



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DULCILENE ALVES DA COSTA

**IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM POR
MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

CUITÉ - PB

2017

DULCILENE ALVES DA COSTA

**IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM POR
MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade.

CUITÉ - PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

C837i Costa, Dulcilene Alves da.

Implantação da sistematização da assistência de enfermagem por meio da educação permanente em saúde: Relato de experiência. / Dulcilene Alves da Costa. - Cuité: CES, 2017.

50 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Lidiane Lima de Andrade.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Processo de enfermagem.
3. Educação permanente. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083.98

DULCILENE ALVES DA COSTA

IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: RELATO
DE EXPERIÊNCIA

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Lidiane de Lima Andrade
Orientadora – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Membro Interno - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Edjancley Teixeira de Lima
Membro Externo – Enfermeira Graduada na Universidade Federal de Campina Grande
(UFCG)

Dedico este trabalho inicialmente a Deus, por ser meu refúgio e fortaleza e a minha família que sempre esteve ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a meu grandioso Deus que nunca me desamparou, muitas foram as dificuldades e obstáculos enfrentados durante esses anos, mas sempre que fraquejava ele estava ali ao meu lado para me encher de energia e força para continuar.

A minha amiga Isis Mirelle por ter me incentivado e ajudado a começar este curso, por acreditar em mim e torcer pelo meu crescimento, pelos momentos compartilhados que não foram poucos, momentos de alegria, tristeza e chatices.

A minha irmã e minha mãe que sempre estiveram do meu lado me apoiando e me ajudando nas horas que mais precisei e pela paciência que tiveram comigo nas horas de estresse.

A meu pai e meus irmãos Dulcinaldo e Duilis, minha cunhada Catarina, por estarem sempre dispostos a ajudar.

A Enfermeira Aldineide que durante o estágio supervisionado I me repassou muito conhecimento e ensinamentos com sua experiência e pelo imenso carinho que teve comigo no momento mais difícil da minha vida, o qual nunca irei esquecer.

Agradeço a Enfermeira Edjancley por todo o seu apoio e incentivo neste trabalho, sempre querendo ajudar.

Minha orientadora Lidiane por toda atenção e paciência, alguém que admiro muito, exemplo de profissionalismo.

Agradeço a banca examinadora Matheus Nogueira e Edjancley Teixeira por contribuir com esse trabalho e pela disponibilidade de tempo.

Agradeço os profissionais que participaram das oficinas pela contribuição.

Enfim a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram na minha caminhada até aqui, e deixo a certeza que tudo valeu a pena e farei o possível e impossível para sempre ser uma profissional exemplar e dedicada ao cuidado de quem necessita.

“Quando somos bons para os outros, somos ainda melhores para nós” (Benjamin Franklin).

RESUMO

COSTA, D.A. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem por meio da educação permanente em saúde: relato de experiência. Cuité, 2017. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Introdução: a sistematização da assistência de enfermagem é uma metodologia científica da prática assistencial e tem como objetivos o direcionamento, a organização e a condução das ações de enfermagem. Contudo, esta metodologia apresenta diversas dificuldades em seu processo de implantação, dentre elas, a falta de conhecimento por parte do enfermeiro sobre a metodologia de assistência. Para uma efetiva implementação é necessário que os profissionais de enfermagem estejam capacitados, o que torna a educação permanente nos serviços de saúde uma alternativa eficaz para sua operacionalização. **Objetivo:** relatar a experiência da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação de clínica médica por meio da educação permanente em saúde. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência, baseado na vivência de uma aluna de enfermagem na implantação da sistematização da assistência de enfermagem, por meio de oficinas de educação permanente em saúde, ocorridas no Hospital Municipal de Cuité. A coleta de dados ocorreu mediante a realização de encontros presenciais com toda a equipe de enfermagem, por meio de oficinas durante o período de maio a julho de 2017. **Resultados:** foram planejadas e realizadas seis oficinas, tendo como temas: apresentação dos objetivos do projeto e do cronograma de execução de atividades, objetivos da sistematização da assistência de enfermagem, importância, as dificuldades encontradas na implementação, tais como a falta de conhecimento prévio sobre a temática por parte da equipe de enfermagem, a falta de compromisso e o distanciamento do profissional com a assistência direta ao paciente e a falta de tempo; legislação que regulamenta a implantação da sistematização da assistência de enfermagem; etapas do processo, tais como: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação, avaliação; por fim, reestruturação e construção do formulário da clínica médica. A ideia de reformulação do instrumento foi justificada pela necessidade de respaldar na assistência diária da equipe de enfermagem ao considerar as potencialidades e peculiaridades do setor, de maneira a adequar o formulário a rotina do serviço. Além disso, foi construído um glossário, para que os termos constantes pudessem ser conceituados. **Conclusão:** a implementação da sistematização da assistência de enfermagem por meio da educação permanente revelou ser um processo complexo, exigindo identificação não só das potencialidades, mas das fragilidades do ponto de vista da instituição, organização e individual da equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem, Processo de enfermagem, Educação permanente.

ABSTRACT

COSTA, D.A. Implementation of the systematization of nursing care through permanent health education: experience report. Cuite, 2017. 50f. Course Completion Work (Nursing Bachelor) - Academic Nursing Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Introduction: The systematization of nursing care is a scientific methodology of care practice and aims to guide, organize and conduct nursing actions. However, this methodology presents several difficulties in its implementation process, among them, the lack of knowledge on the part of the nurse about the assistance methodology. For an effective implementation it is necessary that the nursing professionals are trained, which makes the permanent education in the health services an effective alternative for its operationalization. **Objective:** to report the experience of the implantation of the systematization of nursing care in a medical clinic inpatient unit through permanent health education. **Methodology:** this is an experience report, based on the experience of a nursing student in the implementation of nursing care systematization, through permanent health education workshops, held at the Municipal Hospital of Cuité. Data collection was performed through face-to-face meetings with the entire nursing team, through workshops during the period from May to July, 2017. **Results:** Six workshops were planned and carried out, with the following topics: presentation of project objectives And the schedule of activities, objectives of the systematization of nursing care, importance, difficulties encountered in the implementation, such as the lack of previous knowledge about the subject by the nursing team, lack of commitment and distancing of the professional With direct patient care and lack of time; Legislation that regulates the implementation of the systematization of nursing care; Process steps, such as: data collection, nursing diagnoses, planning, implementation, evaluation; Finally, restructuring and construction of the medical clinic form. The idea of reformulating the instrument was justified by the need to support the daily assistance of the nursing team when considering the potentialities and peculiarities of the sector, in order to adapt the form to the routine of the service. In addition, a glossary was built, so that the constant terms could be conceptualized. **Conclusion:** the implementation of nursing care systematization through lifelong education has proved to be a complex process, requiring identification not only of the potentialities, but also of the fragilities from the point of view of the institution, organization and individual of the nursing team.

Key words: Nursing care, Nursing process, Continuing education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	6
2.1 Sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem	6
2.2 Desafios para a implantação da Sistematização da assistência de enfermagem.....	8
3 METODOLOGIA.....	14
3.1 Tipo de estudo.....	14
3.2 Local do estudo	14
3.3 População e amostra	14
3.4 Coleta de dados	14
3.5 Análise dos dados	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	16
4.1 Apresentação dos objetivos do projeto e do cronograma de execução de atividades.....	16
4.2 Primeira oficina: Objetivos da sistematização da assistência de enfermagem, importância, e dificuldades na implementação	18
4.3 Segunda oficina: Legislação que embasa a implantação da sistematização da assistência de enfermagem.....	20
4.4 Terceira oficina: etapas do processo de enfermagem: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação, avaliação	23
4.5 Quarta oficina: reestruturação e construção do formulário clínica médica	25
4.6 Quinta oficina: finalização da oficina de reestruturação e construção do formulário da clínica médica e encerramento do projeto	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	38
APÊNDICE B - GLOSSÁRIO	40

1 INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem é uma metodologia científica da prática assistencial que produz cuidados organizados, oferece maior segurança aos pacientes e autonomia aos profissionais de enfermagem diante de suas ações (GOMES; BRITO, 2012).

A aplicação da sistematização da assistência de enfermagem envolve mais que um conjunto de passos a serem seguidos, exige do profissional maior familiaridade e sensibilidade para adequar as necessidades do cliente às condições de trabalho (MORAIS et al., 2014).

Diante da evolução tecnológica, das constantes trocas de informações e demandas das instituições de saúde para aumentar os recursos, diminuir custos e melhorar a qualidade da assistência, reforça a necessidade da aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem, o que tem se exigido cada vez mais da enfermagem uma operacionalização dos cuidados (SOARES et al., 2015).

Na prática assistencial dos hospitais, a sistematização da assistência de enfermagem traz inúmeras vantagens, pois direciona a organização e condução das ações e tem o objetivo de alcançar resultados esperados para melhor qualidade de vida dos pacientes. O enfermeiro precisa conhecer o perfil de cada paciente assistido e desenvolver conhecimentos e habilidades na execução das ações, utilizando-se de instrumentos, como a observação, comunicação, aplicação de princípios científicos, planejamento, avaliação e estimular o compromisso e envolvimento da equipe na execução (GOMES; BRITO, 2012).

Além disso, a sistematização da assistência de enfermagem proporciona a construção de documentos com grande valor técnico, científico e ético-legal, e fornece às instituições registros importantes para fins de faturamento, subsídios para auditoria interna e externa e instrumento de avaliação da qualidade do atendimento prestado (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

Contudo, a sistematização da assistência de enfermagem apresenta diversas dificuldades em seu processo de implantação, dentre elas, a falta de conhecimento por parte do enfermeiro sobre a metodologia de assistência, dos modelos teóricos, e para aplicação das fases do processo de enfermagem, grande demanda de serviços burocráticos e administrativos, falta de pessoal e de recursos materiais para o cuidado, desvalorização da aplicação da sistematização da assistência de enfermagem por parte da própria equipe de enfermagem, o

que gera ações fragmentadas centradas nas tarefas rotineiras (MELO; NUNES; VIANA, 2014).

Dessa forma, implantar a sistematização da assistência de enfermagem é considerado um desafio, principalmente no gerenciamento do cuidado, porque exige do profissional de enfermagem empenho e criatividade na execução de estratégias inovadoras e participativas, além de manter condições favoráveis ao processo de adoção deste método (GOMES; BRITO, 2012).

A literatura apresenta vários estudos que demonstram a experiência na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Dentre eles destaca-se o estudo realizado por Oliveira et al. (2012), que relata a implantação da mesma em uma unidade de terapia intensiva. Para a implantação foram identificados os diagnósticos e intervenções de enfermagem de todos os pacientes internados no setor, os mais frequentes originaram um documento em forma de *checklist* para ser utilizado pela equipe depois de aprovado pela diretoria do hospital.

Outro estudo foi desenvolvido em um centro obstétrico, em que foi elaborado um histórico de enfermagem a partir da necessidade de identificação dos dados obstétricos da parturiente. Também foram construídos diagnósticos e intervenções de enfermagem a partir de pesquisas realizadas com as gestantes participantes (SANTOS; RAMOS, 2012).

A maioria das experiências na implantação da sistematização da assistência de enfermagem, envolve a construção de formulários com o levantamento de dados, diagnósticos e suas respectivas intervenções. No entanto, é necessário que os profissionais de enfermagem estejam capacitados, o que torna a educação permanente nos serviços de saúde uma alternativa eficaz para sua operacionalização.

Como a teoria e a prática andam juntas, a educação permanente em saúde possibilita transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Ela potencializa a articulação de saberes voltados aos novos papéis e circunstâncias, como estratégia de valorização das competências pessoais, demonstrando que o processo de educação continuada na enfermagem tem como função formar profissionais com um olhar crítico de suas ações, construindo seu exercício diário baseado na articulação teórico-prática (MORAIS et al., 2015).

Ademais, destaca-se os incentivos aos programas de capacitação e educação continuada dos profissionais, como recurso essencial para amenizar as deficiências do conhecimento na área de enfermagem, especialmente sobre a temática abordada (GOMES; BRITO, 2012).

Baseado nas lacunas existentes na literatura e na relevância dessa pesquisa para a prática de enfermagem e para a comunidade científica, esse estudo tem como objetivo relatar a experiência da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação de clínica médica por meio da educação permanente em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 estabelece uma diferença entre sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem. A primeira diz respeito à organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, e possibilita a operacionalização do processo de enfermagem. Já o processo de enfermagem é uma ferramenta intelectual utilizada pela equipe de enfermagem para levantar dados, elaborar diagnósticos através do raciocínio clínico, traçar resultados e implementar intervenções, e por fim, avaliar os cuidados prestados (COFEN, 2009).

A documentação do processo de enfermagem é regulamentada por meio da Resolução COFEN nº 429/2012, na qual considera que é responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012).

Além disso, o COFEN disponibilizou através da Resolução COFEN nº 514/2016 o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem e traz a diferenciação entre uma anotação de enfermagem e uma evolução de enfermagem (COFEN, 2016).

E mais recentemente, foi publicada a Resolução COFEN nº 545/2017 que estabelece como deve ser feita a anotação de enfermagem, que deve constar a sigla do COREN, acompanhada da sigla da unidade da federação onde está sediado o conselho regional, seguida do número de inscrição, separados todos os elementos por hífen ou o carimbo do profissional, pessoal e intransferível, em ambos os casos, o profissional deve colocar sua assinatura sobre os dados descritos. E muda as siglas das categorias profissionais: ENF, para Enfermeiro; OBST, para Obstetritz; TE, para Técnico de Enfermagem; AE, para Auxiliar de Enfermagem, e PAR, para Parteira (COFEN, 2017).

No Brasil, as primeiras tentativas de realização da sistematização da assistência de enfermagem foram propostas por Horta, no ano de 1970. Mas, foi apenas em 1986, com Lei nº 7.498/86, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem, que ganharam destaque como atividades privativas do enfermeiro, a consulta e a prescrição de enfermagem (BRASIL, 1986).

Em 2009, o COFEN amplia a obrigatoriedade da sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem para todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, por meio da Resolução n.º 358/2009 (COFEN, 2009). Apesar da sua legalização e obrigatoriedade nas instituições de saúde brasileiras, o que se observa é que essa resolução por si só, não garante a implementação da sistematização da assistência de enfermagem e não oferece apoio suficiente para isso, porque na prática, existem muitos fatores que dificultam o processo de implantação (GOMES; BRITO, 2012).

A sistematização da assistência de enfermagem traz para os profissionais mais qualidade em sua assistência com aspectos teóricos e científicos. Outra vantagem é a integração entre a equipe de enfermagem com os outros profissionais, pacientes e suas famílias, promovendo um cuidado integral e diferenciado (OLIVEIRA et al., 2012).

Além disso, a sistematização da assistência de enfermagem contribui para atuação da Enfermagem por meio da padronização da assistência. Segundo Paiano et al. (2014), a padronização das ações de enfermagem almeja qualificar o cuidado dispensado, oferecer atendimento planejado e individualizado, preservar a organização do setor, otimizar o tempo identificando as prioridades para a tomada de decisões, favorecer a valorização do profissional enfermeiro e conseqüentemente a valorização da equipe.

O enfermeiro precisa conquistar o seu espaço com mérito, através do uso de seu conhecimento científico específico, e ele poderá através da sistematização da assistência de enfermagem, experimentar a autonomia necessária para desenvolver um trabalho consciente e gratificante atraindo resultados positivos no cuidado dispensado (MORAIS et al., 2015).

Alguns profissionais enfermeiros valorizam mais as determinações médicas, se colocando em uma postura submissa. O que parece é que o enfermeiro não consegue quebrar essas concepções adquiridas historicamente dentro da própria equipe. Atualmente a assistência de enfermagem é baseada em conhecimento científico e não apenas em cuidados generalizados e subsidiados pelo pensamento médico como era antigamente (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012). Isso acontece talvez porque muitas vezes o enfermeiro assume funções de caráter burocrático administrativo, funções estas que poderiam ser desempenhadas por outros profissionais treinados. Deixando a assistência direta ao paciente para os profissionais de nível técnico (FELIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009).

O reconhecimento destes benefícios gerados pela implementação da sistematização da assistência de enfermagem, colabora para a conquista de uma autonomia maior do profissional enfermeiro, e comprova que a Enfermagem pode sim tratar e identificar

problemas independentemente. Para isso, ele precisa de um referencial próprio, que possibilite a união entre teoria e prática. O uso de referenciais teóricos exige um maior conhecimento da enfermagem, promovendo a ação crítica e participativa, tornando um serviço de qualidade, além de favorecer a redução do tempo de internação do paciente, a satisfação dele, um menor risco de infecção, reduzindo assim os custos da instituição (MANGUEIRA et al., 2012).

Cogo et. al (2012) afirmam que a sistematização da assistência de enfermagem é uma necessidade que deve ultrapassar o desenvolvimento profissional para o cotidiano do serviço da enfermagem por meio da sua operacionalização, o que irá transpor a organização, o planejamento de ações sistematizadas de gerenciamento e o cuidado do cliente que está no ambiente hospitalar. Além de atender às necessidades do paciente em sua complexidade e construir a autonomia profissional.

2.2 Desafios para a implantação da Sistematização da assistência de enfermagem

A sistematização da assistência de enfermagem vem sendo implantada há décadas no Brasil, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Porém só passou a ser exigida dentro das instituições de saúde, depois da sua legalização. Apesar disso, atualmente, percebe-se que essa resolução não é suficiente para a implantação, pois muitos fatores dificultam na prática o processo de implantação dessa metodologia (SOARES et al., 2015).

O processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem é bastante complexo, o que torna fundamental conhecer a estrutura institucional e os aspectos que possam contribuir para facilitar ou dificultar a sua implantação (MANGUEIRA et al., 2013).

A maioria dos enfermeiros destaca como dificuldade para a implantação da assistência de enfermagem nos serviços de saúde, o excesso de trabalhos burocráticos e administrativos, a insuficiência de profissionais, a escassez de materiais utilizados no cuidado, dificuldade de unir a equipe na execução das atividades, e a falta de uma boa relação entre a teoria e a prática, que pode ser justificada pela ausência de conhecimento da temática, desde sua formação acadêmica (GOMES; BRITO, 2012).

Segundo Miranda et al. (2013), em seu relato de experiência, reforça esses problemas na implantação da sistematização da assistência de enfermagem, que os enfermeiros enfrentam na prática clínica diária. Como o tempo gasto para desenvolver as diversas etapas da consulta de enfermagem, o aumento do número de impressos a serem anexados aos

prontuários dos pacientes. Além dessas, têm sido registrados na literatura outros problemas, entre eles: a falta de interesse profissional, falta de conhecimentos e dificuldades de aceitação na equipe multiprofissional, devido à rejeição às mudanças.

A implementação da sistematização da assistência de enfermagem ocorre ainda de forma fragmentada e o enfermeiro encontra dificuldade na sua operacionalização, embora todas as etapas sejam realizadas, verifica-se que o preenchimento da prescrição e do histórico, ocorre com maior frequência do que a evolução e o diagnóstico de enfermagem, o que indica que essa metodologia precisa ser reorganizada, sobretudo por meio de um investimento maior na educação continuada permanente dos enfermeiros, pois o que vemos é uma grande distância entre a teoria e a prática neste processo (SANTOS, 2014).

O déficit de recursos materiais e humanos são os principais obstáculos para a efetivação da sistematização da assistência de enfermagem. A carência de material e a estrutura precária induzem os profissionais de enfermagem a afirmar que a sistematização da assistência de enfermagem não é uma prioridade e destacam que deve haver uma melhoria das condições de trabalho para, posteriormente, implementar essa metodologia. Deste modo, constatamos que um dos aspectos essenciais para a viabilidade prática da sistematização da assistência de enfermagem, é o interesse da instituição e compromisso da gestão em implantar a proposta, de modo a fornecer os recursos necessários à sua implementação e manutenção (MANGUEIRA et al., 2012).

São utilizados diversos modelos de gestão que influenciam no processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem nas instituições hospitalares. Um dos modelos adotados é o de Gestão Participativa, em que há envolvimento de toda a equipe, incluindo enfermeiros assistenciais, gerenciais, chefias, na elaboração do instrumento, implementação e execução de uma metodologia de assistência sistematizada, com comprometimento da equipe de enfermagem. Além disso, pode ser escolhido um grupo de pacientes de determinada especialidade de uma unidade de internação ou iniciar com toda a instituição o processo e utilizar a nova metodologia de assistência sistematizada. (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

A estratégia de implantação da sistematização da assistência de enfermagem é potencializada pela adoção institucional de uma gestão participativa, na qual as pessoas se constituem enquanto sujeitos no processo. O apoio institucional é importante para oferecer os subsídios necessários para a efetiva implantação da sistematização da assistência de enfermagem, reconhecer sua importância, disponibilizar recursos humanos suficientes,

elaborar manuais e rotinas para racionalizar o trabalho e padronizar o cuidado (GOMES; BRITO, 2012).

Após sua implantação, ela deve ser avaliada continuamente, com constantes mudanças quando necessário, criando estratégias para incentivar, guiar e supervisionar seu funcionamento. Isso se faz necessário para garantir a qualidade do processo de cuidado em saúde, referenciar os princípios e diretrizes do sistema único de saúde, com destaque a integralidade (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

O processo de aplicação e efetividade da sistematização da assistência de enfermagem deve atingir o interesse de todos os profissionais da equipe envolvidos, bem como sua valorização, desenvolvimento e planejamento das ações. Para tanto, faz-se necessária uma inserção efetiva neste processo e o seu reconhecimento como método sistemático e prático, com suas etapas desenvolvidas na rotina diária (GOMES; BRITO, 2012).

2.3 Educação permanente em saúde

A educação permanente é considerada uma estratégia para a qualificação dos profissionais de saúde. Esta, implica em uma mudança importante nas práticas de capacitação, e incorpora o aprendizado no cotidiano das organizações, o que estimula mudanças nas estratégias educativas, de modo a priorizar a prática como fonte de conhecimento e colocar o profissional atuando ativamente no processo educativo (JESUS et al., 2011).

A educação permanente em saúde tem como elementos essenciais a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se inserem no cotidiano das organizações, possibilitando a mudança das práticas profissionais, o que resulta em uma aprendizagem de forma coletiva e significativa, e aproxima o mundo do trabalho ao mundo da educação. Para atuação como agente de mudanças, o trabalhador precisa ser considerado como sujeito da aprendizagem, ativo e apto a aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, colaborando com a construção de um sistema de saúde pública que seja, de fato, democrático e participativo (BRASIL, 2014).

Os trabalhadores de saúde devem compreender que habilidades e conhecimentos específicos são necessários à sua prática, com clara percepção do processo de trabalho como um todo, em que a aprendizagem deixa de ser a obtenção de conhecimentos para o alcance de desempenho eficiente para o trabalho. Isto é o que propõe a educação permanente, pois pactua

eventos do trabalho, trabalhadores e aporte teórico, com vistas à devolução de um produto social e não apenas de um atualizado colaborador (FERREIRA, 2015).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propôs em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da portaria nº 198/2004, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, procurando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de usar como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas, a regionalização da gestão do sistema único de saúde, para enfrentamento das necessidades e obstáculos do sistema (BRASIL, 2004).

O estudo de Miccas e Batista (2014) aponta que o principal benefício da educação permanente nos serviços está entrelaçado à existência de diálogo em rodas de conversa, relacionadas à responsabilidade no trabalho, consolidação da integração ensino-serviço, incentivando o desenvolvimento da capacidade crítica, criativa do profissional. Visto que a proposta da educação permanente permite a construção partilhada do conhecimento, supera a concentração das resoluções em um indivíduo apenas e organiza os procedimentos por meio de concepções e necessidades da vivência da realidade.

Segundo Brito et al. (2012), a educação permanente no serviço contribui para a atualização, aperfeiçoamento e reciclagem dos conhecimentos, promovendo a adaptação do indivíduo para enfrentar situações vivenciadas no cotidiano.

O desenvolvimento da educação permanente dos profissionais de saúde é verificado por meio da problematização das práticas com experiências e problemas encontrados, baseada na aprendizagem significativa, para transformação da realidade (MORAIS et al., 2015). Isso a torna uma estratégia eficiente para a implementação da assistência de enfermagem, pois é importante um diagnóstico da situação que os enfermeiros estão inseridos, ela deve priorizar o desenvolvimento de atitudes crítico reflexivas e de habilidades muito mais do que conhecimentos (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no capítulo referente a educação, aponta que os profissionais têm o direito de inovar e atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais. Portanto, são corresponsáveis por manter-se atualizado, ampliando o conhecimento em prol da clientela, da coletividade e do desenvolvimento profissional (COFEN, 2007).

De acordo com Tannure e Pinheiro (2011), para empregar a educação permanente como estratégia para implementação da sistematização da assistência de enfermagem, são necessárias cinco etapas, quais sejam:

- 1ª etapa: o enfermeiro deve buscar conhecer a instituição como um todo, o perfil dos usuários, os recursos disponíveis, os trabalhadores e suas capacitações, a estrutura organizacional da instituição e os resultados que se quer alcançar com o processo de trabalho.
- 2ª etapa: é a identificação e a priorização de situações problema para empregar a educação permanente para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes.
- 3ª etapa: é o planejamento da prática educativa com seleção da metodologia e confecção de estratégias e material didático.
- 4ª etapa: é o desenvolvimento da prática educativa, esse processo utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que prioriza as demandas de cuidado apresentados pelo paciente e torna o educando sujeito na construção dos conhecimentos, produção de formas de serviços mais resolutivos e eficazes.
- 5ª etapa: é a avaliação da prática educativa. Ela só se torna possível por meio da avaliação de práticas dos sujeitos, a transformação desejada deve responder ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem.

No estudo de Oliveira et al. (2017) destaca-se que a educação permanente foi apontada como estratégia para oportunizar o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem/processo de enfermagem, bem como dos atores envolvidos neste processo. E que a educação permanente foi adotada como uma estratégia positiva também em outros serviços de saúde.

Outro estudo, realizado para os profissionais da estratégia de saúde na família do município de Glória de Dourados (MS) utilizou a educação permanente para implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Foram realizadas quatro oficinas com os seguintes temas: teorias de enfermagem; a primeira etapa da sistematização da assistência de enfermagem: anamnese e exame físico, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e sua utilização. Foi concluído neste estudo que a educação permanente para a utilização da sistematização da assistência de enfermagem e CIPE, é importante no

sentido de realmente capacitar os profissionais para algo a ser utilizado na prática e que fortalece a profissão de enfermagem (MULLER; REIS, 2016).

Partindo das ideias expostas percebe-se a importância da educação permanente e a necessidade dos gestores e dos responsáveis da instituição de investirem no uso dessa ferramenta, facilitando a realização da mesma, visto que ela propõe, entre outras coisas, a melhoria contínua e a qualidade assistencial. Mas, acima de tudo seria fundamental proporcionar uma maior sensibilização da equipe sobre os benefícios recorrentes à execução da educação permanente.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, baseado na vivência de uma aluna de enfermagem na implantação da sistematização da assistência de enfermagem, por meio de oficinas de educação permanente em saúde.

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no Hospital Municipal de Cuité, que conta com os serviços de clínica médica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica, urgência e emergência. Possui 45 leitos destinados a pacientes residentes do município e um quadro de 99 profissionais, dentre os quais 10 são enfermeiros e 24 técnicos e auxiliares de enfermagem.

3.3 População e amostra

Foram incluídos no estudo os profissionais de enfermagem que desempenham atividades no lócus da pesquisa e excluídos os profissionais que estavam de licença ou férias.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu mediante a realização de encontros presenciais com toda a equipe de enfermagem, durante o período de maio a julho de 2017. Estes encontros foram realizados no próprio hospital, em um local disponível para as reuniões de trabalho da categoria. Foram realizadas seis reuniões, sendo uma reunião a cada quinze dias. O planejamento das reuniões está disponibilizado no Quadro 1.

Quadro 1- Planejamento das oficinas de educação permanente em saúde. Cuité-PB, 2017.

	DATA	TEMÁTICA	PUBLICO ALVO
Apresentação	05/05	Apresentação dos objetivos do projeto e do cronograma de execução de atividades. Espaço para as reuniões Material necessário Dias e horários que ocorrerão as reuniões	Direção de enfermagem

1ª Oficina	15-05	Reunião com a equipe apresentando a proposta do projeto e averiguando sugestões para as oficinas de educação permanente em saúde. Evidenciando a certificação (20hs) para quem participar dos encontros. Objetivos da sistematização da assistência de enfermagem, importância, as dificuldades na implementação.	Todos os profissionais de enfermagem
2ª Oficina	29-05	Legislação que embasa a implantação da sistematização da assistência de enfermagem. O que é de responsabilidade do técnico e do enfermeiro.	Todos os profissionais de enfermagem
3ª Oficina	13-06	Etapas do processo de enfermagem: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação, avaliação.	Todos os profissionais de enfermagem
4ª Oficina	26-06	Oficina de reestruturação e construção do formulário da clínica médica.	Todos os profissionais de enfermagem
5ª Oficina	10-07	Finalização da oficina de reestruturação e construção dos formulários e encerramento do projeto.	Todos os profissionais de enfermagem

3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da exposição das vivências em cada oficina e comparados com a literatura atual e pertinente da área.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para implantar a sistematização da assistência de enfermagem por meio da educação permanente em saúde, no hospital em questão, foram realizadas oficinas com a equipe de enfermagem e gestores sobre o tema, com destaque para sua importância, dificuldades na sua implementação e a reformulação de um novo instrumento de coleta de dados para a clínica médica.

4.1 Apresentação dos objetivos do projeto e do cronograma de execução de atividades

O primeiro encontro teve duração de uma hora, aconteceu com a coordenação de enfermagem e a direção do hospital. Na oportunidade foram apresentados os objetivos do projeto, o cronograma de execução das oficinas, e pactuados espaço para as reuniões, materiais necessários, dias e horários das reuniões.

Neste momento foram elencadas as seguintes demandas para organização das oficinas: a falta de conhecimento prévio sobre a temática por parte de alguns enfermeiros, pois alegavam que durante a graduação não tiveram esse aprendizado e os que tiveram foi muito superficial, sentido assim dificuldade na sua aplicação, a falta de compromisso e o distanciamento do profissional com a assistência direta ao paciente, número reduzido de profissionais enfermeiros por plantão, isso faz com que eles relatem ser difícil realizar a sistematização da assistência de enfermagem, quando há muitos pacientes, mas a direção confirmou já estar solucionando este problema, aumentando o número de profissionais de enfermagem por plantão e a não participação dos técnicos de enfermagem no processo, o que faz eles acreditarem que a sistematização da assistência de enfermagem é algo privativo do enfermeiro. A coordenadora de enfermagem parabenizou pela inserção de toda a equipe de enfermagem nas oficinas e sugeriu a reformulação do impresso utilizado, para adequá-lo à realidade dos pacientes atendidos na instituição, essa foi uma proposta que o projeto já contemplava em uma de suas oficinas, foram então repassadas todas as informações desta reformulação e das demais oficinas propostas. Tanto a diretora do hospital, quanto a coordenadora de enfermagem ficaram entusiasmadas com o tema e com as oficinas.

Ademais, foi programado que as oficinas de educação permanente fossem realizadas no próprio local de trabalho para que os plantonistas da enfermagem também pudessem

participar, tendo em vista que existem funcionários que residem em outros municípios. Essa escolha foi sustentada pela afirmação de Brito et al. (2012), os quais afirmam que um dos fatores facilitador à execução da educação permanente, é o fato dela ser desenvolvida no ambiente de trabalho e no horário de trabalho, o que aproxima diariamente o enfermeiro e o técnico, permitindo uma maior interação entre os mesmos e favorece a percepção das necessidades tanto da equipe quanto do indivíduo, o que traz, a partir dessa percepção, uma intervenção instantânea visando melhores resultados.

No tocante ao interesse a parceria da coordenação de enfermagem do hospital em participar e apoiar as reuniões de educação permanente em saúde no serviço observa-se que isso fortalece a interação de gestores e funcionários. Isso é percebido no estudo de Ferreira (2015), o qual aponta que a busca por capacitação contínua, apenas por parte do trabalhador, não atinge os resultados esperados, é necessário discutir a interconexão do ensino-aprendizagem, sob o aspecto da comunhão de responsabilidades, oferecer e desenvolver as práticas educativas, onde trabalhadores, gestores dos serviços de saúde e coordenadores dos programas de educação no trabalho, compartilhem seus interesses, para o alcance do objetivo comum.

A enfermagem tem usado a educação permanente como uma ferramenta estratégica para a articulação com os demais setores da instituição e suas respectivas práticas. Sendo a educação permanente sustentada pela metodologia reflexiva e crítica. Todo o processo desta metodologia consiste em reconhecer que as rotinas e práticas monótonas e a falta de conhecimento dos problemas reais, provavelmente levaram a um déficit na capacidade do desenvolvimento crítico-reflexivo (ROCHA et al., 2017).

No estudo de Oliveira et al. (2017) a educação permanente foi apontada como estratégia para oportunizar o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem/processo de enfermagem, bem como dos atores envolvidos neste processo.

Outro estudo aponta a educação permanente como uma estratégia positiva também em outros serviços de saúde, para informatização da sistematização da assistência de enfermagem (RIBEIRO; RUOFF; BAPTISTA, 2014).

No estudo realizado por Rocha et al. (2017) evidenciou-se que os profissionais de enfermagem percebem a importância da educação permanente como necessária para construção de novas práticas em saúde e organização do serviço, tendo em vista os desafios do cenário atual. E verificou-se que os sujeitos do estudo, conseguem atribuir um significado positivo à influência da educação permanente no serviço, na vida profissional e no cuidado ao paciente.

4.2 Primeira oficina: Objetivos da sistematização da assistência de enfermagem, importância, e dificuldades na implementação

A oficina teve duração de uma hora e meia, participaram deste encontro a coordenadora de enfermagem do hospital, três enfermeiros e duas técnicas de enfermagem. Começou com a apresentação do projeto, seus objetivos, o cronograma, evidenciando a certificação (20hs) para os participantes de todas as oficinas e sugestões para as oficinas de educação permanente em saúde.

Posteriormente ocorreu a apresentação de todos, relatando suas expectativas a respeito do projeto e expressando seus conhecimentos prévios sobre o tema, assim como as principais dificuldades na opinião deles para a efetiva implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Destacaram a falta de conhecimento prévio sobre a temática por parte da equipe de enfermagem, a falta de compromisso e o distanciamento do profissional com a assistência direta ao paciente e a falta de tempo para o enfermeiro realizar a sistematização da assistência de enfermagem, quando há muitos pacientes. Como solução para este último problema elencado, foi sugerido que poderia haver a divisão de enfermarias por turnos, para a realização da sistematização da assistência de enfermagem, assim o enfermeiro a realizaria ao longo do seu plantão, evitando a sobrecarga de fazer todas de uma vez.

Todos demonstraram interesse em expandir seus conhecimentos acerca deste tema, relataram a importância da união da equipe de enfermagem para a aplicabilidade da metodologia e também da criação de um formulário em *check list* mais apropriado para a realidade do hospital, para que o enfermeiro perca menos tempo preenchendo estes impressos.

Além disso, os profissionais fizeram sugestões de temas para as oficinas de educação permanente em saúde. A partir daí foi iniciada a oficina, expondo os objetivos e importância da sistematização da assistência de enfermagem, assim como as principais dificuldades encontradas na literatura para sua efetiva implementação. Foi utilizado o data show com material visual para melhor demonstração do tema proposto. O encontro foi encerrado com um lanche ofertado para os participantes.

As dificuldades relatadas pelos profissionais durante a oficina, não diferem dos estudos encontrados na literatura, o que demonstra que esta é uma realidade de muitas instituições de saúde e que precisa ser mudada, que os profissionais reconhecem a necessidade dessa mudança, precisam apenas do apoio e incentivo dos gestores, para que a sistematização da assistência de enfermagem aconteça de fato.

Relacionado às dificuldades na implementação da sistematização da assistência de enfermagem, foram citadas por alguns profissionais de enfermagem a falta de conhecimento prévio sobre a temática, a falta de compromisso e o distanciamento do profissional com a assistência direta ao paciente e a falta de tempo para o enfermeiro realizar a sistematização da assistência de enfermagem, quando há muitos pacientes.

O estudo de Oliveira et al. (2017) aponta como fatores negativos na implementação da sistematização da assistência de enfermagem: dimensionamento de pessoal inadequado, pouco conhecimento científico, duplicidade de informações, limitação do impresso de registro, e falta de organização na demanda dos agendamentos.

Estes fatores também foram confirmados em um estudo sobre a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica e apontados como desafio com dificuldades referentes à sobrecarga de trabalho e falta de tempo, aliadas aos frequentes desvios de função do enfermeiro (BARROS et al., 2015).

No estudo realizado por Dutra et al. (2016), as dificuldades mencionadas em relação à implantação do processo de enfermagem foram a falta de tempo para a sua realização devido à sobrecarga de trabalho e falta de planejamento; carência de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde; formação acadêmica inadequada, com desconhecimento acerca da fundamentação científica sobre uso de taxonomias internacionais e instrumentos utilizados no processo de enfermagem; valorização excessiva da prescrição médica; apego às rotinas, com ênfase nos procedimentos e técnicas; falta de autonomia e liderança, além de indefinição do papel do enfermeiro; falta de comprometimento e interesse da equipe de enfermagem, assim como apoio da instituição.

Além disso, estudos apontam que há um despreparo do enfermeiro para utilizar o processo de enfermagem, os fatores que estão envolvidos na sua operacionalização, são: desarticulação entre as fases que compõem o processo, além de fragilidade de conhecimentos relacionados às teorias de enfermagem que fundamentam o processo de enfermagem; as lacunas de conhecimento e a falta de capacitação para sua execução, iniciados desde o período de formação, no nível de graduação (MENESES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Estudo desenvolvido no município de Crato-CE destacou o desconhecimento sobre o processo de enfermagem, especialmente por parte dos técnicos de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2012).

Desta forma, é importante inserir toda a equipe de enfermagem no processo de construção do conhecimento, para que todos participem e para que haja uma efetiva implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Por isso, salienta-se a

necessidade de sensibilizar a equipe de enfermagem acerca da importância da utilização da sistematização da assistência ao implantar o processo de enfermagem.

Em relação às potencialidades da implantação da sistematização da assistência de enfermagem no hospital em estudo, os profissionais reconhecem que este processo promove a melhoria na qualidade da assistência, contribui para a autonomia profissional, proporciona aos enfermeiros a flexibilidade do pensamento crítico, melhora a comunicação entre a equipe e previne erros, omissões e repetições.

É importante o reconhecimento dos benefícios gerados pela implementação do processo de enfermagem para a conquista de uma maior autonomia profissional. O processo de enfermagem é apontado como um instrumento que permite organizar e padronizar a prática profissional. Em relação aos conhecimentos específicos e reflexão crítica do trabalho da enfermagem, a sistematização da assistência de enfermagem constitui um instrumento para gerenciamento e otimização da assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente (MANGUEIRA et al., 2012).

Segundo Melo, Nunes e Viana (2014) a implantação da sistematização da assistência de enfermagem, proporciona cuidados individualizados, assim como orienta o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem e promove avanços na qualidade da assistência.

Outro benefício da sistematização da assistência de enfermagem é a padronização da assistência que contribui para atuação do enfermeiro. Segundo Paiano et al. (2014) a padronização das ações de enfermagem almeja qualificar o cuidado dispensado, oferecer atendimento planejado e individualizado, preservar a organização do setor, otimizar o tempo identificando as prioridades para a tomada de decisões, favorecer a valorização do profissional enfermeiro e consequentemente a valorização da equipe.

4.3 Segunda oficina: Legislação que embasa a implantação da sistematização da assistência de enfermagem

Este encontro teve duração de uma hora, participaram a diretora do hospital e também a coordenadora de enfermagem, cinco enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. Foi iniciado com a apresentação do respectivo tema, o cronograma das oficinas seguintes e feito um breve resumo da oficina anterior para situar as pessoas que faltaram.

Foi utilizado material áudio visual com data show para exposição do tema, em que foram abordadas as principais Resoluções do COFEN sobre a sistematização da assistência de

enfermagem, quais sejam: Resolução N°358/2009, Resolução N°429/2012, Resolução N°514/2016 e a Resolução N°545/2017.

Logo após, foi feito um jogo de tabuleiro com perguntas e respostas como um *feedback* ao que lhes foi repassado. Os profissionais foram divididos em duas equipes, no chão foi estendido um tabuleiro com dois caminhos, ambos contendo oito casas, cada equipe escolheu seu representante e estes ficaram com um cone, para ir avançando as casas à medida que acertavam as questões. Estas questões eram sorteadas e feitas a cada equipe, uma de cada vez, ao responderem corretamente, lançava-se o dado e avançava o número de casas correspondente, se não acertasse a resposta, não tinha o direito de avançar as casas e passava a vez para a outra equipe, ganhava aquela que chegasse ao topo primeiro. O prêmio oferecido à equipe campeã foi uma caixa de chocolate que no fim, acabou sendo dividida entre todos, os vencedores e os que perderam, segundo eles mesmos, reforça a importância do espírito de equipe e da união entre eles.

Foram utilizadas as seguintes perguntas:

- 1) Em quais ambientes se utiliza o termo consulta de enfermagem?
- 2) Quais as etapas do processo de enfermagem?
- 3) Quais as competências privativas do enfermeiro?
- 4) Quais as competências do técnico/auxiliar de enfermagem?
- 5) O que diz a Resolução COFEN n° 429/2012?
- 6) O que diz a Resolução COFEN n° 514/2016?
- 7) Segundo a Resolução COFEN n° 545/2017, como deve ser feita a anotação de enfermagem para os registros?
- 8) Responda verdadeiro ou falso: ao colocar o carimbo, o profissional de enfermagem não precisa colocar sua assinatura.
- 9) Responda verdadeiro ou falso: o registro do processo de enfermagem é composto pelos dados coletados sobre o paciente, família e comunidade e as intervenções de enfermagem.
- 10) Responda verdadeiro ou falso: liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, é uma competência do técnico de enfermagem.
- 11) O que diz a Resolução COFEN n° 358/2009?
- 12) Responda verdadeiro ou falso: a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, é obrigatória apenas nas instituições públicas, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

- 13) Resposta verdadeiro ou falso: participam da execução do processo de enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do médico. Competência do enfermeiro.
- 14) Resposta verdadeiro ou falso: não é responsabilidade e dever dos profissionais da enfermagem registrar as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, porque isso não é necessário para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.
- 15) Resposta verdadeiro ou falso: a Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, por meio do suporte tradicional.

Foi uma forma bem divertida de aprender sobre aquelas resoluções, muitos elogios foram feitos pelos profissionais presentes, que falaram que gostaram da maneira como foi conduzida a oficina e que o jogo fez com que eles memorizassem melhor o que lhes foram repassados.

O tema desta oficina teve o objetivo de lhes mostrar as competências de cada um da equipe de enfermagem no processo, a importância dos registros e a maneira correta de realizá-los, sempre reforçando a importância da união e participação de todos na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem. Alguns plantonistas também participaram, este foi um dos motivos das oficinas serem realizadas no próprio hospital, para quem estivesse de plantão no dia, também pudesse participar.

O desconhecimento por parte dos profissionais a respeito da obrigatoriedade da implantação da sistematização da assistência de enfermagem, através da legislação, em serviços públicos e/ou privados de saúde caracteriza-se como mais um problema que contribui para o atraso de uma adesão efetiva do método ao processo de trabalho do enfermeiro.

Isso é evidenciado no estudo de Moraes et al. (2015), acerca do conhecimento dos enfermeiros sobre o conteúdo da Resolução COFEN nº 358/2009, o qual destacou que a maioria dos profissionais participantes, tinha total desconhecimento sobre seu real conteúdo.

É importante o profissional de enfermagem ter conhecimento sobre a legislação que regulamenta a sistematização da assistência de enfermagem, para saber sua operacionalização, as competências de cada profissional no processo, assim como demandas privativas do enfermeiro, o suporte teórico em que deve estar baseada, organização das condições necessárias à realização do cuidado e a documentação da prática profissional. Todos os profissionais da equipe de enfermagem devem ter o conhecimento necessário, de modo a ter

participação na construção e consolidação do sentimento de pertencer ao grupo profissional, pois, se esse conhecimento estiver restrito ao enfermeiro, é pouco provável que as outras categorias da equipe de enfermagem contribuam com seu reconhecimento, como algo indispensável para qualificar o cuidado (GUTIERREZ; VASCONCELOS, 2017).

Optou-se pela estratégia de um jogo educativo, com recompensa no final, no intuito de ajudar os participantes a compreenderem melhor o assunto repassado de forma dinâmica.

É nesse contexto que o jogo ganha um espaço como instrumento ideal da aprendizagem, na medida em que estimula o interesse do participante. O jogo ajuda-o a construir novas descobertas, desenvolve e enriquece sua personalidade (CASTRO; TREDEZINI, 2014).

A utilização de jogos pode ser visualizada como algo capaz de desenvolver a memória, a atenção, o raciocínio e a desinibição e motiva para a aprendizagem. São atividades que proporcionam e promovem o envolvimento entre os participantes, dos participantes com o palestrante e destes com a aula em si; promovem trabalho de equipe; oferecem a oportunidade de praticar e aprimorar habilidades para resolver problemas/situações; podem motivar e envolver os indivíduos, aumentando a sua interação com a matéria e conhecimento a ser adquirido. (COSTA, 2012).

4.4 Terceira oficina: etapas do processo de enfermagem: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação, avaliação

O encontro teve duração de uma hora e meia, contou com um convidado, o Professor Doutor Matheus Figueiredo Nogueira, que ministrou a oficina sobre cada etapa do processo, fez uma introdução sobre as definições do que era a sistematização da assistência de enfermagem, processo de enfermagem, e a importância deste no processo da assistência. Neste encontro, participaram a coordenadora de enfermagem, cinco enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e uma estudante de enfermagem, os plantonistas do dia, nem todos puderam participar, devido à demanda de atendimentos no horário, impossibilitando a ausência deles no setor naquele momento.

A discussão foi iniciada com o pedido do professor para alguém lhe falar como se encontrava o hospital atualmente em relação à sistematização da assistência de enfermagem. A coordenadora falou das dificuldades na implementação eficaz, como a resistência de alguns profissionais em usar o instrumento, o impresso impróprio para a realidade do hospital, falou que aquele que era utilizado tinha sido copiado de outro hospital e que concordava na

mudança por um novo, ressaltou sua opinião sobre a importância desta metodologia para a qualificação do profissional de enfermagem e para a melhoria da assistência prestada, fez elogios para este trabalho de educação permanente que vem sendo realizado e demonstrou interesse em continuar com outros temas também relevantes para a realidade do serviço.

Logo após, foi dada continuidade a oficina, com uma revisão de cada etapa do processo, as dúvidas que surgiram foram sobre a última etapa do processo, a avaliação, mas foi bem esclarecida e entendida por todos. A oficina terminou com um lanche oferecido aos participantes. Foram feitos muitos elogios sobre a oficina ministrada e o professor, gostaram realmente da aula e pareceram mais animados em relação ao processo.

Os participantes souberam identificar cada etapa do processo de enfermagem, porém isto não é suficiente para garantir que a sistematização da assistência de enfermagem aconteça, nem garante que eles estão utilizando-as na prática diária. Por isso a necessidade deste momento, para explicá-los detalhadamente cada uma delas.

O estudo de Moraes et al. (2015) mostrou a falta de domínio por parte da grande maioria dos enfermeiros, sobre uma das etapas fundamentais do processo de enfermagem, a formulação de diagnósticos de enfermagem, apesar de alegarem que tiveram uma abordagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem durante a graduação.

No estudo realizado acerca da utilização do processo de enfermagem em um hospital público no interior Sul da Amazônia Legal, os enfermeiros revelaram que seus conhecimentos sobre a importância da primeira fase, de investigação, são incipientes. Além das dificuldades em realizar e avaliar diariamente os diagnósticos de enfermagem, por desconhecimento de uma metodologia e de referências literárias para sua elaboração. Sobre a etapa de planejamento os sujeitos não a consideraram como prioridade devido à própria falta de conhecimento, falta de tempo e clínicas cheias. Sobre a etapa de prescrição de enfermagem, demonstraram desconhecimento acerca do processo de enfermagem e desvalorização da importância que tem a prescrição de enfermagem. Foi concluído na pesquisa que os profissionais não valorizam o processo de enfermagem, ou quando realizam, fazem de forma fragmentada (SOUZA; VASCONCELLOS; PARRA, 2015).

Oliveira et al. (2012) observaram que alguns enfermeiros participantes referiram realizar apenas o registro da evolução de enfermagem. Na pesquisa, 20,59% dos enfermeiros afirmaram utilizar algumas etapas da sistematização da assistência de enfermagem, com exceção do exame físico, o qual estava incluído no histórico de enfermagem, e 46,66% registravam as ocorrências do paciente em folha de evolução.

Um estudo de revisão sobre a sistematização da assistência de enfermagem verificou que de 71 trabalhos publicados, 28% referia aplicar pelo menos uma das etapas da sistematização da assistência de enfermagem, 21% utilizavam instrumentos de coleta de dados, restringindo-se apenas à primeira etapa, e 20% trabalharam o perfil dos diagnósticos de enfermagem em setores específicos da instituição. O que demonstra que existe uma ampla discussão acerca do tema sistematização da assistência de enfermagem, porém não mostra uma efetividade na implementação dessa metodologia, pois o número de trabalhos demonstrando a aplicação de todas as fases da sistematização da assistência de enfermagem ainda é insuficiente (CAVALCANTE et al., 2011).

Outro estudo realizado por Tavares et al. (2013), em uma unidade pediátrica de um hospital no estado de Minas Gerais, o processo de enfermagem é desenvolvido em quatro etapas: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Observou-se que o impresso não era preenchido integral e adequadamente. Os resultados desse estudo evidenciaram que a maioria dos enfermeiros não executava todas as etapas da sistematização da assistência de enfermagem diariamente e que a maioria dos técnicos de enfermagem não fundamentava os cuidados na prescrição de enfermagem.

No estudo realizado por Silva et al. (2013) os enfermeiros se manifestaram muitas vezes, como se as fases do processo fossem independentes. Percebeu-se que eles conheciam bem a primeira etapa do processo, porém, poucos se posicionaram nas fases de planejamento de enfermagem e implementação. Na etapa da avaliação de enfermagem, foi evidenciado conhecimento dos enfermeiros, podendo estar relacionado à utilização dessa etapa durante a prática assistencial. Dentre as fases do processo descritas pelos enfermeiros que participaram da pesquisa, observou-se que, apesar da maioria utilizar quase todas as etapas do processo, a grande dificuldade é a aplicação da fase do diagnóstico de enfermagem.

Diante do exposto, observa-se que o processo de enfermagem fracionado desconfigura o método de planejamento de ações como modelo assistencial, uma vez que o mesmo deve ser efetivado de forma integral por cada profissional, cabendo ao enfermeiro, o compromisso de pensar no planejamento de sua assistência em todas as fases visando o cuidado holístico (MORAIS et al., 2015).

4.5 Quarta oficina: reestruturação e construção do formulário clínica médica

A oficina teve duração de uma hora e meia, compareceram apenas dois enfermeiros e a coordenadora de enfermagem. Começou com a apresentação do objetivo dos formulários e a

importância de modificá-los, ajustando-os para a realidade do serviço. Optou-se por reformular inicialmente o instrumento da clínica médica, para que esse possa servir de modelo, visto que havia a inserção nesta unidade de internação de todos os profissionais que participavam das oficinas. Foram discutidos cada item do impresso existente, o que deveria ser acrescentado ou retirado, ouvindo as justificativas e explicações, chegando ao senso comum para poder decidir.

Foi optado pela estruturação em sistema corporal, em comum acordo entre todos ali, por ser mais simples e de fácil compreensão para esse início. Talvez consiga futuramente utilizar alguma teoria de enfermagem, mas para isso deverá ter mais encontros de educação permanente em saúde, para que todos possam aderir ao processo adequadamente.

Na primeira parte do impresso foi sugerido acrescentar algumas informações para a anamnese, tais como: história pregressa do paciente, queixa principal e diagnóstico e retirar os itens correspondentes às sondas que estavam nesse item. Unificar sistema neurológico e pupilas que estavam separados e acrescentar as alternativas para o estado geral do paciente: Estado Geral Bom (EGB), Estado Geral Regular (EGR) e Estado Geral Grave (EGG), termos para o nível de consciência (obnubilado, letárgico), neste momento foi discutido o que significava cada um deles, retirar os termos (reage à estímulos e não reage). Retirar o quesito Regulação Térmica, pois esta informação relacionada à temperatura era redundante, já que essa informação já estava presente nos sinais vitais.

No quesito oxigenação, foi sugerido retirar os itens bradicárdico, taquicárdico, porque era redundante, tendo em vista que esta informação já estava presente no item dos sinais vitais, o item intubação, já que no hospital não há pacientes intubados e criar um novo espaço para conter os dispositivos de baixo e alto fluxo, tendo como opções os dispositivos disponíveis na instituição (cateter nasal, cânula, máscara de venturi).

Na opção Pele, foi sugerido levá-la para o início do exame físico no impresso, antes do sistema neurológico, retirando os itens de hipertérmico, afebril e hipotérmico e acrescentar itens para a hidratação da pele.

Foi sugerido acrescentar sistema respiratório mais completo, abrangendo todos os métodos propedêuticos no exame, como os itens: tipo de tórax, ausculta pulmonar, com os murmúrios vesiculares presentes ou ausentes, ruídos adventícios se presentes, estertores, roncos, sibilos, frêmito toraco vocal presente ou ausente.

Para seguir a ordem cefalocaudal do exame físico, foi sugerido vir logo após o sistema respiratório, o sistema cardiovascular ao invés do gastrointestinal como estava. Da mesma forma, acrescentar mais itens neste sistema, para uma melhor avaliação, como: bulhas

cardíacas hiper, hipo ou normofonéticas, ritmo cardíaco regular ou irregular, perfusão periférica preservada ou prejudicada; retirar os itens normocárdico, bradicárdico e taquicárdico, hipertenso e hipotenso, pois essas informações já estão contidas nos sinais vitais.

Em seguida, o exame gastrointestinal, retirando o item de nutrição parenteral (NPT), que no hospital não tem esse tipo de nutrição, retirar o item flatos presentes e ausentes, que encontra-se duplicado. Foi sugerido retirar a parte sobre Regulação Abdominal e colocar as opções presentes neste item no sistema gastrointestinal, a qual elas pertencem e acrescentar os itens sobre a palpação, percussão e ausculta do abdome, como: tipo de abdome (globoso, avental, plano), timpânico, maciço, fígado e baço palpáveis ou não e eliminações intestinais presentes ou ausentes, sinal de Mcburney, de Rovsing positivos ou negativos, tendo em vista a frequente aparição de casos de apendicite no serviço; retirar o item ferida operatória (FO).

No sistema urinário, foi sugerido acrescentar o sinal de Giordano, positivo ou negativo. Foi sugerido retirar o último quesito sobre úlceras por pressão que estava com os termos desatualizados e foi sugerido também que estes viessem no exame da pele e não isolados como estava.

Todas essas sugestões foram acatadas pelos enfermeiros participantes, a única que não foi aprovada, foi a retirada do item sobre cateter venoso central, porque a coordenadora alegou que este tipo de procedimento apesar de não ser realizado no hospital, havia o material disponível, podendo existir a oportunidade de utilizá-lo, assim como o surgimento do profissional capacitado para tal.

Sobre os diagnósticos de enfermagem, foram retirados apenas os diagnósticos que estavam duplicados, que foram: distúrbio do padrão do sono e desobstrução ineficaz das vias aéreas. Foi sugerido por eles, colocar um espaço para que pudessem acrescentar diagnósticos caso necessitasse.

Na prescrição de enfermagem, foi sugerido a retirada do item comunicar qualquer intercorrência a enfermeira, modificar o item verificação de sinais vitais para duas vezes ao dia e sempre que necessário; modificar o item observar alteração no nível de consciência para avaliar alteração no nível de consciência; modificar o item registrar eliminações intestinais a cada 8 horas, retirando o tempo, da mesma forma retirar o tempo estipulado no item medir e anotar diurese; retirar as opções de ferida operatória (FO) e ferida infectada (FI) no item sobre realizar curativo, substituindo por realizar curativo diariamente e sempre que necessário; alterar o item dar banho no leito a cada 24 horas pela manhã, para realizar banho

no leito a cada 24 horas pela manhã. Foi sugerido colocar no final os itens sobre os sinais vitais do paciente, como: pressão arterial, frequência cardíaca, respiração e temperatura.

A discussão foi muito produtiva, os relatos das vivências dos profissionais, trouxeram ideias do que estava faltando no formulário, os itens que não se adequavam, foi importante também para fazer uma revisão dos termos técnicos do exame físico, definições. Os profissionais demonstravam satisfação em estarem participando desta elaboração, dava para perceber o entusiasmo nas discussões.

A ideia de reformulação do instrumento visa ajudar na assistência diária do enfermeiro ao considerar as potencialidades e peculiaridades do setor, o adequando assim a sua vivência diária.

O estudo de Medeiros et al. (2012), também concordam que os formulários utilizados no serviço precisam ser ajustados para suprir as necessidades da clientela atendida no serviço, objetivando qualificar o atendimento prestado, apesar de reconhecerem que eles são satisfatórios na execução de todas as fases do processo de enfermagem.

No estudo de Oliveira et al. (2012) evidencia-se que a utilização do documento impresso com os diagnósticos e as prescrições de enfermagem realizado na etapa de implantação da sistematização da assistência de enfermagem, associado às aulas pode facilitar a introdução da sistematização da assistência de enfermagem de forma que todas as suas etapas sejam registradas.

Um estudo feito por Santos e Ramos (2012) em um centro obstétrico de um hospital público em Recife-PE, o formulário para elaboração do Histórico de Enfermagem foi concebido a partir da necessidade de identificação dos dados obstétricos da parturiente para facilitar a sistematização da assistência de enfermagem. O instrumento para consulta de enfermagem contempla os dados de identificação da parturiente, os dados relacionados à gestação, exame físico da parturiente, exames laboratoriais e dados do parto. Após a consulta de enfermagem, deve ser iniciada a segunda etapa do protocolo que é a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Um formulário específico foi elaborado a partir dos dados coletados com as participantes da pesquisa, o qual contemplou sete diagnósticos de enfermagem com suas respectivas intervenções e resultados esperado.

No estudo de Dutra et al. (2016) na sua pesquisa traz como estratégias para o aperfeiçoamento da realização do processo de enfermagem, a utilização de um referencial teórico adequado às características da instituição e necessidades da equipe de enfermagem considerando o perfil dos pacientes; racionalização dos impressos, com vistas à otimização do

tempo, prevenção de erros e melhora da comunicação entre os membros da equipe de enfermagem/saúde.

Colaço et al. (2015), destacam a importância da qualidade dos registros a respeito do que o enfermeiro avalia nos pacientes. Registros objetivos e criteriosos facilitam comunicação entre os membros da equipe de saúde. Ressalta-se ainda que registros de excelência podem se estabelecer em garantia do fortalecimento da enfermagem como ciência, além de ser um requisito valioso do ponto de vista jurídico.

4.6 Quinta oficina: finalização da oficina de reestruturação e construção do formulário da clínica médica e encerramento do projeto

Este último encontro teve duração de uma hora e meia, participaram dessa oficina três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e a coordenadora de enfermagem. Foi lhes apresentado um impresso com as alterações feitas com as sugestões do encontro anterior para novamente discutir e concluir o formulário, visto que existiam mais profissionais neste encontro.

Foi discutido cada sistema e sempre questionando se havia algo que os participantes gostariam de acrescentar ou retirar. No sistema neurológico todos concordaram com a nova versão, após as alterações feitas.

No sistema respiratório, foi sugerido retirar o item oxigenoterapia e máscara de venturi e criar um campo para uso de dispositivos, isso incluiria os cateteres utilizados na instituição, intravenosos e de oxigenoterapia, os sistemas de baixo e alto fluxo, as sondas vesicais e gástricas e incluir o item para gavagem, e ainda um item para identificar o volume de oxigênio ofertado ao paciente em uso de oxigenoterapia.

No campo sobre a pele foi sugerido retirar os itens cianótico e acianótico, por ser redundante essas informações e acrescentar o item hiperemiada.

No sistema cardiovascular, foi sugerido acrescentar o item edemas, sua localização e grau.

No sistema gastrointestinal foi sugerido retirar os itens relacionados a sondas, pois estas estarão no campo sobre uso de dispositivos.

No sistema urinário foi sugerido retirar os itens sobre as sondas, o item cistostomia e estímulo medicamentoso, por não condizer com a realidade da instituição e acrescentar o item sobre uso de fraldas.

Foi sugerido criar um campo para informações sobre avaliação da higienização, deambulação, dor, sono e repouso, tabagismo e etilismo, alergias, este campo teria o título informações gerais e viria logo no início do formulário, antes do exame físico específico.

Nos sinais vitais, foi sugerido por um enfermeiro, acrescentar o item sobre a glicemia capilar, o hemoglicoteste (HGT). Nos diagnósticos de enfermagem, foi sugerido retirar os diagnósticos proteção ineficaz, déficit no auto cuidado para banho ou higiene, perfusão tissular cerebral e renal ineficaz, risco de constipação intestinal, eliminação intestinal alterada, distúrbio no padrão de sono e hipotermia relacionada à infecção. As sugestões realizadas pelos participantes foram incluir os diagnósticos de constipação, diarreia, padrão de sono prejudicado e integridade da pele prejudicada.

Nas intervenções de enfermagem foi sugerido modificar o item realizar higiene oral e nasal, para realizar/orientar higiene oral, o item registrar eliminações intestinais a cada 8hrs para registrar características das eliminações intestinais, estimular a deambulação a cada 6hrs, retirar esse tempo estipulado, o item realizar HGT a cada 12hrs e s/n, para realizar HGT conforme prescrição médica, o item realizar banho no leito, para realizar/orientar/auxiliar banho no leito e foi sugerido acrescentar o item registrar características das eliminações vesicais.

Além disso, foi sugerida a construção de um glossário, para ajudar os profissionais de enfermagem em caso de dúvidas de algum termo do formulário.

Após discutidas as alterações, foi encerrada a reunião com os agradecimentos a todos que participaram desse trabalho, ao apoio da direção e coordenação do hospital, à orientadora e foram distribuídos chocolates com uma mensagem dedicada aos profissionais de enfermagem, como lembrança desse momento.

As oficinas serviram para que os profissionais se atualizassem a respeito da temática e os estimularam à executar a sistematização da assistência de enfermagem, os enfermeiros passaram a realizar o exame físico em todos os sistemas corporais do paciente e os registros ficaram mais elaborados, contendo mais detalhes na evolução diária. Foi importante a reformulação do impresso da clínica médica, para otimizar o tempo gasto pelo enfermeiro nos registros, já que ele é todo no formato de *checklist* e de acordo com a realidade dos pacientes comumente atendidos no serviço.

O glossário foi de extrema importância para retirar as dúvidas dos profissionais de enfermagem a respeito de determinados termos e nivelar o conhecimento sobre os itens que compõem o impresso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo no processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem, através da educação permanente, foram alcançados graças ao reconhecimento da importância pelos profissionais participantes, assim como o apoio dos gestores da instituição.

A implementação da sistematização da assistência de enfermagem por meio da educação permanente revelou ser um processo complexo, exigindo identificação não só das potencialidades, mas das fragilidades do ponto de vista da organização, instituição e individual dos enfermeiros.

As dificuldades encontradas foram a falta de conhecimento prévio sobre a temática por parte de alguns profissionais de enfermagem, a falta de compromisso e o distanciamento do profissional com a assistência direta ao paciente e a falta de tempo para o enfermeiro realizar a sistematização da assistência de enfermagem, quando há muitos pacientes, impressos parciais e que não condizia com a realidade da instituição. Como entraves para a educação permanente: a ausência da maioria dos profissionais de enfermagem nas oficinas, o desinteresse e desmotivação.

Com relação à importância da sistematização da assistência de enfermagem, evidencia-se a necessidade que o enfermeiro possui de buscar o conhecimento e atualização acerca de sua operacionalização, a fim de que a assistência seja dispensada adequadamente com o objetivo de apoiar com cientificidade e autonomia sua profissão, dado que o processo de enfermagem é um instrumento facilitador e que conduz a uma assistência de qualidade.

Nesse contexto, como contribuições desse estudo, foi reformulado o instrumento de evolução do enfermeiro da clínica médica, pautado nas fases descritas como obrigatórias pelo órgão regulamentador da classe e aplicado à realidade da instituição, pois de nada adianta utilizar a sistematização da assistência de enfermagem sem que antes haja uma avaliação da realidade que se pretende aplicá-la. E construído um glossário para consulta de alguns termos utilizados no instrumento, em caso de dúvidas dos profissionais de enfermagem.

Espera-se com este instrumento proporcionar economia de tempo e praticidade, visando uma assistência de qualidade, além de respaldar legalmente as ações de enfermagem, cabendo ao enfermeiro, a iniciativa em aplicar e visualizar o resultado de suas ações devido à importância e as vantagens de sua utilização.

Constata-se também que a integração da universidade junto ao serviço contribui para o desenvolvimento de pesquisas, o que possibilita aos enfermeiros aproximar-se do método científico, ampliando o olhar para a realidade vivenciada e possibilitando melhor qualificação do cuidado.

Espera-se este relato de experiência contribua para que os profissionais de enfermagem compreendam a relevância da utilização da sistematização da assistência de enfermagem por meio do processo de enfermagem, em prol de oferecer uma assistência com qualidade ao paciente, sendo integral e humanizado, portando total autonomia enquanto enfermeiro e fortificando cientificamente sua profissão. Ademais, contribua auxiliando muitos enfermeiros para iniciarem o processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem em outras clínicas e em suas instituições.

REFERÊNCIAS

- BARROS ALBL et al. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015.
- BRASIL. Educação Permanente em Saúde um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde Agenda 2014 1ª edição 1ª reimpressão. Brasília – DF; 2014.
- BRASIL. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 26 jun. 1986. Seção 1:1. 4.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.
- Brito CGN, Silva NC, Montenegro L. Metodologia de Paulo Freire no desenvolvimento da educação permanente do enfermeiro intensivista. Rev. Enfermagem Revista. 2012; 16(3).
- Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 280-9.
- Castro DF, Tredezini ALM. A importância do jogo/lúdico no processo de ensino-aprendizagem. Revista Perquirere, Patos de Minas-MG, 2014 jul; 11(1): 166-181.
- Cavalcante RB, Otoni A, Bernardes MFVG, Cunha SGS, Santos CS, Silva PC. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. Revista de Enfermagem da UFSM, 2011; 3(1):461-471.
- Cogo E, Gehlen MH, Ilha S, Zamberlan C, Freitas HMB, Backes DS. Sistematização da assistência de enfermagem no cenário hospitalar: percepção dos enfermeiros. Cogitare Enfermagem, 2012; 17(3).
- Colaço et al. Registro da avaliação de enfermagem em terapia intensiva: discurso do sujeito coletivo. Revista de Enfermagem da UFSM, 2015; 5(2): 257-266.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº160/93. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, COFEN, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 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. Brasília, COFEN, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, COFEN, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília, COFEN, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Dispõe sobre a anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasília, COFEN, 2017.

Costa CJMS. A Importância do Jogo no processo de Ensino e Aprendizagem de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor. Lisboa, 2012.

Dutra HS, Jesus MCP, Pinto LMC, Farah BF. Utilização do processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. HU Revista, Juiz de Fora 2016 nov-dez; 42 (4): 245-252.

Felix NN, Rodrigues CDS, Oliveira VDC. Desafios encontrados na realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. Arq Ciênc Saúde. 2009 out-dez; 16(4):155-60.

Ferreira, RGS. A educação permanente na formação contínua dos profissionais de enfermagem. Revista sustinere, Rio de Janeiro 2015 jul-dez; 3(2): 128-142.

Gomes LA, Brito DS. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. Revista Interdisciplinar uninovafapi. Teresina 2012 jul-ago-set; 5(3):64-70.

Gutiérrez MGR, Morais SCR. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 mar-abr;70(2):455-60.

Jesus MCP, Figueiredo MAG, Santos SMR, Amaral AMM, Rocha LO, Thiollent MJM. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1229-36 www.ee.usp.br/reeusp.

Mangueira SO, Lima JTS, Costa SLA, Nóbrega MML, Lopes MVO. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. Enfermagem em Foco. 2012; 3(3): 135-138.

Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev Bras Enferm. Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 297-303.

Melo DF, Nunes TAS, Viana MRP. Percepção do enfermeiro sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no centro. R. Interd. 2014 abr-mai-jun; 7(2):36-44.

Meneses SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo-SP, 2011 Ago; 45(4): 953-958.

Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Revista Saúde Pública, 2014; 48(1): 170-185.

Miranda LCV, Silveira MR, Chianca TCM, Vaz FRM. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde: um relato de experiência. Rev enferm UFPE on line. Recife 2013 jan; 7(1):295-301.

Morais LB, Cezário MS, Azevedo AS, Manhães LSP. Implicações para o processo de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Persp. Online: biol. & saúde. Campos dos Goytacazes 2015;19(5): 35-52.

Muller N, Reis CB. Relato de experiência: educação permanente em saúde e sistematização da assistência de enfermagem na estratégia de saúde da família. Suplemento Revista Saúde em Redes ISSN. Suplemento 2016; 2 (1): 2446-4813.

Oliveira APC, Coelho MEAA, Almeida VCF, Lisboa KWSC, Macêdo ALS. Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza- CE, 2012; 13(3): 601-612.

Oliveira KF, Iwamoto HH, Oliveira JF, Almeida DV. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. Revista de Enfermagem Referência - III - 2012;(8): 105-114.

Oliveira BMM, Peluccio DCM, Siqueira FPC, Rodrigues JRG, Salum AALA. Educação permanente: estratégia para repensar a sistematização da assistência de enfermagem em ambulatório de onco-hematologia. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2017; 5: 486-493.

Paiano LAG. et al. Padronização das ações de enfermagem prescritas para pacientes clínicos e cirúrgicos em um hospital universitário. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2015; 3(4): 1336-1348.

Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Computerization of Nursing Care System: advances in care management. Journal of Health Informatics, 2014; 6(3): 75-80.

Rocha RLP, Delfim LVV, Brito MCNS, Paulista AV, Figueiredo KA, Duarte KK. Percepção da equipe de enfermagem sobre educação permanente em um hospital privado de Nova Lima. Rev. Eletr. Evid & Enferm. 2017; 1(1).

Santos RB, Ramos KS. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. Rev Bras Enferm. Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 13-8.

Santos JS, Lima LM, Melo IA. Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão bibliográfica. Ciências Biológicas e da Saúde periodicos.set.edu.br. Aracaju 2014 out; 2(2): 59-68.

Santos WN. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. J Manag Prim Health Care. 2014 Acesso em: 09 set 2016;5(2):153-158. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/210/213>.

Silva LAA, Leite MT, Hildebrand LM, Pinno C. Educação permanente em saúde na ótica de membros das comissões de integração ensino-serviço. Rev Enferm UFSM 2013 Mai/Ago;3(2):296-306.

Silva VS, Barbosa Filho ES, Queiroz SMB, Abreu RNDC. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. *Cogitare Enferm.* Fortaleza-CE 2013 Abr/Jun; 18(2):351-7.

Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Esc. Anna Nery.* Rio de Janeiro 2015 Acesso em: 15 set 2016;19(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047.

Souza LP, Vasconcellos C, Parra AV. Processo de enfermagem: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia, Brasil. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR Rondônia* 2015 Mar-Mai; 10(1):05-20.

Tannure MC, Pinheiro AM. *SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático.* 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

Tavares TS, Castro AS, Figueiredo ARFF, Reis DC. Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. *Rev Min Enferm.* 2013 abr/jun; 17(2): 278-286.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ			
SAE - UNIDADE DE INTERNAÇÃO: CLÍNICA MÉDICA				
Nome: _____	Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: ()F ()M		
Data: ____/____/____	Data admissão: ____/____/____	Prontuário: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Motivo da Internação: _____				
Hipótese Diagnóstica: _____				
INFORMAÇÕES GERAIS		DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		
() Deambula () Deambula com ajuda		() Integridade tissular prejudicada		
() Restrito ao leito		() Dor crônica		
Sono e repouso: () Preservados () Prejudicados		() Eliminação vesical alterada		
Higienização: () Preservada () Prejudicada		() Risco para infecção		
() Tabagista () Etilista () Alergias: _____		() Volume de líquidos excessivo		
Dor:		() Fadiga		
COLETA DE DADOS		() Sentar-se prejudicado		
SISTEMA NEUROLÓGICO		() Náusea		
Estado Geral: () Bom () Regular () Grave		() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos		
() Consciente () Orientado () Desorientado		() Troca de gases prejudicadas		
() Letárgico () Obnubilado () Torporoso		() Mobilidade no leito prejudicada		
() Comatoso () Agitado () Sedado		() Dor aguda		
Pupilas: () Fotorreagentes () Não reagentes		() Retenção urinária		
() Isocóricas () Anisocóricas		() Levantar-se prejudicado		
() Mióticas () Midriáticas		() Risco de lesão por pressão		
PELE		() Risco para integridade da pele prejudicada		
() Normocorada () Hipocorada () Hiperemiada		() Insônia		
() Cianótica () Icterícia		() Desobstrução ineficaz das vias aéreas		
() Hidratada () Desidratada		() Risco de glicemia instável		
() Lesão por pressão Estágio: _____		() Perfusão tissular periférica ineficaz		
SISTEMA RESPIRATÓRIO		() Mobilidade física prejudicada		
() Eupnéico () Dispnéico		() Débito cardíaco Diminuído		
() Murmúrios vesiculares () Ar ambiente		() Padrão respiratório ineficaz		
() Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos		() Mucosa oral prejudicada		
() Estertores		() Ventilação espontânea prejudicada		
SISTEMA CARDIOVASCULAR		() Déficit no autocuidado para banho		
Pulso: () Cheio () Filiforme () Regular () Irregular		() Padrão do sono prejudicado		
Perfusão Periférica: () Preservada () Diminuída		() Volume de líquidos deficiente		
Bulhas cardíacas: () Normofonéticas		() Comunicação verbal prejudicada		
() Hipofonéticas () Hiperfonéticas		() Mucosa oral prejudicada		
Ritmo cardíaco: () Regular () Irregular		() Deambulação prejudicada		
() Edema Localização: _____ Grau: _____		() Hipertermia relacionada a infecção		
SISTEMA GASTROINTESTINAL		() Outros: _____		
() SNG () SNE () VO		_____		
() Gavagem () Aberta () Emese		_____		

Evacuações: () Presentes () Ausentes	_____
Adbomen: () Plano () Globoso () Distendido () Timpanismo, _____ () Macicez, _____	_____
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Ruídos Hidroaéreos: () Presentes () Ausentes	() Aferir e registrar SSVV duas vezes ao dia e S/N
() Sinal de McBurney () Sinal de Rosving	() Avaliar nível de consciência
SISTEMA URINÁRIO	() Medir e anotar diurese
() Espontânea () Uso de Fraldas	() Orientar/Realizar higiene oral
() Disúria () Poliúria	() Realizar HGT conforme prescrição médica
() Colúria () Piúria () Hematúria	() Registrar características das eliminações intestinais/vesicais
() Anúria () Oligúria () Sinal de Giordano	() Orientar/Auxiliar/Realizar baho no leito
USO DE DISPOSITIVOS	() Verificar a permeabilidade da SNG/SNE
Cateter central: () Não () Sim Local: _____	() Realizar mudança de decúbito de 2/2 hrs
Cateter periférico: () Não () Sim Local: _____	() Realizar troca do equipo e do AVP a cada 72hrs
Sondas: () SNG () SNE () Aberta () Gavagem	() Observar sinais de angustia respiratória
() SVD () SVA	() Realizar troca dos dispositivos de oxigenoterapia diariamnete
Oxigenoterapia: () Não () Sim Litros/Min: _____	() Realizar troca do curativo diariamnte
() Cânula nasal () Cateter nasal () Máscara Venturi	
SINAIS VITAIS E HGT	
TA: ___°C P: ___bpm SatO ₂ : ___%	
R: ___irpm PA: _____mmHg HGT: _____mg/Dl	ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO

APÊNDICE B - GLOSSÁRIO

A

ABDOMEN DISTENDIDO: abdomen aumentado devido a presença de gases, líquidos e sólidos.

ABDOMEN GLOBOSO: apresenta-se globalmente aumentado com predomínio nítido do diâmetro antero-posterior sobre o transversal. Ex.: gravidez avançada, ascite, obesidade, obstrução intestinal, tumores policísticos do ovário.

ABDOMEN PLANO: abdomen com contornos regulares.

ANÚRIA: débito urinário menor que 50ml/dia

C

CIANÓTICA: coloração azul ou violácea da pele ou mucosa, devido a um excesso de desoxihemoglobina nos capilares.

COLÚRIA: presença de pigmento biliar na urina, dando uma coloração escura.

COMATOSO: estado de estupor profundo com perda total ou quase total da consciência, da sensibilidade e da motilidade voluntária.

CONSCIENTE: estado geral que nos torna aptos a julgar, refletir e decidir.

D

DESIDRATADA: caracteriza-se pela baixa concentração não só de água, mas também de sais minerais e líquidos orgânicos no corpo. Para avaliar o turgor da pele, realiza-se uma prega cutânea com o polegar e indicador, verificando a facilidade com que é realizada e a velocidade de seu retorno, quando a prega se desfaz lentamente, indica que a pele está desidratada.

DESORIENTADO: estado de confusão mental em que o indivíduo perde as noções de lugar e tempo.

DISPNEICO: respiração difícil, penosa ou irregular.

DISÚRIA: micção acompanhada de dor, desconforto e queimação.

E

EDEMA: acúmulo de líquidos nos tecidos devido ao extravasamento intersticial. Para avaliação, deve-se pressionar com o polegar a região por, pelo menos, cinco segundos. Caso apresente uma depressão, que se caracteriza pela formação de cacifo (sinal de Godet), descreve-se como sinal de godet positivo. A graduação do edema costuma ser feita em “cruzes”, sendo 1+ (2mm), 2+ (4mm), 3+ (6mm) e 4+ (8mm), conforme a profundidade do cacifo (depressão).

ESTADO GERAL: a impressão que se tem do paciente, descrita da seguinte forma: estado geral bom (EGB), estado geral regular (EGR) ou estado geral grave (EGG). Uma avaliação subjetiva no conjunto de dados exibidos pelo paciente e interpretados de acordo com a experiência de cada um. Em outras palavras, o que aparenta o paciente, visto em sua totalidade.

ESTERTORES: são audíveis quando ocorre abertura súbita de pequenas vias aéreas contendo pequena quantidade de líquido. Pode ser reproduzido o som ao esfregar uma mecha de cabelo contra os dedos próximo ao ouvido. As crepitações podem ser auscultadas durante a inspiração e a expiração e geralmente não desaparecem com a tosse ou mudança de posição. Associadas a edema pulmonar, fibrose, bronquite, bronquiectasia, pneumonia. Estertores subcrepantes são sons que assemelham-se ao rompimento de pequenas bolhas, podendo ser auscultado no final da inspiração e no início da expiração.

EUPNEICO: frequência respiratória regular entre 12 e 16 rpm.

G

GAVAGEM: método de introdução de alimentos líquidos no estômago através de um tubo de polivinil colocado pelo nariz ou boca, usado para alimentação.

H

HEMATÚRIA: presença de sangue na urina

HIDRATADA: para avaliar o turgor da pele, realiza-se uma prega cutânea com o polegar e indicador, verificando a facilidade com que é realizada e a velocidade de seu retorno. Em situação normal, a prega se desfaz rapidamente indicando que a pele está hidratada.

HIPEREMIADA: pele avermelhada decorrente da vasodilatação capilar.

HIPOCORADA: pele ou mucosas pálidas.

I

ICTERÍCIA: caracterizada pela coloração amarela dos tecidos, resultante da presença anormal de pigmentos biliares.

L

LESÃO POR PRESSÃO GRAU 1: Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais.

LESÃO POR PRESSÃO GRAU 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis.

LESÃO POR PRESSÃO GRAU 3: Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. Não há exposição de fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

LESÃO POR PRESSÃO GRAU 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.

LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

LETÁRGICO: tende a dormir quando não estimulado, desatento, movimentos espontâneos diminuídos.

M

MURMÚRIOS VESICULARES: sons pulmonares normais.

N

NORMOCORADA: pele ou mucosas com colorações normais.

O

OBNUBILADO: desperta apenas com movimentos vigorosos age de modo confuso, a fala pode ser incoerente.

OLIGÚRIA: diminuição do débito urinário (400ml/dia)

ORIENTADO: verifica-se se o paciente está orientado através da entrevista. Pode-se dizer que o paciente está bem orientado quanto a noção do eu, quando fornece ele próprio dados de sua identificação pessoal, revelando saber quem é, como se chama, que idade tem, qual sua nacionalidade, profissão, estado civil, etc., além de identificar-se, ter noção de sua situação a qualquer momento, deve saber perfeitamente onde se encontra, o dia, o mês e o ano atuais e qual a sua situação em relação ao ambiente.

P

PERFUSÃO PERIFÉRICA: relaciona-se com o fornecimento de sangue arterial rico em oxigênio e nutrientes para os tecidos, através dos vasos sanguíneos. A perfusão periférica analisa especificamente o fornecimento de sangue aos tecidos periféricos, isto é, nas extremidades do corpo, tais como os pés e as mãos. Para avaliação, pressiona-se a porção distal do dedo mínimo ou polegar, avaliando a perfusão periférica dos tecidos; se o tempo de perfusão for maior que 2 segundos, significa que os tecidos não estão sendo perfundidos adequadamente, indicando que a perfusão periférica está diminuída.

PIÚRIA: presença de pus na urina, deixando-a turva.

POLIÚRIA: aumento do volume urinário (acima de 1.800ml/dia)

PULSO FILIFORME: fino, em forma de fio.

PUPILAS ANISOCÓRICAS: desigualdade de diâmetro das pupilas.

PUPILAS ISOCÓRICAS: igualdade no tamanho das pupilas, tamanho normal 3 a 6 mm.

PUPILAS MIDRIÁTICAS: dilatação da pupila.

PUPILAS MIÓTICAS: diminuição no diâmetro da pupila

R

RONCOS: sons pulmonares anormais provocados pela passagem de ar por canais estreitos contendo líquidos e secreções e podem desaparecer com a tosse. Associado a produção excessiva de muco, como pneumonia, bronquite.

RUÍDOS ADVENTÍCIOS: sons pulmonares anormais.

RUÍDOS HIDROAÉREOS: são roncões provocados pela mistura de gases e líquidos, provocados pelo peristaltismo das alças intestinais, que podem estar hipoativos ou hiperativos.

S

SEDADO: paciente em uso de medicação sedativa.

SIBILOS: sons pulmonares anormais que se assemelham a ruídos musicais, decorrentes da passagem de ar por vias aéreas estreitas. Auscultados na inspiração e na expiração. Quando intensos, podem ser audíveis sem estetoscópio e são associados à asma e broncoconstrição.

SINAL DE GIORDANO: dor à punho percussão na região lombar; indica acometimento renal (positivo em litíase, pielonefrite aguda)

SINAL DE MCBURNEY: dor na fossa ilíaca direita à palpação da fossa ilíaca direita; indica apendicite.

SINAL DE ROSVING: dor na fossa ilíaca direita à palpação da fossa ilíaca esquerda; indica apendicite.

T

TORPOROSO: espontaneamente inconsciente, responde apenas por estímulos dolorosos, tem resposta motora ao estímulo da dor.