

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN**

JÉSSICA PATRÍCIA SARAIVA DE MEDEIROS LIMA MOREIRA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE MOSSORÓ-RN**

**MOSSORÓ
2010**

JÉSSICA PATRÍCIA SARAIVA DE MEDEIROS LIMA MOREIRA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –
FACENE/RN, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra

**MOSSORÓ
2010**

M836s

Moreira, Jéssica Patrícia S. de M. Lima.

Sistematização da assistência de enfermagem em unidades de saúde da família na cidade de Mossoró-RN/ Jéssica Patrícia Saraiva de Medeiros Lima Moreira. – Mossoró, 2010.

79f.

Orientador: Prof^ª. MSc. Patricia Josefa Fernandes Beserra.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Saúde Pública. 2. Assistência. 3. Estratégia de saúde da família – Mossoró/RN. I. Título.

CDU 614

JÉSSICA PATRÍCIA SARAIVA DE MEDEIROS LIMA MOREIRA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada pela aluna Jéssica Patrícia Saraiva de Medeiros Lima Moreira, do Curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra (FACENE/RN)

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)

Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)

Dedico este trabalho à minha filha Maria Eduarda, farol de minha caminhada e estímulo que me impulsiona a buscar vida nova a cada dia.

À minha mãe Iladenilvia, pelo amor incondicional e por todas as batalhas que enfrentou para me fornecer condições de me tornar a profissional e Mulher que hoje sou.

À minha avó Auxiliadora, pelo imenso amor e dedicação com que me criou e cuida de minha filha, apesar de todas as suas limitações.

Ao meu bisavô Aloisio Saraiva (In Memoriam), pelo exemplo de vida e por ter me ensinado que vale a pena sonhar, mesmo que este sonho pareça impossível aos olhos do homem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me concedeu o dom da vida, renovado a cada provação que se apresenta e nos sonhos que se concretizam; que me dá todos os dias o fôlego como presente para que eu possa continuar a sonhar; que é o meu socorro nos momentos de angústia, por várias vezes me carregando em seus braços e que, quando penso que não posso mais, me dá forças para ir muito mais além.

À minha mãe, Iladenilvia, que abdicou dos melhores anos de sua vida em prol da minha, abrindo mão dos seus sonhos para realizar os meus. À minha “mainha-vovó”, Auxiliadora, exemplo de mãe e mulher. Sem elas não seria possível a realização desse sonho.

Aos meus tios, Ivagno, Ivonaldo, Ívina e Iladelvânia, que tanto contribuíram para a minha criação, e junto com minha mãe e avó, substituíram com excelência o papel de um pai em minha vida, não me permitindo sentir falta em momento algum.

Ao meu esposo, Danilo Moreira, pelo amor compartilhado, pela maturidade que estamos construindo juntos, pela paciência nos momentos em que nem eu me suportava e, principalmente, por ter me dado o maior presente que já recebi: Minha Filha.

A Maria Eduarda, que ainda é muito pequena para entender a importância dessa conquista em minha vida, mas que, ao seu modo, contribuiu sumariamente para esta. A ela, por ter convivido com minha ausência em vários momentos desde o seu nascimento e pelos sorrisos que me fizeram seguir em frente quando pensava em desistir.

À minha grande família, pelo amor, inigualável convivência e apoio de sempre.

À minha orientadora Patrícia Josefa Fernandes Beserra, pelos valiosos e prazerosos momentos de orientação, sempre com bom humor e imensa paciência, me fazendo acreditar que estava tudo bem quando não havia tempo para as coisas irem mal.

A Joseline Pereira Lima e Verusa Fernandes Duarte, que juntamente com Patrícia compuseram minha banca examinadora, pelas sugestões e infinita contribuição a este trabalho.

Aos enfermeiros entrevistados, por terem se disposto a participar deste estudo. Sem eles não seria possível a concretização do mesmo.

A todos os meus professores, que no decorrer desses quatro anos, me forneceram subsídios para me tornar a profissional que hoje sou. A eles, por todo o conhecimento compartilhado, pela amizade dedicada e pela compreensão nos momentos mais difíceis de minha caminhada.

À FACENE, que muito mais do que uma faculdade, tornou-se uma espécie de segunda família, sempre disposta a ouvir e ajudar em qualquer situação, seja esta relacionada à graduação ou não.

A Paula Jéssica, uma espécie de amiga-irmã-anjo que Deus colocou em meu caminho para que eu pudesse ter sempre alguém para contar ou mesmo um ombro para chorar. A ela, minha “Paulinha”, meu “tronco forte”, por ter estado presente em todos os momentos da minha vida, bons e, principalmente, ruins.

A Tamara Gurgel, por todos os momentos maravilhosos e inesquecíveis que passamos juntas; por todas as histórias compartilhadas que certamente contaremos para os nossos netos (risos); pelas conversas que nos mantinham acordadas a noite inteira; pela compreensão de sempre; pela compatibilidade de ideias, ideais e, porque não dizer, de almas. Uma verdadeira amiga que, tenho certeza, contarei para sempre.

A todos os meus colegas de classe, em especial aos que se tornaram verdadeiros amigos, os que levarei para sempre: Renata, Marco Antônio, Tereza, Gaby, Catharina e Camila. Essas três últimas, entre tapas e beijos, formaram o meu grupo até o fim, estando comigo em muitos momentos, inclusive no mais inesquecível da minha vida: Meu Parto. Amigos, “foi com vocês que vivi os melhores anos da minha vida”.

A todos que fizeram parte desse sonho, que hoje se torna realidade,

Meu muito obrigada!

“Sempre que houver alternativas, tenha cuidado.

Não opte pelo conveniente, pelo confortável, pelo respeitável, pelo socialmente aceitável, pelo honroso.

Opte por aquilo que faz o seu coração vibrar.

Opte pelo que gostaria de fazer, apesar de todas as conseqüências.”

(Osho)

RESUMO

Entre as prioridades da ESF está o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e sobre tudo resolutive à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas verdadeiras necessidades, identificando os fatores de riscos aos quais ela está exposta, e neles intervindo de maneira apropriada. Durante a sua prática profissional, o enfermeiro deve prestar uma assistência de qualidade. O mesmo deve ter consciência da importância da SAE durante as consultas de enfermagem, o que torna o trabalho deste profissional mais valorizado, individualizado e qualificado. Considerando-se a importância da SAE, sua relevância para a autonomia do enfermeiro, a exigência da mesma pelo COFEN, Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, além da necessidade dessa prática para prestação de uma assistência integral e individualizada, tanto ao indivíduo quanto à família e à comunidade, e tendo em vista que a SAE se delinea através da consulta de enfermagem, uma das atribuições do enfermeiro na ESF, destaca-se a necessidade de se realizar esse estudo, uma vez que se considera importante o conhecimento de como a SAE é colocada em prática pelos enfermeiros da ESF, especialmente na cidade de Mossoró. Sendo assim, objetiva-se com esta pesquisa analisar na concepção do enfermeiro a utilização da SAE em USF na Cidade de Mossoró, visando caracterizar a situação dos enfermeiros entrevistados, analisar o conhecimento dos mesmos acerca da SAE, averiguar a aceitação acerca da implantação e da implementação da SAE e identificar as dificuldades para a implementação da mesma. Optou-se por realizar um estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados foi realizada com oito enfermeiros de oito UBS distintas, utilizando para tal entrevistas semi-estruturadas gravadas em *iPod*. Os dados quantitativos foram expostos por meio de gráficos e os qualitativos segundo a técnica do DSC. Verificou-se que a maioria dos enfermeiros é conhecedora da SAE, embora em alguns momentos apresentassem discursos contraditórios. Apesar da obrigatoriedade pela legislação profissional, percebe-se que há resistência e desinteresse por meio dos enfermeiros para realizarem a SAE, constatando que sua implantação ainda não é uma realidade nas USF. Considerando as lacunas quanto ao conhecimento da SAE, é importante que estudos neste sentido sejam estimulados com o intuito de melhorar a percepção dos profissionais de enfermagem e suas expectativas quanto às vantagens de um serviço de enfermagem sistematizado, tanto para sua autonomia profissional, quanto para promover a melhora da qualidade da assistência e humanização do cuidado.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Unidade de Saúde da Família. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Among the priorities of the Family Health Strategy (FHS) is committed to assisting universal, comprehensive, equitable, and continuing on resolving all the people at the clinic and at home, always according to their real needs, identifying risk factors to which it is exposed, and they acted properly. During his professional practice, nurses must provide quality care. The same should be aware of the importance of Nursing Care System (NCS) during nursing consultations, which makes the work of this most valued professional, individualized and qualified. Considering the importance of NCS, its relevance to the autonomy of nurses, the same requirement by Federal Board of Nursing, Law of Professional Nursing and Brazilian Manual of Hospital Accreditation, in addition to the need for this practice to provide comprehensive care and individualized both the individual and the family and community, and in order that the NCS is delineated by the consultation of nursing, a nurse in the responsibilities of the FHS, there was a need to perform this study, since it is deemed important knowledge of how the NCS is put into practice by nurses FHS, especially in the city of Mossoró. Therefore, the objective of this research is to analyze the design of the nurse using the NCS at Family Health Unit (FHU) in the city of Mossoró, to characterize the situation of nurses, analyze their knowledge about the NCS, inquire about the acceptance and deployment NCS implementation and identify the difficulties in its implementation. We decided to perform an explorative study descriptive, quantitative and qualitative data collection was conducted with eight nurses from eight different Basic Health Unit, using such semi-structured interviews recorded on iPod. The quantitative data were exposed through graphic and qualitative data according to the Collective Subject Discourse technique. It was found that most nurses are cognizant of the NCS, although at times presenting contradictory discourses. Despite the requirement for professional legislation, it is clear that there is resistance and disinterest by the nurses to perform the NCS, noting that its implementation is not yet a reality in the FHU. Considering the gaps in the knowledge of the NCS, it is important that studies in this direction will be stimulated in order to improve the perception of nurses and their expectations regarding the benefits of a systematic nursing service, both for their professional autonomy, and to promote improved quality of care and humane care.

Keywords: Family Health Strategy. Family Health Unit. Nursing Care System

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição percentual dos enfermeiros por faixa etária.....	44
GRÁFICO 2 – Distribuição percentual dos enfermeiros quanto ao sexo.....	45
GRÁFICO 3 – Percentual de enfermeiros que trabalham em mais de uma instituição.....	45
GRÁFICO 4 – Distribuição percentual dos enfermeiros que trabalham em mais de uma instituição por tipo de instituição.....	46
GRÁFICO 5 – Distribuição percentual dos enfermeiros por grau de instrução.....	47
GRÁFICO 6 – Distribuição percentual dos enfermeiros de acordo com o ano de conclusão da graduação.....	47
GRÁFICO 7 – Percentual de enfermeiros que afirmam conhecer ou não a SAE.....	49
GRÁFICO 8 – Percentual de entrevistados que afirma ou não ter participado treinamento e/ou palestra referente à SAE.....	50
GRÁFICO 9 – Percentual de entrevistados que afirmam ou não conhecer a resolução 272/2002 do COFEN.....	53
GRÁFICO 10 – Distribuição percentual dos enfermeiros que praticam ou não a SAE nas UBS em que trabalham.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
ANA – *American Nursing Association*
Caps – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
Dr. – Doutor
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
Esp. – Especialista
ESF – Estratégia Saúde da Família
FACENE – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
Iaps – Institutos de Aposentadoria e Pensões
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS – Ministério da Saúde
Ms. – Mestre
NANDA – *American Nursing Diagnosis Association*
NIC – *Nursing Intervention Classification*
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
NOC – *Nursing Outcomes Classification*
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE – Processo de Enfermagem
Prof. – Professor(a)
PSF – Programa Saúde da Família
RN – Rio Grande do Norte
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	17
3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	22
3.3 O ENFERMEIRO NA ESF.....	25
3.3.1 A consulta de Enfermagem	27
3.4 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	28
3.4.1 As teorias de Enfermagem	29
3.5 O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	30
3.5.1 Investigação	31
3.5.2 Diagnóstico de Enfermagem	32
3.5.2.1 Taxonomia NANDA.....	33
3.5.3 Planejamento da Assistência	34
3.5.3.1 Taxonomia NOC.....	36
3.5.4 Implementação	37
3.5.4.1 Taxonomia NIC.....	38
3.5.5 Avaliação	39
4 METODOLOGIA	40
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	40
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	40
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	41
4.4 INSTRUMENTO.....	41
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	42
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO.....	43
4.8 FINANCIAMENTO.....	43
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
5.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS.....	44
5.2 RESULTADOS REFERENTES À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	71
ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada Programa Saúde da Família (PSF), foi lançada em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia para mudança do modelo de assistência a saúde com a finalidade de desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. A ESF visa tanto prestar assistência na unidade de saúde quanto desenvolver ações de saúde em âmbito domiciliar, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros de uma família são acompanhados (FIGUEIREDO, 2003).

O mesmo autor caracteriza a Unidade de Saúde da Família (USF) como sendo a porta de entrada do sistema local de saúde, podendo atuar com duas ou mais equipes. Cada equipe deve conter no mínimo um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis por seiscentas a mil famílias, com limite máximo de 4 mil habitantes.

Segundo o MS, estão entre as atribuições do enfermeiro na USF: realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicações estabelecidas em protocolos definidos nos programas de saúde e disposições legais da profissão, além de planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar ações, aliando a atuação clínica à prática de saúde coletiva (SENSSULINI; FOSSA, 2008).

Souza (2000) referencia que entre as prioridades estabelecidas para a ESF está o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e sobre tudo resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas verdadeiras necessidades, identificando os fatores de riscos aos quais ela está exposta, e neles intervindo de maneira apropriada. No cumprimento de todos esses compromissos o enfermeiro tem papel importante, dividindo com o médico as ações clínicas e respondendo, ao mesmo tempo, pela supervisão do trabalho de agentes e técnicos de enfermagem da equipe.

Na literatura a metodologia da Assistência de Enfermagem recebe diferentes denominações como: Consulta de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e segundo Carraro; Kletemberg; Gonçalves (2003) independente da sua designação, refere-se à utilização de método científico para planejamento e orientação das ações da enfermagem.

A Enfermagem Moderna, marcada por Florence Nightingale, deu início a jornada para adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, deixando de lado gradativamente a postura de atividade caritativa, iminentemente intuitiva e empírica. Para

isso, foram desenvolvidas teorias de enfermagem com a finalidade de organizar e sistematizar todas as questões que permeiam a atividade profissional, gerando conhecimentos que apoiarão e subsidiarão a prática do enfermeiro (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

De acordo com os autores supracitados, a teoria serve como base estrutural para a implementação da SAE, que necessita de uma metodologia para ser implementada. Um método que pode ser empregado para a implantação da teoria na prática é o Processo de Enfermagem (PE), que pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos clientes.

Alfaro-LeFevre (2005), conceitua PE como uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem, constituído por cinco etapas inter-relacionadas: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação. Garcia e Nóbrega (2004), afirmam tratar-se de um instrumento metodológico utilizado tanto para organizar quanto para favorecer o cuidado em enfermagem.

Embora o PE venha sendo implantado no Brasil desde a década de 70, quando inserido por Wanda de Aguiar Horta, apenas em 2002 a SAE recebeu apoio legal do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), pela Resolução nº 272, para ser implementada em âmbito nacional (HERMILDA; ARAÚJO, 2006). Tal resolução trata da obrigatoriedade da implantação da SAE em todas as instituições de saúde brasileiras, sejam elas públicas ou privadas, em que são desenvolvidas ações de enfermagem (COFEN, 2002). A lei do exercício profissional de enfermagem (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986) também faz referência à SAE quando, em seu artigo 11º, dispõe como atividades privativas do enfermeiro a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986). Além disso, sua implantação se torna uma estratégia na organização da assistência de enfermagem nas instituições, atendendo, assim, aos requisitos do Manual Brasileiro da Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001).

Durante a sua prática profissional, o enfermeiro deve prestar uma assistência de qualidade. O mesmo deve ter consciência da importância da SAE durante as consultas de enfermagem, o que torna o trabalho deste profissional mais valorizado, individualizado e qualificado. Carvalho et al. (2008) considera que a SAE representa, para os profissionais de enfermagem, instituições, fontes pagadoras e pacientes, um instrumento técnico-científico de suma importância, capaz de assegurar a qualidade e continuidade da assistência de enfermagem e caracterizar a prática desses profissionais, conferindo uma maior autonomia de suas ações e reforçando o vínculo entre profissional e cliente.

Considerando-se a importância da SAE, sua relevância para a autonomia do enfermeiro, a exigência da mesma pelo COFEN, Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, além da necessidade dessa prática para prestação de uma assistência integral e individualizada, tanto ao indivíduo quanto à família e à comunidade, e tendo em vista que a SAE se delinea através da consulta de enfermagem, uma das atribuições do enfermeiro na ESF, destaca-se a necessidade de se realizar esse estudo, uma vez que se considera importante o conhecimento de como a SAE é colocada em prática pelos enfermeiros da ESF, especialmente na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte (RN).

Durante toda a minha vida acadêmica a SAE sempre me despertou curiosidades, principalmente no tocante a maneira como é desenvolvida, na prática, pelos profissionais de enfermagem. Mais recentemente, surgiu o interesse pela ESF, tendo em vista a autonomia que é dada ao enfermeiro nesse serviço e a possibilidade de estar em contato direto e contínuo com o usuário, podendo fazer mais pelo mesmo, sua família e a comunidade em que está inserido. Sendo assim, surgiu a seguinte indagação: Como ocorre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas Unidades de Saúde da Família em Mossoró-RN?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar na concepção do enfermeiro a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidades de Saúde da Família na Cidade de Mossoró.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação dos enfermeiros entrevistados;
- Analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados a cerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Averiguar a aceitação dos enfermeiros entrevistados a cerca da implantação e da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Identificar na opinião dos enfermeiros entrevistados as dificuldades para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Estreitamente ligada ao âmbito coletivo-público-social, a área da saúde tem passado historicamente por contínuos movimentos de recomposição das práticas sanitárias decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as propostas sociais face às necessidades e aos problemas de saúde (PAIM; ALVES FILHO, 1998).

A saúde pública no Brasil tem origem na transição do século XIX para o século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da “República Velha”. Médice (1994; apud PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006) afirma que a assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias. É dessa época o surgimento e desenvolvimento do chamado “sanitarismo campanhista”, que se configurou em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até o momento. Foi marcante nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, tendo como principal objetivo sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis e predominando até meados dos anos 60 (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Sobre isso, Fontinele Júnior (2008) comenta que as primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde dão-se a partir de interesses meramente mercantis. As regiões que não tinham alguma importância estratégica para a economia do país ficavam abandonadas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Frente a isso, pode-se afirmar que até então o Brasil não possuía nenhuma política voltada para a atenção à saúde de seus habitantes.

As campanhas visavam ao combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras. Progressivamente, a intervenção do Estado no setor saúde vai se acentuando e, após a segunda guerra mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se refere à assistência à saúde da população (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

No bojo da industrialização incipiente surgem, na década de 1923, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps), dando origem à Previdência Social no Brasil. As Caps eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentosas, aposentadorias e pensões (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Até então, as atenções predominantes dos governos voltavam-se às

ações de caráter coletivo. A partir desta década a ênfase governamental começa a se deslocar para a assistência médica individual.

O mesmo autor refere que ainda na década de 1930, as Caps foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (Iaps), que foram unificados décadas depois para criar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Sobre esse fato, Andrade, Pontes e Martins Junior (2000, p. 85) comentam:

Esta situação compõe os marcos administrativos nas políticas de saúde pública no Brasil de 1923 a 1975, período em que é possível evidenciar a duplicidade assistência/previdência, caracterizada pelo privilégio exercido pela prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, bem como o desenvolvimento de um sistema que priorizava a capitalização da medicina e a sua produção privada.

O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência, ou seja, aqueles “com carteira assinada” (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

O autor supracitado afirma que em 1953, foi criado o MS, que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. Conforme a tendência observada já no início desta década, na década de setenta, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do MS e, a assistência médica individual centrada no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974.

O Sistema Nacional de Saúde é organizado em 1975, através da Lei 6229, que estabelece as principais competências das distintas esferas de governo. Essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do MS) e individuais (competência do MPAS), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Segundo Paulus Júnior; Cordoni Júnior (2006), concomitante ao desenvolvimento do sistema de saúde acima descrito, inicia-se um movimento intelectual e político de crítica ao mesmo. Em 1976, é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES – marcando o início da mobilização social que se denominou Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O Movimento originou-se nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e

rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde, tendo como principal meio de difusão de idéias a revista do CEBES, Saúde em Debate.

O MRSB fazia parte da luta contra a ditadura militar e trazia a proposta de um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde. O MRSB foi o grande indutor de convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações foram absorvidas pela Constituição Federal de 1988 (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001). Sobre a VIII Conferência, Paulus Júnior; Cordoni Júnior (2006, p. 17) referem:

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde.

A Constituição Federal de 1988 reformulou a saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde, que antes ficava a cargo apenas da União e relativo ao trabalhador segurado, passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é idealizada de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Com relação ao direito à saúde, a Constituição garante, através do Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

De acordo com Andrade; Pontes; Martins Junior (2000), a Carta de 1988 enunciou as seguintes garantias para sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva:

- A saúde como um direito de cidadania e dever do Estado;
- A relevância pública das ações e serviços de saúde;
- A universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência;
- A descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária;
- A integração da rede pública de serviços num sistema único;

- A possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde;
- O co-financiamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- A direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios);
- A saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

O grande desafio do MRSB passou a ser promover a transição do sistema desintegrado, no que diz respeito à articulação das esferas de governo, e centralizado, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para um outro sistema com comando único em cada esfera de governo. Aqui não mais uma tarefa de resistência, mas uma tarefa construtiva (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Surgindo como uma espécie de estatuto da saúde no Brasil, as Leis 8.080/90 e 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo (PAULUS JÚNIOR; CONDONI JÚNIOR, 2006). A Lei 8080/90, chamada Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. A Lei 8142/90 resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros da saúde (Fundo Nacional de Saúde), repasses automáticos e condições para que os municípios e estados pudessem receber recursos Federais (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001).

Para regulamentar a implantação do SUS foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) em 1991, 1993 e 1996, respectivamente NOB-91, NOB-93 e NOB-96. A partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, essas normas se voltaram, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientaram a operacionalidade deste Sistema (BRASIL, 1997).

Particularmente importante para a municipalização foi a NOB-96, de fato só implementada em 1998, que definiu modalidades de gestão. A modalidade mais avançada, chamada Gestão Semiplena, ampliava as possibilidades de autonomia administrativa para a gestão dos recursos financeiros da União repassados aos municípios. Esta modalidade resultou em maior capacidade de planejamento para os municípios (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal.
- **Equidade:** é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.
- **Integralidade:** é o reconhecimento na prática dos serviços de que o homem é um ser integral, bio-psíco-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1990).

Ribeiro (1997) refere que a universalização da assistência é perceptível através do acesso proporcionado às clientela não previdenciárias junto a hospitais e ambulatórios do ex-INAMPS ou conveniados e da recente ampliação das Redes Municipais de Saúde.

O modelo proposto com a construção do SUS é o piramidal, que apresenta na sua base o nível de atenção primário, constituído da chamada Rede Básica de Saúde. Esta rede consiste num conjunto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes ao poder público, responsáveis pela atenção integral, individual e coletiva por meio da atuação multidisciplinar. Essas unidades, distribuídas de maneira a cobrir populações adscritas, caracterizam-se pela integração das ações de promoção e prevenção de saúde coletiva, terapêutica e de reabilitação, representando uma resolubilidade de 80%, constituindo-se na porta de entrada principal do sistema, ou seja, a porta de acesso aos níveis de maior complexidade (COSTA; MAEDA, 2001).

Porém, de acordo com Noronha; Soares (2001), a implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em janeiro de 2001, deixou claro os imensos vazios na oferta de serviços no território nacional. Os atuais mecanismos e valores de custeio da assistência médico-sanitária têm levado a um crescente sucateamento da precária rede assistencial existente e à busca de inexistentes fontes alternativas de financiamento. A sub-remuneração dos profissionais de saúde e a salientada precariedade de suas relações trabalhistas têm fortemente diminuído a sua adesão ao SUS. A associação destes fatores decorrentes da insistência dos definidores da política econômica de atribuir prioridades aos compromissos

com as finanças internacionais em detrimento das políticas sociais tem levado a uma crescente ruptura dos preceitos constitucionais que estabeleceram a saúde como direito de todos e dever do Estado, baseado nos princípios da universalidade e equidade.

Analisando todo esse contexto e visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o MS assumiu, a partir de 1994, como resposta intencional a essa conjuntura, a implantação da ESF (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Santana; Camargnani (2001) relatam que o PSF desponta como uma das mais recentes estratégias assumidas pelo MS: reorganizar o modelo assistencial brasileiro.

Lima (2005) afirma que, embora tenha sido criado com a denominação Programa Saúde da Família, depois de anos de experiências vividas em sua trajetória e da realização de estudos e reflexões a seu respeito, não há mais dúvida em afirmar que a Saúde da Família não é apenas um programa, mas uma estratégia, não apenas uma estratégia de médico da família, mas uma estratégia específica da atenção à saúde. Sendo assim, atualmente o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, meio e fim.

A ESF foi criada, segundo o autor do projeto, o doutor Luis Odorico Monteiro de Andrade, em entrevista cedida à revista O COFFITO, em março de 2000, como mecanismo para construir uma relação de integralidade do sistema com um novo paradigma que não fosse centrado na concepção médica ou hospitalocêntrica, quando Secretário de Saúde em Quixadá (Ceará), em 1993. Ele e sua equipe de trabalho elaboraram o projeto com base em pesquisas feitas sobre as experiências inglesa, canadense e cubana do médico da família, esta última, a referência mais inspiradora para o Brasil, sob a ótica dos resultados (ANDRADE, 2000).

Porém, o autor supracitado refere que o programa médico da família, como havia sido desenvolvido nos outros países, não respondia as contradições do Brasil. Dessa forma, optou-se por incorporar uma experiência pioneira vigente no Ceará: o agente comunitário de saúde (ACS), que representou a interiorização do profissional não-médico, principalmente na área de enfermagem. O projeto, após ter sido elaborado, foi apresentado em outubro de 1993 e discutido com a OPAS (Organização Panamericana de Saúde) em 27 de dezembro do mesmo ano, que aceitou o projeto de Saúde da Família.

Assim sendo, pode-se dizer que o início da ESF deu-se em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o primeiro embrião dessa nova modalidade de prestação de assistência à saúde da população. O PACS consiste numa estratégia de transição entre o sistema anterior tradicional de provisão de serviços de saúde e a ESF. Os agentes comunitários de saúde devem pertencer à própria comunidade, viver uma vida igual à de seus vizinhos e estar preparados para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e da saúde da comunidade. O PACS é uma prática que garante um novo olhar dos profissionais em relação ao contexto em que se processam as ações de saúde, visto que pressupõem uma busca ativa de problemas atuais, preservando e potencializando as capacidades dos membros da comunidade atendida (CIANCIARULLO et al, 2002).

O projeto, publicado em 1994, revela que a implantação da ESF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, por meio da construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

A ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades – além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Não apenas as UBS, mas todo o sistema deverá estar estruturado segundo a lógica da estratégia em questão, pois a continuidade da atenção deve ser garantida pelo fluxo contínuo setorial, sem solução de continuidade nesse processo. A UBS, sob a lógica da ESF, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

O princípio da “longitudinalidade” determina assistência continuada, e não mais de forma ocasional, à população, propiciando a “integralidade” baseada na prática totalizadora, promovendo, protegendo, recuperando e reabilitando a saúde de forma integrada. Alguns dos princípios da ESF são a humanização, a heterogeneidade e a realidade que implicam na

possibilidade de aplicação dos demais princípios, adequando-os a cada realidade local, e a organização da saúde da família de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis no território. Ela é a única que possui financiamento, permitindo aos municípios receberem recursos financeiros do MS como forma de incentivo, o que tem feito tal proposta disseminar-se no Brasil (COSTA; MAEDA, 2001).

A ESF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde – que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva – e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Baseado nesse novo modelo, os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, estenderam sua atuação e influência, deixando de ser profissionais plantonistas de hospitais que não conhecem a realidade das localidades onde estão estabelecidos (MEDEIROS et al, 2007).

O trabalho dos profissionais que estão inseridos na ESF é realizado de forma multiprofissional. Em um sentido estrito, Chaves (1982) aponta que a palavra multiprofissional nivela setores que militam profissões afins, como é o caso das faculdades de Ciências da Saúde. Segundo Peduzzi (2001), no trabalho em equipe do tipo integração há complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica e não há independência dos projetos de ação de cada agente.

Dentro dessa equipe multiprofissional, o MS, no documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (BRASIL, 1998), define as atribuições técnicas de cada um dos profissionais envolvidos na ESF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde).

Figueiredo (2003) refere que a USF pode atuar com duas ou mais equipes. Cada equipe deve ser composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis ACS, responsáveis por seiscentas a mil famílias, com limite máximo de 4 mil habitantes. Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

De acordo com um Informe Técnico Institucional do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde da USP, publicado na Revista de Saúde Pública em 2000, um dos caracteres de diferenciação desse processo é que os profissionais das equipes de saúde

devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. De modo geral, as atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família (SF) são:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

A literatura especializada há muito tempo trata sobre questões relativas ao papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, papel esse que produz hierarquização e desigualdades sociais entre as diversas profissões. Na ESF, no entanto, dada a flexibilidade ou complexidade das relações e do abrandamento das fronteiras profissionais, essas relações hierárquicas podem assumir caráter diferenciado. Isso é importante, principalmente para o enfermeiro, que, na prática, assume uma gama de funções diferentes daquelas oficialmente estabelecidas (MEDEIROS et al, 2007).

3.3 O ENFERMEIRO NA ESF

O trabalho do enfermeiro na ESF se constitui principalmente no monitoramento das condições de saúde, como núcleo da atenção de enfermagem, seja no atendimento individual ou no atendimento grupal; no levantamento individual e monitoramento de problemas de saúde (seja no enfoque de risco ou de vulnerabilidade), sendo que estes deverão estar articulados à intervenção nos agravos de ordem patológica (e, portanto pautados no saber da

clínica); e ainda, no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa, no sentido dialógico, buscando a ampliação da autonomia dos sujeitos (PEDUZZI, 2000).

Segundo Araújo; Oliveira (2009), a enfermagem atualmente representa mais de 80% do efetivo que atua nos programas de assistência de saúde pública. Trata-se, portanto, de um profissional apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil. Por este caminho, pode-se afirmar que uma assistência à saúde da família brasileira, cujo objetivo seja transformar a história das práticas e dos resultados das intervenções, o que encontra grande ressonância com a enfermagem, que tem uma forte relação com as mudanças, não poderá prescindir da atuação do enfermeiro.

Os mesmo autores comentam que a competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem.

De acordo com o documento da Política Nacional de Atenção Básica, editado em 2006 pelo MS (BRASIL 2006), as atribuições mínimas do profissional enfermeiro estão listadas abaixo, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais:

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação continuada dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

3.3.1 A Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem é uma atividade de grande importância e resolutividade quando realizada de forma adequada pelos enfermeiros. Trata-se de uma prática criada para a SAE, oferecendo suporte ao enfermeiro na detecção precoce de algumas doenças. A realização da consulta de enfermagem exige do profissional enfermeiro uma série de conhecimento e constante treinamento que o instrumentalize a desenvolver esta prática (CARVALHO et al, 2008).

Conforme Martinelli (2004, p. 210):

[...] a consulta de enfermagem é uma atividade essencial do enfermeiro no processo da assistência ao cliente. Essa atividade é de grande importância e resolutividade quando realizada de maneira adequada, pois, além de gerar autonomia e realização profissional, fortalece o acolhimento entre o enfermeiro e o usuário e vice-versa.

Dessa forma, a consulta de enfermagem tem como objetivo ter uma visão holística, apreendendo toda a informação levada pelo cliente, possibilitando um diagnóstico preciso e ter condições de elaborar um plano de assistência de acordo com a necessidade de cada indivíduo para obtenção de um bom resultado (CARVALHO et al, 2008).

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, deve prestar uma assistência de qualidade. O mesmo deve estar consciente da importância da SAE durante as consultas de enfermagem, pois assim o trabalho desse profissional se torna mais valorizado, individualizado e qualificado. A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, sendo considerada um instrumento essencial, uma vez que consiste no meio pelo qual esse profissional dispõe para aplicar seus conhecimentos técnicos-científicos e humanos na assistência ao cliente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição de seu papel (CARVALHO et al, 2008).

Vale salientar que a SAE constitui uma exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil, de acordo com a resolução do COFEN de número 272/2002 (ANEXO 1), que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras. Tal resolução leva em consideração que a SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para identificar situações de saúde/doença, fornecendo subsídio às ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, constituindo, portanto, em melhora na qualidade da assistência de enfermagem. A mesma resolução, em seu artigo 5º, dispõe sobre a

responsabilidade dos CORENS, em suas respectivas jurisdições, em zelar pelo cumprimento desta norma (COFEN, 2002).

A SAE é também uma orientação da lei do exercício profissional da enfermagem (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986) onde, em seu artigo 11º, dispõe como atividades privativas do enfermeiro a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986). Além disso, representa uma estratégia na organização da assistência de enfermagem nas instituições, segundo os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001).

3.4 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A retomada do passado vem demonstrar que as práticas de saúde são tão antigas quanto a humanidade, pois são inerentes à própria condição de sobrevivência (GEOVANINI et al, 2002). Kawamoto; Fontes (1997) ressaltam que por muitos séculos a enfermagem foi exercida, de maneira empírica, pelas mães, por sacerdotes, feiticeiros e religiosos.

Entretanto, somente no século XX os conceitos sobre enfermagem sofreram significáveis modificações sob a influência de Florence Nightingale. Sobre essa questão, Oguisso (2005) narra que, embora o treinamento e atividade de cuidar de feridos e doentes existissem antes de Florence, sua forte personalidade, visão e habilidade prática para organização conseguiram fornecer à enfermagem os poderosos fundamentos, os princípios técnicos e educacionais e a elevada ética que impulsionaram a profissão e criaram oportunidades impensáveis anteriormente.

No início do século XIX, ganha espaço o paradigma cientificista na tentativa de superar a concepção mágico-religiosa vigente até então. É nesse período que o nome Florence Nightingale ganha importância na área da enfermagem a partir da sistematização de um campo de conhecimentos, instituindo-se “uma nova arte e uma nova ciência”, para a qual é preciso educação formal, organizada sobre bases científicas (DAHER; SANTOS; ESCUDEIRO, 2002).

Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem moderna em todo o mundo, obtendo projeção maior a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Criméia, em 1854, quando com 38 mulheres organizou um hospital de 4000 soldados internos, baixando a mortalidade local de 40% para 2% (PADILHA; MANCIA, 2005). Para Geovanini et al (2002), a enfermagem passa a atuar de maneira sistemática, quando Florence

é convidada, pelo ministro da Guerra da Inglaterra, para atender os soldados feridos em combate nessa guerra.

As concepções teórico-filosóficas de enfermagem desenvolvidas por Florence tiveram como base observações sistemáticas e registros estatísticos colhidos a partir de sua experiência prática no atendimento diário a doentes. Dessa vivência foram obtidos quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. Esses conceitos, considerados revolucionários para sua época, foram revistos e ainda hoje se identificam com as bases humanísticas da enfermagem, tendo sido revigorados pela teoria holística (OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

3.4.1 As Teorias de Enfermagem

A enfermagem sempre se fundamentou em princípios, crenças, valores e normas tradicionalmente aceitas. A evolução da ciência, que possibilitou a compreensão da importância de pesquisar para constituir o saber, levou os enfermeiros a questionar esses preceitos tradicionais. No período de 1950, esse questionamento aumentou, fazendo surgir a necessidade de se desenvolver um corpo de conhecimento específico, o que seria possível somente pela elaboração de teorias próprias (CIANCIARULLO, 2002).

Wanda de Aguiar Horta foi a primeira enfermeira brasileira a falar da teoria no campo profissional. A mesma, embasando-se na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow, elaborou, na segunda metade dos anos 1960, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, propondo às enfermeiras brasileiras uma assistência de enfermagem sistematizada que introduziu no Brasil uma nova visão de enfermagem (HORTA, 1979).

Segundo Rolim; Pagliuca; Cardoso (2005), a teoria no campo da enfermagem foi fundamentada na prática profissional. Fialho et al (2002) afirma que as teorias constituem uma forma sistemática de olhar o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. É dessa maneira que a teoria de enfermagem é definida como uma conceitualização articulada e comunicada da realidade, inventada ou descoberta dentro da enfermagem ou pertinente a ela, com propósito de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.

Carvalho; Damasceno (2003), defendem que as teorias de enfermagem desenvolvem a identidade profissional, uma vez que constituem a base na qual o enfermeiro se apóia para explicar seu trabalho. Tannure; Gonçalves (2008) colocam que as teorias devem fornecer direção às ações dos enfermeiros, de modo a responsabilizá-los pelos cuidados a serem prestados aos clientes, não mais realizados de maneira empírica.

Para sistematizar a assistência de enfermagem é preciso haver um marco conceitual que fundamente a organização que o serviço busca alcançar. De acordo com Ferreira (1975; apud TANNURE; GONÇALVES, 2008), “sistematizar é tornar coerente com determinada linha de pensamento”, e entre as linhas de pensamento que podem ser utilizadas na enfermagem, propõe-se o uso das teorias de enfermagem, pois foram escritas com base em vivências da prática profissional, retratando dessa forma as ações realizadas pelos enfermeiros e determinando como esses profissionais devem agir.

A teoria serve como alicerce estrutural para a implementação da SAE, que necessita de uma metodologia para ser implementada. Um método que pode ser empregado para a implantação da teoria na prática é o PE, que pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos pacientes (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

3.5 O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos processos vitais ou aos problemas de saúde, e determinar que aspectos dessas quatro respostas necessitam de uma intervenção profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Tannure; Gonçalves (2008) referem que a ciência da enfermagem se baseia em uma ampla estrutura teórica, e o PE é uma das ferramentas por meio da qual essa estrutura se aplica à prática de enfermagem, ou seja, é o método de solução de problema dos clientes.

Para Alfaro-LeFreve (2005), o PE consiste numa forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem, promovendo cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo. Beyers; Duda (1989; apud TANNURE; GONÇALVES, 2008) consideram ser a aplicação sistemática do conhecimento a situações específicas da assistência aos clientes.

O PE é sistemático por envolver uma abordagem organizada para alcançar seu objetivo, requerendo do enfermeiro “interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para implementação das ações sistematizadas” (DANIEL, 1987; apud NÓBREGA; SILVA, 2007, p. 19).

O PE consiste no instrumento profissional do enfermeiro, guiando sua prática e fornecendo autonomia profissional, concretizando a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também documentar a prática profissional,

visando à avaliação da qualidade da assistência prestada (PEIXOTO et al, 1996; apud NÓBREGA; SILVA, 2007).

Apesar de o PE ser operacionalizado em fases, que variam de acordo com cada autor no que diz respeito ao número e à terminologia utilizada, autores como Iyer; Taptich; Bernocchi-Losey (1993); Alfaro-LeFreve (2005) referem que o PE apresenta cinco fases sequenciais e inter-relacionadas, sendo adotado que devem ser desenvolvidas as seguintes: Histórico ou Investigação; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento; Implementação e Avaliação da assistência.

3.5.1 – Investigação

A investigação, ou histórico de enfermagem, é a primeira fase do PE, o primeiro passo para determinar a situação de saúde do cliente (TANNURE; GONÇALVES, 2008). Alfaro-LeFreve (2005) afirma que ocorre durante a anamnese e o exame físico, onde são coletadas informações que garantam a certeza de possuir “todas as peças do quebra-cabeças”, para se ter uma visão clara da saúde do cliente.

Para Tannure; Gonçalves (2008) a investigação consiste na coleta de informações referentes ao estado de saúde da família e da comunidade, com a intenção de identificar as necessidades, os problemas, as preocupações e as reações humanas desse cliente. Dessa forma, é indispensável que as informações coletadas sejam precisas e fidedignas, para que o perfil de saúde ou de doença do cliente seja estabelecido.

Alfaro-LeFreve (2005) propõe cinco passos que podem ajudar o enfermeiro a realizar uma investigação sistemática e ordenada, descritos a seguir:

- Coleta de dados: reunir os dados sobre o estado de saúde.
- Validação dos dados: nova verificação para assegurar que os dados são precisos e completos.
- Organização dos dados: agrupamento dos dados de forma a auxiliar o profissional na identificação de padrões de saúde ou de doença.
- Identificação de padrões/Teste de primeiras impressões: obter uma idéia inicial dos padrões de funcionamento e focalizar a investigação de modo a obter mais informações que levem a uma melhor compreensão da situação em questão.
- Comunicação e Registro dos dados: Comunicar os dados significativos e completar o prontuário do paciente.

3.5.2 – Diagnóstico de Enfermagem

A segunda etapa do PE é constituída pelo diagnóstico de enfermagem. Durante essa etapa, os dados coletados na fase de investigação são analisados e interpretados criteriosamente. Portanto, o enfermeiro deverá ter capacidade de análise, julgamento, síntese e percepção para que possa interpretar os achados clínicos corretamente (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Capenito (2002) defende que os diagnósticos de enfermagem se baseiam tanto nos problemas reais quanto nos problemas potenciais, que podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicológicas ou espirituais.

Para Tannure; Gonçalves (2008) os diagnósticos devem ser identificados e listados em ordem de prioridades, baseando-se no grau de ameaças ao nível de bem-estar do cliente, proporcionando, dessa forma, um foco central para as etapas posteriores.

A *Nursing American Diagnosis Association* (NANDA), afirma que os diagnósticos de enfermagem são interpretações científicas dos dados levantados, usados para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação. A associação define ainda como sendo o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família, ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais (NANDA, 2010).

Com o uso do termo “diagnóstico de enfermagem”, ficou claro que os enfermeiros diagnosticam. Antes disso, o julgamento clínico utilizado na prática para decidir o foco da assistência de enfermagem era invisível ou sem denominação. Com o início dessa classificação formal dos diagnósticos de enfermagem, ficou vastamente aceito o papel dos enfermeiros como diagnosticadores que usam o modo diagnóstico de raciocínio em colaboração com os clientes, identificando, assim, os melhores diagnósticos para orientar as intervenções de enfermagem, com o objetivo de alcançar os melhores resultados para o cliente (NANDA, 2010).

A associação citada acima relata ainda que o processo diagnóstico na enfermagem é diferente do da medicina, já que, nas situações em que é possível agir assim, a pessoa ou as pessoas que compõem o foco do atendimento de enfermagem devem estar envolvidas, de forma íntima, como parceiras dos enfermeiros no levantamento e na análise dos dados e no processo diagnóstico. Isso porque o ponto principal da assistência de enfermagem é o bem-estar e a autorrealização do indivíduo. Pressupõe-se, então, que os enfermeiros não tornam as pessoas saudáveis com seus diagnósticos e intervenções, mas que são as próprias pessoas que ficam saudáveis, mediante os próprios comportamentos.

Afaro-LeFreve (2005, p. 100) afirma que o diagnóstico é um elemento fundamental por três razões:

1 – A precisão e a relevância de todo o plano dependem de sua capacidade para identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto suas causas. O diagnóstico de problemas ou de causas de problemas pode levar você e todos os outros na direção errada, resultando em cuidados ineficientes e, até mesmo, perigosos. 2 – A criação de um plano pró-ativo que promova a saúde e previna problemas, antes que comecem, depende de sua capacidade para reconhecer fatores de risco. 3 – Os recursos e os pontos fortes que você identifica constituem a chave para a redução de custos e maximização da eficiência.

Carpenito (2002) refere que a enfermagem carece de um sistema de classificação, ou uma taxonomia, para descrever e desenvolver um fundamento científico confiável para a profissão. Para a ANA (*American Nursing Association*, Associação Americana de Enfermagem), “as taxonomias são classificações segundo relacionamentos naturais presumidos entre tipos e seus subtipos” (NANDA, 2010).

3.5.2.1 – Taxonomia NANDA

Em 1973, quando o Grupo de Diagnóstico da NANDA deu início a seus trabalhos, fizeram apenas uma lista em ordem alfabética que resultava das discussões sobre o que o enfermeiro diagnosticava na sua prática assistencial (NANDA, 2010). Atualmente, após anos de estudos e aprofundamento, a taxonomia da NANDA é o sistema de classificações mais utilizado no mundo, estando traduzida em 17 idiomas (33 países) e incorporada a alguns sistemas de informática desses países. As conferências da NANDA são realizadas a cada dois anos: em plenária geral, onde são discutidos e aprovados novos diagnósticos e componentes que integrarão a taxonomia revista (DOENGES; MOORHOUSE, 1999).

Tannure; Gonçalves (2008) relatam que os diagnósticos de enfermagem da NANDA são muito úteis para a realização das atividades práticas e clínicas dos enfermeiros e colaboram para a segunda fase do PE, já que possibilitam a identificação dos problemas do cliente visando ao restabelecimento e à promoção de sua saúde.

Alfaro-LeFreve (2005) coloca que a maioria dos diagnósticos da lista NANDA possui três componentes estruturais:

- 1- Título e definição: descrição concisa dos problemas. Exemplo (título em negrito): **Integridade tissular prejudicada** relacionada à imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento na região trocantérica direita.
- 2- Fatores relacionados ou fatores de risco: fatores que podem causar ou contribuir para o problema. Exemplo (fatores relacionados em negrito): **Integridade tissular prejudicada**

relacionada à imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento na região trocantérica direita.

- 3- Características definidoras: consiste no agrupamento de sinais e sintomas comumente associados aos diagnósticos. Vale ressaltar que diagnósticos de risco não possuem características definidoras, uma vez que definem alguém com risco para desenvolver algum problema e, dessa forma, ainda não apresenta sinais e sintomas evidentes. Exemplo (características definidoras em negrito): Integridade tissular prejudicada relacionada à imobilização física e circulação alterada, **evidenciada por ferida com área de solapamento na região trocantérica direita**.

Segundo a NANDA (2010), existem três tipos de diagnósticos de enfermagem:

- 1- Diagnóstico real: descreve respostas humanas às condições de saúde/processos vitais que existem de fato em um indivíduo, uma família ou uma comunidade no momento presente, sendo sustentado pelas características definidoras que se agrupam em padrões de sugestões ou inferências relacionadas. Exemplo: Diarréia relacionada ao uso elevado de laxantes evidenciado por sete episódios de evacuações de fezes líquidas em 12h.
- 2- Diagnóstico de risco: descreve respostas humanas às condições de saúde que podem desenvolver-se em um indivíduo, uma família ou uma comunidade vulneráveis, sendo sustentado por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade. Exemplo: Risco de integridade da pele prejudicada relacionada à imobilização e circulação alterada.
- 3- Diagnóstico de bem-estar: descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em um indivíduo, uma família ou uma comunidade que têm potencial de aumento para um estado mais alto. Exemplo: Comportamento de busca de saúde, relacionado à auto-estima elevada evidenciado por desejo expresso de buscar um nível mais elevado de bem-estar.

3.5.3 Planejamento da Assistência

A terceira etapa do PE é constituída pelo planejamento da assistência, que consiste nos seguintes passos: estabelecimento de prioridades para os problemas diagnósticos; a fixação dos resultados esperados, se possível, a fim de corrigir, minimizar ou evitar os problemas; registro escrito de diagnósticos de enfermagem, dos resultados esperados e das prescrições de enfermagem de forma organizada (ALFARO-LEFREVE, 2005; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Para Horta (1979), o planejamento é um dos instrumentos básicos de enfermagem, podendo ser conceituado como um processo intelectual, isto é, a determinação consciente do curso de ação, a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise.

Segundo Alfaro-LeFreve (2005), essa fase de planejamento da assistência ou mesmo de elaboração de um plano de cuidados é importante por:

- Promover a comunicação entre os cuidadores;
- Direcionar o cuidado e a documentação;
- Criar um registro que pode ser usado mais tarde em avaliações, em pesquisas e em situações legais;
- Fornecer a documentação das necessidades de atendimento de saúde com finalidade de reembolso seguro.

A autora acima afirma, ainda, que planejar envolve:

- Estabelecer prioridades;
- Fixar os resultados esperados;
- Determinar as intervenções de enfermagem;
- Assegurar que o plano seja registrado de forma adequada.

Operacionalmente, o planejamento se inicia pela priorização dos diagnósticos que foram estabelecidos, ou seja, o enfermeiro e sua equipe analisam e determinam quais problemas ou necessidades do cliente são urgentes e precisam de assistência imediata e aqueles cuja assistência poderá ser a médio ou a longo prazo (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

As mesmas autoras afirmam que os resultados esperados constituem um componente essencial na fase de planejamento, já que, ao avaliar o alcance dos resultados o enfermeiro poderá definir posteriormente se o diagnóstico foi minimizado ou solucionado. Portanto, os resultados esperados são de extrema importância na fase de avaliação do PE, uma vez que indicam se o plano estabelecido obteve sucesso.

Carpenito (2002) explica que os resultados esperados para os diagnósticos devem representar condições favoráveis que podem ser alcançadas ou mantidas por meio das ações prescritas e realizadas pela enfermagem.

Iyer; Taptich; Bernocchi-Losey (1993); Alfaro-LeFreve (2005), chamam atenção para alguns pontos a serem considerados na elaboração dos resultados: ter relação com a reação humana identificada no enunciado do diagnóstico; ser centrados no cliente, não no

enfermeiro; ser claros e concisos; descrever um comportamento mensurável; ser realistas e determinados juntos com o cliente; e apresentar um limite de tempo.

Para que o resultado se torne mensurável e observável deve-se estabelecer o prazo em que se espera que a meta seja alcançada. Os limites de tempo dos resultados de enfermagem devem ser precisos para fins de avaliação, embora não devam ser rígidos (STANTON; PAUL; REEVES, 1993; apud TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Tannure; Gonçalves (2008) comentam que é importante salientar que para cada diagnóstico de enfermagem deverá ser definido um resultado esperado, ou seja, para cada problema detectado espera-se algo para aquele cliente.

3.5.3.1 Taxonomia NOC

A NOC (sigla se *nursing outcomes classification*, classificação dos resultados de enfermagem) é uma taxonomia que contém os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem da taxonomia NANDA (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Segundo McCloskey; Bulechek (2004), a NOC, publicada em 1997, contém 190 resultados dispostos em ordem alfabética. Cada um traz uma definição, uma lista de indicadores que podem ser usados para avaliar o estado do cliente em relação ao resultado, uma escala Likert de cinco pontos para medir o estado do cliente e uma lista resumida da bibliografia utilizada para elaborar o resultado. A classificação contém 17 escalas de medida.

Tannure; Gonçalves (2008) ressaltam que a NOC pode ser uma opção na fase de planejamento da assistência e visa auxiliar, através de uma análise dos indicadores, a obtenção dos dados referentes à melhora, ou não, do estado de saúde dos clientes através da pontuação obtida com a utilização das escalas.

As autoras supracitadas relatam que após realizar os diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro deverá encontrar na NOC o resultado esperado mais adequado para o cliente em questão. Para cada resultado encontram-se listados indicadores em uma escala de cinco pontos e para cada indicador o enfermeiro deve registrar uma pontuação específica.

Tannure; Gonçalves (2008) afirmam ainda que com base nesse sistema, o profissional poderá reavaliar as condutas e mantê-las ou modificá-las de modo que os resultados possam demonstrar cada vez mais a melhor opção para favorecer a qualidade da assistência direcionada aos clientes.

3.5.4 Implementação

A implementação constitui a quarta etapa do PE. Potter; Perry (1999) abordam essa quarta etapa como o momento que se dará início, bem como se completará as ações de enfermagem, tendo como meta o alcance dos resultados esperados.

Alfaro-LeFreve (2005) comenta que a implementação é composta pelo menos por 6 passos:

- Preparar para comunicar e receber comunicações.
- Estabelecer prioridades diárias.
- Investigar e reinvestigar.
- Registrar.
- Fazer comunicações.

A autora supracitada relata que as prescrições de enfermagem são ações realizadas nessa etapa do PE e documentadas pelo enfermeiro, com o objetivo de monitorar o estado de saúde, a fim de minimizar riscos, resolver ou controlar um problema, auxiliar nas atividades de vida diária e promover a saúde.

Segundo Tannure; Gonçalves (2008), as prescrições de enfermagem baseiam-se no fator relacionado e nas características definidoras identificados no título do diagnóstico de enfermagem; deste modo, as atividades de enfermagem determinarão os cuidados necessários para eliminarem os fatores que irão contribuir para o aparecimento da reação humana.

As prescrições devem conter a data em que foram redigidas, a ação a ser realizada (verbo no infinitivo) e quem deve realizá-las, e a frase descritiva (o que, como, quando, onde, com que frequência, por quanto tempo ou quanto) e a assinatura do enfermeiro responsável por sua confecção (ALFARO-LEFREVE, 2005).

A expectativa é de que o cuidado prescrito trará benefícios ao cliente ou à família de maneira previsível. Essas prescrições têm a intenção de individualizar o cuidado pelo atendimento das necessidades específicas do cliente e, sempre que possível, devem englobar os potenciais identificados do cliente (DOENGES; MOORHOUSE; 1999).

Tannure; Gonçalves (2008) colocam que a enfermagem geralmente pode vir a realizar as atividades para o cliente ou a família quando estes demonstram impedimento total em realizá-las, auxiliá-los quando têm dificuldade de cumpri-las sozinhos, ensiná-los e aconselhá-los, ajudando-os a obter novos conhecimentos.

Alfaro-LeFreve (2005) relata que o enfermeiro, ao colocar em prática as prescrições de enfermagem, deverá investigar e reinvestigar constantemente tanto as respostas do cliente quanto seu próprio desempenho, pois o ser humano é imprevisível e carece de uma monitoração cuidadosa.

Para se ter uma diretriz sobre o que deve ser prescrito a fim de que os resultados esperados sejam alcançados, o enfermeiro pode consultar a NIC (*Nursing Intervention Classification*, Classificação das Intervenções de Enfermagem), uma taxonomia de intervenções de enfermagem (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

3.5.4.1 – Taxonomia NIC

Para Dochteman; Bulechek; Chianca (2003), o impulso para iniciar o trabalho sobre as intervenções de enfermagem deu-se, em parte, com as atividades da NANDA, visto que um profissional de enfermagem, ao formular um diagnóstico, tem o dever de fazer algo sobre ele. Afirmam ainda que, antes do desenvolvimento da NIC, a enfermagem não possuía nenhuma linguagem padronizada que comunicasse os tratamentos que os profissionais dessa área executavam.

De acordo com McCloskey; Bulechek (2004), a padronização dos cuidados de enfermagem propicia:

- Expansão do conhecimento de enfermagem;
- Desenvolvimento dos sistemas de informação de enfermagem;
- Ensino da tomada de decisões a estudantes de enfermagem;
- Determinação dos custos dos serviços oferecidos pelos enfermeiros;
- Planejamento dos recursos necessários nos locais da prática de enfermagem;
- Linguagem para comunicar a função peculiar da enfermagem;
- Articulação com os sistemas de classificação de outros provedores de cuidados de saúde.

A utilização da NIC possibilita que sejam realizadas comparações entre intervenções de enfermagem de vários tipos, o que favorece a realização de pesquisas e a elaboração de protocolos fundamentados na prática baseada em evidências (MOORHEAD; DELANEY, 1997; apud TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Todas as intervenções da NIC têm um título, uma definição e para cada uma delas são descritas atividades que os enfermeiros realizam para solucionar os problemas apresentados pelos clientes (DOCHTEMAN; BULECHEK; CHIANCA, 2003).

Na taxonomia NIC encontram-se apresentadas as ligações com a NANDA. Para cada título diagnóstico estão listadas as intervenções apropriadas, cabendo ao enfermeiro analisar qual(is) delas é(são) apropriada(s) ao cliente que está sob seus cuidados (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

3.5.5 Avaliação

A quinta etapa do PE é denominada avaliação ou evolução e, de acordo com Stanton; Paul; Reeves (1993; apud TANNURE; GONÇALVES, 2008), pode-se concebê-la se levando em conta os seguintes itens:

- Estrutura: a avaliação de estrutura está relacionada com a adequação dos recursos físicos e materiais, bem como com os modelos de organização.
- Processo: a avaliação de processo centraliza o foco nas atividades do enfermeiro, que são observadas e julgadas.
- Resultado: a avaliação de resultados é baseada em mudanças comportamentais.

Alfaro-LeFreve (2005) pontua que a avaliação criteriosa, deliberada e detalhada de vários aspectos do cuidado do cliente constitui a chave para a excelência no fornecimento de cuidados de saúde, podendo fazer a diferença entre práticas de cuidados que se destinam a repetir erros e práticas de cuidado seguras, eficientes e em constante aperfeiçoamento.

Para Tannure; Gonçalves (2008), a avaliação de enfermagem implica em acompanhar as respostas do cliente aos cuidados prescritos, por meio de anotações no prontuário ou nos locais apropriados, da observação direta da resposta do cliente à terapia proposta, bem como do relato do próprio cliente. Através da avaliação, o enfermeiro verifica o progresso do cliente, institui medidas corretivas e, quando necessário, revê as prescrições de enfermagem.

Segundo as mesmas autoras, a avaliação é realizada durante a realização do exame físico diário. Os dados são registrados no impresso de evolução de enfermagem e, concluída a coleta de informações, os diagnósticos devem ser reavaliados e, se preciso for, atualizados. O mesmo procedimento deve ocorrer com os resultados esperados e as prescrições de enfermagem.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. Como refere Andrade (2003), nesse tipo de estudo os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles.

A pesquisa exploratória procura conhecer as características de um fenômeno para procurar explicações das causas e consequências do dito fenômeno (RICHARDSON, 2007). Este tipo de pesquisa envolve um levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema a ser pesquisado, e a análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2006).

Richardson (2007) comenta que um estudo do tipo descritivo é realizado quando se pretende descrever e analisar as características ou propriedades de um fenômeno, ou ainda das relações entre estas propriedades em determinado fenômeno. Além disso, estes estudos têm como principal características descrever determinado grupo por: faixa etária; sexo; nível de escolaridade; nível de renda; anos de formação acadêmica etc. As pesquisas descritivas, juntamente com as exploratórias, são as mais utilizadas atualmente por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, assim como as mais solicitadas por instituições educacionais (GIL, 2006).

Em relação à abordagem quantitativa, Tanaka; Melo (2001) a descreve como objetiva, uma vez que busca descrever significados inerentes aos objetos e atos, permitindo uma abordagem focalizada, pontual e estruturada. A coleta de dados quantitativos é realizada através da obtenção de respostas estruturadas e as técnicas de análise utilizadas são as dedutivas, ou seja, partem do geral para o particular, possuindo resultados generalizáveis. Já a abordagem qualitativa busca compreender o problema sobre a realidade do sujeito que a vivencia, partindo de experiências de sua vida diária, dos desapontamentos, satisfações, surpresas, sentimentos e desejos, enfatizando-se o contexto social no qual o indivíduo está inserido, e por isso é definida como subjetiva.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em 8 Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de Mossoró-RN, listadas a seguir:

- Unidade Básica de Saúde Dr. Aguinaldo Pereira;
- Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Soares Junior;
- Unidade Básica de Saúde Dr. Eptácio da Costa Carvalho;
- Unidade Básica de Saúde Francisco Marques da Silva;
- Unidade Básica de Saúde Maria Neide da Silva Souza;
- Unidade Básica de Saúde Maria Soares da Costa;
- Unidade Básica de Saúde Mário Lúcio de Medeiros;
- Unidade Básica de Saúde Vereador Lahyre Rosado.

A escolha dos referentes locais ocorreu por serem USF que compõem a lista de campos de estágio da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), faculdade essa onde a pesquisadora está concluindo o curso de graduação em Enfermagem.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa é constituída por todos(as) os(as) Enfermeiros(as) de USF da cidade de Mossoró – RN. No entanto, como relata Gil (2006), a população constitui um grupo de elementos com certas características em comum, que abrange um universo e, dessa forma, fica impossível trabalhar com um todo, necessitando determinar uma amostra representativa que compõe parte desse universo.

Sendo assim, foi estabelecida uma amostra de 8 enfermeiros(as), que contribuíram com a finalidade da pesquisa no período da coleta de informações. Os mesmos concordaram em participar do estudo e têm mais de um ano de experiência no serviço.

4.4 INSTRUMENTO

Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado um instrumento de pesquisa do tipo roteiro de entrevista (APÊNDICE B) composto por perguntas abertas e fechadas (estruturadas), dirigidas aos usuários, possibilitando que os sujeitos expusessem seus conhecimentos, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. O instrumento contou com duas partes: a primeira referente aos dados de identificação da amostra e a segunda composta por questões relacionadas à SAE.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formalizada após a apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACENE. A coleta foi realizada no período de setembro a outubro de 2010, nas instituições mencionadas, após prévia autorização dos responsáveis pelas referidas instituições. Como já mencionado, a coleta teve o intuito de analisar, na concepção do enfermeiro, a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidades de Saúde da Família na cidade de Mossoró.

O procedimento realizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, que permite maximizar a apreensão da realidade empírica, por meio da combinação de perguntas fechadas e abertas. Assim se obteve os dados objetivos e subjetivos (MINAYO, 2006). Cada entrevista foi gravada por meio de um *iPod*, mediante autorização formal, para garantir a fidedignidade dos dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados objetivos e subjetivos foram analisados com base no enfoque no método quanti-qualitativo. Os dados quantitativos foram expostos por meio de gráficos e os qualitativos de acordo com a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2005).

De acordo com as autoras supracitadas, esta técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as Expressões-Chave, que são trechos mais significativos destas respostas. A essas Expressões-Chaves correspondem Idéias Centrais que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões-Chave. Com o material das Expressões-Chave das Idéias Centrais foram construídos discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os chamados DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual.

Convencionou-se expor apenas as Idéias Centrais e os DSC, haja vista que as Expressões-Chave selecionadas pela pesquisadora participante estão agrupadas nos DSC, contribuindo assim para um melhor entendimento do estudo.

4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 196/96 CNS/MS e Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. Para isso o mesmo foi submetido à avaliação e aprovação do CEP da FACENE (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996; COFEN, 2007).

A Resolução nº 196/96 CNS/MS, é sem dúvida, um documento de suma importância no campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte aos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Quanto à resolução 311/07, foi observado o Capítulo III, que versa sobre o ensino, a pesquisa e a produção técnico-científica dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo foram apresentadas informações obtidas a partir do instrumento para coleta de dados. Os resultados e suas respectivas discussões estão dispostos em duas etapas, seguindo a mesma ordem do roteiro de entrevistas, no qual consta uma parte referente aos dados de identificação da amostra e outra referente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

5.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS

A primeira parte do roteiro utilizado aponta características pessoais e profissionais dos enfermeiros pesquisados, tais como: faixa etária, sexo, se trabalha em outra instituição, se esta é pública ou particular, grau de instrução e ano de conclusão da graduação. Os resultados estão apresentados em percentual, seguidos de discussão.

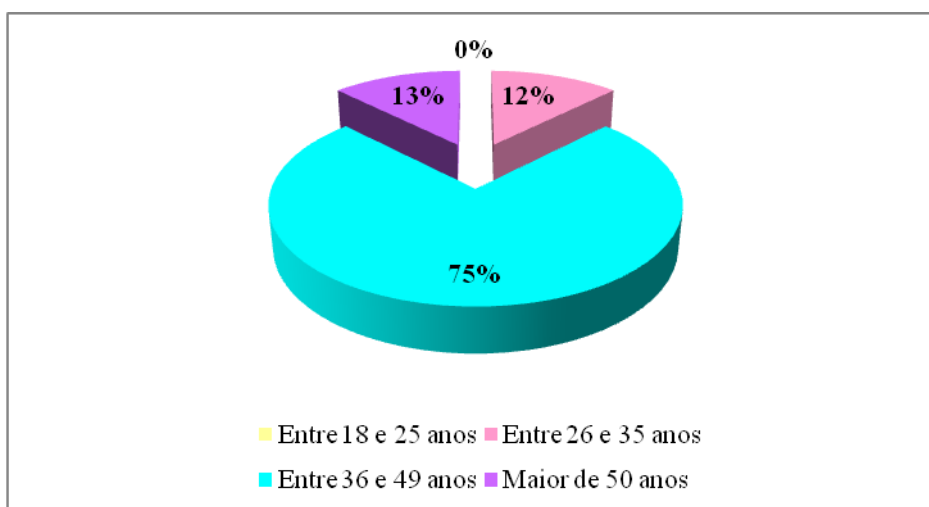


GRÁFICO 1 – Distribuição percentual dos enfermeiros por faixa etária.

FONTE: Dados de identificação do instrumento para coleta de dados.

No gráfico 1 os entrevistados estão distribuídos por faixa etária: nenhum profissional na faixa etária entre 18 e 25 anos, 12% pertencem ao grupo de 26 a 35 anos, 75% pertencem ao grupo compreendido entre 36 a 49 anos e 13% pertencem ao grupo com idade superior a 50 anos.

Observa-se através desses dados que a maioria dos enfermeiros encontra-se na faixa dos 36 a 49 anos, o que implica em experiência e maturidade profissional, no entanto, o fator idade não deve ser analisado separadamente, devendo ser considerado o tempo de formação.

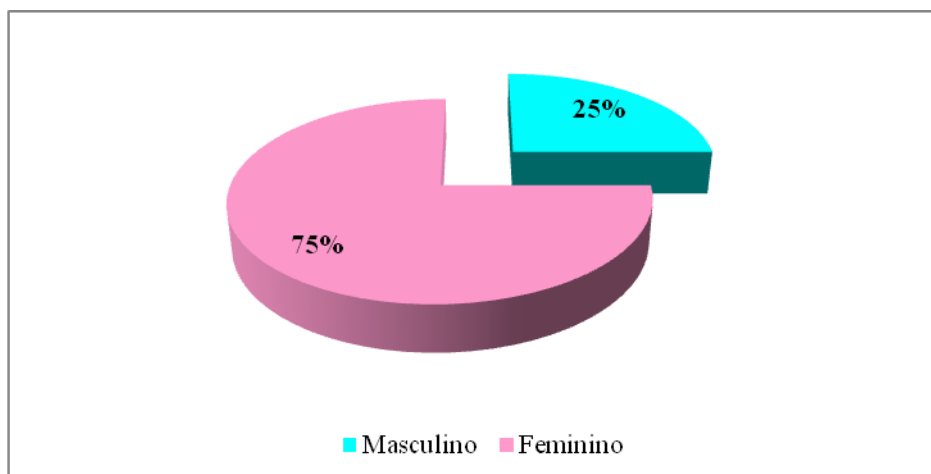


GRÁFICO 2 – Distribuição percentual dos enfermeiros quanto ao sexo.
FONTE: Dados de identificação do instrumento para coleta de dados.

O gráfico 2 apresenta a caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo. Observa-se que 75% do total de entrevistados são do sexo feminino e 25% do sexo masculino. Percebe-se que prevalece a força de trabalho feminina, o que confirma que a maioria dos profissionais enfermeiros continua ainda composta por mulheres.

Segundo Martins et al. (2006), essa predominância feminina na enfermagem é compartilhada por outros autores e deve-se ao fato de que desde os primórdios da história, a profissão era exercida quase que exclusivamente por mulheres. Fato que também é elucidado em várias culturas, onde a assistência e higienização dos doentes são consideradas como extensão do trabalho feminino. Além disso, a preponderância da força do trabalho feminino nas atividades que envolvem o trato e o cuidado com as pessoas é considerada um traço estrutural das atividades do setor saúde (GIRARDI, 1999; apud MARTINS et al, 2006).

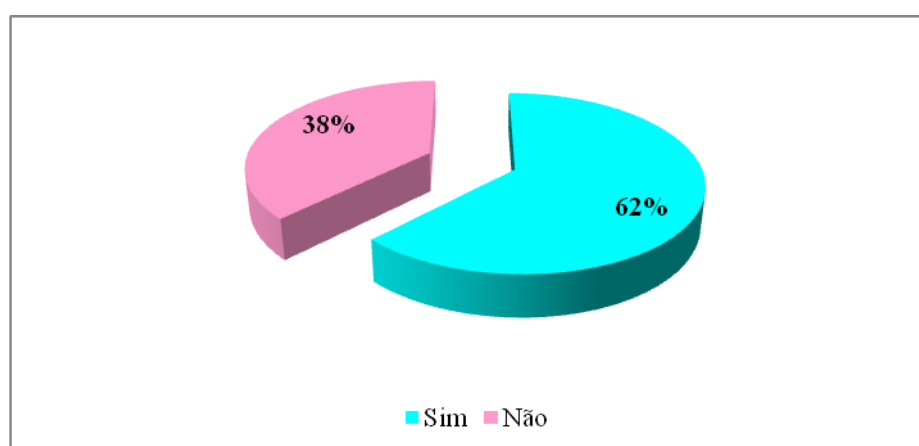


GRÁFICO 3 – Percentual de enfermeiros que trabalham em mais de uma instituição.

FONTE: Dados de identificação do instrumento para coleta de dados.

Os dados representados no gráfico 3 demonstram que 62% dos entrevistados trabalham em mais de uma instituição e 38% trabalham apenas no local da pesquisa.

O duplo vínculo empregatício pode estar ligado tanto a fatores pessoais, como o gosto pelo trabalho ou a identificação com a organização, quanto à necessidade de reforçar o orçamento. Nesse contexto vale dizer que muitos desses profissionais trabalham no contra turno ou até mesmo a noite, o que vem interferir na qualidade de vida deste profissional e até mesmo na qualidade da assistência prestada (Carvalho; Kalinke, 2008).

Acrecenta-se que esta dupla jornada de trabalho limita a disponibilidade para a busca de capacitação e aperfeiçoamento, comprometendo a qualificação desses profissionais. Tal fato se torna inoportuno, uma vez que, segundo as autoras supracitadas, as instituições vêm exigindo um perfil profissional onde o enfermeiro esteja em constante busca de novos conhecimentos e habilidades, que possa acompanhar as inovações tecnológicas, com potencial para resolução de problemas e o enfrentamento de mudanças, e tudo isso vindo de encontro com a exigência da humanização na enfermagem que deve ser vista como um dos imperativos dos tempos atuais.

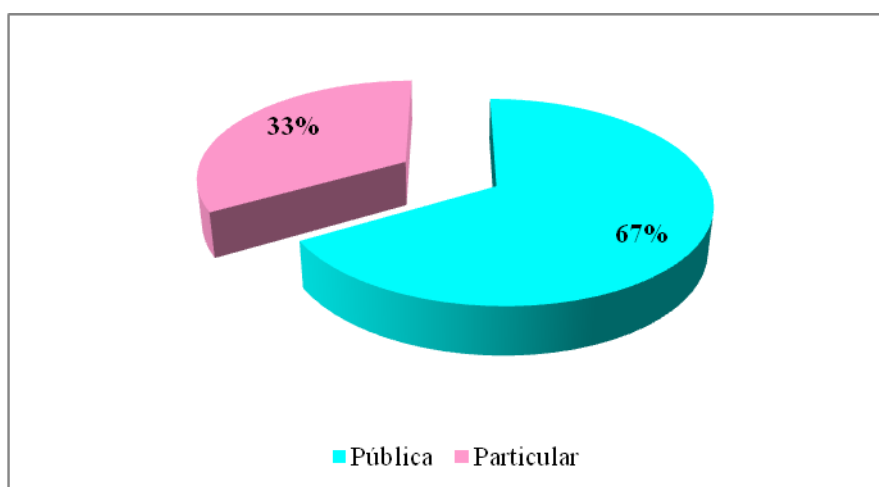


GRÁFICO 4 – Distribuição percentual dos enfermeiros que trabalham em mais de uma instituição por tipo de instituição.

FONTE: Dados de identificação do instrumento para coleta de dados.

O gráfico 4 mostra que, dos enfermeiros que afirmaram trabalhar em mais de uma instituição, 67% referem que a outra instituição é pública e 33% referem ser particular.

Acredita-se que essa maioria de profissionais vinculada às instituições públicas se deva ao Concurso Público de Provas e Títulos realizado pela Prefeitura Municipal de Mossoró no ano de 2007, que disponibilizou 765 vagas nas Áreas da Saúde e Educação e destas, 70 somente para Enfermeiros (MOSSORÓ, 2007).

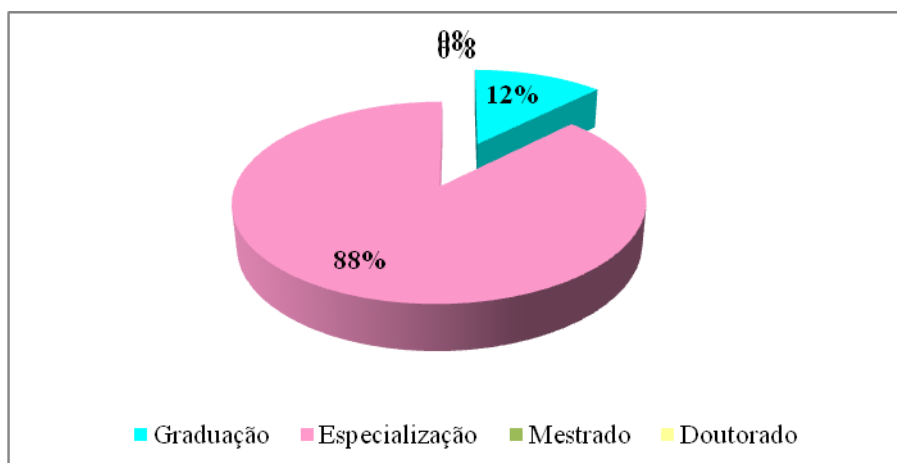


GRÁFICO 5 – Distribuição percentual dos enfermeiros por grau de instrução.

FONTE: Dados de identificação do instrumento para coleta de dados.

O gráfico 5 representa o percentual de enfermeiros por grau de instrução. Dos enfermeiros entrevistados, 12% são apenas graduados e 88% possuem especialização, não sendo encontrados enfermeiros com mestrado ou doutorado. Os dados mostram que a maioria dos profissionais entrevistados possuem pelo menos alguma especialização, o que parece estar relacionado às exigências do mercado de trabalho, onde os cursos de especialização têm se tornado requisito decisivo para contratação efetiva.

Tal resultado se coloca como uma característica positiva, uma vez que esse fato irá refletir na qualidade da assistência prestada. Além disso, as instituições em questão, além da assistência, têm como missão as atividades de ensino e pesquisa, fazendo-se necessário investimentos em capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, quer por iniciativa pessoal ou organizacional (CARVALHO; KALINKE, 2008).

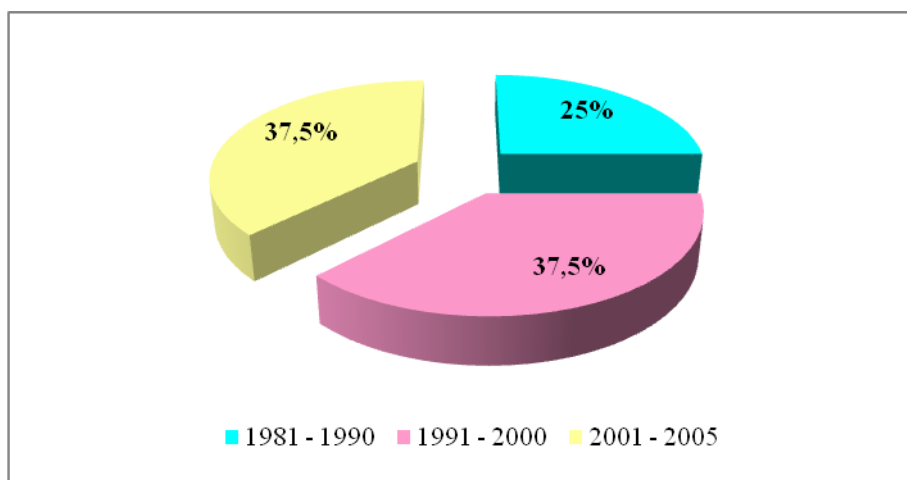


GRÁFICO 6 – Distribuição percentual dos enfermeiros de acordo com o ano de conclusão da graduação.

FONTE: Dados de identificação do instrumento para coleta de dados.

Quanto ao tempo de formação, o gráfico 6 revela que 25% dos entrevistados concluiu a graduação no período compreendido entre 1981-1990, 37,5% deles entre 1991-2000 e outros 37,5% entre 2001-2010. Percebe-se que a maioria dos profissionais entrevistados concluiu a graduação entre os anos de 1991 a 2005, não sendo encontrado nenhum profissional com menos de 5 anos de graduação. Compreende-se aqui a relação entre a faixa etária e o tempo de graduação da amostra.

Como refere Martins et al. (2006, p. 474):

O tempo de formado pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade. O bacharelado revela as competência e habilidades do enfermeiro, assim como o tempo de formação em uma dada época reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período.

Considerando a citação acima, acredita-se que o tempo de formação da maioria dos entrevistados possa refletir posteriormente nos dados referentes à SAE, uma vez que, embora o Processo de Enfermagem (PE) venha sendo estudado e debatido com tentativas de implantação desde 1979 e apesar da Lei das Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9394/96) ter substituído o antigo currículo mínimos pelas diretrizes curriculares na década de 1990, inserindo o PE nos currículos, vários cursos de graduação ainda não conseguiram aprofundar conteúdos sobre SAE e fundamentação teórica que fossem incorporados à prática profissional (DELL'ACQUA; MIYADAHARA, 2002; SENSSULINI; FOSSA, 2008).

5.2 RESULTADOS REFERENTES À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A segunda parte do roteiro traz nove questões abertas e fechadas relativas à SAE. Dessa forma, os resultados apresentam-se tanto sob a forma de gráficos, referentes à abordagem quantitativa, quanto sob a forma de Discurso de Sujeito Coletivo (DSC), configurando a abordagem qualitativa.

Convém esclarecer que embora em alguns momentos o DSC apareça composto apenas pelo depoimento de um participante, tal fato não compromete a credibilidade do estudo, uma vez que o relato de um só entrevistado pode perfeitamente representar a opinião de uma coletividade.

Com o intuito de preservar a identidade dos enfermeiros, evitando exposições desnecessárias, convencionou-se identificá-los pela letra “E” seguida de um número de 1 a 8, referente a quantidade de entrevistados.

Na transcrição dos discursos foram usados conectivos para promover sentido a frase, e de acordo com a necessidade, os discursos distintos oscilam em 1ª e 3ª pessoa, com as devidas correções gramaticais. Objetiva-se, desse modo, facilitar para melhor compreensão do estudo.

QUESTÃO 1 – Você conhece a SAE?

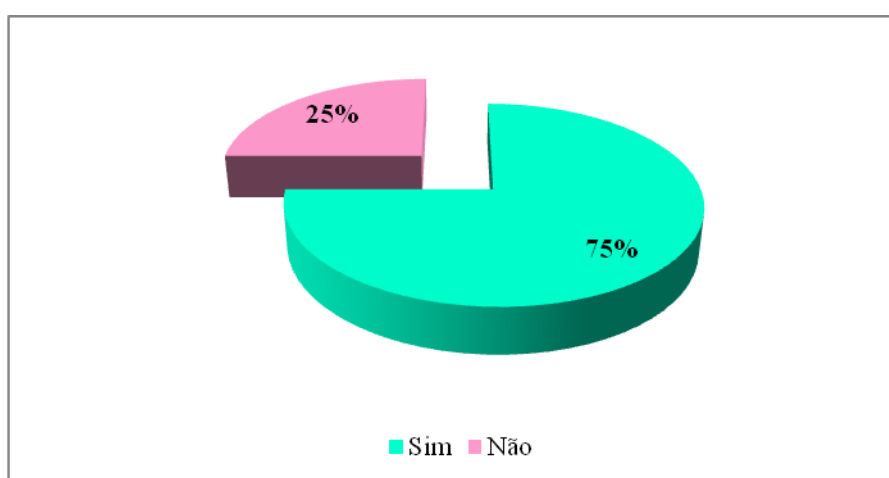


GRÁFICO 7 – Percentual de enfermeiros que afirmam conhecer ou não a SAE.

FONTE: Dados referentes à SAE do instrumento de coleta de dados.

De acordo com o gráfico 7, do total de entrevistados, 75% afirmam conhecer a SAE, enquanto que 25% não a conhecem.

Apesar de a maioria dos entrevistados garantir que conhece a SAE, esse dado não pode ser analisado avulsamente, necessitando de uma avaliação em conjunto com as definições a ela atribuídas.

QUESTÃO 2 - Já participou de algum treinamento e/ou palestra referente à SAE na USF que você trabalha?

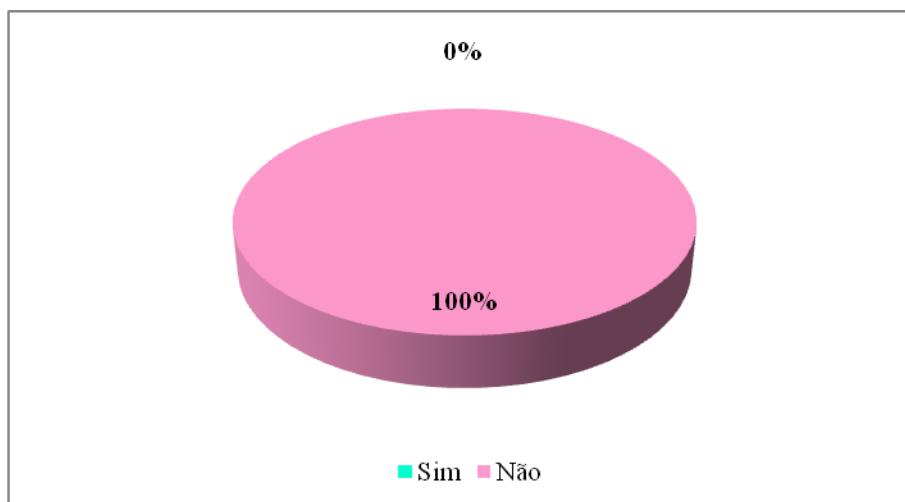


GRÁFICO 8 – Percentual de entrevistados que afirma ou não ter participado treinamento e/ou palestra referente à SAE.

FONTE: Dados referentes à SAE do instrumento de coleta de dados.

O gráfico 8 demonstra que 100% dos entrevistados nunca participou de treinamento e/ou palestra referente à SAE na USF em que trabalha. Com esse resultado, pressupõe-se que o conhecimento sobre a SAE se restringe ao adquirido durante a graduação. Fazendo ainda uma relação com os resultados obtidos na questão anterior, convém supor que os 25% dos entrevistados que afirmaram não conhecer a SAE não tenham sido contemplados com esse conteúdo se quer durante a graduação ou, na melhor das hipóteses, o mesmo tenha sido insuficiente para ser incorporado à prática profissional e com o tempo decorrido desde a formação, foi esquecido.

Como relata Takahashi (2008), a falta de conhecimento ou capacitação acerca do PE é o motivo fundamentador da execução descompromissada deste método assistencial em algumas instituições de saúde, e da não-implementação em outras, ao passo que o desconhecimento gera desinteresse e a não-adesão do método assistencial para a SAE.

Para Souza, M. F. (2007), capacitação e educação permanente para os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) continua sendo uma lacuna a que se deve atentar; responsabilidade esta que envolve todas as instâncias do SUS, inclusive o Ministério da Saúde (MS), que deve fazer cumprir a Constituição de 1988, em seu o Art. 200, inciso III: “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

QUESTÃO 3 - O que você entende por SAE?**Discursos acerca do entendimento sobre a SAE****Idéia Central 1**

É uma forma de organizar melhor o trabalho da enfermagem e trabalhar o indivíduo como um todo.

DSC 1

Eu entendo que é uma forma de você organizar melhor o trabalho da enfermagem. Você tem que trabalhar o indivíduo como um todo, avaliando tudo, dando ênfase a tudo que vir e anotar no prontuário, fazer todos aqueles procedimentos, a consulta de enfermagem, a parte de diagnóstico, assim como a consulta médica também tem, só que específico da enfermagem (E6 e E8).

Idéia Central 2

A SAE é uma reorganização do serviço, vindo definir o trabalho da enfermagem na assistência a saúde como um todo.

DSC 2

A SAE é a Sistematização da Assistência de Enfermagem, é todo o plano da assistência do profissional enfermeiro. O próprio nome já diz, “Sistematização da Assistência”, é você organizar a assistência que vai prestar aos usuários para não atropelar as coisas.

Trata-se de uma reorganização do serviço que prestamos, principalmente na assistência direta ao paciente, o que vem definir o trabalho da enfermagem na assistência a saúde como um todo, sendo aplicada em qualquer serviço que tenha a prestação da assistência de enfermagem (E1, E2, E3, E5 e E7).

Idéia Central 3

É um planejamento sistemático.

DSC 3

É um planejamento sistemático das ações que são realizadas e dos programas nas unidades de saúde (E4).

É de grande relevância a percepção dos enfermeiros acerca desta metodologia, visto que, implantar a SAE é uma forma de promover um cuidado de enfermagem humanizado, contínuo e com qualidade para o cliente, tornando a enfermagem mais científica.

Os discursos trazem expressões como “organização do trabalho da enfermagem”, “reorganização do serviço” e “organização da assistência prestada”, corroborando com autores como Horta (1979); Duarte; Ellensohn (2007) que afirmam que a SAE é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, que viabiliza a organização da assistência de enfermagem. Além disso, são também compatíveis com a definição de Lanssoni; Fonseca; Osinaga (2008), que afirmam tratar-se de um método de organização do pensamento e das ações do enfermeiro, numa abordagem de individualização e humanização do cuidado prestado ao paciente.

Alguns autores, além da definição, também apresentam vantagens da aplicação da SAE, como: promover a interação entre os enfermeiros, pacientes, familiares, equipe de enfermagem e de saúde; método de avaliação dos cuidados prestados; possibilitar o atendimento no âmbito individualizado; ser condição essencial para o progresso e autonomia da profissão, entre outros (SANCHES ET. al, 1984; FELISBINO, 1994 apud SANTOS; RAMOS, 1998).

Em um dos DSC, além das considerações acerca do entendimento sobre a SAE, foi mencionada uma das cinco etapas do PE, o diagnóstico de enfermagem. Apesar de representar certa vantagem em relação aos outros discursos, a implementação da SAE acontece em cinco etapas interrelacionadas (investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação), de modo que é imprescindível o conhecimento de todas as etapas do processo (PAUL; REEVES, 2000; ALFARO-LEFREVE, 2005).

Baseando-se nas definições de SAE enumeradas anteriormente no referencial teórico e fazendo uma comparação entre os demais discursos e o DSC 3, percebe-se que este apresenta uma descrição evasiva do assunto, uma vez que associa a SAE a um planejamento dos programas desenvolvidos em unidades de saúde. Tal descrição nos leva a entender que a SAE existe apenas para ser desenvolvida em UBS. Entretanto, conforme resolução 272/2002 do COFEN, a SAE deve ser implementada em todas as instituições de saúde, não estando vinculada exclusivamente à atenção primária (COFEN, 2002).

De modo geral, os resultados revelam que a grande maioria dos entrevistados detém conhecimento sobre a SAE.

QUESTÃO 4 - Tem conhecimento sobre a resolução 272/2002 do COFEN?

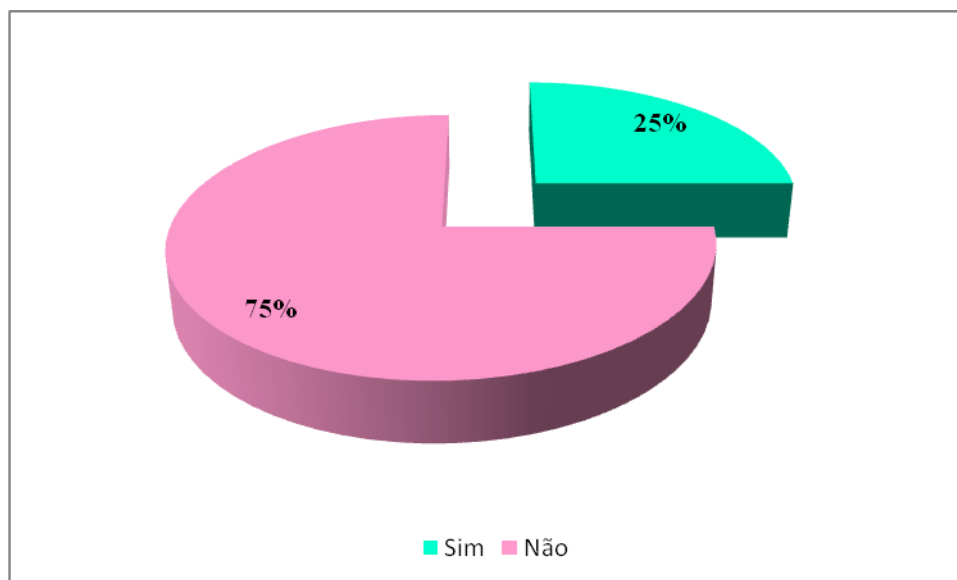


GRÁFICO 9 – Percentual de entrevistados que afirmam ou não conhecer a resolução 272/2002 do COFEN.

FONTE: Dados referentes à SAE do instrumento de coleta de dados.

Apesar da implantação e implementação da SAE ser atividade privativa do enfermeiro e ser obrigatória em toda instituição de saúde, apenas 25% dos enfermeiros das UBS afirmaram serem conhecedores da resolução 272/2002 do COFEN, enquanto que 75% nunca ouviram falar.

Os enfermeiros devem ser comprometidos com sua profissão e saber o que lhes cabe enquanto profissionais, devendo ser conhecedores de sua legislação e executando as atividades que lhes são de direito. Particularmente, é importante que conheçam essa resolução, que trata da aplicação do PE nas instituições de saúde, por efetivamente melhorar a qualidade da assistência (COFEN, 2002).

QUESTÃO 5 - Você considera a SAE importante? Por quê?

Discursos acerca da importância da SAE

Idéia Central 1

Sim. Porque vai proporcionar uma melhoria na qualidade da assistência.

DSC 1

Sim, com certeza. Porque através dessa sistematização da assistência a gente vai poder organizar o serviço e a assistência ao paciente, né? Ela vem definir exatamente o papel da assistência de enfermagem, direcionando o serviço e o cuidado ao paciente. Quando você tem uma assistência planejada, isso vai melhorar a qualidade da assistência ao paciente (E1, E2, E3, E5, E6, E7 e E8).

Idéia Central 2

Considero. Porque em todo atendimento tem que ter um planejamento da assistência junto com os programas para desenvolver melhor o trabalho na unidade.

DSC 2

Considero. Eu considero importante assim, porque em todo atendimento tem que ter um planejamento da assistência que é prestada junto com os programas, pra desenvolver melhor o trabalho, as ações que são executadas na unidade, os programas (E4).

Os discursos demonstram que todos os profissionais consideraram a SAE importante, embora nem todos tenham a mesma opinião acerca do porquê dessa afirmação.

A maioria dos enfermeiros questionados discorreu que a SAE é importante por melhorar a qualidade da assistência, o que é compatível com os estudos de Uchoa; Lemes (2004); Oliveira; Evangelista (2010), que obtiveram o mesmo resultado. Da mesma forma, Pinto (2007; apud OLIVEIRA; EVANGELISTA, 2010) referencia que a aplicação da SAE e do PE proporciona a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente/cliente/usuário.

Nesse sentido, reafirmam concepções comuns aos profissionais de enfermagem que utilizam este método, conforme discorre Cianciarullo et. al (2001), esclarecendo que a SAE é um instrumento para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro, através do qual se consegue a evolução do paciente, tem-se uma informação do mesmo, facilita e analisa suas necessidades humanas, personaliza e individualiza o paciente. Essas são expressões que demonstram a prática da enfermagem de qualidade e da organização do trabalho.

Atingir a qualidade na assistência de enfermagem por meio da SAE pode ser apenas uma das conquistas da utilização dessa metodologia, pois muitos autores justificam sua relevância em diversos outros benefícios, relacionados não só à assistência ao paciente, mas à profissão e aos profissionais da enfermagem.

O DSC 2 agrega o planejamento da assistência prestada aos programas do MS de uma forma que se torna incoerente, dificultando a análise. Remetendo-nos ao momento das entrevistas, vale lembrar que o entrevistado E4 alegou não conhecer a SAE e mostrava-se pensativo, demorando a formular suas respostas, o que nos leva a crer que seus depoimentos se sustentaram em conceitos práticos elaborados a partir do julgamento que o próprio nome, SAE, remete; justificando, portanto, a inconsistência do discurso.

QUESTÃO 6 - Você pratica a SAE na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalha?

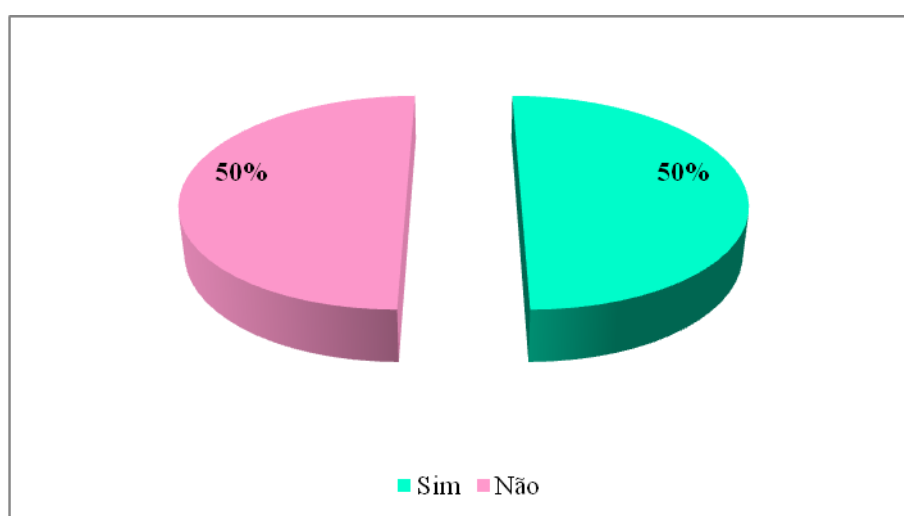


GRÁFICO 10 – Distribuição percentual dos enfermeiros que praticam ou não a SAE nas UBS em que trabalham.

FONTE: Dados referentes à SAE do instrumento de coleta de dados.

No que se refere à prática da SAE, os resultados demonstram que 50% dos enfermeiros realizam este método e 50% afirmam não utilizar a SAE nas UBS em que trabalham. O fato de metade dos enfermeiros referirem não desenvolver a SAE nos leva a supor que, embora a maioria tenha demonstrado conhecimento teórico acerca da mesma, metade deles não empregam esse conhecimento na prática.

O conhecimento é um processo dinâmico, o que significa que conhecer não se limita à internalização dos conteúdos, dos instrumentos e das estratégias. Nesse sentido, Cianciarullo et. al (2001, p. 17) afirma que “nas profissões chamadas práticas, o conhecimento é, está ou deve ficar obrigatoriamente ligado à prática, ao real, ao cenário onde se processam as relações profissionais”. Assim, não basta aos enfermeiros serem dotados de conhecimentos teóricos, sem sua vivência sentida e identificada, mas sim, incorporar os conteúdos à prática de cuidar.

QUESTÃO 7 - Caso a resposta da pergunta acima seja NÃO, Por quê?

Discursos sobre o motivo de não praticar a SAE na USF em que trabalha

Idéia Central 1

A demanda é muito grande, não temos tempo.

DSC 1

A demanda é muito grande na unidade de saúde, fica inviável a gente implantar a sistematização, não temos tempo (E1 e E3).

Idéia Central 2

Porque a gente não teve nenhuma capacitação ou treinamento.

DSC 2

Porque eu tenho dificuldade pra fazer, a gente não teve um treinamento ou capacitação, não foi orientado a implantar a SAE nas unidades básicas de saúde (E3 e E4).

Idéia Central 3

Porque a gente vai dizer que faz quando realiza todas aquelas etapas.

DSC 3

Eu vi na faculdade e depois não vi mais, e a gente vai passando, cai no esquecimento. Fatalmente, no atendimento, a gente faz algumas anotações, mas a sistematização consiste em todas aquelas etapas, então eu acho que a gente só vai dizer que faz quando realmente realiza todas, por isso que eu acho que não pratico aqui (E6).

Os profissionais, em sua maioria, fizeram referência à ausência de tempo, pela grande demanda da unidade, e à carência em capacitação e treinamento como motivos da não realização da SAE nas USF em que trabalham.

Embora seja fato que os enfermeiros das UBS atendem a uma grande demanda de usuários, o quesito falta de tempo não se fundamenta cientificamente nas literaturas críticas, haja vista que o consideram prioridade em se tratando da implementação da SAE. Desse modo, Backs; Schwartz (2005) opinam que enfermeiros limitados a modelos tecnicistas e burocráticos de assistência colocam o tempo como dificultador para se esquivarem de suas verdadeiras responsabilidades, demonstrando assim despreparo profissional.

Porém, Santos (2003) compreende que o acúmulo de funções pelo enfermeiro é um dificultador do trabalho na rede básica de saúde, impedindo que esse profissional exerça suas funções adequadamente, exigindo para isso muita criatividade e jogo de cintura.

No que remete à capacitação e treinamento, as opiniões dos entrevistados vão de encontro ao resultado do estudo de Matté; Thofehn; Muniz (2001) sobre a opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem, no qual deduziram que para implantar o PE é necessário capacitar todos os membros da equipe para a sua aplicação, além do enfermeiro estar preparado com conhecimentos científicos e constante atualização, o que deve fazer parte do programa de educação em serviço das próprias instituições.

Um ponto interessante encontrado em um dos depoimentos acima diz respeito ao reconhecimento de que é necessária a realização de todas as etapas da SAE para que esta seja considerada uma prática na UBS, corroborando com Alfaro-Levreve (2005), já citado anteriormente, que define que o PE possui cinco etapas distintas, porém interrelacionadas, não podendo ser efetivo na ausência de qualquer uma destas.

Em suma, para que a SAE seja implantada, há necessidade de treinamento e capacitação profissional quanto ao método e suas etapas, fornecendo-lhes subsídios para sua efetiva realização, assim facilitando o trabalho dos profissionais e gerando mais qualidade de atendimento ao usuário. Além disso, é preciso habilitar os enfermeiros em relação às especificidades dessa metodologia no contexto institucional, como: o uso de instrumentos próprios e específicos, a aplicação do processo diante das particularidades de cada unidade (demanda de serviços e usuários, número de auxiliares e técnicos de enfermagem, rotinas do setor, etc).

QUESTÃO 8 - De que forma você pratica a SAE na UBS?

Discursos sobre a forma como a SAE é praticada na UBS

Idéia Central 1

Organizando o cronograma dos programas do Ministério da Saúde, seguindo um protocolo de assistência de enfermagem.

DSC 1

Nos programas, organizando o cronograma de atendimento dos programas do Ministério da Saúde. A gente segue um protocolo de assistência de enfermagem realizado a nível municipal; muitas vezes precisa até fazer algumas alterações, mas a gente trabalha em cima desses protocolos, de leis municipais, de acordo com o Ministério da Saúde. A gente só pode trabalhar em cima disso (E2 e E7).

Idéia Central 2

Tentando fazer com que a assistência de enfermagem seja dada na sua integralidade.

DSC 2

É tentando fazer com que a assistência de enfermagem seja dada na sua integralidade de acordo com o que preconiza a SAE, tentando assistir a população em todas as suas necessidades (E5).

Idéia Central 3

Usando todos os protocolos e em conjunto com a equipe.

DSC 3

A SAE para ser praticada na unidade de saúde ela tem que ser toda programada. Como é que seria? Usando todos os protocolos: protocolo pra hipertensão, protocolo pra gestante, protocolo pra C e D; e tudo isso em conforme com a equipe, com o médico, o dentista, pra ser implantado como um todo, porque a SAE não funciona só pelo enfermeiro (E8).

Apesar de terem demonstrado conhecimento acerca da SAE, quando perguntados sobre a forma como a praticam na UBS, fornecem respostas contraditórias. Em nenhum momento as etapas do PE foram descritas, em vez disso, falou-se em uso de protocolos, organização de cronogramas de atendimento, programas do MS, etc.

Como já visto, a SAE é constituída por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação. Essas fases se relacionam e dependem uma da outra, sendo inseparáveis dentro de um contexto prático (ALFARO-LEVREVE, 2005; CARPENITO, 2002).

Ademais, um dos discursos acrescentou que “a SAE não funciona só pelo enfermeiro”, mencionando a necessidade de engajamento de toda a equipe da unidade, inclusive médicos e dentistas. Entretanto, segundo a resolução 272/2002 do COFEN, a SAE se constitui em uma atividade privativa e prioritária do profissional enfermeiro (COFEN, 2002), devendo contar apenas com a colaboração da equipe de enfermagem.

Contudo, um dos discursos se apresentou coerente, embora também não constem etapas do processo. Tal discurso referiu a tentativa de fornecer uma assistência de enfermagem integral, que assista à população em todas as suas necessidades, o que vai de encontro ao estudo de Bersusa (2009, p. 61-2), que coloca que:

Na SAE o cuidado é individualizado, integral. Há integração entre a equipe de enfermagem, o paciente e a família, neutralizando os efeitos do Taylorismo, ou seja, da prática fragmentada, tarefaira (funcionalista), que conduziram a enfermagem ao trabalho impessoal e mecânico.

QUESTÃO 9 - Quais as dificuldades que enfrentou (ou enfrenta) para a implantação da SAE na sua UBS?

Discursos sobre as dificuldades para a implantação da SAE

Idéia Central 1

Ausência de tempo devido à sobrecarga de trabalho e carga burocrática nas unidades.

DSC 1

A grande demanda tanto de usuários como de serviços que tem na unidade. Nós somos muito sobrecarregados; e sabemos que o desenvolvimento da SAE requer tempo, se bem que as pessoas que têm experiência com a SAE dizem que depois que você está prático ela vai fazer parte da sua rotina normal.

A SAE trabalha com muitos formulários, e a gente já tem tanta burocracia, tanto papel pra registrar, pra anotar, e ela de repente seria só mais um, e se for apenas mais um serviço, pra gente ela não vai ser interessante (E1, E2, E3, E6 e E7).

Idéia Central 2

A maior dificuldade é a ausência de capacitações e treinamentos voltados para a SAE.

DSC 2

A maior dificuldade é a falta de conhecimento da SAE, a ausência de treinamento, de capacitação para que pudéssemos nos orientar. Os próprios gestores não fornecem o apoio necessário para que a gente tenha uma reciclagem, não nos dão as devidas condições para implantar a SAE (E3, E4, E5 e E6).

Idéia Central 3

A estrutura da unidade.

DSC 3

Fica complicado trabalhar a SAE numa unidade de saúde que às vezes só tem uma sala para duas enfermeiras atenderem o paciente, entendeu? Tem que ter salas para reuniões

e palestras, equipamentos pra trabalhar o paciente como um todo, aí você pode implantar a SAE, mas enquanto isso... (E8).

Sabe-se que a SAE é uma ferramenta essencial no trabalho do enfermeiro, no entanto, sua implantação na prática é dificultada por diversos fatores. Entre as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros das USF para a implantação desta metodologia estão: a falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho na unidade; a carga burocrática destinada aos enfermeiros; a falta de capacitação e treinamento dos profissionais e; a estrutura da unidade.

Poucos são os achados científicos que associam a sobrecarga de trabalho e/ou falta de tempo a uma das dificuldades de implementação da SAE. Contudo, pressupõe-se, a partir desses achados, que o fator tempo deve ser considerado uma questão de prioridade.

Muitas vezes, a falta de tempo dos enfermeiros para se dedicarem à SAE é consequência da ausência de prioridade desta tarefa no seu fazer, ou seja, eles realizam certas atividades que, possivelmente, poderiam ser delegadas a outros profissionais, em detrimento daquela que é fundamental ao seu trabalho. Diante desse quadro, os enfermeiros, como sujeitos sociais capazes de atuar em busca de uma autonomia no desenvolvimento de suas ações profissionais, devem buscar alternativas que viabilizem uma prática de qualidade (SOUZA, N. V. D. O. et. al, 2009).

Corriqueiramente se nota que as maiores dificuldades relacionadas à implementação da SAE estejam associadas à descrença e à rejeição dos próprios enfermeiros que, limitados ao modelo técnico-burocrático, muitas vezes utilizam estratégias antiéticas e inflexíveis para não participarem do processo (BACKES et. al, 2005). Em alguns discursos ficou perceptível a resistência dos enfermeiros, isto se deve muitas vezes à falta de experiência prévia com a SAE, à visão de que o processo seja complexo, demande muito tempo e que por isso não seja factível na prática diária (LOPES, 2000).

Em se tratando da não-capacitação profissional, já referida anteriormente como motivo da não realização da SAE nas UBS, parece quase impossível a implantação efetiva da SAE ocorrer sem que a equipe de enfermagem esteja devidamente preparada, sob o ponto de vista do conhecimento científico (fundamentação teórica) e da habilidade prática. O profissional de enfermagem necessita de uma base de conhecimentos a partir da qual possa exercer suas funções (POLIT; HUNGLER, 1995). Ademais, a ampliação dos estudos sobre o tema poderá sensibilizar os profissionais de enfermagem para sua importância.

É comum os entrevistados associarem a falta de capacitação ao descaso dos gestores, referindo que os mesmos não fornecem o devido apoio para que haja reciclagem. Apesar da

capacitação e educação permanente para os profissionais da ESF ser uma responsabilidade do MS, conforme pressupões a Constituição de 1988 (SOUZA, M. F., 2007), não se pode atribuir a culpa da falta de conhecimento apenas aos gestores. Os profissionais precisam buscar por si só o conhecimento.

Embora a estrutura física seja pouco mencionada na literatura sobre a SAE, Castilho; Gaidzinski (1991) afirmam que a análise da mesma é necessária quando se pretende implantar tal metodologia. A exemplo, colocar bancadas e cadeiras nas unidades pode proporcionar às enfermeiras um local adequado para planejar a assistência. Além disso, uma sala privativa para trocas de informações sobre o paciente entre a equipe de enfermagem pode significar um espaço para os profissionais se expressarem livremente, contribuindo para definir as ações de enfermagem que serão colocadas em prática por meio da SAE. A adaptação de recursos ambientais somada a outras ações para implantação da SAE pode fazer com que o nível de insucesso dessa prática não seja tão elevado (FUGITA; FARAH, 1996).

Rossi; Casagrande (2001), em uma amostragem de estudos cujos resultados demonstraram que os enfermeiros enfrentam vários obstáculos para uma execução sistematizada de suas atividades, afirmam que esta prática exige a abertura e a flexibilidade das organizações, além do profissionalismo, da atitude e da criatividade dos profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção integral constitui um dos eixos estruturantes da ESF na busca pela redefinição das ações de saúde e da prática profissional. A SAE é importante no papel e na identidade do profissional enfermeiro na USF, contribuindo para promoção da saúde e qualidade da assistência. O presente estudo buscou reconhecer como ocorre a SAE nas USF na cidade de Mossoró-RN.

Quanto ao perfil dos enfermeiros, estes, em sua maioria, possuem idade entre 36 e 49 anos, são do sexo feminino, trabalham em mais de uma instituição, possuem especialização e têm mais de cinco anos de graduação.

Grande parte dos enfermeiros relatou conhecer a SAE, tecendo inclusive definições cabíveis. Contudo, quando questionados sobre a forma como a realizam, responderam de maneira confusa, citando a elaboração de cronogramas e a utilização de protocolos para se trabalhar com os programas do MS como forma de praticar a SAE, não tendo referido em momento algum as etapas do processo, indispensáveis para a implantação dessa metodologia.

Todos os enfermeiros entrevistados relataram nunca terem participado de capacitação ou treinamento referente à SAE, o que se configurou como uma preocupação frequente no depoimento dos profissionais.

Apesar da obrigatoriedade de sua implantação pelo COFEN, a maioria afirma não praticar a SAE, desconhecendo inclusive a Resolução 272/2002 do referido conselho. Percebe-se que, apesar de julgarem a SAE importante para a melhoria na qualidade da assistência, a mesma ainda é uma temática incipiente e pouco utilizada na prática. Acredita-se que isso se deve ao fato dos enfermeiros ainda não terem percebido a importância desta metodologia para a autonomia e valorização em sua profissão.

Os enfermeiros que confessaram não praticar a SAE afirmam que não o fazem devido à falta de tempo e à deficiência em capacitação e treinamento. Houve ainda um entrevistado que referiu não praticar por só fazer uso de algumas etapas, evidenciando o reconhecimento de que é necessária a realização de todas as etapas, haja vista que interrelacionam-se.

Apesar da SAE ser norteada pela teoria, orientada na formação e exigida conforme determina legislação profissional, constatou-se que sua implantação ainda não é uma realidade nas USF pesquisadas, tendo sido enumerados diversos fatores que contribuem para isso, dentre eles: a falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho na unidade; a carga burocrática destinada aos enfermeiros; a falta de capacitação e treinamento dos profissionais e; a estrutura da unidade.

Mediante alguns depoimentos, verificou-se resistência e certo desinteresse por parte dos profissionais para implantarem essa metodologia nas UBS, talvez pelas dificuldades que enfrentam. Com isso, é imprescindível o reconhecimento de que a valorização da enfermagem depende da atuação profissional de cada um e de seu conhecimento técnico-científico. O enfermeiro precisa ser autêntico e conquistar o seu espaço com mérito. A SAE representa uma oportunidade para a conquista de autonomia na profissão, além de proporcionar um atendimento de qualidade aos clientes.

Diante do exposto, conclui-se que os objetivos dessa pesquisa foram alcançados com excelência, apesar das limitações a que foi imposta, considerando-se as intercorrências durante a fase da coleta de dados.

Considerando as lacunas quanto ao conhecimento da SAE, é importante que estudos neste sentido sejam estimulados com o intuito de melhorar a percepção dos profissionais de enfermagem e suas expectativas quanto às vantagens de um serviço de enfermagem sistematizado, tanto para sua autonomia profissional, quanto para promover a melhora da qualidade da assistência e humanização do cuidado.

As contribuições deste estudo poderão ser tanto sociais como científicas. Os efeitos sociais se darão no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. No aspecto científico, a relevância reside no fato de no Brasil a SAE na atenção básica ser pouco divulgada, possuindo escassa produção científica nesta área, portanto, poderá ser útil aos que se dedicam a esse assunto.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LeFREVE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ANDRADE, L. O. M. Os desafios da atenção primária. **O COFFITO**, n. 6, São Paulo: Insert, 2000.
- ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no Marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana da Saúde Pública**, Washington, v. 8, n. 1-2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3021.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2010.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.
- ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Paraíba, n. 14, 2009.
- BACKES, D. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de Enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 4, n. 2, 2005.
- BACKES, D. S. et. al. **Sistematização da assistência de enfermagem**: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Marigá: Acta Sci. Health Sci, 2005.
- BERSUSA, A. A. S. Qualificando para a assistência de enfermagem: projeto "Tecendo a SAE em São Paulo". **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 48, nov., 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Seção da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1988, art. 196.
- _____. Lei 7.498 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e da outras providências. **Diário oficial** [da República Federativa do Brasil]. Brasília, v. 106, n. 124, p. 9273-5, set., 1986.
- _____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

____. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

____. **Portaria GM/ MS 1970/ GM de 25 de outubro de 2001**. Aprova o Manual Brasileiro da Acreditação Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2001/gm/gm-1970.htm>. Acesso em: 16 mar. 2010.

CARPENITO, E. C. **Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARRARO, T. E.; KLETEMBERG, D. F.; GONÇALVES, L. M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Paraná, 2003.

CARVALHO, D. R.; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto à motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**, Paraná: Universidade Tuiuti do Paraná, 2008.

CARVALHO, S. C. et al. Reflexo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Consulta de Enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/91/101>. Acesso em: 10 abr. 2010.

CARVALHO, Z. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. Aplicação da teoria do cuidado transpessoal em pacientes paraplégicos hospitalizados: relato de experiência. **Ciência y Enfermería**, [s.l.], v. 9, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art08.pdf>. Acesso em: 17 maio 2010.

CASTILHO, V.; GAIDZINSKI, R. R. Planejamento da assistência de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

CHAVES, M. M. **Saúde: uma estratégia de mudança**. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1982.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

____. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 272, de 27 de agosto de 2002. **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde**, Rio de Janeiro: COFEN, 2002.

____. Resolução 311, de 08 de janeiro de 2007. **Revoga a Resolução COFEN nº 240/2000 – Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**, Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos**, Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em:

<<http://www.pppg.ufma.br/departamentos/comitedeetica/resolucao196.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2010.

COSTA, W. G. A.; MAEDA, S. T. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, 2001.

DAHER, D. V.; SANTOS, F. H. E.; ESCUDEIRO, C. L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, 2002.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHARA, A. M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [s.l.], 2002.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Programa Saúde da Família – Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. v. 34, n. 3, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018>. Acesso em: 20 abr. 2010.

DOCHTEMAN, J. M. C.; BULECHEK, G. M.; CHIANCA, T. C. Classificação de intervenções de enfermagem (NIC): avaliação e atualização. **Revista Técnica de Enfermagem Nursing**, São Paulo, v. 6, n. 67, 2003.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

DUARTE, A. P. P. ; ELLEN SOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, out.-dez., 2007.

FIALHO, A. V. M. et al. Adequação da teoria de déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v105a14.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF): Comentado**. 2. ed. Goiânia: AB editora, 2008.

FUGITA, R. M. I.; FARAH, O. G. D. O planejamento como instrumento básico do enfermeiro. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: Um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu; 1996.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: [s.n.], 2004.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: Versões e Interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], set.-out., 2006.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e Diagnóstico de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

KAWAMOTO, E. E.; FONTES, J. I. **Fundamentos de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.

LANSSONI, F. Z.; FONSECA, M. R. C. C.; OSINAGA, V. L. M. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): Dificuldades para sua implantação e operacionalização. In: 16º CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, [s.l.], 2008; [s.l.:s.n.] 2008.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: UDUCS, 2005.

LIMA, C. **Enfermagem atual em Cursos**. 46. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2005.

LOPES, M. H. B. M. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxonomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 8, jul., 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2006.

MARTINELLI, M. et al. Consulta de Enfermagem no Programa de Saúde da Família na visão do enfermeiro. **Revista Técnico Científica da Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 11, 2004.

MARTINS, C. et al. Perfil do Enfermeiro e Necessidades de Desenvolvimento de Competência Profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, v. 15, n. 3, jul.-set., 2006.

MATTÉ, V. M., THOFEHRN, M. B., MUNIZ, R. M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], 2001.

MCCLOSKEY, J.; BULECHECK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, R. L. R. et al (Coord.). **O Enfermeiro no Programa Saúde da Família: Percepções, Possibilidades de Atuação, Fronteiras Profissionais e Espaços de Negociação**. Fortaleza: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOSSORÓ. Prefeitura Municipal. **Edital do Concurso Público Nº 001/2007**. Mossoró: Prefeitura Municipal de Mossoró, jul., 2007.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificações – 2009 - 2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L (Orgs). **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. João Pessoa: Impri, 2007.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S1413-81232001000200013&Ing=em&nrm=isso>. Acesso em: 02 maio 2010.

OGUISSO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

OLIVEIRA, L. M.; EVANGELISTA, R. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): excelência no cuidado. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM**, Patos de Minas, v. 1, n. 7, ago, 2010. Disponível em: http://www.unipam.edu.br/perquirere/images/stories/2010/Sistematizacao_da_assistencia_de_enfermagem_SAE.pdf. Acesso em: 20 nov 2010.

OLIVEIRA, M. L.; PAULA, T. R.; FREITAS, J. B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, 2007.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l], nov.-dez., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600018&script=sci_arttext. Acesso em: 10 maio 2010.

PAIM, J. S.; ALVES FILHO, N. A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, ago., 1998. PAUL, C.; REEVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J. B. (Coord.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, 2006.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção da saúde. In: ANAIS DO I SEMINÁRIO ESTADUAL. **O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família**. São Paulo, 2000. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde, 2000.

____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: Conceitos, Processos e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 1997.

RICHARDSON, R. S. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ROLIM, K. M. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, 2005.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

SANTANA, M. L.; CARMAGANANI, M. I. Programa Saúde da Família: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 10, n.1, 2001.

SANTOS, J. F.; RAMOS, T. A. G. Implementação da metodologia de assistência de enfermagem em UTI(s) – Como está e quais os fatores intervenientes. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 11, n. 1, abr., 1998.

SANTOS, M. R. Atribuições legais do enfermeiro no programa saúde da família: Dificuldades e facilidades. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, jul.-dez, 2003. Disponível em: < http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_07atribuicoesLegais.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

SENSSULINE, V. L.; FOSSA, A. M. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): dificuldades e facilidades para sua implantação e operacionalização com gestantes, puérperas e crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família. In: 16º CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, [s.l.], 2008; [s.l.:s.n] 2008.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem: saúde da família**, Brasília: ABEn, v. 53, n. especial, 2000.

SOUZA, M. F. **Programa Saúde da Família no Brasil: análise das desigualdades no acesso à atenção básica**. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

SOUZA, N. V. D. O et. al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2009;

TAKAHASHI, A. A. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2008.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação do Programa de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de Serviços de Saúde**: Descentralização, Municipalização do SUS. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada **Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidades de Saúde da Família na Cidade de Mossoró-RN**. Está sendo desenvolvida por Jéssica Patrícia Saraiva de Medeiros Lima Moreira, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, sob a orientação da Professora Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra.

Considerando-se a importância da SAE, sua relevância para a autonomia do enfermeiro, a exigência da mesma pelo COFEN, Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, além da necessidade dessa prática para prestação de uma assistência integral e individualizada, tanto ao indivíduo quanto à família e à comunidade, e tendo em vista que a SAE se delineia através da consulta de enfermagem, uma das atribuições do enfermeiro na ESF, destaca-se a necessidade de se realizar esse estudo, uma vez que se considera importante o conhecimento de como a SAE é colocada em prática pelos enfermeiros da ESF, especialmente na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte (RN).

A referida pesquisa apresenta os seguintes objetivos: Analisar na concepção do enfermeiro a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidades de Saúde da Família na Cidade de Mossoró; Caracterizar a situação dos enfermeiros entrevistados; Analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados a cerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem; Averiguar a aceitação dos enfermeiros entrevistados a cerca da implantação e da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem; Identificar na opinião dos enfermeiros entrevistados as dificuldades para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, além do direito de desistir da mesma. O presente estudo não apresenta nenhum risco aparente aos seus participantes e não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um questionário, o senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionadas ao tema da pesquisa, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso que poderá ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional como internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor(a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____, RG: _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma copia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, ____/____/ 2010.

Prof^a Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra
Orientadora

Jéssica Patrícia Saraiva de Medeiros Lima Moreira
Pesquisadora

Participante da Pesquisa

Endereço da pesquisadora responsável:
Av. Presidente Dutra, 701 – Alto de São Manuel – Mossoró – Rio Grande do Norte – Brasil.
CEP: 59.628-000 – Fone/Fax: (84) 3312-0143

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa:
Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil.
CEP: 58.067- 695 – Fone/Fax: +55 (83) 2106-4777

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidades de Saúde da Família na Cidade de Mossoró-RN

I – Dados de identificação

1 – Nome: _____

2 – Idade:

Entre 18 e 25 anos Entre 26 e 35 anos Entre 36 e 49 anos Mais de 50 anos

3 – Sexo:

Masculino Feminino

4 – Trabalha em mais de uma instituição?

Sim Não

5 – Se trabalha, a outra instituição é:

Pública Particular

6 – Grau de instrução:

Graduação Especialização Mestrado Doutorado

7 – Ano de conclusão do curso de graduação? _____

II – Dados relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem

1 – Você conhece a SAE?

Sim Não

1 – Já participou de algum treinamento e/ou palestra referente à SAE na USF que você trabalha?

Sim Não

2 – O que você entende por SAE?

4 – Tem conhecimento sobre a resolução 272/2002 do COFEN?

() Sim () Não

5 – Você considera a SAE importante? Por quê?

6 – Você pratica a SAE na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalha?

() Sim () Não

7 – Caso a resposta da pergunta acima seja NÃO, Por quê?

8 – De que forma você pratica a SAE na UBS?

9 – Quais as dificuldades que enfrentou (ou enfrenta) para a implantação da SAE na sua UBS?

ANEXOS

ANEXO 1 – RESOLUÇÃO 272/2002

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras.

O Conselho Federal de Enfermagem - Cofen, no uso de suas atribuições legais e regimentais; CONSIDERANDO a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1998 nos artigos 5º, XII e 197;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86 c.c. o Decreto nº 94.406/86, respectivamente no artigo 11, alíneas "c", "i" e "j" e artigo 8º, alíneas "c", "e" e "f";

CONSIDERANDO o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen 240/2000;

CONSIDERANDO o disposto nas Resoluções-Cofen nºs 195/1997, 267/2001 e 271/2002;

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos elaborados pela CTA/Cofen, nos autos do PAD-Cofen Nº 48/97;

RESOLVE:

Art. 1º Ao Enfermeiro incumbe:

I - Privativamente:

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem: compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

Histórico: conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame físico: o Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: o Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Prescrição de Enfermagem: é o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: é o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Artigo 2º A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

Artigo 3º A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por:

- Histórico de enfermagem
- Exame Físico
- Diagnóstico de Enfermagem
- Prescrição da Assistência de Enfermagem
- Evolução da Assistência de Enfermagem
- Relatório de Enfermagem

Parágrafo único: Nos casos de Assistência Domiciliar - HOME CARE - este prontuário deverá permanecer junto ao paciente/cliente/usuário assistido, objetivando otimizar o andamento do processo, bem como atender o disposto no Código de Defesa do Consumidor.

Artigo 4º Os Corens, em suas respectivas jurisdições, deverão promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem, na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE;

Artigo 5º É de responsabilidade dos Corens, em suas respectivas jurisdições, zelar pelo cumprimento desta norma.

Artigo 6º Os casos omissos, serão resolvidos pelo Cofen.

Artigo 7º A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

Gilberto Linhares Teixeira

COREN-RJ Nº 2380

Presidente

Carmem de Almeida da Silva

COREN-SP Nº 2254

Primeira Secretária