, eu acho que assim, é uma das horas em que a gente mais atua, assim, que a gente está colocando tudo que a gente aprendeu, todo conhecimento que a gente tem.” (I39)

Ter conhecimentos, portar essa bagagem de conhecimento influi diretamente no desenvolvimento do papel clínico, pois este depende do domínio do conhecimento. Possuir conhecimentos dá sustentação ao papel clínico. É importante para o enfermeiro, no desenvolvimento de seu papel clínico, ou até mesmo essencial saber o por que de prescrever aquela intervenção de enfermagem.

“... então, se a gente prescrever um curativo, prescrever um cuidado de enfermagem, sabendo por que eu estou pedindo para mudar esse paciente de decúbito, por que eu estou pedindo pra esse paciente permanecer no leito ou na cadeira, no CO2 ou até tal dia,...” (F51)

“Então, acho que meu papel clínico é ter essa bagagem, esse conhecimento, sim, mesmo na hora em que eu for fazendo o exame físico, fazendo o histórico para depois chegar a um diagnóstico, a uma prescrição de enfermagem. Acho que isso é o meu papel aqui,...” (N27)

**Acessar Recursos** inclui acessar funções cognitivas como o raciocínio clínico.

“... você usa raciocínio mais clínico, mais apurado,...” (F17)

O enfermeiro articula atividades do seu papel clínico e de gerência. Ele interage com o paciente ao mesmo tempo em que vê o ambiente e supervisiona o funcionário. E tem consciência que isso poder trazer prejuízos no desenvolvimento de seu papel clínico, por isso dispensa maior atenção no desempenho de algumas atividades. Além de prestar atenção em tudo que se passa na unidade e em todos, a atenção é também um recurso empregado para evitar erros. Por exemplo, ele avalia com atenção a prescrição de medicamentos para não cometer erros, para não se esquecer de colocar horário em alguma dose e de pedir uma medicação que ora se inicia.

“... ler realmente o que aconteceu com o paciente, colocar o horário, que a gente coloca em primeiro, coloca o horário das medicações aqui. Então a gente coloca é realmente de uma forma mais... é, não tão rápida, como... onde possa estar realmente avaliando, para não acontecer erros, esquecimentos de alguma dose ou mesmo esquecer de pedir uma medicação que vai começar”. (N13)

**Acessando Recursos** também compreende estratégias do enfermeiro de interação com os pares na tentativa de aprimorar seu desempenho no papel clínico e por isso atribui valor à troca de experiências com os colegas.

O enfermeiro dispõe de outros colegas com quem pode partilhar as suas dúvidas, as suas inquietações, as suas experiências. Busca por momentos em que ele terá a oportunidade de interpretar sua experiência, de discutir os significados atribuídos e consultar o colega, de tirar dúvidas, como nos julgamentos clínicos que faz.

“... e tem a hora também de você discutir algumas coisas, diagnóstico de enfermagem aqui, você acha que é pertinente? A gente conversa muito sobre isso. A clínica foi o piloto do impresso diagnóstico, (...) a gente faz, quando a gente tem dúvida, a gente pergunta, não é?” (A1)

“... a ferida? acho que aumentou, não é? Aí, e a gente vai... o que a gente acha? O que a gente vai passar aqui? Aí, entre os colegas, a gente chama um ao outro.” (A19)

Em seu ambiente de trabalho, quando ele se depara com situações de difícil resolução, procura outro enfermeiro que possui mais facilidades em tal área.

“Claro que têm coisas que são mais fáceis para mim, outras são mais difíceis. E procuramos uma colega que tem mais facilidade, então isso é muito rico para nós. Isso é muito bom de ter outros profissionais, assim ter outras enfermeiras atuando. Quando comecei, eu era sozinha no hospital inteiro, na minha ala eu era sozinha, só tinha a chefe que mal encontrava, tinha até período que ela nem ficava. Então era muito difícil, muito solitário e não trocava experiências, não trocava dificuldades. E aqui não, aqui muito bom por isso, tem com quem trocar, com quem discutir, discutir bastante, têm bastantes divergências. Você vai ver, só. Na hora do café, é o momento de... porque ontem o Sr. José, aquele paciente que... estava falando dele, ele estava comigo, entendeu? (...) Então trocamos experiências, choramos juntos, rimos juntos”. (S13)

A relevância de o enfermeiro buscar o aprimoramento é criar condições para que outras experiências de interação e ação sejam desenvolvidas com mais êxito. No processo de verbalização e explicitação

de cada uma das etapas boas e ruins da experiência, o enfermeiro compartilha conhecimentos e emoções, identifica aspectos positivos ou negativos e faz uma reavaliação de seus conceitos a respeito da mesma. A partilha permite ao enfermeiro fortalecer os seus conceitos, quando em concordância com o sentido atribuído, ou dar-lhes novos significados e transformá-los. Por meio da partilha das experiências, o enfermeiro identifica suas certezas e também suas debilidades e incertezas.

### **ACREDITANDO TER UM PAPEL IMPORTANTE NA EQUIPE**

A categoria **Acreditando Ter um Papel Importante na Equipe** expressa a visão do enfermeiro sobre a sua importância na equipe.

No contexto de interação do enfermeiro com a equipe, ele se depara também com as regras e perspectivas dos participantes da mesma. O *self* torna-se um objeto a ser definido não só pelo próprio enfermeiro, mas também por seus colegas. A percepção pelo enfermeiro do julgamento definido pelas pessoas que estão ao seu redor é importante ao próprio enfermeiro, já que são significados atribuídos à sua experiência de papel clínico junto à equipe. Ao longo do tempo, essas características percebidas são agregadas à identidade de enfermeiro e são confirmadas a cada dia nas interações, como **Acreditando Ter um Papel Importante na Equipe**. É uma fonte de motivação para o enfermeiro sentir que seu papel desempenhado é considerado pelos pares.

Oferecer a melhor assistência ao paciente não é algo restrito somente à atuação de um profissional, depende também do desempenho de toda a equipe. A dinâmica e as estratégias de desempenho utilizadas pelos participantes terão relevância no alcance das metas interacionais definidas pela equipe. O enfermeiro tem a percepção de que o que ele faz é uma importante contribuição dentro da equipe que compõe. A equipe usa do olhar do enfermeiro, consultando no prontuário do paciente a evolução de

enfermagem, o histórico, a avaliação, os diagnósticos de enfermagem e a prescrição.

“E se tem alguma coisa que eu possa colaborar para que a equipe médica... sempre eu acabo colaborando para eles. Alguma coisa que eles não sabem, alguma coisa que no nosso tópico, nós conseguimos obter essa informação da família, e que eles não conseguiram, nós temos o papel de informá-los, é o que a gente faz”. (N20)

“Eu canso de ver o pessoal de outras áreas olhando nossa evolução, olhando os nossos diagnósticos, olhando as nossas prescrições, para ver o que a gente está fazendo, então o reconhecimento. Então, assim eu acho que isso já existe, assim, a valorização disso”. (F53)

O fato de o enfermeiro sentir-se um componente ativo da equipe faculta a ela elaborar discussões com a mesma, pautadas nas avaliações do paciente. A instituição oferece uma equipe de trabalho e o enfermeiro, ao agir junto a essa equipe, sentindo-se um colaborador fundamental da mesma, constrói, então, seu papel clínico no dia a dia.

“... você identifica alguma coisa, você consegue avaliar seu paciente, identificar seu paciente, identificar alguma coisa de errado ali, fazer discussão com equipe médica”. (M22)

O enfermeiro **Acreditando Ter um Papel Importante na Equipe** implica consequências no seu comportamento, nas suas ações cotidianas; levando em consideração que essa percepção reforça o seu compromisso de interação no papel clínico.

### 5.2.2 Interações e ações do enfermeiro na experiência do papel clínico

#### EXERCENDO AUTONOMIA CLÍNICA

Essa categoria representa os elementos de interações e ações do enfermeiro com o paciente e constitui a competência do papel clínico.

**EXERCER AUTONOMIA CLÍNICA** é um processo interacional decisivo que determina os objetivos e as estratégias intencionais de envolvimento nas mudanças do paciente.

No contexto de proximidade com o paciente, o enfermeiro inicia a estratégia interacional de caráter cognitivo atribuindo significados e construindo o cenário para viver a experiência do papel clínico. O enfermeiro confessa a proximidade física e também mental necessária para que consiga envolver-se nas mudanças do paciente. Ele procura estar junto, próximo do paciente, procura ver, olhar, olhar realmente, olhar de verdade, ver como ele está e conversar com ele. E é essa experiência de “*olhar*” o paciente que fornece subsídios ao enfermeiro para planejar a assistência e a vigilância do paciente **EXERCENDO AUTONOMIA CLÍNICA**

“... ah, olhar os meus pacientes, olhar para eles de verdade, tipo, tem aqueles que estão bonzinhos e poder dar risadas com eles, aqueles que estão mal é uma forma pelo menos de eu conseguir identificar aquilo que eu vou ter pela frente, quanto tempo de mal que está aquilo, quanto tempo eu preciso voltar nele. Acho que isso é o mais importante, olhar para eles.” (M11)

**EXERCER AUTONOMIA CLÍNICA** refere-se a uma presença verdadeira e compromissada com o paciente. E muitas são as atividades que o enfermeiro realiza “face a face” com o paciente por meio dessa interação, como passar visitas e saber olhar o paciente (I21, T5, F36); olhar a ferida (A38); olhar para o paciente grave e conseguir planejar a sua vigilância (M12). É **EXERCENDO AUTONOMIA CLÍNICA** que o enfermeiro realiza atividades como avaliar o paciente e saber do que ele precisa de assistência, planejar e fazer uma intervenção melhor para esse paciente.

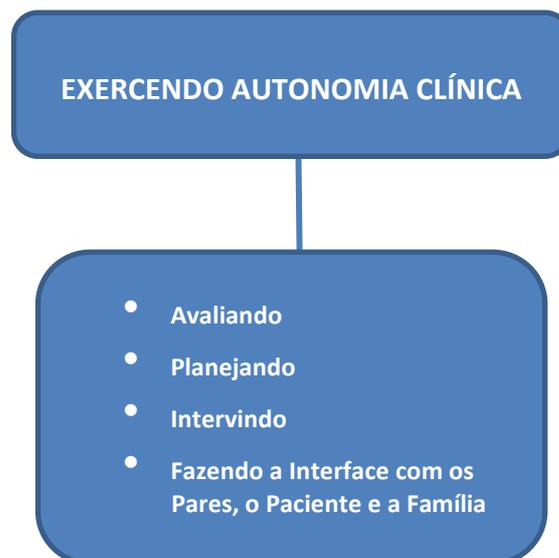
O **EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA** oferece elementos para o enfermeiro argumentar e conduzir discussões entre os profissionais. São momentos em que o enfermeiro **EXERCITA SUA AUTONOMIA CLÍNICA** na busca da melhor resolução para uma determinada ocorrência.

O enfermeiro reconhece no seu cotidiano a experiência do **EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA** que o motiva, é um estímulo a dar sentido no seu dia a dia.

“Isso é muito estimulante! Seria muito ruim a gente não poder fazer nada do que a gente aprendeu, do que a gente planejou, não poder discutir o que a gente está pensando, vendo, planejando com ninguém, se a gente tivesse que pegar todo nosso conhecimento e tacar na gaveta, então... isso é muito ruim!” (17)

O conjunto de estratégias e ações estabelecidas pelo enfermeiro no **EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA** implica o funcionamento interacional da equipe. De tal modo reflete na confiança da equipe, o que, por conseguinte pode favorecer a interface, configurando um movimento circular e evolutivo. Ao mesmo tempo em que a autonomia clínica se torna importante na sustentação do papel clínico, o exercício do papel clínico potencializa o senso de autonomia do enfermeiro.

A categoria **EXERCENDO AUTONOMIA CLÍNICA** é integrada pelas subcategorias **Avaliando, Planejando e Intervindo e Fazendo a Interface com os Pares, o Paciente e a Família (Diagrama 2)**.



**Diagrama 2** - Categorias de interações e ações

## **AVALIANDO**

No contexto social, o enfermeiro está continuamente **Avaliando** o paciente. **Avaliando** refere-se a uma série de eventos, quando o enfermeiro se encontra face a face com o paciente e sua história, suas perspectivas, seus valores, seus costumes e também suas ideias bem como suas condições físicas. O enfermeiro, ao desenvolver o processo mental **Avaliando**, comunica com o paciente, colhe seus dados, realiza exame físico, acompanha as manifestações clínicas e os exames laboratoriais com o objetivo principal de conhecer as necessidades de intervenção. De tal modo, passar visitas tem o significado de uma atividade fundamental na experiência do papel clínico.

“Acho que passar visita é fundamental, assim, em qualquer dia de trabalho”. (I58)

“Eu acho que uma das mais importantes (atividades) é passar visita”. (I44, T1)

“Tudo é importante, não é, mas eu acho que o momento mais importante é o momento de passar visita, porque a passagem de plantão é muito importante porque te traz uma visão de como vai ser sua tarde, mas assim, passar visita, eu acho que também é importante, quando eu não consigo passar visitas com todo mundo, eu fico um pouco angustiada, porque eu não vi o rosto de todos eles, eu não sei o que realmente está acontecendo, só são as informações que eu tenho. Então, eu acho que isso é uma das coisas mais importantes”.(T1)

Na dinâmica do **Avaliando**, o enfermeiro busca identificar o paciente e alguma coisa que possa estar errada com ele.

“... você consegue avaliar seu paciente, identificar seu paciente, identificar alguma coisa de errada ali...”

O enfermeiro **Avaliando** o paciente diagnostica seus problemas, analisa-os, faz um julgamento e identifica o diagnóstico de enfermagem.

“... a gente faz nossas evoluções diárias, que é realmente você olhar para seu paciente, fazer exame físico, lá no caso do hospital, a gente faz diagnóstico...” (M13)

Interagindo com o paciente, o enfermeiro não deixa de observar uma sequência lógica nas estratégias de interação, quando ele usa das informações da avaliação para fazer o diagnóstico de enfermagem. Tal fato caracteriza **Avaliando** como uma estratégia de interação fundamental no desempenho do papel clínico, considerando que desencadeará as demais, como **Planejando e Intervindo**.

“... fazendo o exame físico, fazendo o histórico para depois chegar a um diagnóstico,...” (N28)

“... dentro dessa visita têm os pacientes que a gente evolui, então são os pacientes que a gente examina, então a gente faz exame físico, depois do exame físico faz o diagnóstico de enfermagem, depois a prescrição de enfermagem, então isto também é importante,...” (T5)

“... eu faço evolução, que é junto ao exame físico, à conversa com o paciente, que não é o mesmo que o histórico, mas a conversa com o paciente, juntar isso e escolher o diagnóstico de acordo com a NANDA, que é o que usa aqui, e juntar isso você tem que saber o que você vai fazer de prescrição para o paciente.” (F11)

“Para mim, é muito importante saber aonde é que ele faz o tratamento, se ele deixou de fazer o tratamento, que a gente já começa a fazer toda associação, de que realmente, por que que ele chegou a essa diabetes descompensada. Então eu procuro tudo isso, todas essas informações para depois realmente dar a melhor assistência aqui,...” (N31)

## PLANEJANDO

Na interação com o paciente, o enfermeiro assume as necessidades do paciente para determinar ações de enfermagem que potencialmente influenciam sua recuperação. Ao selecionar intervenções a serem feitas, o enfermeiro está tomando decisões e **Planejando**.

A tomada de decisão do enfermeiro no **Planejamento** é pautada pela busca de algo diferente para o paciente, pela procura do que é melhor e tudo o que ele precisa, sem se esquecer de algo que possa auxiliar no processo de recuperação. O planejamento é elaborado para um período de 24 horas.

“... vou estar passando visitas, vendo os pacientes, planejando alguma coisa diferente para eles...” (I19)

“Na hora que a gente evolui um paciente, a gente está fazendo um planejamento da assistência, um planejamento clínico...” (I39)

“... prescreve as atividades que a gente quer que sejam realizadas nas próximas 24 horas”. (M17)

**Planejando** o que é melhor para o paciente ressalta a característica da individualização da experiência, pois o que é melhor para um pode não ser o melhor para o outro.

“... eu estou olhando uma ferida. Então, a gente tem que ver por que está acontecendo isso, qual o motivo de estar acontecendo isso, ou por que de repente o paciente é obeso, ou por que não está se alimentando, porque a ferida tem uma série de coisas que envolvem a ferida, não é só mudança de decúbito, não é? Então você começa a visualizar um monte de coisas, eu acho que papel clínico é prescrever uma coisa que é melhor para aquele paciente, e assim, um curativo melhor. É uma intervenção que você está fazendo. Você está examinando aquele paciente, você está ali com ele...” (A38)

Da mesma forma que na **Avaliação**, no **Planejamento**, o enfermeiro observa a sequência de estratégias interacionais ao fazer a prescrição após ter identificado o diagnóstico de enfermagem. Assim, uma etapa depende da outra, ou seja, a prescrição de enfermagem está fundamentada na avaliação e no diagnóstico de enfermagem.

## INTERVINDO

Ainda **EXERCENDO AUTONOMIA CLÍNICA**, o enfermeiro apresenta-se **Intervindo** junto ao paciente, por exemplo, quando ele está deixando a instituição, ao promover as orientações em relação aos cuidados e a outros tratamentos a serem feitos.

“... tem também a internação, a gente colhe os dados do paciente, o exame físico e por consequente, e alta, que é também muito importante, é onde a gente dá orientação, mostra os cuidados, as medicações, que também é nosso papel”. (T11)

“... papel clínico, do enfermeiro de estar fazendo isso, a orientação, porque a orientação é aquilo que você tem o conhecimento e você vai passar pra outra pessoa...” (A46)

Também a **Intervenção**, em consequência do **Planejamento**, carrega em si a questão da individualidade, em fazer a intervenção melhor para aquele paciente.

## **FAZENDO A INTERFACE COM OS PARES, O PACIENTE E A FAMÍLIA**

A categoria **Fazendo a Interface com os Pares, o Paciente e a Família** é uma estratégia de interação e ação no desempenho do papel clínico e, ao mesmo tempo, é uma resposta do envolvimento do enfermeiro na criação de mudanças no paciente.

“Quando eu desenvolvo meu papel clínico, é a partir dele que eu consigo fazer essa interface com a equipe, não é? Que senão eu não conseguiria avaliar, conversar com a nutricionista – olha ele não gosta disso, - mas olha ele comeu bem outro dia, aí, - você viu como que está vindo a dieta dele? dá para mandar mais alguma coisa pra ver se ele come? Aí: - olha aquele paciente está roubando sal dos outros, então, conversa de novo a nutricionista com ele, eu acho que se a gente não fizer isso não tem vocabulário, não tem argumentos pra conversar com a equipe.” (F72)

A interface desempenhada pelo enfermeiro é descrita em vários contextos; do paciente com sua família, do paciente com a equipe de saúde, da família com a equipe de saúde e entre a equipe de saúde.

“Ser enfermeira? (...) um elo entre paciente e equipe, família, entre equipe de trabalho dos funcionários.” (I9)

O enfermeiro, em sua experiência do papel clínico, apresenta-se **Fazendo a Interface com os Pares, o Paciente e a Família**, já que está sempre atento a tudo que acontece na unidade e com todos os profissionais, sobretudo naquilo que se refere ao paciente. É essa “atenção a tudo” que favorece ao enfermeiro desempenhar a interface.

“E outra coisa muito importante é a interface entre a equipe médica, a equipe de nutricionista, a equipe de fisioterapia, a família, o paciente, a gente faz muito esse papel (...) A gente está sentada aqui, mas a gente está ouvindo, se passar alguém gritando, eu vou ouvir, a gente está o tempo inteiro prestando atenção em todos os profissionais, em todo mundo que está falando de todos os pacientes, eu acho que essa interface é muito importante,...” (F4)

A complexidade do **Fazendo a Interface com os Pares, o Paciente e a Família** pode ser observada em um processo avaliativo, por meio do qual o enfermeiro levanta alterações ou problemas no estado do paciente, identifica o que é relevante, faz as intervenções necessárias, direciona as informações, solicita avaliação aos pares e acompanha os resultados da mesma.

“... Trabalha todo mundo junto, por exemplo, a fonoaudióloga, quem acaba percebendo na maioria das vezes, tipo, paciente está engasgando, somos nós, então, se ele está com alguma dificuldade de fala, é o enfermeiro, a enfermagem na verdade que acaba diagnosticando, ela que chama a fono pra avaliar, na equipe médica, na verdade com todos eles, a enfermagem que tem a maior parte do contato com eles, então é ela que presta atenção na maioria das coisas que acontece, nas coisas diferentes que acontecem, então é muito importante a avaliação clínica para que você consiga mesmo alertar o resto da equipe para uma situação nova que está acontecendo que na maioria das vezes nós somos o primeiro a observar.” (T28)

“... Assim, é o saber olhar o paciente e falar: - você precisa ir lá e ver que o paciente agora ou olha: - eu auscultei, vi a saturação, coloquei uma venturi, já conversei com o paciente, já expliquei para ele por que, eu acho que vale a pena dar uma conversada com ele, dar uma olhada nele. Mesma coisa, você pensa na fono, olha aquele paciente está apresentando engasgo, ele tosse, o que ele apresenta que eu posso direcionar e pedir uma avaliação da fono, (...) a gente fala com a equipe da fisioterapia, - e aí? Você auscultou? Como que foi? Tamponou? Fez tapotagem? Conseguiu? Não é? Expectoraou? Ou não?...” (F36)

### 5.2.3 Consequências da experiência do papel clínico do enfermeiro

#### EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA

A categoria **EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA** expressa uma consequência da interação do enfermeiro com o paciente, configurando-se como a grande resultante da experiência do papel clínico.

#### EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA

reflete a sensação de poder e de alcance de resultados, conferida ao enfermeiro no desempenho do papel clínico, seja em relação à avaliação, ao planejamento do cuidado ou, ainda, fazendo a interface com outros. Papel clínico é uma competência que se articula como uma forma de poder; é o poder mediado pela autonomia clínica.

“A autonomia por que, assim, nós estudamos quatro anos, nos especializamos, estamos aqui. Então a gente tem todo grau de conhecimento que a gente traz e podemos usar esse conhecimento todo que a gente traz e pensar, poder imaginar o cuidado, planejar, colocar tudo isso em prática,...” (I1)

“O NIC, das intervenções, não é? Mas assim, você tem que estudar para poder pensar o que você vai colocar de prescrição,...” (F30)

“... por ter esse papel clínico, por conseguir assumir esse papel clínico de... vou entender o que está acontecendo com o paciente, vou saber examinar o paciente, vou saber o que está acontecendo com ele. A gente tem mais... não seria mais argumentos, mais segurança, mais propriedade para conversar com a equipe médica, para conversar com a equipe da nutrição, da fisio, da fono e todo mundo, não é?” (F32)

“Quando eu desenvolvo meu papel clínico, é a partir dele que eu consigo fazer essa interface com a equipe, não é?” (F72)

“... a gente está o tempo inteiro prestando atenção em todos os profissionais, em todo mundo que está falando de todos os pacientes, eu acho que essa interface é muito importante, eu acho que a gente consegue... a enfermeira profissional que consegue fazer isso”. (F10)

Como consequência da interação com o paciente e interagindo consigo mesmo, o enfermeiro vivencia um fortalecimento da autonomia ora assumida, caracterizando um movimento progressivo e circular. O enfermeiro encerra a experiência do papel clínico **EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA**, em consequência das mudanças experimentadas e essa definição de empoderamento é incorporada nas suas próximas vivências. A experiência do papel clínico revigora, além da autonomia, a confiança da equipe no enfermeiro, contribuindo para a realização de uma boa enfermagem.

“Então eu acho que (papel clínico) te dá autonomia e confiança da equipe, (...) eu acho que a gente conseguiu aqui no Hospital demonstrar que fazendo tudo isso a gente consegue fazer uma boa enfermagem, então a gente consegue uma confiança da equipe, não é? Então a equipe médica confia e ... a gente tem essa autonomia,...” (F46)

**EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA** é integrada pela categoria **AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA**, que por sua vez é constituída pela subcategoria **Tendo Segurança no que Faz (Diagrama 3)**.



**Diagrama 3** - Categorias de consequências

## **AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA**

A categoria AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA é a interpretação pelo enfermeiro do papel clínico desempenhado por meio da ativação, intencional ou não, de valores, crenças e atitudes envolvidas na experiência.

AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA desencadeia formas alternativas, simultâneas ou não, para responder aos significados experimentados pelo profissional. Para isso, o enfermeiro utiliza movimentos simbólicos, descartando ou adquirindo novos objetos sociais. Desfaz-se de significados que não lhe servem ou que não lhe são mais adequados e os substitui por outros mais pertinentes para a experiência do papel clínico. Em consequência da apreciação do processo de interação, o enfermeiro reforça ou constrói novos conceitos e elabora seu autoconceito em relação à experiência vivida.

O que o enfermeiro sente e pensa de si mesmo é resultado da interação com o *self*. São esses sentimentos e pensamentos em relação a si mesmo que compõem o autoconceito, isto é, o olhar para si mesmo, o olhar no espelho, o olhar sua imagem. Nesse contexto, o enfermeiro tem a capacidade de estar autoavaliando e monitorando tanto a sua imagem, como as suas ações relacionais com o paciente e com os pares. O enfermeiro interpreta suas ações e as do outro significante, à luz das respostas desse outro. Ele pode elogiar-se por um bom desempenho e censurar-se quando ele for ruim. O autocontrole envolve o *self*, ameaçando e castigando, como também felicitando e recompensando, podendo até se presentear com um rótulo bom ou ruim.

O enfermeiro continuamente está AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA, o que abre espaço para evidências que ele, enfermeiro, observa e que mobilizam suas ações. Ele se percebe vivendo a experiência do pensamento e do raciocínio clínico e observa os resultados obtidos do seu processo de interação e faz uma nova avaliação, revisa

perspectivas, caracterizando um movimento contínuo de vai e volta. Fica satisfeito, quando observa o reconhecimento e a valorização de seu papel clínico.

“Com o papel clínico... acho que me sinto mais valorizada como profissional, como... mais reconhecida profissionalmente também, mais valorizada, porque as pessoas começam... assim, tanto o paciente, quanto a família, quanto a equipe, tudo mundo vem, ah! Mas ela é enfermeira, olha, ela veio me examinar, olha, que eu não estou bem, me examina, tem paciente ... olha não estou bem, você ausculta me pulmão? Por que eu não estou sentindo legal, eu não estou ... isso eu acho importante, acho que eu me sinto mais valorizada profissionalmente.” (F61)

O enfermeiro, ao AVALIAR O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA, demonstra um sentimento de descontentamento e frustração com a organização do serviço, quando limita as possibilidades de seu desempenho no papel clínico. Às vezes, não tem tempo para fazer o seu planejamento diário, mesmo que seja um planejamento mental.

“... pegar plantão, e aí eu já ia começar a resolver os problemas que iam aparecer. A gente não tem, às vezes, muito tempo de planejar o que a gente vai fazer. Geralmente, a gente fica muito tempo apagando fogo que aparece. Aqui trabalho é muito centralizado na enfermeira. Então, a gente não consegue começar uma coisa e terminar... não consegue terminar... então, o tempo inteiro a gente está picando e resolvendo probleminhas que aparecem.” (I13)

“... você não consegue planejar exatamente da forma... realizar e fazer da forma como você gostaria. Você até passa assim, se vai a algum lugar, você planeja você fala: não, aqui eu tenho que fazer tal coisa, mas até você voltar com essa coisa que você pensou pra essa passa muito tempo, porque te pegam no corredor para uma coisa para outra, para outra, para outra... Então assim, (...) você não consegue ter o tempo pra você fazer as coisas como você deveria fazer”. (I31)

“Atividade educativa é uma coisa assim, que é muito gostosa de fazer. Acho que em muitas das vezes, a gente não faz da forma correta por falta de tempo”. (I38)

O enfermeiro AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA constata que não consegue fazer a assistência da forma como gostaria e

como deveria. Ele acredita que poderia fazer melhor, que a assistência poderia ser melhor e ele deseja fazer melhor.

Na tentativa de apresentar soluções e driblar as dificuldades, o enfermeiro expressa o desejo de ter sob sua responsabilidade um número menor de pacientes, o que favoreceria para ter mais domínio da unidade e permitiria a ele desenvolver melhor o raciocínio clínico.

O enfermeiro pode utilizar a AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA para guiar e ajustar novas estratégias de interações e ações, reavivando seu potencial terapêutico, quando ele se prepara para recomeçar.

Ainda, a categoria AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA apresenta resultados da interação do enfermeiro com o paciente e com os pares.

O enfermeiro observa que as ações do seu papel clínico revertem em bem para o paciente. Essa é a maior característica da interação no papel clínico, pois traz benefícios para o paciente, para a sua saúde; seja uma atividade de avaliação ou uma prescrição, ela terá repercussão principal no paciente.

“Papel clínico, assim, vai trazer benefício para o paciente”. (A37)

“... é nele que vai repercutir tudo o que vou prescrever, toda a parte clínica que vou avaliar, então, incluindo o estado emocional, o cuidado com uma ferida, o cuidado com o corpo, o cuidado com a nutrição que a gente acaba tendo também, cuidado com a eliminação, então nele é aonde vai mais repercutir...” (T24)

A valoração da queixa do paciente e o cuidado de enfermagem com mais qualidade são resultantes da interação do enfermeiro com o paciente.

“... o paciente também se sente valorizado na queixa dele (...) além de garantir um cuidado com qualidade, eu acho que a gente, fazendo isso, consegue garantir um cuidado de enfermagem com mais qualidade para ele.” (F66)

Dentro da equipe de enfermagem, o enfermeiro interage com os demais enfermeiros e com os técnicos. Procura interagir com todos da mesma forma, em relação à avaliação e à prescrição de enfermagem. Os funcionários dão uma resposta positiva a essa interação, oferecendo contribuições no desempenho do papel clínico. A construção do papel clínico é, portanto, colaborativa e compartilhada com toda a equipe de enfermagem.

“... até o próprio funcionário, ele muitas vezes fala: - esse paciente não tem mais equimose, para que prescrever hirudoid? Nesse ponto assim, sabe? E eles são muito atentos em relação a isso. E aí gente vai e diz – realmente, vamos suspender, aí ele não tem mais uma flebite? Vamos suspender, não é? Então a gente interage muito com eles. Isso é bom, como a gente também tem que fazer avaliação de desempenho deles, a gente tem que estar junto com eles, para ver a técnica, orientar direitinho”.(A4)

A prescrição de enfermagem, enquanto atividade do papel clínico é apreciada pelo enfermeiro, especialmente em relação ao técnico de enfermagem, pois trará *“um norte para o técnico”* (F70), *“orientará o seu fazer”* (F71), *“orientará os cuidados a fazer com o paciente”* (F60). Como atividade do papel clínico, a prescrição de enfermagem tem impacto importante na interação da equipe e na organização do serviço.

“Para os técnicos de enfermagem, eu acho importante pra ter um norte, uma orientação do que eles vão fazer, isso eu senti muito comparando um pouco com a minha outra experiência (...), assim: olhava e gritavam lá do corredor: o curativo deles é para fazer como? Ele pode levantar da cama? ele pode não sei o quê? As pessoas ficavam, às vezes, gritando no corredor porque não sabiam o que o paciente exigiria de cuidado ou não, sabe? (...) Lembro que as pessoas ficavam no corredor, assim, gritando a gente, enfermeira vem ver o que eu faço com ele? A gente não tem isso aqui, os técnicos olham a prescrição de enfermagem e têm um norte, eles não conhecem o paciente, mas eles olham a prescrição de enfermagem e sabem o que vai ... o que espera ...qual é o tipo de paciente que espera por eles quando eles entram no quarto. Então, isso eu acho fundamental, porque senão as pessoas ficam se batendo no corredor e ninguém sabe pra onde corre ...” (F69)

Por fim, AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA congrega a percepção de que a consequência das relações estabelecidas

no desempenho do papel clínico traz segurança na tomada de condutas, confiança da equipe, autonomia e, por fim, uma boa enfermagem.

“Acho que a gente conseguiu, aqui no Hospital, demonstrar que fazendo tudo isso a gente consegue fazer uma boa enfermagem, então a gente consegue uma confiança da equipe, não é? Então a equipe médica confia e... a gente tem essa autonomia,...” (F48)

## TENDO SEGURANÇA NO QUE FAZ

A categoria **Tendo Segurança no que Faz** expressa uma consequência que o enfermeiro experimenta no seu contexto relacional. O enfermeiro no dia a dia enfrenta dificuldades, tem suas ações limitadas, mas, ao aceitar que está fazendo o correto, de que é assim que se faz, apropria-se de uma sensação de alívio e de tranquilidade. Ele se sente seguro e experimenta autoconfiança em relação ao que faz.

“... percebo o tanto que pensamos para fazer. Não é tanto assim automático, talvez não pare, mas tudo tem um fundamento. E isso dá um alívio, uma tranquilidade, falar puxa, pelo menos estou fazendo correto, porque é assim que se faz. Estou pensando para fazer,...” (S8)

Papel clínico, enquanto um processo psicossocial, tem componentes do fazer e do pensar, e é composto de situações que podem ser ameaçadoras. O enfermeiro enfrenta, lida e supera a insegurança no raciocínio clínico e na tomada de decisões. Trabalhar com a sua história de vida, pensar na própria história, resgatar algumas coisas de sua vida e elaborar diagnóstico de enfermagem para si próprio, ajudou o enfermeiro a superar a sua insegurança em relação ao raciocínio. Ele descobriu que o diagnóstico de enfermagem não tem uma fórmula, não tem certo e errado, e, com essa descoberta, ele consegue tolerar melhor a incerteza de estar fazendo, resolvendo ou mesmo suspendendo um diagnóstico.

“Então, eu acabei de fazer o curso (...) e foi muito legal o curso. Trabalhou-se muito com história de vida da gente. Foi muito legal que a gente acaba que esquece um pouquinho de nossa vida, porque a gente tem que lidar com o paciente, então foi bom porque resgata algumas coisas. E o próprio diagnóstico, falei com ela, no último dia do curso, que eu não tinha medo mais de prescrever, de fazer diagnóstico, e de suspender, resolver diagnósticos. Eu não tinha mais esse medo de fazer isso, eu fazia com mais segurança. (...) Na verdade, assim, é uma insegurança de saber se estou fazendo certo ou se estou fazendo errado, (...) É o medo do aluno, que eu sinto que, às vezes, é o mesmo, era o mesmo medo que eu tinha, de fazer o diagnóstico errado.” (A 21)

O exercício do papel clínico exige do enfermeiro o entendimento do que acontece com o paciente, e, a relação desse entendimento com o que é necessário ser feito para o paciente, empresta ao enfermeiro uma autoconfiança no que está fazendo, uma segurança em relação ao cuidado prescrito, em relação ao que está sendo feito pelo paciente. Desse modo, o papel clínico dá ao enfermeiro segurança na tomada de condutas em relação ao paciente e também na conversa com os pares. Ao mesmo tempo, todo esse processo de entendimento e julgamento das necessidades do paciente, de tomada de decisões, é o próprio processo psicossocial do papel clínico, portanto, é um processo circular.

“Papel clínico eu acho que ele é extremamente importante para que a gente consiga planejar os cuidados com esse paciente; então, eu acho que repercute de uma forma que traz segurança do que eu estou fazendo, se eu tiver certeza do papel clínico que eu estou desenvolvendo, e aí eu me sinto segura em relação ao cuidado que eu prescrevi e ao que está feito pelo paciente”.(T20)

A segunda fase do estudo - **Verificando os atributos do conceito** - permitiu obter dados empíricos para o desenvolvimento do conceito em estudo.

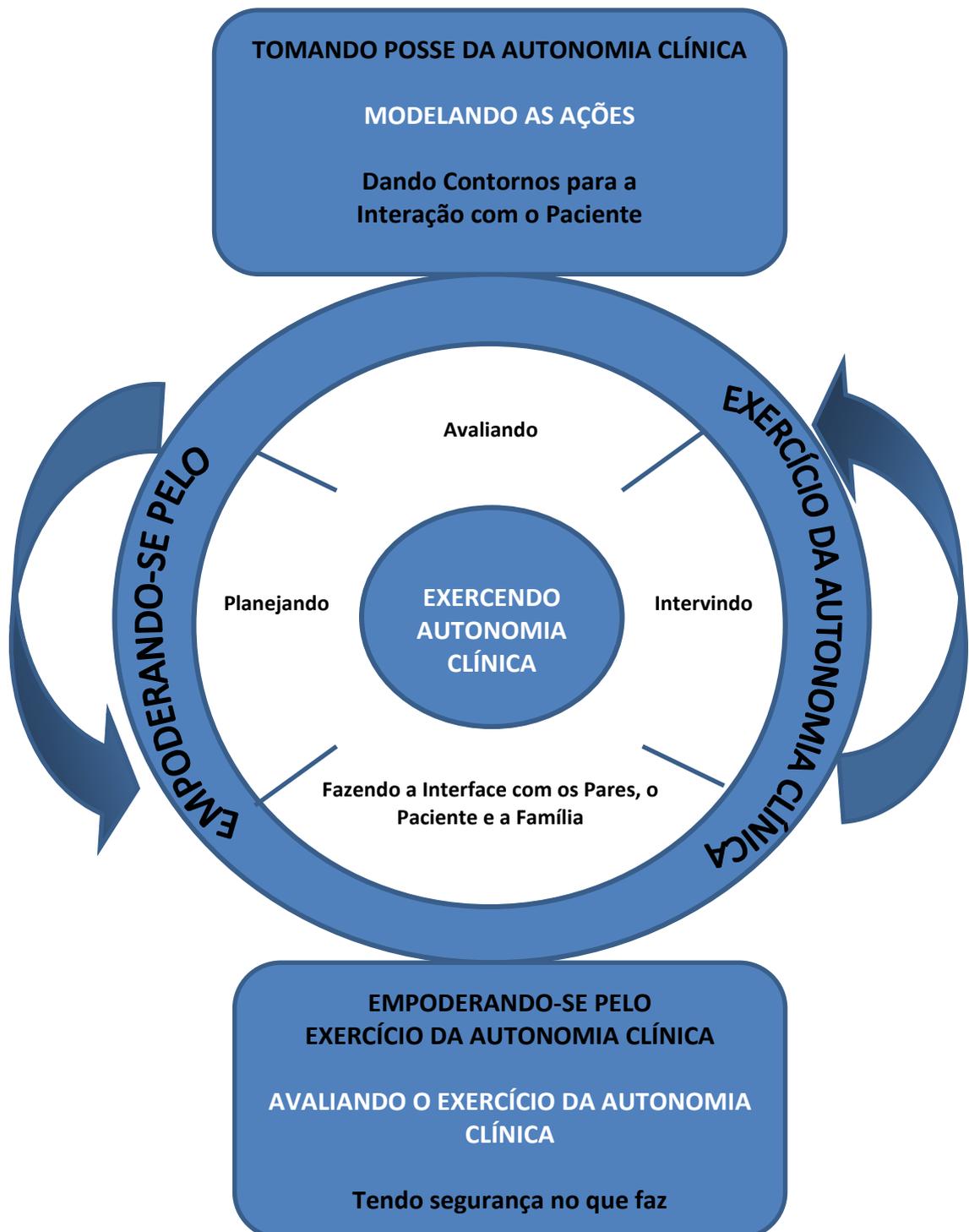


Diagrama 4 - Modelo teórico

## O MODELO TEÓRICO

As categorias identificadas, assim como a análise das relações e conexões teóricas realizadas, evidenciam que a experiência de interação do enfermeiro no papel clínico é um processo complexo, composto por uma série de eventos inter-relacionados, os quais integram elementos de condições causais, de interações/ações e de consequências, em diferentes domínios: Interagindo com o contexto clínico, Interagindo com o paciente, Interagindo consigo mesmo.

Inicia-se o processo de interação simbólica quando o enfermeiro ingressa no cenário clínico, no qual é um sujeito ativo e do qual decorrem definições, que conduzem a ações intencionais. Ele entra com *self*, mente, identidade pessoal e profissional de enfermeiro, símbolos, outros significantes, grupos de referência, com a sua formação e experiências, perspectivas e objetivos, além de várias habilidades. Enfim, o enfermeiro entra na situação clínica com o seu todo e, fundado nesse todo, inicia o processo de definições. Define o paciente, as pessoas ligadas ao núcleo familiar do mesmo, os profissionais da equipe de saúde, a si mesmo, o ambiente clínico e aponta também a essência da experiência. À entrada na situação clínica e nesse processo interno de definições sociais, o *self* faz algumas indicações, expressas nas categorias conceituais: Tendo o paciente como foco, Tendo finalidades, Tendo consciência de que pensa para fazer, Tendo intencionalidade, Comprometendo-se com o modelo assistencial de enfermagem e Articulando o papel clínico e o gerencial.

Na experiência interacional do papel clínico, o enfermeiro define o paciente como outro significativo, fazendo parte de seu grupo de referência. O *self* do enfermeiro, sua mente e a interpretação simbólica estão focalizados no paciente, ele é o mais importante e é o centro da interação. Algumas finalidades interacionais para a experiência, como identificar as necessidades de cuidado individuais do paciente e fazer a prescrição mais acurada são definidas pelo enfermeiro. O raciocínio clínico é também

definido como fundamental no alcance de resultados. Para a experiência do papel clínico, o enfermeiro se propõe a agir com intencionalidade, fundamentado no pensamento e no raciocínio clínico.

Na continuidade da conversa silenciosa e simbólica com o *self*, elaborando definições prévias à interação, o enfermeiro compromete-se com o modelo assistencial de enfermagem e seus instrumentos, com a filosofia e os objetivos institucionais. Ainda, interagindo consigo mesmo no preparo para o desempenho do papel clínico, o enfermeiro acessa alguns recursos que ele julga necessários, como o conhecimento armazenado, a experiência profissional, a interação com os colegas, recursos pessoais, capacidade cognitiva, raciocínio clínico e outros. Por fim, o enfermeiro encarrega-se de definir o seu papel dentro da equipe de saúde e percebe-se desenvolvendo um papel importante junto aos pares, o que reforça o compromisso do desempenho do papel clínico.

Na relação dialética consigo mesmo, o ator enfermeiro observa já os contornos definidos da futura interação com o paciente, as ações estão modeladas, os recursos necessários se encontram disponibilizados e ele acredita que tem um papel importante a desenvolver junto aos pares. Todas essas definições operacionais expressam o movimento do enfermeiro de TOMAR POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA. Nesse movimento e de forma intencional, o enfermeiro assume para si a condição causal e desencadeadora do processo de interação com o paciente. Sente-se desperto e capacitado para o seu potencial terapêutico, o que lhe confere a liberdade de poder imaginar o cuidado. Ao TOMAR POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA, o ator enfermeiro reveste-se de uma força emergente a modular as relações e ações, a qual é expressa na interação com o paciente. TOMANDO POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA tem o significado atribuído de uma fonte de motivação e estímulo, a dar sentido à interação do enfermeiro.

Como em todo processo interacional, é a definição dos objetos sociais implicados na situação que determinará a natureza da ação correspondente e a ocorrência da mesma. Assim sendo, a comunicação com o *self* é o evento mais importante da interação, uma vez que tornará os demais possíveis.

Naturalmente, o enfermeiro inicia o processo de interação ciente de que algumas estratégias definidas anteriormente podem sofrer transformações, tendo em vista que o paciente, sua família e os pares também têm *self* e da mesma forma simbolizam, definem e agem (Charon, 1989).

A interação do enfermeiro com o paciente, com a família e com os pares é constituída de estratégias e ações interativas e intencionais, evidenciando a competência do papel clínico. O enfermeiro se apresenta EXERCENDO AUTONOMIA CLÍNICA ao realizar as atividades de avaliar o paciente e saber do que ele precisa de assistência, planejar e fazer uma intervenção melhor para esse paciente. **Avaliando** refere-se a uma série de eventos quando o enfermeiro se encontra face a face com o paciente e com a história, as perspectivas, os valores, os costumes e também as ideias e as condições físicas do mesmo. O enfermeiro **avaliando** o paciente, identifica seus problemas, analisa-os, faz um julgamento e decide o diagnóstico de enfermagem.

Nesse processo de interação, o enfermeiro será guiado pelas necessidades diagnosticadas na avaliação do paciente. São elas a determinar as intervenções de enfermagem apropriadas para esse paciente. Nessa fase da interação, o enfermeiro está tomando decisões e **planejando**. Ainda interagindo com o paciente, o enfermeiro apresenta-se **intervindo** e buscando a melhor intervenção para aquele paciente.

A interação do enfermeiro **fazendo a interface com seus pares, com o paciente e com a família** faz parte do EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA.

Na dinâmica de interação, o enfermeiro retoma o processo de definições. Comunicando com o *self*, o ator enfermeiro interpreta novamente todos os objetos envolvidos na situação clínica: paciente, familiares, pares, instrumentos metodológicos e outros. Avalia seus próprios atos à luz das respostas dos demais atores. Analisa a situação em relação a si mesmo, como também um objeto social, ou seja, avalia como o outro age em relação a ele, enfermeiro, e como ele está agindo em relação ao outro.

Na autoreflexão, buscando os significados da experiência, o enfermeiro se percebe AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA e **tendo segurança no que faz**. Fica satisfeito porque aponta como resultante interacional a valoração da queixa do paciente, o cuidado de enfermagem com mais qualidade e o reconhecimento e a valorização de seu papel clínico. Em relação ao próprio ser do enfermeiro, se percebe aperfeiçoando a habilidade do pensamento crítico. Por outro lado, demonstra sentimento de descontentamento e frustração quando a organização do serviço limita as possibilidades do seu papel clínico. Ele deseja fazer melhor e acredita que poderia fazer melhor. Por fim, AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA congrega a percepção de que as relações estabelecidas no desempenho do papel clínico trazem segurança na tomada de condutas, confiança da equipe, autonomia e, por fim, uma boa enfermagem. As categorias AVALIANDO O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA e **Tendo segurança no que faz** expressam o enfermeiro EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA.

EMPODERAR-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA configura-se como a grande resultante da experiência do papel clínico e revela o revigoramento do EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA e a TOMADA de POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA. O senso de autonomia clínica é reafirmado a cada interação e reflete a sensação de poder e de alcance de resultados manifestada na própria interação, isto é, o enfermeiro EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA.

EMPODERAdo PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA, o enfermeiro observa os resultados obtidos do seu processo interacional e revisa suas perspectivas. Junto ao *self*, faz julgamentos, analisa os recursos, reafirma o que uma vez tomou como certo, define a situação, toma novas decisões, faz planos subsequentes de ação para os muitos outros objetos que aparecem na nova situação e inicia um novo agir junto ao paciente. A dinâmica de ação da futura interação no desempenho do papel clínico sofrerá influências da interação com outros e do processo atual de reflexão do enfermeiro, em particular, da grande consequência EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA.

Autonomia clínica configura-se como elemento central da interação do enfermeiro com o paciente na experiência do papel clínico. Autonomia clínica é o pilar que sustenta a experiência como condição causal, como estratégia de interação e ação e, ainda, como consequência. De forma interligada, dinâmica e progressiva, constitui-se em componentes da experiência. O dinamismo está expresso nas interações, nas definições e nas estratégias de ação.

A continuidade do processo analítico possibilitou a emergência da categoria central EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA. Representa o significado da experiência do enfermeiro no desempenho do papel clínico e encerra componentes cognitivos, relacionais e práticos, que atuam, possibilitando a transformação de conceitos, valores, crenças, expectativas, formas de relacionamento interpessoal e das condutas no cotidiano clínico. EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA, como resultado das definições elaboradas, torna-se fundamental para a existência da experiência, já que realimenta o TOMAR POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA e o EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA.

EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA revela-se como categoria central da experiência, tendo em vista que sua

presença válida a experiência do papel clínico, indicando que ocorreu o EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA. Como este estudo não tem dados de situações contrárias, admite-se a hipótese de que a interação do enfermeiro com o paciente representada por TOMANDO POSSE DA AUTONOMIA CLÍNICA e EXERCENDO AUTONOMIA CLÍNICA, tendo como consequência sentimentos de descontentamento, impotência ou de fragilidade diante da situação, não caracterizaria uma experiência de papel clínico.

A experiência do papel clínico é toda ela marcada pelo senso de autonomia clínica e, assim, a autonomia é incorporada na experiência, projetando a responsabilidade e o compromisso do enfermeiro no desempenho do papel clínico. Dentro dessa compreensão, papel clínico é uma competência que se articula pela autonomia clínica. O reconhecimento do papel clínico na interação com os pares, acaba por definir o próprio enfermeiro. Quando o enfermeiro se sente EMPODERANDO-SE DE AUTONOMIA CLÍNICA, apropria-se junto ao *self* e à identidade, de um papel que é seu, do seu papel clínico.

O modelo teórico descrito apresenta a integração dos elementos relacionados às condições causais, interações/ações e consequências como processo central da experiência do papel clínico, **EMPODERANDO-SE PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA.**

### 5.3 VERIFICANDO AS MANIFESTAÇÕES DO CONCEITO

As categorias construídas por meio dos procedimentos **Identificando os atributos** e **Verificando os atributos** foram comparados nos componentes - atributos, antecedentes e consequências - para evidenciar as diferentes manifestações de cada aspecto do conceito.

Papel clínico do enfermeiro apresentou elementos comuns na comparação dos componentes encontrados na literatura com os derivados

da experiência do enfermeiro. Os elementos foram examinados, tornando possível a proposição teórica do conceito.

O Quadro 3 relaciona os atributos, antecedentes e consequências entre as duas etapas: **Identificando os atributos** e **Verificando os atributos** e, a seguir, se encontra descrita a análise realizada.

Papel clínico do enfermeiro é um processo psicossocial de interação do enfermeiro com uma pessoa, com uma família ou com um grupo (Davies, 1993). Na voz do enfermeiro, a interação é revelada pelas expressões “*estar face a face com o paciente, estar junto, ver, olhar, olhar realmente, olhar de verdade, ver como ele está e conversar com ele*”. Nesse espaço interacional, em que o enfermeiro está próximo do paciente, é que acontecem as experiências do papel clínico.

Os resultados empíricos e os da literatura apontaram o principal atributo do papel clínico como sendo trazer benefícios para a saúde do paciente, respondendo ao contexto do cuidado (Roberts-Davis, Read, 2001).

Os resultados da literatura evidenciaram que o enfermeiro, no desempenho do papel clínico, desenvolve processos de decisões em áreas identificadas como pertencentes ao domínio da enfermagem: repouso, alimentação, eliminação, mobilidade, nas atividades cotidianas do paciente, nos curativos, na administração de medicamentos, no apoio emocional e em encaminhamentos (Hoffman et al, 2004). Do mesmo modo, o enfermeiro, em sua experiência clínica, se percebe utilizando o raciocínio clínico.

Os dados da literatura acrescentam como atributos definidores do papel clínico o desenvolvimento de prática avançada de enfermagem (Grindel, 2005) e de prática clínica especializada (Mullally, 2001), bem como a manutenção da liderança clínica (O'Connor et al, 2008). Os dados empíricos não trouxeram qualquer contribuição nesses termos.

Os autores também indicam como atributos a participação efetiva do enfermeiro (Aitken, 2008) e a interação flexível e igualitária com toda a equipe de saúde (Davies, 1993), dando apoio para a equipe de enfermagem

e para outros profissionais de saúde (O'Connor et al, 2008). Em relação a esses atributos do papel clínico, os enfermeiros vão mais além, assinalando uma construção colaborativa e compartilhada do papel clínico com toda a equipe de enfermagem. Ressaltam, ainda, a importância da prescrição de enfermagem como atividade do papel clínico e com impacto na interação da equipe e na organização do serviço.

Outros atributos do papel clínico oriundos da literatura incluem a atuação como facilitador para a equipe de saúde (Davies, 1993; Tornabeni, Miller, 2008), focalizando a interdependência de todas as disciplinas do cuidado e a experiência do grupo (Tornabeni, Miller, 2008), de forma que o enfermeiro faça a interface entre os pares e o paciente (Mantzoukas, Waltkinson, 2007). O enfermeiro, em sua experiência de interação, faz a interface e reconhece a importância desta no funcionamento interacional da equipe, e a amplia para outros contextos, além do paciente com a equipe de saúde, como do paciente com sua família, da família com a equipe de saúde e entre a equipe de saúde.

Dentre as muitas estratégias e prática de melhoria dos resultados assistenciais, recomenda-se, na literatura: desafiar o *status quo* (Aitken, 2008), rever criticamente as práticas (Aitken, 2008), aplicar metodologias relacionadas com a avaliação da prática (Grindel, 2005), desenvolver atividades para melhoria da prática e de resultados para os pacientes (Aitken, 2008) e, por fim, introduzir mudanças na prática gradualmente e de acordo com os fatores contextuais (Davies, 1993). Validando, de certa forma, esses atributos, o enfermeiro relatou estratégias de interação e partilha, na tentativa de aprimorar seu desempenho no papel clínico e, por isso, atribuiu valor a troca de experiências com os colegas.

Outra característica do papel clínico encontrada na literatura se refere à prática baseada em evidências, a fim de assimilar, fundamentar e implementar evidências científicas na prática clínica (Grindel, 2005; Mantzoukas, Waltkinson, 2007; Lofmark et al, 2006; Tornabeni, Miller, 2008).

Essa característica foi realçada na experiência do enfermeiro como básica no desenvolvimento e no aprimoramento do papel clínico.

O compromisso profissional, a sensibilização ética e o zelo pela acúrcia e confiabilidade são atributos do enfermeiro no desempenho do papel clínico, segundo a literatura (Aitken, 2008; Tornabeni; Miller, 2008; Miles et al, 2007; Chaloner, 2007; Lofmark et al, 2006). A acurácia, seja da avaliação do paciente ou de uma prescrição de enfermagem, também foi mencionada pelos enfermeiros.

Atributos referentes ao comprometimento na formação e na educação permanente da enfermagem foram evidenciados tanto na literatura (Tornabeni, Miller, 2008; Crotty, 1993; Aitken, 2008; Grindel, 2005) como nos dados empíricos. O comprometimento do enfermeiro com o modelo assistencial de enfermagem se estende aos processos de trabalho e à educação permanente da equipe de enfermagem.

Em relação aos antecedentes, que são elementos determinantes ou facilitadores no desempenho do papel clínico, na literatura pesquisada, eles se focalizam em processos relativos à pessoa do próprio enfermeiro clínico ou ao grupo de enfermeiros. Nesse sentido, os antecedentes são compreendidos a partir da perspectiva dos atores enfermeiros, que são apresentados como determinantes no desempenho de seu papel, em detrimento dos demais componentes processuais, estruturais e sociais do cenário clínico, como o reconhecimento pelos seus pares.

Já na compreensão da experiência do enfermeiro, os antecedentes identificados são mais amplos, não se restringido à pessoa do enfermeiro. De tal modo, foi possível estabelecer que o comprometimento do mesmo com a filosofia e com os objetivos da instituição, com os processos de trabalho, bem como com seu referencial teórico adotado e seus modelos assistenciais, influenciam na modelação do papel clínico.

Um antecedente encontrado na literatura diz respeito à governança do espaço interacional (Aitken, 2008; Tornabeni, Miller, 2008; Grindel, 2005;

Davies, 1993; Mulally, 2001), que corresponde à habilidade de articular o papel clínico e o gerencial apontado pelos profissionais na fase de campo. O enfermeiro divide sua atenção entre as atividades de gerenciamento com aquelas de assistência direta ao paciente. Nesse contexto, emergiu a expressão gerenciamento clínico, a qual não é explorada pela literatura consultada.

Outro antecedente, evidenciado tanto na literatura quanto nos dados dos enfermeiros, refere-se ao foco principal do papel clínico (Aitken, 2008, Davies, 1993). Assim, o papel clínico do enfermeiro está focalizado nos interesses do paciente, ele é o centro da interação.

Na análise crítica da literatura, alguns atributos definidores foram identificados com antecedentes na experiência do enfermeiro. Walker, Avant (2005) esclarecem que os antecedentes e os consequentes podem coincidir ou não com os atributos definidores.

Os dados da experiência do enfermeiro apresentam as finalidades do processo de interação no desempenho do papel clínico. Entre elas, se destacam: visualizar o paciente individualmente e como um todo, desenvolver o olhar clínico, fazer uma prescrição de enfermagem mais acurada e planejar a alta hospitalar. Por último, consta a identificação das necessidades de cuidado, a qual também é enfatizada por Davies (1993) e Mullally (2001). Todas as finalidades conduzem para uma só proposta; oferecimento da assistência com mais qualidade (O'Connor, 2008).

Ainda, na tentativa de compreender os eventos que acontecem *a priori* do conceito em estudo, o enfermeiro ressalta o raciocínio clínico como um componente do seu papel clínico, o que provoca um agir intencional. As interações e ações no desempenho do papel clínico são, portanto, revestidas de intencionalidade. Vários autores apresentam a importância de diferentes habilidades e do pensamento crítico no desempenho do papel clínico (Chaloner, 2007; Ashmore, Banks, 2004; O'Brien, 2008; Tornabeni, Miller, 2008; Hoffman et al, 2004; Mantzoukas, Walkinson, 2007).

Além do raciocínio clínico, o enfermeiro faz referência a outros recursos do contexto social do papel clínico, como: conhecimento armazenado, experiência profissional, interação com os colegas, recursos pessoais, habilidade cognitiva e outros. A análise crítica da literatura também indicou esses recursos como importantes para o desenvolvimento do papel clínico (Aitken, 2008; Hoffman et al, 2004), e mencionou outros antecedentes referentes à formação e ao aperfeiçoamento do profissional (Lofmark et al, 2006; Tornabeni, Miller, 2008).

A percepção do enfermeiro de não somente saber que é membro de uma equipe de saúde, mas de se sentir um membro importante dessa equipe, é indicada como importante no compromisso interacional com os pares no desempenho do papel clínico. A colaboração com as demais disciplinas é também ressaltada pela literatura (Grindel, 2005; Tornabeni, Miller, 2008).

Por fim, um último aspecto que contextualiza a experiência do papel clínico - a autonomia clínica. Essa, no cotidiano do enfermeiro, representa um antecedente essencial, ao desencadear a interação com o paciente e permear todo o processo interacional, configurando-se como elemento fundamental da experiência. Na literatura, a autonomia é vinculada ao conhecimento, ao julgamento clínico acurado e à tomada de decisão e também assinalada como determinante central no desempenho do papel clínico (Tornabeni, Miller, 2008, Hamric, Spross, Hanson, 2000; Mantzoukas, Walkinson, 2007; Lofmark et al, 2006). Nesse contexto, os autores evidenciaram a valoração do próprio papel (Hoffman, Donoghue, Duffield, 2004; Gaberson, Oermann, 1999) e dos fundamentos da assistência aos pacientes (Mulally, 2001).

Em relação às consequências do papel clínico, observa-se que teoricamente o papel clínico atinge repercussões amplas, apresentadas em três dimensões, constando até mesmo transformações nos componentes

organizacionais e processuais do cuidar e também em relação à profissão de enfermagem.

Como consequências do papel clínico, o enfermeiro registra o reconhecimento e a valorização de seu desempenho, sentimento de descontentamento e frustração com a organização do serviço quando limita esse desempenho, a segurança na tomada de condutas, a confiança da equipe, autonomia e, por fim, uma boa enfermagem. A pesquisa na literatura revelou favorecimento da estrutura e da dinâmica do trabalho em saúde (Mulally, 2001; Miles et al, 2007; Tornabeni, Miller, 2008) e impactos na identidade, no desenvolvimento e na socialização profissional (O'Brien et al, 2008; Davies, 1993; Mulally, 2001; Courtenay; Carey, 2008; Lofmark et al, 2006). A melhoria da qualidade assistencial foi apontada pelos autores e pelos enfermeiros como um importante efeito do papel clínico. Fundamentado nos dados do enfermeiro, evidencia-se a grande resultante do processo psicossocial de interação com o paciente no desempenho do papel clínico - empoderamento pelo exercício da autonomia clínica.

A autonomia sustenta e fortalece o papel clínico, e, junto com esse fortalecimento, o enfermeiro se apossa de um maior senso de autonomia e de poder. Observa-se, portanto, uma ligação direta entre autonomia e papel clínico. O enfermeiro participante define a autonomia clínica como aquela que dá liberdade a ele de poder pensar, imaginar e planejar o cuidado, com a segurança de que o que planeja interferirá nas mudanças do paciente. Então, a autonomia dá significados à experiência do papel clínico e é responsável pela articulação entre o papel clínico e o desenvolvimento do *self* do enfermeiro, agregando características na identidade profissional do mesmo.

Assim, se mostra uma relação entre os antecedentes e as consequências com os atributos do papel clínico: a autonomia clínica enquanto um antecedente, possibilita e ampara todo o processo interacional

com o paciente na experiência do papel clínico, resultando em um EMPODERAMENTO PELO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CLÍNICA.

A análise do conceito com a integração dos dados da literatura com os da experiência do enfermeiro permitiu identificar elementos conceituais do papel clínico do enfermeiro, ainda que seja necessário ampliar essa exploração em outros estudos. A partir deste estudo, pode-se fazer uma proposição teórica do conceito papel clínico do enfermeiro:

“Papel clínico do enfermeiro é um processo psicossocial, que tem como elemento constituinte a interação entre o enfermeiro e uma pessoa, uma família ou um grupo, tendo em vista os processos de decisão em áreas do domínio da enfermagem que conduzem as experiências de cuidado e a governança do espaço interacional. Caracteriza-se por uma prática informada por evidências na busca contínua da melhoria dos resultados assistenciais, realizada de forma humanizada e centrada no paciente, compromissada com o modelo assistencial de enfermagem e com a profissão, e com de sensibilidade ética e zelo pela acurácia e pela confiabilidade. Está fundado em um processo interacional eficaz com a equipe de saúde e no comprometimento na formação e na educação permanente da enfermagem. Requer que o enfermeiro tome posse de autonomia clínica, que a exerça - pensando criticamente, aplicando suas experiências informadas, com responsabilidade profissional, valorizando suas ações e os fundamentos da enfermagem – e que se empodere por meio desse exercício. Esse empoderamento é a principal consequência do papel clínico, junto com práticas baseadas em qualidade, que favorecem as dinâmicas do trabalho em saúde e têm impacto na identidade, no desenvolvimento e na socialização profissional.”

### Quadro 3 - Resultados

#### IDENTIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS ANTECEDENTES

Pensamento crítico;  
Experiência informada;  
Autonomia clínica, responsabilização profissional, valoração do papel e dos fundamentos assistenciais;

#### ATRIBUTOS

Interação com o cliente;  
Metas Interacionais;  
Experiências do Cuidado: avaliar/ buscar informações;  
Experiências do Cuidado: diagnosticar;  
Experiências do Cuidado: planejar;  
Experiências do Cuidado: intervir;  
Governança do espaço do cuidado;  
Cuidado humanizado centrado no paciente;  
Estratégias e prática de melhoria dos resultados assistenciais;  
Prática baseada em evidências;  
Compromisso profissional, a sensibilização ética e o zelo pela acúrcia e confiabilidade;  
Interação efetiva, colaboradora, facilitadora e igualitária com a equipe de saúde;  
Comprometimento na formação e na educação permanente da enfermagem;

#### CONSEQUÊNCIAS

Impacto na identidade, no desenvolvimento e na socialização profissional;  
Melhoria da qualidade assistencial;  
Favorecimento da estrutura e da dinâmica do trabalho em saúde;

#### VERIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS ANTECEDENTES

Tomando posse da autonomia clínica  
Comprometendo-se com o modelo assistencial de enfermagem;  
Articulando o papel clínico e o gerencial;  
Dando contornos para a interação com o paciente;  
Tendo o paciente como foco;  
Tendo finalidades;  
Tendo consciência de que pensa para fazer;  
Tendo intencionalidade;  
Acessando recursos;  
Acreditando ter um papel importante na equipe;

#### ATRIBUTOS

Exercendo autonomia clínica;  
Avaliando;  
Planejando;  
Intervindo;  
Fazendo a interface entre os pares, o paciente e a família;

#### CONSEQUÊNCIAS

Empoderando-se pelo exercício da autonomia clínica;  
Avaliando o exercício da autonomia clínica;  
Tendo segurança no que faz.

“Papel clínico do enfermeiro é um processo psicossocial, que tem como elemento constituinte a interação entre o enfermeiro e uma pessoa, uma família ou um grupo, tendo em vista os processos de decisão em áreas do domínio da enfermagem que conduzem as experiências de cuidado e a governança do espaço interacional. Caracteriza-se por uma prática informada por evidências na busca contínua da melhoria dos resultados assistenciais, realizada de forma humanizada e centrada no paciente, compromissada com o modelo assistencial de enfermagem e com a profissão, e com sensibilidade ética e zelo pela acurácia e pela confiabilidade. Está fundado em um processo interacional eficaz com a equipe de saúde e no comprometimento na formação e na educação permanente da enfermagem. Requer que o enfermeiro tome posse de autonomia clínica, que a exerça - pensando criticamente, aplicando suas experiências informadas, com responsabilidade profissional, valorizando suas ações e os fundamentos da enfermagem – e que se empodere por meio desse exercício. Esse empoderamento é a principal da consequência do papel clínico, junto com práticas baseadas em qualidade, que favorecem as dinâmicas do trabalho em saúde e têm impacto na identidade, no desenvolvimento e na socialização profissional.”

*Considerações Finais*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desenvolveu o conceito do papel clínico do enfermeiro, utilizando a Metodologia Qualitativa de Análise de Conceito (Morse, 1995), que permitiu a proposição teórica do conceito com base nos dados da literatura e na experiência dos enfermeiros.

Papel clínico do enfermeiro é um processo complexo de interação psicossocial, constituído por eventos não lineares, que ocorrem de modo simultâneo e se influenciam mutuamente. Autonomia clínica configura-se como elemento central da interação do enfermeiro com o paciente na experiência do papel clínico. O significado da experiência do papel clínico é expresso no empoderamento do enfermeiro pelo exercício da autonomia clínica, que revela o alcance de resultados manifestados na própria interação do enfermeiro com o paciente, consigo mesmo ou com o contexto.

Squires (2004) define *papel* como um grupo de comportamentos esperados socialmente e a influência das relações resultantes das formas como esse papel é desempenhado dentro de um determinado espaço.

Os dados das experiências apontaram as estratégias de interações e ações do enfermeiro no papel clínico: exercício da autonomia clínica, avaliação, planejamento e intervenção junto ao paciente, além da interface entre os pares, com o paciente e com a família. Essas ações são comportamentos esperados do enfermeiro e são imperativas no desempenho do papel clínico.

As ações e interações desempenhadas pelo enfermeiro no papel clínico têm atributos que as caracterizam, modelando-as e dando-lhes contornos próprios. Os dados indicaram ter o paciente como o centro do cuidado, ter finalidades e intencionalidade como atributos principais do papel clínico. Esses atributos dão formato às interações e às ações e delimitam o papel clínico do enfermeiro. Portanto, ações desempenhadas no papel clínico que se distanciam desses atributos não são características do mesmo. Ao que tudo indica, quanto mais claro estão delimitados esses

atributos para o próprio enfermeiro, melhor será o seu desempenho no papel clínico. Da mesma forma, se o paciente e a família, juntamente com a equipe, reconhecem na pessoa do enfermeiro o sujeito do papel clínico desempenhado, isso também contribui para o melhor exercício do mesmo.

O desempenho do papel clínico não tem apenas componentes operacionais, mas possui também componentes expressivos gerados no espaço de relacionamento do enfermeiro com o contexto. As formas de o enfermeiro interagir com o contexto influenciam os componentes expressivos da experiência do papel clínico, como por exemplo, o compromisso com o modelo assistencial adotado, a valorização das suas ações e o próprio senso de autonomia.

Os requisitos de desempenho do papel (Roy, Andrews, 1999) constituem-se em estímulos, dentre outros, que influenciam o desempenho do papel. Na percepção das enfermeiras participantes deste estudo, observou-se:

- *Consumidor* – o paciente é identificado como aquele que se beneficia do desempenho do enfermeiro no seu papel clínico;
- *Recompensa* – empoderando-se pelo exercício da autonomia clínica é a grande recompensa que o enfermeiro adquire no desempenho do papel clínico, trazendo motivação e incentivo para a prática;
- *Acesso a instalações e ao conjunto de circunstâncias* – o estudo aponta a influência das necessidades simbólicas contextuais na modelação das ações e no estabelecimento das interações do papel clínico;
- *Colaboração e cooperação* – os dados do estudo sugeriram que o empoderamento pelo exercício da autonomia clínica está atrelado à convicção de que a instituição, onde o papel clínico é desempenhado, oferece um ambiente de colaboração e de cooperação para o desempenho do mesmo.

Neste estudo, o empoderamento pelo exercício da autonomia clínica é a influência preponderante nas interações e ações do enfermeiro no papel clínico. O enfermeiro empoderado pelo exercício da autonomia clínica interage com o paciente e desempenha as ações com foco no paciente, tendo finalidades e intencionalidade, o que caracteriza o papel clínico.

Empoderando-se pelo exercício da autonomia clínica reflete a sensação de poder influenciar os resultados dos pacientes nas mudanças de saúde, percebida pelo enfermeiro no desempenho do papel clínico. Papel clínico é uma competência que se articula como uma forma de poder, é o poder mediado pela autonomia clínica. A autonomia clínica concede ao enfermeiro o poder de pensar, de imaginar, de planejar o cuidado e de influir na saúde do paciente. Por isso a ideia de que papel clínico é continuamente possibilitado pela autonomia clínica.

Poder é definido por Barrett (2003) como a capacidade de participar intencionalmente da natureza das mudanças no ambiente, considerando quatro dimensões: consciência, escolhas, liberdade para agir intencionalmente e envolvimento na geração de mudanças. Cruz et al (2009) aplicaram as definições das dimensões de poder criadas por Barrett (2003) à ideia de poder do papel clínico na enfermagem. Com base nessa aplicação, os autores (Cruz et al, 2009) afirmaram que a percepção de poder do papel clínico do enfermeiro significa ter consciência do papel clínico, escolher as ações de cuidado, sentir-se livre para fazer as ações que escolheu fazer e fazê-las intencionalmente e, finalmente, engajar-se inovativamente nos processos de mudança para realizar os potenciais de saúde dos pacientes.

De tal modo, os atributos do conceito desenvolvido de papel clínico do enfermeiro têm correspondência com as dimensões do modelo de poder da Barrett (2003).

O enfermeiro atribui significados à característica de empoderamento pelo exercício da autonomia clínica e a agrega ao seu *self* e à sua identidade de profissional. A cada interação com o paciente e com os pares, esse empoderamento é confirmado mais e mais. Essa característica é valorada

pelo enfermeiro porque o que ele pensa que é importante para ele e terá impacto nas suas ações.

O conceito identificado de papel clínico do enfermeiro é uma evidência inovadora sobre o tema, que ainda não havia sido considerada em estudo anterior. Os resultados deste estudo constituem-se em um avanço teórico e contribuem especialmente para ampliar a compreensão dos conceitos envolvidos na interação do enfermeiro com o paciente, consigo mesmo e com o contexto. No entanto, o presente estudo aponta para a necessidade de aprofundar a compreensão do papel clínico do enfermeiro bem como de continuar o desenvolvimento dos componentes do conceito identificado. É importante ressaltar que a definição de um conceito é sempre dinâmica, passível de alterações na medida em que o conceito é aplicado. Por isso, o conceito do papel clínico do enfermeiro deve ser aplicado, testado e refinado.

A fase empírica deste estudo foi realizada em uma única Instituição. Isso pode ser um limite do modelo teórico obtido. Seria interessante validar esse modelo em outras investigações, testando-o em outros contextos.

Outra possibilidade de estudo está em torno da categoria central da experiência do papel clínico - empoderando-se pelo exercício da autonomia clínica. Pelo modelo aqui desenvolvido, experiências que não resultam em empoderamento não são experiências legítimas de papel clínico, independentemente das ações e das interações do enfermeiro com o paciente, com o contexto e com o *self*. Essa afirmação é o principal desafio para ampliar o conhecimento do papel clínico do enfermeiro.

O estudo a que me propus, de conceituar papel clínico do enfermeiro, tinha como intuito responder, basicamente, a duas perguntas: o que é papel clínico e como é esse papel clínico. Sem dúvida, obtive respostas às minhas perguntas, porém, outros questionamentos surgiram, e outras possibilidades de pesquisas referentes às interações do enfermeiro com o paciente foram reconhecidas.

A análise do conceito do papel clínico pode ser usada para aperfeiçoar a gerência, a oferta e a efetividade dos serviços profissionais do enfermeiro. O valor prático de se ter maior conhecimento sobre o papel clínico desempenhado pelo enfermeiro no cotidiano não pode ser subestimado, pois o ser humano, como sujeito, tem a capacidade permanente de construir e reconstruir suas experiências sociais, por meio da aprendizagem. Também o conceito de papel clínico associado às competências do enfermeiro poderá contribuir para reflexões sobre as dimensões envolvidas na prática de enfermagem e informar não só as políticas de ensino e de práticas profissionais, mas também as políticas de saúde.

O uso neste estudo da metodologia Qualitativa de Análise de Conceito (Morse, 1995) associada à Teoria Fundamentada nos Dados permitiu ampliar e enriquecer a compreensão e o desenvolvimento do conceito papel clínico. Segundo Morse (1995), conceitos são unidades básicas com as quais as profissões das ciências sociais funcionam e também são unidades que determinam questões àquele que pergunta e respostas àquele que as recebe. Desenvolvimento de conceitos deve ser, portanto, uma tarefa prioritária nas investigações de enfermagem.

# *Referências*

## REFERÊNCIAS

1. Aitken LM, Curreyb J, Marshallc AP, Elliot D. Discrimination of educational outcomes between differing levels of critical care programmes by selected stakeholders in Australia: A mixed-method approach. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008;24:68-77.
2. Ashmore R, Banksb D. Student nurses' use of their interpersonal skills within clinical role-plays. *Nurse Education Today*. 2004;24(1):20-29.
3. Barrett EAM. A measure of power as knowing participation in change. In: Diloría C, Strickland OL, editors. *Measurement of nursing outcomes*. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company; 2003. p.21-37.
4. Barrett D. The clinical role of nurse lecturers: past, present, and future. *Nurse Education Today*. 2007;27:367-74.
5. Benzein E, Norberg A, Saveman BI. Hope: Future imagined reality. The meaning of hope as described by a group of healthy Pentecostals. *J Adv Nurs*. 1998;28(5):1063-70.
6. Biddle BJ, Thomas EJ. *Role theory: concepts and research*. Nova York: John Wiley & Sons, 1966.
7. Biddle BJ. Recent developments in role theory. *Annual Review of Sociology*. 1986;12:67-92.
8. Blumer H. *Symbolic Interacionism: perspective and method*. New Jersey: Prentice-Hall; 1969.
9. Bowling A. District Health Authority policy and the 'extended clinical role of the nurse' in primary health care. *J Adv Nurs*. 1985;10(5):443-54.
10. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [legislação na Internet]. Brasília; 1996 [citado em 2006 out. 02]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/>.
11. Cade NV. O autoconceito x identidade social desejada do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 1998; 51(1): 139-46.
12. Carlisle C, Kirk S, Luker KA. The clinical role of nurse teachers within a Project 2000 course framework. *J Adv Nurs*. 1997;25(2):386-95.
13. Chaloner C. Ethics in nursing: the way forward. *Nursing Standard*. 2007; 21(38): 40-1.

14. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para a análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
15. Charon JM. Symbolic Interacionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3ª ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1989.
16. Clifford C. The clinical role of the nurse teacher in the United Kingdom. J Adv Nurs. 1993;18(2):281-9.
17. Clifford C. Role: a concept explored in nursing education. Journal of Advanced Nursing. 1996;23:1135-41.
18. Clifford C. The clinical role of the nurse teacher: a conceptual framework. Journal of Advanced Nursing. 1999;30(1):179-85.
19. Corrêa CG, Cruz DALM. Raciocínio clínico: o desafio do cuidar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.
20. Courtenay M, Carey N. Preparing nurses to prescribe medicines for patients with diabetes: a national questionnaire survey. Journal of Advanced Nursing. 2008;61(4):403–12.
21. Cowles KV. Grief in a cultural context: expanding concept analysis beyond the professional literature. In: Rodgers BL, Knafk KA, editors. Concept development in nursing. 2<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Company; 2000.p.119-27.
22. Cowles KV, Rodgers BL. The concept of grief: a foundation for nursing research and practice. Res Nurs Health. 1991;14:119-27.
23. Crotty M. Clinical role activities of nurse teachers in Project 2000 programmes. J Adv Nurs. 1993;18(3):460-4.
24. Cruz DALM, Pimenta CAM, Pedrosa MFV, Lima AFC, Gaidzinski RR. Percepção de poder de enfermeiras frente ao seu papel clínico. Rev. Latinoam. Enferm. 2009;17(2):234-9.
25. Davies E. Clinical role modelling: uncovering hidden knowledge. J Adv Nurs. 1993;18(4):627-36.
26. Dicionário Etimológico Termos Médicos [dicionário na internet]. [citado 2010 jan. 11]. Disponível em: [http://www.simoessadvogados.com/med/arquivos/dicionario\\_etimologico.pdf](http://www.simoessadvogados.com/med/arquivos/dicionario_etimologico.pdf).
27. Drach-Zahavy A, Dagan E. From Caring to managing and beyond: an examination of the head nurse's role. Journal of Advanced Nursing. 2002;38(1):19-28.
28. Durand G. As estruturas antropológicas do imaginário. Lisboa: Presença;1989.

29. Ferrans CE. Development of a conceptual model of a quality of life. In: Gift AG. Clarifying concepts in nursing research. New York: Springer Publishing;1997. p.110-21.
30. Forrest S, Brown N, Pollock L. The clinical role of the nurse teacher: an exploratory study of the nurse teacher's present and ideal role in the clinical area. *J Adv Nurs*. 1996;24(6):1257-64.
31. Foulcault M. O nascimento da clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
32. Gaberson KB, Oermann MH. Clinical teaching strategies in nursing. Nova York: Springer; 1999.
33. Galera SAF, Teixeira MB. Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. *Rev Lat Am Enferm*. 1997;5(n. esp):67-75.
34. Goode WJ. Norm Commitment and conformity to role-status obligations. In: Biddle BJ, Thomas EJ. Role theory: concepts and research. New York: Kreiger Publishing; 1966. p.313-18.
35. Grindel Cecelia. AACN presents the clinical nurse leader and the doctor in nursing practice roles: a benefit or a misfortune? (from AMSN - American Association of Colleges of Nursing). *MedSurg Nursing*. 2005;14(4):209-10.
36. Griscti O, Jacono B, Jacono J. The Nurse Educator's clinical role. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(1):84-92.
37. Guerra EMD, Araújo TL. Análise do conceito autonomia e sua relação com a prática de enfermagem. In: Programa Resumos do 10º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1999 maio 24-27; Gramado,RS.
38. Haguete TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1992.
39. Hamric A, Spross J, Hanson C. Advanced Nursing practice. 2ª ed. W.B.Saunders: Philadelphia; 2000.
40. Hardy ME, Conway ME. Role Theory. Connecticut: Appleton-Century-Crofts; 1988.
41. Hoffman K, Donoghue J, Duffield C. Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;45(1):53-62.
42. Hospital Universitário. Universidade São Paulo (HUUSP) [homepage na Internet]. São Paulo. [citado 2010 jan. 5]. Disponível em <http://www.hu.usp.br/>.

43. Hupcey JE, Penrod J, Morse JM. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;36(2):282-93.
44. Kunyk D, Olson JK. Clarification of conceptualizations of empathy. *J Adv Nurs*. 2001;35(3):317-25.
45. Lee DT. The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute. *J Adv Nurs*. 1996;3(6):1127-34.
46. Linton R. *Cultural background of personality*. New York: Appleton-Century; 1945.
47. Littlejohn SW. *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Zahar;1988.
48. Lynch KD. Modeling role enactment: linking role theory and social cognition. *Journal of the Theory of Social Behaviour*. 2007;37(4):379-99.
49. Lofmark A, Smide B, Wikblad K. Competence of newly -graduated nurses – a comparison of the perceptions of qualified nurses and students. *Journal of Advanced Nursing*. 2006,53(6),721-8.
50. Lopes CHAF, Jorge MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):103-8.
51. Madureira VSF. O conceito “enfermagem”: suas definições na ciência e no senso comum. *Texto Contexto Enferm*. 1993;2(2):45-58.
52. Mantzoukas S, Watkinson S. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(1):28-37.
53. Martin VB, Angelo M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. *Rev Lat Am Enferm*.1998;6(5):45-51.
54. McCutcheon HHI, Pincombe J. Intuition: an important tool in the practice of nursing. *J Adv Nurs*. 2001;35(3):342-8.
55. Mead GH. *Mind, self and society: from a standpoint of a social behaviorist*. 18<sup>th</sup> ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1972.
56. Meleis, AI. Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. *Nursing Research*. 1975;24(4):264-71.
57. Miles K, Clutterbuck DJ, Seitio O, Sebegu M, Riley A. Antiretroviral treatment roll-out in a resource-constrained setting: capitalizing on nursing resources in Botswana. *Bull World Health Organ*. 2007;85(7): 555-60.

58. Milligan R, Lenz ER, Parks PL, Pugh LC, Kitzman H. Postpartum fatigue: clarifying a concept. In: Gift AG. Clarifying concepts in nursing research. New York: Springer Publishing; 1997. p.97-109.
59. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
60. Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorf JL. Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Adv Sch.* 1990;13(1):1-14.
61. Morse JM, Bottorf JL, Neander WL, Solberg SM. Comparative analyses of conceptualizations and theories of caring. *Image J Nurs Sch.* 1991;23(2):119-26.
62. Morse JM, Anderson G, Bottorf JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, McIlveen KH. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image J Nurs Sch.* 1992;24(4):273-80.
63. Morse JM, Bottorf JL, Hutchinson S. The phenomenology of comfort. *J Adv Nurs.* 1994;20(1):189-95.
64. Morse JM. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concepts analysis. *ANS Adv Nurs Science.* 1995;17(3):31-46.
65. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2<sup>th</sup> ed. California: Sage; 1995.
66. Morse JM, Doberneck B. Delineating the concept of hope. *Image J Nurs Sch.* 1995;27(4):119-26.
67. Morse JM, Carter B. The essence of enduring and expressions of suffering: the reformulation of self. *Sch Inq Nurs Prac.* 1996;10(1):43-60.
68. Morse J, Hupcey JE, Mitcham C. Concept analysis in nursing research: a critical appraisal. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice.* 1996;10(3):253-277.
69. Morse JM, Mitcham C, Hupcey JE, Táson MC. Criteria for concept evaluation. *J Adv Nurs.* 1996;24(2):385-90.
70. Morse JM, Mitcham C. Compathy: the contagion of physical distress. *J Adv Nurs.* 1997;26(4):277-85.
71. Morse JM, Mitcham C, van der Steen WJ. Compathy or physical empathy: implications for the caregiver relationship. *J Med Humanit.* 1998;19(1):51-65.
72. Morse JM. Exploring pragmatic utility: concept analysis by critically appraising the literature. In: Rodgers BL, Knaf KA, editors. *Concept*

development in nursing. 2<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Company; 2000. p.333-52.

73. Mota DDCF, Cruz DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise de conceito. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(3):285-93.
74. Mullally S. Future clinical role of nurses in the United Kingdom. *Postgrad Med J.* 2001;77(May):337-9.
75. Nitschke RG, Morais EP, Pfeiffer SA, Elsen I. Família saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. *Texto Contexto Enferm.* 1992;1(2):152-66.
76. O'Brien F, Mooney M, Glacken M. impressions of nursing before exposure to the field. *J Clin Nurs.* 2008;17(14):1843-50.
77. O'Connor M, Peters L, Walsh K. Palliative care nurse consultants in Melbourne: a snapshot of their clinical role. *Int J Palliat Nurs.* 2008;14(7): 350-5.
78. Orem DE. *Nursing: concepts of practice.* 6<sup>th</sup> ed. Georgia: Mosby; 2001.
79. Pearson Alan. Multidisciplinary nursing: re-thinking role boundaries. *Journal of Clinical Nursing.* 2003;12:625-9.
80. Penrod J, Morse JM. Strategies for assessing and fostering hope: the hope assessment guide. *Oncol Nurs Forum.* 1997;24(6):1055-63.
81. Penrod J, Hupcey JE. Enhancing methodological clarity: principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing.* 2005;50(4),403–9.
82. Pettengill MAM, Ângelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.
83. Phillips KD. Sister Callista Roy: Adaptation Model. In: Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their work.* 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006. p.355-85.
84. Poles K, Bousso RS. O desenvolvimento do conceito de morte digna na UTI pediátrica [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.
85. Reckling JB. Conceptual analysis of rights using a philosophic inquiry approach. *Image J Nurs Sch.* 1994;26(4):309-14.
86. Roazzi A. Categorização, formação de conceitos e processos de construção de mundo: procedimento de classificações múltiplas para o estudo de sistemas conceituais e sua forma de análise através de métodos de análise multidimensionais. *Cadernos de Psicologia.* 1995;1:1-27.

87. Roberts-Davis M, Read S. Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(1):33–43.
88. Roberts D. Competence and the profession [Editorial]. *MedSurg Nursing*. 2005;211(1).
89. Rodgers B. Concept analysis: an evolutionary view. In: Rogers B, Knafk K, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications*. 2<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p.77–102.
90. Rosenthal-Dichter CH. The pediatric physiologic stress response: a concept analysis. In: Gift AG. *Clarifying concepts in nursing research*. New York: Springer Publishing; 1997. p.29-52.
91. Royal College of Nursing. *The value and skills of nurses working with older people*. London: RCN; 1996.
92. Roy SC, Andrews HA. *The Roy adaptation model*. 2<sup>th</sup> ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1999.
93. Schofield A. Problems of role function. In: Roy C, editor. *Introduction to nursing: an adaptation model*. New Jersey: Prentice-Hall; 1976. p.265-87.
94. Shields LE. Womens' experiences of the meaning of empowerment. *Qual Health Res*. 1995;5(1):15-35.
95. Shewan JA, Read SM. Changing roles in nursing: a literature review of influences and innovations. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 1999;3:75-82.
96. Squires A. A dimensional analysis of role enactment of acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004;36(3):272-8.
97. Strauss A, Corbin J. *Bases of qualitative research: Grounded Theory - procedures and techniques*. California: Sage Publications; 1990.
98. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
99. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advance the humanistic imperative*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1995.
100. Swanson EA, Jensen DP, Specht J, Johnson ML, Maas M. Caregiving: concept analysis and outcomes. *Sch Inq Nurs Pract*. 1997;11(1):65-79.

101. Thompson GN, Estabrooks CA, Degner LF. Clarifying the concepts in knowledge transfer: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53(6):691–701.
102. Tornabeni J, Miller JF. The power of partnership to shape the future of nursing: the evolution of the clinical nurse leader. *J Nurs Manag*. 2008;16(5):608-13.
103. Turner RH. Role-taking, role standpoint and reference group behavior. In: Biddle BJ, Thomas EJ. *Role theory: concepts and research*. Nova York: John Wiley & Sons; 1966. p.151-9.
104. Vargas A. Administrando o espaço simbólico: uma apresentação da teoria dos papéis. *Administração On Line* [periódico na Internet]. 2001 [citado 2005 jul 13];2(2). Disponível em: [www.fecap.br/adm\\_online](http://www.fecap.br/adm_online).
105. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 3<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall; 1995.
106. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2005.
107. Wilson A, Averis A, Walsh K. The influences on and experiences of becoming nurse entrepreneurs: a Delphi study. *International Journal of Nursing Practice*. 2003;9:236-45.
108. Wong DL. *Enfermagem Pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

*Anexos*

## ANEXO 1



São Paulo, 18 de janeiro de 2008.

*Il<sup>mo</sup>(a). S<sup>a</sup>(a).*

**Dra. Dina de Almeida Lopes Monteiro da Cruz**  
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Escola de Enfermagem  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “*Papel clínico do enfermeiro: desenvolvimento do conceito*” - **Co-autor(es):** *Maria Angélica Mendes* – **CEP-HU/USP:** 782/07 – **SISNEP** CAAE: 0059.0.198.196-07.

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 18 de janeiro de 2008, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

**O primeiro relatório está previsto para 18 de janeiro de 2009.**

Atenciosamente,



**Dr. Maurício Seckler**  
**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa**  
**Hospital Universitário da USP**

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PAPEL CLÍNICO DO ENFERMEIRO: Desenvolvimento do Conceito

Eu, Maria Angélica Mendes, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, estou realizando uma pesquisa para desenvolver o conceito de papel clínico do enfermeiro. Parte dessa pesquisa requer conhecer a experiência do papel clínico. Para isso, gostaria de contar com o (a) Sr. (a.) como participante, concedendo-me uma entrevista sobre o assunto.

Gostaria de deixar claro que todas as entrevistas serão gravadas se houver permissão dos entrevistados. Estes poderão solicitar a interrupção da gravação quando o desejarem. Participar desta pesquisa não lhe trará riscos e também não haverá qualquer compensação material ou financeira por sua participação. Estimo que a duração da entrevista será de aproximadamente 60 minutos.

A identidade dos entrevistados será resguardada. Para o manuseio das anotações nas fases de coleta e análise intensiva, utilizarei nomes fictícios, para proteger os direitos dos participantes, sem constrangimento, exposição a riscos ou identificação.

Bom lembrar que sua participação é estritamente voluntária e que a qualquer momento, a V. S<sup>a</sup> poderá declinar sua participação.

V. S<sup>a</sup> concorda em ser informante da pesquisa?

Este termo de consentimento informado é o documento que comprova a sua permissão para participar da pesquisa.

Agradeço desde já pela sua valiosa colaboração e coloco-me à disposição para outros esclarecimentos necessários.

**Nome:**

**Assinatura:**

Muito Obrigada!

**Pesquisadora:**

Maria Angélica Mendes  
Rua Augusto Teodoro, 228 - Centro.  
CEP: 37.130.000 Alfenas – MG  
mawtws@gmail.com  
Fone: (35) 3299-1380 Fax (35) 3299-1381

**Orientadora:**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz  
Professora Titular  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
São Paulo, SP - Brasil, CEP 05403-000  
mtmlf@usp.br  
Tel (11)3061-7544 Fax (11)3061-7546

**CEP-HU:**

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-900 – São Paulo – SP.  
E-mail: cep@hu.usp.br  
Telefones: 3039-9457 ou 3039-9479