

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CRISTINA ANTUNES MOTA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A APLICABILIDADE NO  
COTIDIANO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RIO DE JANEIRO  
2011  
CRISTINA ANTUNES MOTA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A APLICABILIDADE NO  
COTIDIANO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentado à Universidade Estácio de  
Sá, como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Saúde da Família. Orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.  
Miriam Garcia Leoni.

RIO DE JANEIRO  
2011

M917 Mota, Cristina Antunes  
Sistematização da assistência de enfermagem : a aplicabilidade no cotidiano do enfermeiro da estratégia de saúde da família / Cristina Antunes Mota. – Rio de Janeiro, 2011.  
78 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)–  
Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Enfermagem. 2. Assistência. 3. Programa de Saúde da Família. I. Título

CDD 610.73

CRISTINA ANTUNES MOTA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A APLICABILIDADE NO  
COTIDIANO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentado à Universidade Estácio de  
Sá, como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Miriam Garcia Leoni  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof. Dra. Zeilma da Cunha  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof. Dra. Ana Clementina Vieira de Almeida  
Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy - UNIGRANRIO

Aos meus pais,  
Maria Alice e Carlos Alberto,  
Ao meu irmão Felipe,  
Ao meu esposo Eric Cezar,  
E a minha filha Maria Eduarda.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por estar todos os dias presente em minha vida, me dando forças para  
vencer mais essa batalha.

A minha orientadora Mirian Garcia Leoni pelo carinho, paciência, sabedoria,  
respeito, competência.

A minha família querida, mãe, pai, por todo incentivo, a minha profunda admiração.

Aos professores do mestrado, a minha imensa gratidão.

Ao meu marido, pelo companheirismo, compreensão e por acreditar no meu  
potencial.

A professora Zeilma, pelo exemplo de ética, sabedoria, humildade, o meu  
agradecimento e a minha admiração.

A amiga Claudia Arnold, pela ajuda no momento difícil, pelo carinho e pela  
sabedoria.

A todos que contribuíram para realização deste trabalho, o meu agradecimento.

“Aprender é uma coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

## **RESUMO**

Este trabalho teve como objeto de estudo a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cotidiano dos enfermeiros de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Duque de Caxias, com objetivo geral de analisar a percepção dos enfermeiros quanto à aplicabilidade da SAE na sua prática

profissional. Através de metodologia de natureza qualitativa, com abordagem descritiva e utilizando entrevistas semi estruturada, realizou-se pesquisa junto a três enfermeiros que compõem as equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família. A análise dos dados aponta para uma ausência de instrumentalização associada a fatores estruturais que somente tendem a proporcionar uma sobrecarga de trabalho aos profissionais de enfermagem em virtude da insuficiência observada de enfermeiros qualificados para tais atribuições. Pressupõe-se que existam lacunas relativas ao conhecimento destes profissionais, alertando para o fato de que a temática deve ser amplamente discutida em meio acadêmico. Por fim, conclui-se com o presente estudo que as dificuldades para a implementação da SAE não estão associadas apenas a ausência de conhecimento teórico dos enfermeiros, mas, sobretudo, na má distribuição dos recursos humanos e da desestruturação das instituições de saúde. Mesmo que se perceba a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ainda encontramos problemas para a sua efetiva implementação. Esta postura denota a necessidade de se desfazer modelos estruturais e culturais que apenas se configuram como obstáculos para a mesma priorizando o profissional de enfermagem enquanto sujeito e agente de mudança.



## **ABSTRACT**

This work aimed at studying the applicability of the Nursing Care System in the daily lives of nurses from a Family Health Unit of the Municipality of Duque de Caxias, in order to analyze the general perception of nurses regarding the applicability of it in their practice professional. Through qualitative methodology, with descriptive approach and using semi-structured, held together with three research nurses who make up the health teams of the Family Health Strategy. The analysis points to a lack of instrumentation associated with structural factors that tend to provide only an increased workload for nurses because of the insufficiency of qualified nurses observed for such assignments. It is assumed that there are shortcomings with regard to knowledge of these professionals, stressing the fact that the topic should be widely discussed in academia. Finally, it concludes with this study that the difficulties for the implementation of the NAS are not associated only with the lack of theoretical knowledge of the nurses, but especially in poor distribution of human resources and the disruption of health institutions. Even if you realize the importance of the Nursing Care System (NCS), we still find problems to its effective implementation. This attitude demonstrates the need to undo the structural and cultural models that are configured only as obstacles to the same priority to the professional nursing as a subject and agent of change.

Word-key: Program of Health of the Family, Processes of Nursing, Cares of Nursing

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
PE	Processo de Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objeto do Estudo	17
1.2	Questão Norteadora	17
1.3	Objetivos	17
1.3.1	Objetivo Geral	17
1.3.2	Objetivos Específicos	17
1.4	Justificativa	17
1.5	Relevância	18
2	EMBASAMENTO TEÓRICO	20
2.1	Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	20
2.2	A Importância das Teorias de Enfermagem na SAE	25
2.3	O Contexto do Programa de Saúde da Família no Brasil (PSF)	27
2.4	Processo de Trabalho de Enfermagem no PSF	29
3	PROCEDIMENTOS E MÉTODOS	33
3.1	Tipo e Abordagem da Pesquisa	33
3.2	Cenário	35
3.3	População de Estudo	37
3.4	Instrumentos de Coleta de Dados	38
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	39
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICES	
	Cópia integral dos instrumentos para a coleta de dados	59
	Carta de Autorização institucional para a realização da pesquisa	60
	ANEXOS	
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	61
	Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa (SISNEP – M. Saúde)	63
	Resolução COFEN 358/2009	64

Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006

68

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em 70  
Enfermagem

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi proposto como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseado no trabalho das equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita através de ações de promoção a saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos.

De acordo com os princípios do SUS, o novo modelo propõe a universalidade, a equidade da atenção, a integralidade das ações e a participação da comunidade, tendo como principal objetivo a humanização da assistência e a qualidade no atendimento (BRASIL, 1997).

Inicialmente foi criado com a denominação de Programa de Saúde da Família (PSF). No entanto, após uma década de experiências vividas e da realização de estudos e reflexões a seu respeito, o Saúde da Família, passou a não ser mais considerado um programa, mas uma estratégia específica de atenção à saúde, não somente do médico da família, denominado, doravante, como Estratégia de Saúde da Família (LIMA, 2005).

De acordo com a Portaria nº 648, de 25 de março de 2006, a equipe mínima da Unidade de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). A partir do cadastramento, os profissionais e gestores obtêm dados para traçar o perfil da saúde local e, posteriormente, planejar as ações a serem desenvolvidas. O trabalho em equipe é um dos fatores-chave para o desenvolvimento do trabalho na ESF.

É importante considerar a complexidade e a amplitude das necessidades de saúde de indivíduos, família e comunidade que exigem a atuação conjunta dos profissionais, além do entrelaçamento de seus saberes específicos. Segundo Peduzzi (1998), a necessidade de articulação das ações de diversos profissionais se deve ao intenso crescimento das especialidades observado no campo da saúde.

Apesar de reconhecer a importância do trabalho em equipe, Campos (1997) defende que deve haver uma definição clara e precisa das responsabilidades particulares de cada profissional.

Contudo, Vasconcelos (1999) atenta para o fato de que não são apenas atividades e funções unificadas que tornarão o trabalho compartilhado, mas a percepção de que mudar é preciso, pois é a partir da mudança que a equipe se posicionará como atuante e terá a família como foco prioritário de sua atenção.

Através da ótica de atenção à saúde, o Enfermeiro passou a desenvolver intervenções que visam maiores e melhores resultados. Com a Estratégia de Saúde da Família, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorpora atividades de cunho mais coletivo e abrangente, com perspectivas de, juntamente com outros setores, gerar um impacto significativo na qualidade de saúde e de vida da população. (BRASIL, 2002).

Segundo Costenaro e Lacerda (2001), ao basear-se em conhecimentos científicos para a realização de suas ações, a enfermagem vem obtendo reconhecimentos e ampliando suas áreas de atuação, com reflexos sobre a coletividade e a equipe multiprofissional.

A organização das práticas e das atividades e o registro da assistência de enfermagem colaboram para a definição do papel do enfermeiro dentro da equipe de saúde (ANA, 2007; AORN, 2007).

Com a implementação da ESF, surgem práticas que possibilitam intervir sobre os determinantes sociais de saúde e seus condicionantes, como: o cadastramento que informa as condições de vida e de trabalho da população; as visitas domiciliares que permitem conhecer o indivíduo inserido na família; além dos programas de prevenção e promoção à saúde. Este cenário afirma a necessidade de rever o processo de sistematização das práticas. De acordo com a resolução 358/2009 do COFEN, o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método que tem como premissas a organização do processo do cuidado e proporciona um atendimento de qualidade. É o processo de identificação de problemas, interpretação e organização de condutas no âmbito do exercício profissional.

As terminologias “sistematização da assistência de enfermagem” e “processo de enfermagem” utilizadas neste estudo serão consideradas sinônimos já que utilizam o mesmo método científico, que visam o planejamento e desenvolvimento de ações de enfermagem (CARRARO, 2001).

Segundo Reppetto (2003), a forma que tem sido empregada para sistematizar a assistência é o processo de enfermagem, o qual é realizado através da SAE.

A proposta de realizar este estudo surgiu diante de alguns resultados insatisfatórios, verificados por mim, aleatoriamente, durante o exercício da enfermagem referentes à aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Ao longo de dez anos, tanto em nível da atenção básica onde trabalhei por cinco anos na Estratégia de Saúde da Família, como em alta complexidade, no CTI de um hospital público, pude perceber que poucos enfermeiros utilizam o processo de enfermagem como um caminho para sistematizar a assistência de enfermagem.

O processo de enfermagem (PE), quando utilizado, ocorre de forma fragmentada, porque não estão presentes todas as etapas preconizadas na resolução do COFEN 272/2002 que são: entrevista, exame físico, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, evolução de enfermagem e relatório de enfermagem. Tampouco, o registro de dados nos prontuários era realizado de forma sistematizada.

É notória a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cotidiano do enfermeiro. Segundo Tannure (2008, p.17):

O processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional uma teoria de enfermagem. É uma das ferramentas por meio da qual essa estrutura é aplicada a prática da enfermagem - ou seja, é o método de solução dos problemas do cliente.

Frente a esta teoria ocorre uma série de etapas inter-relacionadas, concomitantes, que contemplam o levantamento de um problema, planejamento e implementação de intervenções e avaliação do processo de enfermagem. TIMBY (2002, p.38) define o processo de enfermagem como “[...] uma seqüência organizada de etapas, utilizada pelos enfermeiros para identificar e controlar os problemas de saúde dos pacientes”.

O processo de enfermagem é respaldado pelo método científico que é um dos instrumentos básicos para o cuidar, descrito por Cianciarullo (2000). Este processo proporciona aos enfermeiros a oportunidade de exercer a profissão de forma

sistematizada, com linguagem uniformizada que reforça sua identidade profissional no campo da saúde. Além destes aspectos confere autonomia profissional e respaldo legal para suas condutas e atitudes.

Para a elaboração do processo de enfermagem, devido a sua complexidade, faz-se necessário o treinamento e aprimoramento dos profissionais, já que exige do enfermeiro criticidade e reflexão. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Parecer nº 1133/2001 - CNE/CES os futuros profissionais de enfermagem tem uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Após as diretrizes curriculares para os cursos de graduação (CNE/CES nº 1133/2001), houve mudanças no currículo, centrado nos quatro pilares da formação do enfermeiro: gerência, assistência, ensino e pesquisa, proporcionando mudanças na organização e operacionalização das matrizes curriculares da graduação, demandando um novo olhar para a formação.

Dessa forma, o processo de enfermagem foi inserido de forma mais efetiva nos currículos, a partir da portaria 1721 de 15 de dezembro de 1994, que determina modificações curriculares decididas após inúmeros estudos, oficinas de trabalho e seminários coordenados pela Associação Brasileira de Enfermagem.

Segundo Luney, 2004:

O paciente procura o enfermeiro para ser reconhecido como uma pessoa e não apenas como um exemplo de um tipo de problema ou doença. Além disso, os enfermeiros promovem a saúde das pessoas no contexto em que elas vivem. .

Atualmente, a sociedade espera do enfermeiro as seguintes qualidades: liderança, gerenciamento, atendimento integral ao indivíduo, família e comunidade, formação técnico-científica com domínio tecnológico, versatilidade, princípios éticos, conhecimentos a cerca das políticas públicas, domínio da ciência e manifestação da arte de cuidar.

A aproximação do enfermeiro com o paciente e com a família também ocorre durante a SAE, no levantamento dos dados e na implementação de todas as fases do processo, o que permite o planejamento da assistência de forma individualizada, focada no indivíduo, em seus familiares e em suas necessidades biopsicossociais. A



SAE é um instrumento de trabalho que facilita a aplicação do planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem ao indivíduo de forma integral.

De acordo com a resolução do COFEN 272/2002, a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve estar presente em todos os cenários de prática da enfermagem: onde houver um indivíduo assistido pelo enfermeiro deve existir a SAE, isto inclui a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e áreas além do modelo hospitalocêntrico. A resolução preconiza o registro de todas as etapas do processo no prontuário do cliente. O Conselho Federal de Enfermagem enfatiza a importância do plano de cuidados de saúde de sua clientela e da documentação, inclusive exigidos pela lei do exercício profissional (BRASIL, 1986, BRASIL, 2002).

Carpenito (1997) afirma que a enfermagem necessita de um sistema de classificação, ou uma taxonomia, para descrever e desenvolver um fundamento científico confiável para a profissão. Sistemas de classificação ou taxonomias são conhecimentos estruturados nos quais os elementos substantivos de uma disciplina são organizados em grupos ou classes com base em suas semelhanças (Blegen e Reimer, apud Nóbrega; Gutierrez, 2000).

Diante do exposto, da importância e da obrigatoriedade da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, procurou-se com este estudo criar uma estratégia para favorecer a aplicabilidade da SAE na prática do enfermeiro do ESF. O SAE está baseado nos sistemas de classificação NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), utilizados para auxiliar na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, NIC (*Nursing Interventions Classification*), para a elaboração das prescrições de enfermagem e NOC (*Nursing Outcomes Classification*), para identificar os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem.

## **1.1 Objeto de estudo**

A aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

## **1.2 Questão norteadora**

Como a Sistematização da Assistência de Enfermagem com todas as suas etapas é aplicada pelo enfermeiro na prática da ESF de Jardim Gramacho?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Geral**

- Analisar a aplicabilidade da SAE na prática profissional do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família de Jardim Gramacho.

### **1.3.2 Específicos:**

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros acerca SAE
- Investigar a percepção dos enfermeiros quanto à implementação da SAE
- Identificar as facilidades e dificuldades da aplicabilidade da SAE pelos enfermeiros da ESF.

## **1.4 Justificativa**

De acordo com a resolução do COFEN 358/2009, a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional. A autonomia na profissão será adquirida quando todos os enfermeiros começarem a utilizar em suas ações essa metodologia científica e colocar em prática o processo de enfermagem nos diversos níveis de atenção a saúde.

O processo de enfermagem aumenta a competência técnica da equipe e padroniza o atendimento, proporcionando melhorias na assistência de enfermagem

e identificando problemas reais e potenciais, permitindo que sejam estabelecidas prioridades para as intervenções de enfermagem.

Os enfermeiros poderão refletir sobre a temática, identificando os processos de trabalho que permeiam as suas atividades e munir-se de competências e habilidades, a fim de proporcionar um cuidado de forma sistematizada, atendendo a legislação vigente de forma coerente e sustentado por um referencial teórico.

Este estudo pode contribuir para a afirmação do papel do enfermeiro na equipe de saúde da família de Jardim Gramacho especificamente, inferir na equipe de enfermagem, pois trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem, representada pelo processo de Enfermagem, instrumento de confecção única e exclusiva do enfermeiro, que possibilita o desenvolvimento e aplicação dos seus conhecimentos técnico-científicos, acerca de sua prática profissional visando uma assistência

Portanto, justifica-se a importância de desenvolver um estudo mais aprofundado sobre o tema através desta pesquisa, que mostrará a aplicabilidade da SAE, no cenário do ESF de Jardim Gramacho, localizado no município de Duque de Caxias-RJ.

## **1.5 Relevância**

Trata-se de um tema de extrema importância, por ser um instrumento que se preocupa com a organização do processo do cuidado, por proporcionar um atendimento de qualidade. Para tal a SAE identifica os problemas, os interpreta para organizar a implementação das ações profissionais.

No cotidiano assistencial a SAE possibilita alcançar: auto-realização, autonomia, reconhecimento social, identidade profissional e marketing pessoal.

Para os usuários dos serviços de saúde proporciona atendimento às suas necessidades humanas básicas, prevenção, promoção e recuperação da saúde, aumento da qualidade da assistência prestada, resultando em satisfação.

Para as instituições de saúde, permite a redução de custos, o aumento da produtividade, a credibilidade e enfim, a garantia de sobrevivência no mercado.

É importante ressaltar a realização do procedimento completo pela assistência de enfermagem que é composto, conforme resolução do COFEN

358/2009, por entrevista, exame físico, diagnóstico, intervenções, evolução e relatório de enfermagem, devidamente registrados em prontuários, de forma sistematizada.

## **2 EMBASAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**

A Enfermagem Moderna, a partir de Florence Nightingale, iniciou sua caminhada para adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, iminente intuitiva e empírica (DANIEL, 1979).

Segundo Ferreira (1975), “sistematizar é tornar coerente com determinada linha de pensamento”, que podem ser utilizadas na enfermagem através do uso das teorias de enfermagem, uma vez que foram desenvolvidas com o intuito de organizar e sistematizar todas as questões que permeiam a atividade profissional, gerando conhecimentos que apoiarão e subsidiarão a prática do enfermeiro. A partir da aplicação dessa teoria a prática, é que se dá o processo de enfermagem (PE).

Segundo a Lei nº 7498/86, em seu artigo 8º, o enfermeiro está encarregado de participar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde. Suas metas e desejos deverão ser o de sistematizar, individualizar e administrar adquirindo a função de cuidador de enfermagem junto à equipe (THOMAS; GUIDARDELLO, 2002).

Hermida (2004) considera que a crescimento profissional é almejado pelos profissionais de enfermagem e só será alcançado com a utilização de instrumentos científicos que auxiliem a prática profissional.

Com a criação da Lei nº 9394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação – nos anos 90, houve maior complacência em relação a organização e operacionalização do currículo de graduação, fazendo com que o processo de Enfermagem se tornasse mais presente nos currículos, e conseqüentemente contribuindo para formadores de opinião no assunto (ROSSI; CASA GRANDE, 2001).

Para uma melhor e mais humanizada prestação de assistência em enfermagem, o enfermeiro precisa integrar-se à nova realidade, assumindo uma postura mais técnica e científica. Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tornar-se-á um importante instrumento que contribuirá para que o enfermeiro possa otimizar a assistência de maneira segura a partir da reflexão

crítica acerca da organização e ainda, conforme Ribeiro (2004) de maneira racional, definindo sua área específica de atuação.

Necessitamos de metodologias problematizadoras para que a prática de enfermagem seja questionada como um novo espaço de pensar e fazer, para que a mesma não venha futuramente a se tornar mais uma tentativa frustrada ou mais um processo legal. Desta maneira, podemos notar a representatividade da SAE como um novo espaço cultural que possui o propósito de mudar a percepção da realidade existente, mudando as atribuições e o papel do enfermeiro (FRANCO; MERHY, 1999).

Na perspectiva de possuírem maior autonomia e interação no ambiente de trabalho, os enfermeiros passarão a somar suas práticas e saberes atrelando a sistematização da assistência ao trabalho dentro da equipe.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tornar-se uma ferramenta na qual o enfermeiro empregará seus conhecimentos adquiridos na prática assistencial, propiciando o cuidado e as circunstâncias necessárias que o mesmo seja realizado (ROSA; LABATE, 2003).

Segundo Vasconcelos (1999), estamos numa era de busca de novos modelos de organização do trabalho e novas competências para serem aplicados aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas.

A SAE tem como seu pilar de sustentação o processo de enfermagem, 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 (VIANNA; DAL POZ, 1998).

Em se tratando de tais etapas, Ribeiro (2004) além de enumerá-las, explica que as mesmas são uma forma de fazer com que o processo de enfermagem venha a ser mais científico, com um cuidar humanizado e com qualidade. Ao enumerá-las, o autor diz que a SAE é formada pelas etapas de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, uma dependendo da outra, ou seja, interrelacionado.

Em relação ao instrumento de coleta de dados, para Rosa e Labate (2003), a finalidade da elaboração deste instrumento é iniciar a implantação da SAE, fundamentando a sistematização da assistência de enfermagem e permitindo ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que embasam a profissão

Os autores atentam para o fato de que a escolha do modelo de assistência é uma fase preliminar à fase de coleta de dados, direcionando a coleta e auxiliando na organização e seleção de dados significativos.

Neste contexto, esse deve se constituir em um roteiro sistematizado para o levantamento de sinais e sintomas do ser humano; ser significativo para o enfermeiro e para o cliente e possibilitar o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, das metas e dos objetivos; a prescrição das intervenções de enfermagem deve viabilizar a interação enfermeiro/cliente e um cuidado profissional, que forneça dados que suscitem hipóteses para o desenvolvimento de pesquisas, colaborando com os conhecimentos próprios da profissão.

A coleta de dados é constituída de entrevista e exame físico, tornando-se o primeiro passo para determinar o estado de saúde do cliente. Todos os passos do PE dependem dos dados coletados durante esta fase, por isso a necessidade de assegurar que as informações obtidas sejam efetivas, completas e organizadas de modo que ajude a adquirir um senso de padrão entre saúde e doença. Através da entrevista, obtém-se o histórico de saúde do paciente, da família e da comunidade. São obtidas informações pessoais do paciente, queixa principal que o levou a procurar o serviço de saúde, antecedentes pessoais e familiares de doenças, dados sociais, culturais e ambientais; comportamentos que podem colocar a pessoa em risco de doenças e problemas potenciais.

A partir da entrevista, a enfermagem obtém dados de saúde e doença que poderão ser confirmados com a realização do exame físico que tem o objetivo de verificar a veracidade dos dados obtidos na entrevista e avaliar, através de técnicas de: inspeção; palpação; auscultação e percussão, as condições físicas do paciente, associadas à doença atual e aos antecedentes pessoais. No exame físico, é necessário ser tecnicamente profundo, sistemático e habilidoso. A habilidade de avaliação física inclui saber utilizar corretamente as técnicas de inspeção, ausculta, palpação e percussão. (HERMIDA, 2004).

Quanto à fase de diagnóstico, Thomas e Guidardello (2002), explicam que esta é uma etapa fundamental da SAE, é quando o enfermeiro, após executar consulta e histórico, decide sobre as reações do paciente à doença em questão, para em seguida prescrever e evoluir. Porém, muitos enfermeiros não cumprem essas funções por motivos variados, como o desconhecimento teórico-científico do Processo de Enfermagem.

Para realizar diagnósticos de enfermagem, e ser capaz de interpretar os dados clínicos, o enfermeiro deverá ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e percepção.

Já Ferreira (2000) diz que o diagnóstico identifica o problema de saúde real ou potencial do cliente, o déficit, ou a preocupação que podem ser afetados pelas ações de enfermagem. Descreve um grupo de dados com a interpretação baseada na capacidade do cliente de preencher necessidades básicas e que estes são definidos de acordo com os problemas de saúde reais ou potenciais do cliente.

Segundo ANA (American Nursing Associação), “as taxonomias são classificações segundo relacionamentos naturais presumidos entre tipos e seus subtipos” (NANDA, 2002, p. 273).

Atualmente, a taxonomia de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), é o sistema de classificação mais usado no mundo. As conferências de NANDA são realizadas a cada dois anos: na qual são discutidos e aprovados novos diagnósticos e componentes que integrarão a taxonomia revista (Doenges e Moorhouse, 1999).

Para NANDA (2002, p. 271):

(...) os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para se alcançarem resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

Depois de identificados todos os diagnósticos de enfermagem, procede-se a sua organização em ordem de prioridade – considerando a opinião do cliente e da enfermagem – observando-se o grau de ameaça a nível de saúde do cliente. O diagnóstico de enfermagem é considerado decisivo ao refletir as reais necessidades do cliente. Definidos os diagnósticos de enfermagem, segue-se com o processo de enfermagem para a fase de Planejamento.

De acordo com Araújo et al. (2006), o planejamento consiste na terceira parte do processo de enfermagem, podendo ser descrita como a determinação do que pode ser feito para ajudar o cliente e envolve três subfases: o estabelecimento



mútuo de metas e objetivos, a definição de prioridades e o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas reais ou potenciais. É voltado para a ação de enfermagem, visando auxiliar o cuidador na prestação de um cuidado de qualidade ao cliente.

Para a preparação do plano, o cliente e a sua família devem ser consultados, antes de formuladas as metas e os objetivos, pois estes devem ser realistas e possíveis de atingir, servir de apoio às necessidades do cliente e ser mutuamente aceitáveis. Cada objetivo precisa ser conciso, definido e mencionado numa única frase, que contenha um realizador (o cliente), uma realização (a ação) e uma mudança de comportamento a ser obtida (objetivo). O comportamento final esperado deve ser identificado e colocado na estrutura de tempo apropriada, podendo ser usado para a avaliação.

Após definido o plano de cuidados, é necessária a implementação ou a colocação do plano em ação. Esta etapa inclui: a preparação para a comunicação e para o recebimento da comunicação; o estabelecimento das prioridades diárias; a investigação e reinvestigação; a realização de intervenções e das modificações necessárias; o registro e a comunicação (FERREIRA, 2000).

Para Staton, Paul e Reeves (1993), a implementação da assistência de enfermagem corresponde às ações prescritas e necessárias à obtenção dos resultados esperados, definidos durante o planejamento e envolve a comunicação do plano de cuidados a todos que participaram do plano de cuidados.

Para que o enfermeiro tenha uma diretriz sobre o que deve ser prescrito a fim de alcançar os resultados esperados, pode consultar a Nursing Intervention Classification (NIC), que é uma taxonomia de intervenções de enfermagem, criada a fim de padronizar a linguagem usada pelos enfermeiros na descrição dos cuidados Mccloskey e Bulechek (2004).

E por fim, a fase de avaliação formal do plano de cuidados individual, pois permite decidir sobre a continuidade do processo ou as modificações que deve sofrer, tratando da importância dos estudos de melhoria de qualidade constantes e sistemáticos, visando corrigir e melhorar as práticas do fornecimento de cuidados à saúde (ARAÚJO et al., 2006).

Para Alfaro-LeFevre (2005), a avaliação cuidadosa, deliberada e detalhada de vários aspectos do atendimento ao cliente é a chave do atendimento para a excelência do atendimento.

A NOC (Nursing Outcomes Classification), classificação dos resultados esperados, é uma taxonomia que contém os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem (taxonomia de NANDA).

Para Johnson et al., 2005:

(...) a classificação NOC está sendo adotada em inúmeros ambientes clínicos, para avaliação da prática de enfermagem, e em instituições de ensino, para estruturar o currículo e ensinar os discentes a realizar avaliação clínica.

Sua importância justifica-se uma vez que, através do consenso dos resultados de enfermagem padronizados, os profissionais poderão comparar e estudar os efeitos das intervenções realizadas em suas unidades de saúde, buscando melhorar a qualidade do cuidado prestado.

## **2.2 A Importância das Teorias de Enfermagem na SAE**

O uso de teorias na Enfermagem resulta em um movimento dos enfermeiros em busca da autonomia e da delimitação das ações. Ao longo do processo histórico, a Enfermagem sempre esteve dependente de outras ciências, sem que houvesse um corpo de conhecimento próprio, o que fomentou o desejo nos enfermeiros de conhecer sua verdadeira natureza e construir sua identidade.

Esta preocupação nasce com Florence Nightingale, que iniciou sua caminhada para adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade cariativa, intuitiva e empírica.

A formalização de conceitos e teorias passa a ser enfrentado como o instrumental adequado para direcionar a enfermagem na busca de seus limites de atuação em relação a outros profissionais.

A teoria de enfermagem funciona como o alicerce estrutural para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e proporciona ao enfermeiro executar uma conduta sistemática, com uma visão reflexiva e questionadora a respeito das suas próprias tarefas em relação ao cliente assistido,

fato esse que se confirma com a declaração de Meleis (GONÇALVES; TANNURE, 2008):

As teorias podem ser definidas como uma conceituação articulada e comunicada da realidade, criada ou descoberta, dentro da enfermagem ou pertinente a ela, para o propósito de descrição, explicação, predição ou prescrição do cuidado de enfermagem.

Silveira Bueno (2001) define teoria sendo o conjunto de princípios fundamentais de uma arte ou ciência, doutrina ou sistema a cerca desses princípios.

O conhecimento científico é indispensável e deve ser aperfeiçoado permanentemente pelos enfermeiros para elaborarem suas condutas com confiança, autonomia e segurança. As teorias norteiam a pesquisa e favorecem o progresso do conhecimento na profissão.

Segundo Gonçalves,Tannure(2008), ao escolher uma teoria de enfermagem, para fundamentar a sua prática, o enfermeiro deve conhecer o local onde trabalha, os enfermeiros que trabalham na unidade e as características da clientela, para estar de acordo com os conceitos da teoria selecionada. Ainda afirma que:

Por exemplo, um enfermeiro que atua em um programa de saúde da família deve sistematizar a assistência de enfermagem utilizando como marco conceitual uma teoria que conceitue pessoa como sendo o indivíduo, família e/ou comunidade; que conceitue ambiente de modo que englobe a comunidade em que a pessoa vive; que conceitue saúde de acordo com as diretrizes do programa de saúde da família; e que conceitue o enfermeiro como um agente de promoção da saúde.

Figueiredo et al (2006), acrescentam que a SAE permite aplicar os conhecimentos teóricos de enfermagem na prática cotidiana do cuidado, contribuindo para o fortalecimento da Enfermagem enquanto ciência e atendendo com mais precisão e eficiência as necessidades humanas básicas do cliente/paciente.

### **2.3 O Contexto do Programa de Saúde da Família no Brasil (PSF)**

Em 1988, a proclamação da nova Constituição Brasileira estabeleceu que a saúde é um direito de todos os cidadãos garantindo por lei o acesso às ações de prevenção, promoção pelo Estado. Nesse momento, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) sendo fundamentado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (HERMIDA, 2004).

A partir deste marco, algumas iniciativas institucionais foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei Orgânica da Saúde, criada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo ela, a saúde é determinada por uma série de fatores diários, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc.

Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que é um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS (THOMAS; GUIDARDELLO, 2002).

É justamente nesse momento que se dá a criação do Programa Saúde da Família (PSF) com objetivo de mudar a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, atuando na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade sócio-econômica e cultural (CORDEIRO, 1996).

Segundo Vianna e Dal Poz (1998), o programa saúde da família foi criado quando o MS formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde que possuía o intuito de contribuir para a redução das mortalidades tanto infantil quanto materna, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família.

Assim, o Programa Saúde da Família foi instituído a partir de uma reunião em Brasília, onde o principal tema era a Saúde da Família, com discussão de uma nova proposta e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi o primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais (ROSA; LABATE, 2003).

A constituição do Programa Saúde da Família teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência a famílias internacionais que serviram de base para a criação do programa brasileiro. O PSF não deveria ser chamado de programa, pois o mesmo não possui a mesma concepção dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde. Ao contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (FRANCO; MERHY, 1999).

Para o MS, o Programa Saúde da Família é um processo que visa atender o paciente e a família de forma integral e contínua, com ações de proteção e recuperação da saúde. Seu principal objetivo é reorganizar a prática assistencial, passando o foco para a família em seu ambiente físico e social (RIBEIRO, 2004).

Assim o Programa Saúde da Família pode ser definido como um modelo de atenção que presume a identificação de saúde como um direito dos brasileiros, expresso na melhoria da qualidade de vida; na área de saúde, que deve ser refletida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (ROSSI; CASA GRANDE, 2001).

O Programa Saúde da Família como já foi dito, tem como objetivo primordial contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS, demonstrando uma nova dinâmica de atuação nas UBS, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (VASCONCELOS, 1999).

A atenção primária à saúde é muitas das vezes caracterizada como uma assistência de baixo custo, por tratar-se de serviço simples e com poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática e, como tal, dotada de particular complexidade (THOMAS; GUIDARDELLO, 2002).

De acordo com Rosa e Labate (2003) a criação do Programa Saúde da Família demonstra a tendência de valorização da família pelas políticas sociais brasileiras. Devendo ser visto como uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis.

O Programa de Saúde da Família propõe a reestruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos aos indivíduos, famílias e comunidades, prestando assistência integral e resolutiva a toda população adscrita, que acesso garantido, através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar prestadora de assistência de acordo com as necessidades reais dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e intervindo de forma adequada.

Os profissionais que compõem o Programa de Saúde da Família são capazes de resolver uma boa parcela dos problemas de saúde em sua comunidade ao trabalharem da maneira correta, prestando bom atendimento, prevenindo doenças, melhorando a qualidade de vida da população e evitando internações desnecessárias (HERMIDA, 2004).

## **2.4 Processo de Trabalho de Enfermagem no PSF**

Quando se analisa a prática da enfermagem, antes do séc. XIX, percebe-se que esteve ligada ao cuidado dos doentes sem recursos em seu locus familiar, e com uma origem e finalidades de cunho comunitário e religiosos (ROSA; LABATE, 2003). Mas, é ainda no final do século XX, com o advento da industrialização que se institucionalizou os hospitais enquanto lugar de cura, onde era necessário “tomar o corpo doente enquanto objeto do trabalho médico, higienizar e disciplinar o espaço do hospital, que surge a enfermagem enquanto uma prática para possibilitar este projeto de recuperação individual” (HERMIDA, 2004).

O ESF requer dos profissionais competências para trabalhar em equipe, inserção e comprometimento com a comunidade, que nem sempre estão sendo construídas de forma adequada no processo de formação.

Entender a Saúde da Família como uma estratégia político - assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de assistência à saúde, significa rever práticas, valores e conhecimentos de todos os trabalhadores envolvidos nesse novo processo de produção social em saúde.

O trabalho das equipes multiprofissionais distingue tornando-se um quesito importante para o desenvolvimento do trabalho na saúde da família. Desta forma, observa-se tanto um aumento no que se refere às ações desempenhadas por tal equipe quanto às habilidades e competências exigidas na execução do referido trabalho, aumentando com isso, a atuação dos profissionais.

De acordo com os princípios do SUS, os profissionais podem promover mudanças importantes em sua área de abrangência através da convivência com a comunidade, observação do dia a dia das pessoas entendendo que a conquista da saúde é um direito legítimo de cidadania.

É nesse sentido que o Ministério da Saúde relaciona como atribuições para os profissionais do ESF o planejamento de ações de saúde, promoção e vigilância, o trabalho interdisciplinar em equipe e uma atenção integral à família. O trabalho interdisciplinar pressupõe “além das ligações tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambos na intervenção do contexto em que estão inseridas” (BRASIL, 2001a, p. 74), pois, para se conseguir uma abordagem integral e resolutiva, é importante valorizar os diversos saberes e práticas.

Na proposta do ESF, o trabalho da equipe pode ser visto como aquele em que cada trabalhador, em seu papel individual ou em grupo, pode realizar parceria, para desenvolver ações de saúde. Pode ser considerado como uma manobra inovadora do ESF, com o objetivo de aprimorar o cuidado, melhorar a qualidade dos serviços e proporcionar novas formas de lidar com a atenção primária, abordando a saúde no seu contexto familiar, pessoal e social através de ações de promoção, prevenção e reabilitação.

Este questionamento, lembra Vasconcelos (1999), em relação ao trabalho em equipe, exigirá a compreensão e a integração de várias disciplinas e a produção de conhecimento entendido com interdisciplinaridade, sustentado por um trabalho de atuação multiprofissional, que diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais.

O gerenciamento dos serviços de enfermagem, em instituições de saúde torna-se uma atividade complexa e polêmica visto que exige dos profissionais, competências para a implementação de estratégias adequadas ao contexto atual.

O trabalho do enfermeiro, apesar de ser realizado em um mesmo espaço e em conjunto com outros trabalhadores da equipe de enfermagem, não torna mais fácil este movimento de relacionar-se considerando o saber do outro, o seu conhecimento e as possibilidades de troca de conhecimentos, onde é sempre necessário estar garantindo a valorização do saber de cada um, a comunicação, o envolvimento e as inter-relações produtivas (ROSSI; CASA GRANDE, 2001).

O papel do enfermeiro, em meio a esta transição, é tornar-se uma ponte, unindo toda a equipe de saúde que terão suas funções divididas na qual cada profissional deverá cooperar para a realização do trabalho.

Além deste, outro papel desempenhado pelo enfermeiro dentro das ESF é acompanhar e supervisionar as atividades bem como a promoção de constantes capacitações e educação dos ACS e dos auxiliares de enfermagem sem contar com assistências baseadas na promoção à saúde.

Assim a ESF propõe para o enfermeiro um trabalho que contempla uma dimensão individual e coletiva no processo saúde-doença e a possibilidade da articulação intersetorial na resolução dos problemas, tendo como lógica central a necessidade de saúde do usuário e a não racionalização do trabalho médico (VIANNA; DAL POZ, 1998).

Com o trabalho em equipe na ESF, abrem-se novas possibilidades de superação de participações isoladas, oportunidade de intercâmbio de saberes, e a construção de novos fazeres e relações entre os trabalhadores.

O profissional de enfermagem que se encontra inserido no contexto da promoção da saúde, tem o objetivo tanto de resguardar como de promover a saúde dos indivíduos. A rotina do enfermeiro constantemente vai ao encontro da necessidade de sempre estar promovendo atividades que resguardem a saúde dos indivíduos, como a educação para a saúde. Contudo estas ações não são fáceis de serem realizadas por não se tratarem de processos que dependem apenas do trabalho destes profissionais, mas, sobretudo, de fatores extrínsecos como sócio-econômicos. Nota-se neste momento, que a saúde inerente a uma qualidade de vida é apenas a consequência da harmonia entre o indivíduo e o meio em que vive (RIBEIRO, 2004).



O enfermeiro orienta, ensina, indica os caminhos do cuidado à saúde, permitindo ao sujeito cuidar de sua própria saúde, em vez de delegar o cuidado aos profissionais de saúde.

Segundo Cordeiro (1996), toda ação educativa deve ser planejada por meio de reflexão sobre o homem e sua realidade. O enfermeiro necessita conhecer a realidade do sujeito antes de planejar as ações educativas, caso contrário, corre o risco de suas orientações não serem seguidas e seu objetivo, no âmbito da promoção da saúde, não ser atingido.

Estas ações educativas com o intuito seja de promover a saúde ou prevenir as doenças estão cada vez mais constantes no âmbito domiciliar ou em instituições refletindo que mudanças estão ocorrendo e que estas já podem ser vistas também no papel do enfermeiro.

## **3 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS**

### **3.1 Tipo e Abordagem da Pesquisa**

Segundo Turato (2003) a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador, melhor compreensão do comportamento e experiências dos seres humanos, através do entendimento do processo pelo qual as pessoas constroem significados e o que os mesmos representam para eles, esta pesquisa é de natureza qualitativa, com abordagem descritiva.

Para Minayo (1994- p.21-22) a pesquisa qualitativa:

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais com o nível de realidade que não se pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, porque corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Turato (2005) sugere que na abordagem qualitativa aplicada à saúde, não se deve estudar o fenômeno em si, mas entender o significado individual ou coletivo desse fenômeno, proporcionando o estudo das relações, das percepções, das interpretações que os seres humanos fazem a respeito dos fenômenos sociais da vida cotidiana.

Neste estudo, foram analisadas as percepções de enfermeiros a respeito de sua experiência quanto à aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem, em sua atuação nas equipes de Saúde da Família na ESF de Jardim Gramacho, no município de Duque de Caxias.

Oliveira (2007) considera que o estudo descritivo busca observar, descrever e interpretar fenômenos e os fatores que o influenciam.

No entendimento de Alfred Schütz, a população vive em enfadonha rotina, na qual seu comportamento e expressões representam o que acontece em seu interior, ou seja, é uma manifestação de um universo intersubjetivo, no qual cada ser humano exterioriza o que abstrai do meio em que vive. Todos vivenciam e as

próximas gerações também vivenciarão tal universo. Em resumo, é um universo publicamente compartilhado, onde as pessoas estabelecem vínculos, relações e interatividade, seja de maneira direta ou não.

Este estudo está aportado em uma abordagem fenomenológica da sociologia compreensiva de Alfred Schutz, uma vez que permite a abordagem dos aspectos qualitativos tendo significado a partir da ação, com base na aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem como ação única e exclusiva do enfermeiro.

Atualmente, segundo Silva et al (2010) a intenção da Enfermagem é focar no entendimento de que seus cuidados estão atrelados às práticas sociais que as respaldam e às instituições onde as atividades são executadas. Os relacionamentos vivenciados, toda a sua experiência de vida, transformam-se numa bagagem de conhecimento e aprendizagem peculiar a cada um.

Ao compartilhar e fazer parte de tal universo, cada ser humano ocupa um espaço e um intervalo temporal, onde toda obtenção de conhecimento e experiências ao longo de sua vivência o faz único, embora saibamos que todos os indivíduos possuem semelhanças entre si. Essa “bagagem” adquirida com o tempo influenciará de forma direta nas decisões que precisarão ser tomadas em determinado momento da vida, norteando o melhor caminho a ser seguido, respaldando as justificativas para tal conduta e na maneira como cada indivíduo entende e pratica a ação social.

A ação social é vista como sendo um comportamento realizado simultaneamente por dois ou mais indivíduos, lançada pelo inconsciente. Sua direção é norteada pelo subjetivo convergindo para as três fases temporais: passado, presente e futuro. Com a experiência de vida, e a maneira como está inserida na sociedade – em se tratando de posição hierárquica ocupada, cada pessoa possui interesses peculiares que acabam por vir a traçar o seu direcionamento (LIMA, 2005)

A equipe de enfermagem possui interesses, motivos e pratica ações que são inerentes à própria profissão. Tal postura, é moldada respaldando-se em experiências vivenciadas no âmbito do trabalho, nos conhecimentos obtidos sejam na teoria ou na prática, no meio cultural a qual se encontra inserida, bem como de que maneira intersubjetiva se relaciona em meio social.

Para Schütz os “motivos para” que regem as suas ações são orientados para um plano futuro, ao passo que os “motivos porque” encontram-se destacados nos resultados obtidos, isto é, nos fatos, influenciando de forma direta nas tomadas de decisão do “agora”.

A equipe de enfermagem, em sua maioria, estabelece relacionamentos terapêuticos com os clientes e famílias e interprofissionais com os componentes da equipe de saúde. É por encontrar-se fazendo parte de tal universo social, que suas ações sociais são entremeadas de significados diante de determinados fatos.

Este método tem como principal objetivo a transcendência das particularidades empíricas que revestem o fenômeno.

É importante esclarecer que pela questão da universalidade da fenomenologia, as considerações obtidas através da análise dos resultados poderão ser aplicadas para outras unidades de saúde da família com características semelhantes.

### **3.2 Cenário**

O Município de Duque de Caxias está localizado a 17 km do centro do Rio, na parte da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, área conhecida como Baixada Fluminense, antigo Distrito de Nova Iguaçu. Ocupa uma área de 442km<sup>2</sup>, tendo como vizinhos os municípios de Miguel Pereira, Petrópolis, Magé, Nova Iguaçu, Belford Roxo, São João de Meriti e Rio de Janeiro. É administrativamente dividido em quatro Distritos: 1º Distrito - Duque de Caxias; 2º Distrito - Campos Elíseos; 3º Distrito – Imbariê; 4º Distrito – Xerém, sendo o primeiro distrito o que concentra a maior parte da população e oferta de serviços.

Segundo dados do IBGE 2009, o município possui cerca de 872.762 habitantes, sendo considerado o quarto maior município em população da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Apresenta um IDH de 0,753, e o segundo maior PIB (Produto Interno Bruto) do Estado do Rio de Janeiro e o 15º PIB do Brasil decorrentes dos principais segmentos do município: químico, petroquímico, metalúrgico, gás, plástico, mobiliário, têxtil, vestuário e o maior parque industrial do Rio de Janeiro e a segunda refinaria do Brasil (REDUC).

É uma região que apresenta inúmeros problemas relacionados ao processo de ocupação desordenada, densidade demográfica e altos índices de violência urbana (BRASIL, 2005).

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município em junho de 1998 com sete equipes, permanecendo com este número até o ano 2000, quando passou a contar com 23 equipes (SILVA et al., 2010).

No ano de 2002, o município aderiu ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), realizando um novo projeto em que foram contemplados vários itens que consideravam tanto a situação atual quanto a almejada (Brasil, 2003).

Atualmente, sua rede de saúde é composta por 72 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 39 Unidades de Saúde da Família, 01 Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família, 06 Unidades Básicas de Saúde da Família, 03 Hospitais (01 estadual e 02 municipais), 01 maternidade, 02 CEOs (Centro de Especialidade Odontológica), 01 Centro Municipal de Saúde, 02 UPAs (Unidade de Pronto Atendimento), 01 PAM (Posto de Atendimento Médico), 02 CASF (Centro de Apoio ao Saúde da Família).

O Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família de Jardim Gramacho, cenário desta pesquisa, fica situado em Jardim Gramacho, um sub-bairro do Bairro Gramacho, pertencente ao 1º Distrito do município de Duque de Caxias. Segundo o diagnóstico social realizado pela COEP (Comitê de Entidades no Combate à Fome e pela Vida), a região possui grandes bolsões de miséria, falta de infra-estrutura urbana adequada para a maior parte de seus moradores e muitas ocupações que ainda não constam nos mapas oficiais da prefeitura.

O bairro é conhecido por abrigar um dos maiores Aterros Controlados da América Latina: o Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho, que atende a destinação final de resíduos sólidos dos municípios do Rio de Janeiro (80% de seus resíduos vai para Gramacho), de Duque de Caxias, Nilópolis, São João de Meriti, Mesquita, e Queimados.

Na ESF atuam quatro equipes de saúde da família, cada uma formada por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 dentista e 01 ACD (auxiliar de consultório dentário) e de aproximadamente 07 ACS (agentes comunitários de saúde)

São realizadas ações de promoção e proteção à saúde através de atendimentos na Unidade de Saúde da Família, palestras e visitas domiciliares às famílias cadastradas. Os casos mais complexos são encaminhados para o Posto de Saúde Edna Siqueira Sales ou para outra unidade de atendimento do Município.

Nesta unidade também funciona o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) que tem como objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

O Pró-saúde foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, contemplando, inicialmente, os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, além dos cursos contemplados na 1ª fase.

No Pró-Saúde I foram selecionados 89 cursos. Destes, 38 são da medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia. Para o Pró-Saúde II foram selecionados 68 projetos que contemplam 265 cursos da área da saúde, com impacto sobre aproximadamente 97.000 alunos das 14 áreas envolvidas.

### **3.3 População de Estudo**

De acordo com Gil (1994, p.91), o universo ou população é “um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características”.

Inicialmente a presente pesquisa teria como população de estudo quatro enfermeiros que atuam nesta unidade e são responsáveis pela elaboração das etapas do processo de enfermagem: investigação, definição dos diagnósticos de enfermagem, planejamento e implementação das ações e avaliação dos resultados obtidos, porém houve apenas três participantes, pois uma enfermeira estava de licença médica no período da coleta de dados, o que impossibilitou sua participação na pesquisa. A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2010.

De acordo com a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá. Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, o que garante o sigilo de identidade, baseados nas normas técnicas da ética em pesquisa. Para garantir o anonimato do entrevistado, foram utilizados pseudônimos de flores.

### **3.4 Instrumento de Coleta de Dados**

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: um roteiro de observação e a entrevista semi-estruturada, valorizando a presença do investigador e oferecendo todas as perspectivas, afim de que os entrevistados alcancem a liberdade e a espontaneidade e os discursos possam enriquecer a pesquisa, conforme sugerido por Triviños (1990).

A entrevista é um processo de interação social, no qual o entrevistador tem a finalidade de obter informações do entrevistado, através de um roteiro contendo tópicos em torno de uma problemática central (HAGUETTE, 1995).

Optou-se pela entrevista semi-estruturada, pois o informante tem a possibilidade de relatar suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador; ao mesmo tempo permite respostas livres e espontâneas do informante, valoriza a atuação do entrevistador.

A entrevista com roteiro semi-estruturado foi gravada, com consentimento informado, segundo parecer 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, realizados com os enfermeiros que trabalham na ESF de Jardim Gramacho.

A observação ajuda o pesquisador a “identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” (LAKATOS, 1996, p.79). É considerada uma coleta de dados para conseguir informações sob determinados aspectos da realidade.

Após os resultados, os ensaios categóricos foram realizados com as respostas obtidas após análise dos instrumentos baseados em Bardin (1995; p.85-101), através de três pólos cronológicos de organização da análise: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com a inferência e interpretação dos resultados adquiridos da pesquisa.

#### 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

De acordo com os objetivos propostos para o presente estudo, procurou-se verificar a aplicabilidade da sistematização de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família como metodologia determinante para a melhoria da qualidade da assistência sistematizada de enfermagem e quais as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a sua operacionalização.

A análise criteriosa e cuidadosa dos dados coletados com as entrevistas, forneceram subsídios para que os resultados apresentados mostrem a realidade encontrada.

Foi realizada uma entrevista contendo quatro perguntas, cujas respostas foram gravadas e transcritas posteriormente na íntegra, sendo as mesmas que nortearam este estudo.

Na realização da entrevista realizada individual e simultaneamente com os participantes do estudo foi utilizado um MP4 para gravação da entrevista. Gil (2007-p.117) descreve a entrevista como:

[...] a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam a investigação... É bastante adequada para obtenção de informações a cerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como a cerca das suas explicações ou razões à respeito das coisas precedentes.

Diante da leitura e interpretação dos dados coletados nas entrevistas, foi selecionado o material com o objetivo de facilitar a exposição, discussão e compreensão do conteúdo analisado, além de articular os temas, identificando ambigüidades nas falas dos entrevistados a fim de alcançar o objetivo geral da pesquisa.

Segundo Bardin (2004), a análise de dados é um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens:



Designa-se pelo termo Análise de Conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2004 p. 42)

A seguir, serão expostos os temas, com relatos dos entrevistados:

Como mencionado anteriormente neste estudo, a SAE é uma incumbência privativa do enfermeiro e utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde /doença, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Vislumbra o aperfeiçoamento da capacidade de solucionar problemas, tomar decisões e maximizar oportunidades e recursos formando hábitos de pensamento.

A respeito conceitual da SAE, Garcia; Nóbrega (2000) afirmam que:

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.

Na primeira pergunta buscou-se entender a percepção que os enfermeiros têm em relação a SAE. De acordo com os resultados encontrados, a maioria dos participantes compreendem que a mesma é um processo de qualificação profissional onde se impera a valorização, e otimização da assistência de enfermagem, como identificam as falas dos enfermeiros:

*“Eu entendo que a sistematização da Assistência de Enfermagem é o nosso processo de trabalho, é a forma como realizamos o cuidado, no caso do Saúde da Família, ao paciente, a sua família, a comunidade de modo geral, então, é toda a organização mesmo, a ordem como nós temos que realizar o atendimento, independente desse atendimento ser através de uma consulta ou através de outras*

*ações que o enfermeiro realiza. (...) É a importância de traçar e perceber necessidades, de demandas, de ter um diagnóstico de enfermagem, a partir desse diagnóstico, a gente pode pensar em cuidados, aí é o plano assistencial ou um plano de cuidados adequado a realidade, a implementação e a avaliação” (MARGARIDA)*

*(...)*

*“Para mim Sistematização da Assistência é fazer o histórico, o exame físico, você faz o diagnóstico, depois você faz a avaliação, o planejamento, faz a assistência, faz a evolução, fazer...é como você fizesse uma linha de cuidados. Você vai aos poucos construindo para tentar fazer os cuidados. Eu entendo isso.” (LÍRIO)*

*(...)*

*“O que eu acho, assim falando por alto, é um planejamento de como a gente vai atuar na assistência de enfermagem na equipe do PSF, então é mais um planejamento da assistência de enfermagem junto com a equipe, mais ou menos isso. Não sei se consegui responder, né?” (JASMIN)*

De acordo com as falas expostas, pode-se notar que a SAE, é representativo para os referidos enfermeiros, considerado como uma ferramenta importante técnico-científica que garante a qualidade e o prosseguimento da assistência de enfermagem, sendo as falas muito voltadas para a questão do cuidado.

Em outras falas, podem-se extrair termos como, ações, histórico, planejamento, que denotam a consciência dos enfermeiros, para a questão dos registros formais dos dados.

Segundo Tanji, Damher e Oliveira (2004), a SAE se configura como ferramenta dinamizadora e otimizadora da assistência em Enfermagem, somente quando as mudanças são apontadas nos registros, quando se refletem nas ações da equipe, propiciando como consequência, pilares para a criação de intervenções.

Os registros formais da assistência em enfermagem, quando realizados corretamente, garantem o prosseguimento do cuidado com segurança, integração e qualificação, fornecendo também dados para servirem de base para estudos e

análises sobre a responsabilidade do enfermeiro sobre suas condutas. Conseqüentemente, para os participantes da pesquisa, a SAE se configura em uma ferramenta dinâmica, com a capacidade de analisar e de sugerir intervenções sucessivas nas ações dos enfermeiros.

Na segunda pergunta, procurou-se investigar se no curso de graduação foi administrado conteúdo relativo à SAE. Durante a entrevista pode-se perceber que todos os enfermeiros já tiveram contatos prévios com a Sistematização da Assistência de Enfermagem, principalmente na fase acadêmica onde tiveram a oportunidade de estudar e aplicar o processo de enfermagem.

Apesar de as enfermeiras aprenderem e executarem as fases do processo na graduação, as dificuldades na prática foram expressivas, retratando a insuficiência do preparo teórico e prático da enfermeira para a sistematização da assistência de enfermagem quando saem da universidade.

As falas transcritas a seguir podem afirmar tal constatação:

(...)

*“Quando a gente entrou na questão, especialmente na questão hospitalar, a gente tinha que realizar estudo de caso ou apresentar o caso clínico e apresentar através do processo de enfermagem, com todas as etapas.(MARGARIDA)*

(...)

*“Falavam basicamente sobre isso, e depois nos estágios a gente ia aplicando, tentando sempre aplicar em todos os estágios da sistematização, fazer o histórico, fazer o exame físico, diagnóstico...”  
(LÍRIO)*

(...)

*“O que mais foi abordado, eu tirei da minha cabeça porque nossa senhora, foi muito puxado nessa época, foi abordado muito.”(JASMIM)*

Segundo Waldow (1988), o processo de enfermagem é uma atividade desenvolvida quase que exclusivamente por acadêmicos de enfermagem, que a

fazem de forma mecânica, despersonalizada e desatualizada, tornando-a desestimulante e sem possibilidade de visualizar a importância.

Ao ingressar na vida profissional, o enfermeiro não utiliza todas as etapas da sistematização da assistência de enfermagem, fato que provavelmente ocorre devido a incompatibilidades organizacionais, administrativas, ou, provavelmente a uma aplicação pouco criativa, não se atentando para um modo mais racional e adequado tanto ao trabalho quanto às necessidades da instituição e sua clientela.

Waldow (1988) afirma que podemos evidenciar uma grande falha por parte das escolas e instituições de saúde, em não fornecer uma metodologia científica que melhor direcione a assistência de enfermagem, adaptando às condições e características de sua clientela e que sejam estudadas e planejadas de comum acordo. Desta forma, destaca-se a importância de se refletir sobre a grade curricular e o conteúdo oferecido nas escolas de Enfermagem.

A terceira e a quarta pergunta se complementam. Buscou-se analisar se os enfermeiros da unidade de Jardim Gramacho conseguem realizar a aplicabilidade da SAE e quais as dificuldades encontradas na sua implementação, respectivamente. Todos os enfermeiros que trabalham na unidade e que participaram do presente estudo descreveram problemas, principalmente, em relação à aplicabilidade da SAE em sua plenitude, onde todos admitiram falhar nos registros e executarem apenas a primeira parte tornando o processo incompleto.

Ao perguntar qual a etapa da SAE que os enfermeiros encontravam facilidades para realizar, todos responderam a primeira etapa, segue abaixo os depoimentos:

(...)

*“A maior facilidade é a primeira etapa, que é o levantamento. É o histórico e o exame físico, a primeira parte do projeto, isso é claro em qualquer registro independente de ser enfermeiro, já faz parte da rotina.” (MARGARIDA)*

(...)

*“Facilidade eu encontro em realizar no histórico, exame físico, é porque são fases em que a pessoa está na minha frente, está na consulta.” (LÍRIO)*

(...)

*“A fase que eu não tenho nenhuma dificuldade de fazer, de realizar é a etapa do histórico e da coleta de dados”. (JASMIM)*

Segundo Sparks e Taylor (2007), um histórico inicial adequadamente registrado oferece uma forma de comunicar a informação do paciente para outros profissionais e uma base sobre o qual o enfermeiro construirá um plano de cuidado efetivo.

Em relação a fase com maior dificuldade para realizar foi o diagnóstico de enfermagem, como identificam as falas dos enfermeiros:

(...)

*“Difícil para mim é a fase do diagnóstico, é você perceber o que realmente é uma necessidade para você e o que é a necessidade para o outro” (MARGARIDA)*

(...)

*“Porque a gente faz a prescrição, mas não faz um diagnóstico, o diagnóstico não é aquele de NANDA.  
“Maior dificuldade no diagnóstico”. (LÍRIO)*

(...)

*“Já na parte do diagnóstico eu tenho um pouquinho mais de dificuldade porque você não sabe se o paciente, ou informação que você recebeu é fidedigna”. (JASMIN)*

O diagnóstico de enfermagem, segundo NANDA, é um instrumento que contribui para uniformização da linguagem entre profissionais de enfermagem, melhora da qualidade da assistência, direcionamento da assistência de enfermagem e possibilidade de seu desenvolvimento, além de ser aplicável a diferentes referenciais teóricos.

O uso dos diagnósticos de enfermagem requer conhecimento e responsabilidade por parte do enfermeiro. Carpenito (1997) afirma que "os

diagnósticos de enfermagem proporcionam à enfermagem uma estrutura para a organização de sua ciência."

O autor também afirma que historicamente durante a sua formação, as enfermeiras aprendem a usar os diagnósticos médicos para descrever o enfoque da enfermagem e, como a terminologia médica é mais conhecida, sendo assim, fácil e conveniente, algumas enfermeiras têm resistido à utilização de termos mais específicos para a enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem.

As falas dos participantes levam a crer que as possíveis dificuldades encontradas estejam relacionadas à falta de instrumentalização, à desestrutura e às resistências particularizadas.

Apresenta-se a seguir os recortes dos depoimentos que ratificam as conclusões transcritas.

*"Se você for olhar por exemplo os meus registros , você não vai identificar nos meus registros diagnósticos de enfermagem de Nanda, necessidades, rótulo, necessidades afetadas. É... mas de alguma maneira a gente acaba fazendo... é porque eu acredito, mas não faço por completo porque a gente acaba no registro falhando"*  
(LÍRIO)

(...)

*"A gente acaba sempre trabalhando então a primeira etapa que é o histórico, levantamento, exame físico, a gente acaba traçando o diagnóstico, mas a gente não registra esses diagnósticos, para até depois retornar neles porque uma avaliação depende do que foi feito anterior, não é ? A gente acaba colocando as condutas na prescrição de enfermagem e a avaliação a gente faz, na visita domiciliar, faz através do próprio encontro com o usuário..."* (MARGARIDA)

(...)

*"É o que eu estou te falando não funciona bem não, a gente só consegue aplicar, só faz a primeira parte, mais o histórico, exame*

*físico, mas a gente não consegue fazer essa coisa de fazer diagnóstico realmente, não faz o diagnóstico de enfermagem não é feito tá? A gente faz um diagnóstico um tanto quanto empírico, assim da gente mesmo ou o diagnóstico da patologia...” (JASMIN)*

Apesar dos profissionais afirmarem conhecer a SAE, foi possível perceber através do instrumento de coleta, a fragmentação de visão do método.

Além das dificuldades descritas pelos enfermeiros, Thomas e Guidardello (2002) descrevem outras associadas à falta de pessoal qualificado, a ausência de liderança e de comprometimento e por fim, a falta de tempo, em virtude da priorização dos procedimentos ao invés dos registros.

Na literatura vigente, poucos são os estudos que relacionam tais dificuldades a sobrecargas de trabalho e/ou a falta de tempo. Acredita-se, a partir de estudos realizados em relação à questão da implementação, a justificativa “tempo” deve ser um ponto prioritário, isto é, ser considerada em uma situação de análise crítica e em avaliações minuciosas de cada ação. Assim, a SAE está diretamente associada ao quesito prioridade: o enfermeiro julga o que ele mesmo acha importante e fundamental para a profissão.

Em meio às respostas obtidas para o questionário formulado, surgiu em algumas falas a questão da sobrecarga de trabalho. Sendo assim, a última pergunta realizada em tom informal buscou averiguar se na unidade de Jardim Gramacho os enfermeiros possuíam excesso de atribuições e se acreditavam que tal circunstância pudesse vir a impedir de certa forma a implementação da SAE de maneira efetiva na unidade.

Em suas respostas, ficou claro que os enfermeiros reconhecem tal circunstância como fator causal para a não implementação da SAE de forma satisfatória na unidade.

Os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família desenvolvem seu processo de trabalho, na unidade de saúde e na comunidade, junto com a equipe multidisciplinar, supervisionando e ampliando o trabalho dos ACS e auxiliares de enfermagem, realizam ações que promovem a saúde bem como assistem às pessoas que necessitam de assistência de enfermagem, ampliando a atenção e o cuidado às famílias. São atribuições de suma importância para a implementação desta estratégia como tática de reorganização do primeiro nível de atenção à saúde.

Apresenta-se a seguir o recorte dos depoimentos dos enfermeiros:

*“...eu acredito que existe uma sobrecarga de algumas atribuições no Saúde da Família para o enfermeiro.” (MARGARIDA)*

*(...)*

*“...eu acho na verdade que a enfermagem perde muito tempo, porque a gente se prende muito na coisa dos programas, então dificulta em pouco. As atribuições também dificultam... essa sobrecarga de atribuições. A quantidade de atribuições não te deixa parar para pensar e planejar, pois o número de pessoas e de famílias que as equipes estão responsáveis também atrapalha um pouco.” (LÍRIO)*

A atual literatura encontra-se em perfeita consonância com as dificuldades apontadas pelos enfermeiros participantes do presente estudo. Em relação à sobrecarga de trabalho, Hermida (2004) descreve que infelizmente ainda possuímos instituições em condições básicas, com insuficiência de profissionais qualificados, razão pela qual prejudica o processo de trabalho fazendo com que haja um empecilho para que a SAE seja tipificada como ferramenta de organização da assistência de enfermagem com foco na qualidade.

Nesta pesquisa procurou-se identificar o conhecimento dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família sobre o assunto e quanto à aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Após a efetuação da análise dos dados, pode-se concluir, com o presente trabalho, que a visão dos enfermeiros em relação à SAE, é a de que faz parte de um processo que proporciona a qualidade, a importância e otimização da assistência de enfermagem.

Os relatos demonstraram as dificuldades encontradas para a sua implantação: desde a falta de uma instrumentalização até a sobrecarga de trabalho por insuficiência de enfermeiros para o desempenho profissional.

Em relação à efetiva implementação da SAE, reconheceu-se que o instrumento propicia aos enfermeiros uma maior qualidade à assistência e, conseqüentemente garante, dessa forma, uma mudança nas ações do profissional de enfermagem.



Corroboro com a idéia de que o enfermeiro que consegue desenvolver uma assistência de enfermagem instrumentalizada pela SAE, com base no referencial teórico de enfermagem, será capaz de melhorar suas habilidades cognitivas e psicomotoras para associar teoria e prática, relacionando conhecimentos multidisciplinares e estabelecendo relações de trabalho mais profundas e produtivas.

Alerta-se para o fato de que os obstáculos para a implementação não dizem apenas respeito à questão estrutural, mas, principalmente, organizacional e, sobretudo, cultural.

Devido à complexidade do processo de enfermagem, algumas dificuldades podem ser identificadas para a sua implementação efetiva, que são relacionadas à formação profissional da equipe de enfermagem e à organização de seu processo de trabalho, às expectativas das instituições ou ambiente de trabalho dos profissionais e a maneira como a sociedade ou os gestores da saúde entendem a Enfermagem.

Em resumo, tanto as facilidades quanto as dificuldades na implementação da assistência de enfermagem devem ser observadas pelos enfermeiros, uma vez que cada unidade ao qual está inserido possui suas particularidades, a fim de que tal implantação considere a realidade da instituição para que metas possam ser traçadas e alcançadas.

Um dos caminhos para se chegar a uma implementação eficaz da SAE é melhor integração docente-assistencial, com o objetivo enriquecer o conhecimento em ambas as partes, principalmente nos aspectos referentes à necessidade de constante treinamento, estudo e atualização.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), baseado no conhecimento específico e na reflexão crítica a partir da organização e da filosofia do trabalho, constitui-se um instrumento de essencial importância que permite o enfermeiro gerenciar e otimizar a assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) emerge como um instrumento facilitador que tem por finalidade organizar as ações de enfermagem, com o intuito de solucionar problemas, satisfazendo assim as necessidades do paciente (CASTILHO, RIBEIRO, CHIRELLI, 2009).

É através do conhecimento e operacionalização da SAE, que o enfermeiro representa um importante articulador e mobilizador dos processos de melhoria no contexto interdisciplinar da saúde

O enfermeiro deve-se apropriar destes conceitos para a aplicabilidade do SAE na sua prática, e conseqüentemente melhorar a qualidade da assistência e oferecer um atendimento integral ao indivíduo, a família e a comunidade.

Na pesquisa realizada pode-se perceber que os profissionais de enfermagem entendem a importância da SAE como um método assistencial que valoriza o profissional, proporcionando autonomia e cientificidade, porém ainda existem enfermeiros com conhecimentos superficiais a respeito da temática.

Apesar dos benefícios oriundos da utilização da SAE, observa-se que em algumas instituições os enfermeiros a utilizam de forma fragmentada, visto que tomam decisões não pautadas no raciocínio clínico, assim como não se preocupam com a qualidade dos registros referente ao planejamento da assistência de enfermagem.

Se a implantação da SAE for realizada de forma plena na unidade de Jardim Gramacho, acredita-se que a maioria das dificuldades encontradas, como por exemplo, desestrutura e excessos de atribuições serão sanados da melhor forma possível, uma vez que a Sistematização da Assistência de Enfermagem constitui um meio para o enfermeiro agregar seus conhecimentos técnico-científicos à sua prática profissional, administrando seu tempo na execução de tarefas com qualidade.

Desta forma, são feitas as seguintes sugestões para a melhoria da prática da sistematização:

1- Incentivar os profissionais a refletirem sobre as suas ações e suas conseqüências, no âmbito da aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem;

2- Capacitar melhor os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família para sua execução, trabalhando de acordo com cada realidade, de forma a oferecer um cuidado integral e qualificado ao indivíduo, família e a comunidade;

3- Promover a educação permanente no intuito de suprir suas necessidades intrínsecas de conhecimento e qualificação profissional;

4- Ampliar as discussões sobre a temática nas próprias instituições de ensino, buscando parceiras entre as instituições de ensino e de saúde que se configuram como local de estudo para os futuros profissionais;

5- Estimular o comprometimento por parte do profissional de enfermagem com o objetivo assistencial proposto, com elaboração de planos de ação;

6- Sensibilizar os enfermeiros, sobre a importância e a necessidade de investimentos em pesquisas relacionadas a esse tema;

7- Encontrar caminhos e estratégias coletivas entre a academia e o serviço, os enfermeiros docentes e os enfermeiros assistencialistas, que possibilitem qualificar o cuidado prestado e, ao mesmo tempo oportunizar agilidade e a possibilidade de comprovar e registrar as ações de cuidado, permitindo uma maior visibilidade do trabalho da enfermagem;

8 – Incentivar o enfermeiro atuante na Estratégia de Saúde da Família com o objetivo de atender as necessidades insatisfeitas.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-Lefevre, R.. **Aplicação do processo de enfermagem**: Promoção do cuidado colaborativo, 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, 281p.

ANA. **American Nurse Association**. Disponível em: <http://nursingworld.org>. Acesso em 18 set. 2009.

ARAÚJO IEM, et al. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador; relato de experiência. **Acta Paul Enferm**; v.9, n.1, p.18-27, 2006.

AORN. **Association of perioperative Registered Nurses**. Disponível em: <http://www.aorn.org>. Acesso em 18 set. 2009.

ATKINSON, Leslie D.. **Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.

BACKES, Dirce Stein, ESPERANÇA, Marilene P, AMARO, Arnaldo M, CAMPOS, Iva Ema F., CUNHA, Andréia O. da, SCHWARTZ, Eda. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico**. Acta Scientiarum, Maringá-Paraná, v.27, n.01, p.25-29, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: EDIÇÕES. 70,1995.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde**. São Paulo: Bireme, 2008. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 15 de maio de 2009.

BICUDO, M. A. V. (Org.). **Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. 2. ed. Piracicaba: Unimep, 1997. p. 23-33.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília: Fundações Nacionais de Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **2º Seminário de Gestão Participativa: fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I.** Brasília, DF, 2005. (Série D - Reuniões e Conferências).

\_\_\_\_\_. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília (DF): O Ministério; 2002.

BRASIL. Lei nº 9394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394\\_ldbn1.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf)>. Acesso em: 02 nov.2009.

\_\_\_\_\_. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.** Brasília, 1996.

CAMPOS, G.W de S.. **A Saúde Pública e a defesa da vida.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.175p.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos Médicos: Aplicação à Prática Clínica,** 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 812p.

CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da Entrevista: uma abordagem fenomenológica.** 2ª ed., Rio de Janeiro, Agir. 1991.

CIANCIARULLO, Tâmara I. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 272/2002, de 27 de agosto de 2002.** Disponível em:

<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34>>.  
Acesso em 22 nov.2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009.** Disponível em:  
<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34>>.  
Acesso em 08 nov.2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos** - Resolução 196 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO (COREN-RJ).  
Disponível em: <<http://www.corensp.org.br>>. Acesso em 30 de abril 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP).  
Disponível em: <<http://www.corensp.org.br>>. Acesso em 30 de abril 2009.

CORDEIRO H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS.** Cad. Saúde Família. V.1, p.10-5, 1996.

COSTENARO, R.G.S; LACERDA, M.R. Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador? Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

DOCHTERMAN, J.M, BULECHEK, G.M., **Classificação das Intervenções de Enfermagem** (NIC), 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, M.F., GEISSLER, A, C.. **Planos de Cuidado de Enfermagem: Orientação para o Cuidado Individualizado do Paciente.** 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

DUQUE DE CAXIAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Saúde da Família. **Projeto municipal de expansão da saúde da família.** Duque de Caxias, 2002.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FRANCO TB, MERHY EE.. **Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde**. In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública, 1999, Águas de Lindóia: APSP; 1999.

FERREIRA NMLA. Sistematização da assistência de enfermagem – importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro. **Acta Paul Enferm**; v.3, n.3, p.79-84, 2000.

FIGUEREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**, São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.

FIGUEIREDO, R. M., *et al.* **Caracterização da produção do conhecimento sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil**. Rev. Esc. Enferm. USP, vol. 40, nº 2, 2006. Disponível em <<http://www.ee.usp.br> >. Acesso em 07 dez. 2010.

GARCIA, TR; NOBREGA, MML. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo**. In: Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. p. 680.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4ª Ed. Porto Alegre. Artes Médicas; 2000.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, A C.. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 1998.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HERMIDA P. M. V. **Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem.** Rev Bras Enferm. v.57, n.6, p.729-32, 2004.

JOHNSON, Marion, BULECHEK, Glória, DOCHTERMAN, Joanne Mc Closkey, MAAS, Meridean, MOORHEAD, Sue. **Diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem; Ligações entre NANDA, NOC e NIC.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa.** 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LAX, C.C., COUTINHO, V. M. **Guia para elaborar, estruturar e apresentar monografias, dissertações e teses.** Duque de Caxias: UNIGRANRIO, 2006.

Luney M. **Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem – estudo de caso e análise.** Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

LIMA, CARLOS. **Enfermagem Atual em Cursos.** 46 ed. Rio de Janeiro: Petrópolis. 2005.

MARION, Johnson (Org.). **Diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem: Ligação entre NANDA, NIC e NOC.** Porto Alegre. Artmed. 2005

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 10<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).** 3<sup>a</sup> edição. Porto Alegre: Artmed: 2008.

NANDA. **North American Nursing Association,** São Paulo. Artmed. 2007/2008.



NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE.** In: NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Taxonomias e sistemas de classificação. Versão alfa. João Pessoa: Idéias, 2000, Cap. 2, p.25-36.

NORTH AMERICANNURSING ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação,** 2001-2002. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002, 288p.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Vozes, 2007.

PARECER Nº: CNE/CES 1.133/2001. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.** Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 09.

PATACO, V; VENTURA, M; RESENDE, E. **Metodologia para Trabalhos Acadêmicos e Normas de Apresentação Gráfica.** 2ª ed., Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá / Ed. Rio, 2005.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde.** A interface entre trabalho e interação. 1998. 254p. Tese. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PINTO, Lúcia Luiz. **Diagnóstico da Atividade de Catação.** Duque de Caxias, 2004.

POTTER, P.A, PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

REPPETTO, M. A. **Avaliação da sistematização da assistência de Enfermagem: SAE em um Hospital Universitário.** 2003. 180 f. Tese (Doutorado ). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

RIBEIRO E. M. **As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF)**. Rev. Latino-am Enfermagem v.12, n4, p. 658-64, 2004.

ROSA WAG, LABATE RC. **A contribuição da saúde mental para o Programa Saúde da Família**. Rev Bras Enfermagem; v.56, n.3, p.230-5, 2003.

ROSSI LA, CASAGRANDE LDR. **Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado**. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadores. **Sistematização de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo (SP): Ícone; 2001. p. 41-62.

SENSSULINI, V.L., FOSSA, A.M, **A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): Dificuldades e facilidades na sua implementação e operacionalização com gestantes, puérperas, e crianças menores de um ano na estratégia de saúde da família**. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/6mostra/1/426.pdf> . Acesso em 15 de maio de 2009.

SILVA, A.C.M.A. et al. **A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, p.159-169, 2010.

SPARKS, Sheila R., TAYLOR, Cynthia M. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2007.

TANJI, S.; DAMHER, M.; OLIVEIRA, S. R. **A importância do registro no prontuário do paciente**. Enfermagem Atual, Petrópolis, RJ, v. 24, n. 4 p. 16-20, nov./dez. 2004.

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

THOMAS, V. A.; GUIDARDELLO, E. de B. Sistematização da assistência de Enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, ano 5, n. 54, p. 28-34, nov. 2002.

TIMBY, Barbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. Traduzido por Regina Gacez. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo. **Bases Teórico-Methodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais. Idéias Gerais Para a Elaboração de um Projeto de Pesquisa**. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis. Vol IV. Nov. 2001. 2ª ed. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humana**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Rev. Saúde Pública, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS EM. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 1999.

VIANNA ALA, DAL POZ MR. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. (RJ): Abril; 1998.

WALDOW, V.R. **Processo de Enfermagem: teoria e prática**. Revista Gaúcha de Enfermagem. v.9, n.1, 1988.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. - **O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acesso em 06 de fevereiro de 2011.

## APÊNDICE A: Roteiro de Entrevista



**Universidade Estácio de Sá**  
**Mestrado em Saúde da Família**

### **Sistematização da Assistência de Enfermagem**

#### **1. Dados de identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc. Ano de formação: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_ Tempo que trabalha na Unidade: \_\_\_\_\_

#### **2. QUESTÕES NORTEADORAS**

a. Para você, o que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem?

b. No curso de graduação, foi abordado o conteúdo sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem?

c. Existe a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em sua unidade? Se positivo, quais as fases utilizadas? Se Negativo, em sua opinião quais as dificuldades para a não implementação da SAE na sua Unidade de Saúde da Família

d. Quais as fases da SAE que você encontra facilidades/dificuldades para realizar? Por quê?

**APÊNDICE B: Carta solicitando a Autorização institucional para a realização da pesquisa**



**Universidade Estácio de Sá  
Mestrado em Saúde da Família**

Rio de Janeiro, \_\_\_de\_\_\_\_\_de 2010

**Ilmo Sr.**

**Coordenador da Estratégia de Saúde da Família do Município de Duque de Caxias**

Solicito através deste, campo de pesquisa no Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família de Jardim Gramacho, para realização da coleta de dados junto aos enfermeiros desta Unidade. A referida coleta faz parte da pesquisa realizada pela aluna do Curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, sob o título **Sistematização da Assistência de Enfermagem: A Aplicabilidade no Cotidiano do Enfermeiro da Estratégia de Saúde Família**, tendo como objetivo Analisar a percepção dos enfermeiros quanto à aplicabilidade da SAE na sua prática profissional no PSF de Jardim Gramacho.

Informamos ainda que a aluna é orientanda da docente enfermeira Doutora Miriam Garcia Leoni, pertencente ao quadro de orientadores do Mestrado em Saúde da Família.

Sendo o que tínhamos para o momento.

Atenciosamente,

---

Cristina Antunes Mota

## ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Mestrado em Saúde da Família**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Projeto: Sistematização da Assistência de Enfermagem: a aplicabilidade no cotidiano do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família

Responsável: Cristina Antunes Mota

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa: - Analisar a aplicabilidade da SAE na prática profissional do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família
2. Benefícios que possam ser obtidos: Favorecer a aplicabilidade da SAE na prática do enfermeiro da ESF
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade. Estou ciente que a entrevista, será gravada e posteriormente transcrita e analisada e concordo com a publicação e divulgação dos resultados desta pesquisa, no qual a minha identidade será omitida.

7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o orientador da pesquisa, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Miriam Garcia Leoni pelo telefone (21) 32316142, ou pelo e-mail [miriam.leoni@estacio.br](mailto:miriam.leoni@estacio.br), ou Aline Luna pelo email [comite.etica.pesquisa@estacio.br](mailto:comite.etica.pesquisa@estacio.br), Fone: (21) 3231 - 6142 - VoiP: \*0176142

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

**ANEXO B: Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa (SISNEP – M.Saúde)**

Título do Projeto de Pesquisa				
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A APLICABILIDADE NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	12/11/2010 17:21:26	02/12/2010 11:06:25		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	02/12/2010 11:06:25	Folha de Rosto	0154	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	12/11/2010 17:21:26	Folha de Rosto	0136.0.308.308-10	CEPV
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	09/11/2010 08:23:46	Folha de Rosto	FR385127	Pesquis



## ANEXO C: RESOLUÇÃO COFEN 358/2009



**cofen**  
conselho federal de enfermagem

filial do conselho internacional de enfermagem - genebra

### RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009

**Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.**

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000;

**CONSIDERANDO** o art. 5º, Inciso XIII, e o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;

**CONSIDERANDO** os princípios fundamentais e as normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007;

**CONSIDERANDO** a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem;

**CONSIDERANDO** que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;

**CONSIDERANDO** que o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional;

**CONSIDERANDO** que a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional;

**CONSIDERANDO** resultados de trabalho conjunto havido entre representantes do COFEN e da Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, Gestão 2007-2010; e

**CONSIDERANDO** tudo o mais que consta nos autos do Processo nº 134/2009;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º – os *ambientes* de que trata o *caput* deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

**Art. 2º** O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

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

**II – Diagnóstico de Enfermagem** – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do

processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

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

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

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

**Art. 3º** O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

**Art. 4º** Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

**Art. 5º** O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

**Art. 6º** A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;

- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como conseqüência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

**Art. 7º** Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.

**Art. 8º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições contrárias, em especial, a Resolução COFEN nº 272/2002.

Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.

**MANOEL CARLOS NERI DA SILVA**

COREN-RO n.º 63.592

Presidente

**GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE**

COREN-SC n.º. 25.336

Primeiro-Secretário

## **ANEXO D: PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006**

De acordo com a Portaria 648 de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde; referente à Política Nacional da Atenção Básica; traz atribuições mínimas dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. São elas:

I - 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;

II - 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;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

### **SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:**

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente;

## **ANEXO E: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

### **1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL**

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

### **2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES**

#### **Competências Gerais:**

- **Atenção à saúde** : os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo;

- **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;

- **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação

verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde deve m aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

### **Competências e Habilidades Específicas:**

O Enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, éticopolíticas, sócio-educativas contextualizadas que permitam:

- atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e



contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

- atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- considerar a relação custo-benefício nas decisões dos procedimentos na saúde;
- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Esta formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para a competência em :

- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde,

com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão;
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

#### **Descrição dos Procedimentos:**

Estas competências e habilidades são básicas e subsidiárias das ações do enfermeiro nos diferentes âmbitos de atuação, constituindo o núcleo essencial da prática do enfermeiro generalista a partir do qual poderão advir outras ações conforme o projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde:

- correlacionando dados, eventos e manifestações para determinações de ações, procedimentos, estratégias e seus executantes;
- implementando ações, procedimentos e estratégias de enfermagem avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados;
- promovendo, gerando e difundindo conhecimentos por meio da pesquisa e outras formas de produção de conhecimentos que sustentem e aprimorem a prática;
- assessorando órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

### 3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos contemplam as seguintes áreas temáticas, a saber:

#### **Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem:**

Ciências Biológicas e da Saúde – neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de Morfologia, Fisiologia, Farmacologia, Patologia (agressão e defesa), Biologia Celular e Molecular, Nutrição, Saúde Coletiva e Saúde Ambiental/Ecologia.

Ciências Humanas – neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos de Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Comunicação e Educação.

- **Fundamentos de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo, incluindo: História da Enfermagem; Exercício de Enfermagem (Bioética, Ética Profissional e Legislação); Epidemiologia; Bioestatística; Informática; Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem e Metodologia da Pesquisa.

- **Assistência de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso.

- **Administração de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.

- **Ensino de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

Este conjunto de competências deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

#### **4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

- **Estágio Curricular:**

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatoriais, rede básica de serviços de saúde e comunidades.

Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio, de mínimo 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

- **Atividades Complementares:**

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Enfermagem e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

## **5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO**

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Porém, deverá ter a investigação como eixo integrador da formação acadêmica do Enfermeiro. Deverá induzir a implementação de programas de iniciação científica, propiciando ao aluno o desenvolvimento da sua criatividade e análise crítica.

As diretrizes curriculares do curso de graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso. Assim, diretrizes curriculares e projeto pedagógico deverão orientar o currículo do curso de graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso.

A organização do curso de graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do curso de graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena será regulamentada em Pareceres/Resoluções específicos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

A estrutura do curso deverá assegurar:

- a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

- as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
- a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
- os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
- a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis a formação do Enfermeiro;
- o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;
- a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem;
- a contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

## **6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares de enfermagem deverão ser acompanhados e permanentemente avaliados, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários a sua contextualização e aperfeiçoamento.

As avaliações somativa e formativa do aluno deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares.

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence.

---