

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIANA APARECIDA RIBEIRO RAMOS

**Sistematização da Assistência de Enfermagem: um estudo
com auxiliares e técnicos de enfermagem**

RIBEIRÃO PRETO

2007

LUCIANA APARECIDA RIBEIRO RAMOS

**Sistematização da Assistência de Enfermagem: um estudo
com auxiliares e técnicos de enfermagem**

Dissertação apresentada à Área de Enfermagem Fundamental do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa - Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho

RIBEIRÃO PRETO
2007

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Ramos, Luciana Aparecida Ribeiro

Sistematização da Assistência de Enfermagem: um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem, 2007.

149 p.: il; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Geral e Especializada.

Orientador: Carvalho, Emilia Campos

1. Sistematização da Assistência. 2. Processos de Enfermagem. 3. Equipe de Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciana Aparecida Ribeiro Ramos

Sistematização da Assistência de Enfermagem: um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

À Deus

Pela oportunidade da vida e do aprimoramento moral e intelectual.

Aos bons espíritos

Pela proteção, inspiração e envolvimento nas horas difíceis.

À minha mãe Nizaldir

Que nos ensinou, logo cedo, o valor do trabalho e da dignidade humana e é hoje símbolo de perseverança e otimismo em nossa família.

Ao meu querido pai Miguel (in memoriam)

Que sempre nos apoiou nas decisões da vida, e onde quer que esteja tenho a certeza da sua proteção carinhosa.

Ao meu marido Fernando

Companheiro, amigo, crítico, incentivador. Que sempre acreditou e acredita em meu potencial.

Aos meus filhos José Afonso e Maria Clara

Que fazem tudo valer a pena e por existirem na minha vida.

Às minhas irmãs Sônia e Eliane

Que mesmo longe, os laços do coração nos mantêm tão perto.

Á D. Cida e Sr. José Ramos, meus sogros

Que foram essenciais nos momentos finais deste trabalho, apoiando e cuidando dos nossos tesouros, José Afonso e Maria Clara.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho

Que confiou e aceitou orientar-me neste trabalho, obrigada pela compreensão, dedicação e paciência. Foi uma honra poder ter compartilhado de sua sabedoria.

À Profa. Dra. Silvia Rita Marin Silva Canini

Que auxiliou na construção do banco de dados da pesquisa e juntamente construiu laços de amizade e gratidão, muito obrigada.

À Profa. Dra. Maria Regina Lourenço Jabur

Que viabilizou a realização desta pesquisa e contribuiu com informações relevantes.

A profa. Dra. Maria Célia Dalri

Que possibilitou o aprimoramento dos conhecimentos relacionados ao processo de enfermagem e contribuiu com preciosas sugestões para a melhoria deste trabalho.

A profa. Dra. Ana Maria Napoleão

Pela contribuição na correção e sugestões na finalização do trabalho.

À Profa. Dra Ilda Estefani Ribeiro Marta

Pela confiança em meu potencial e me fazer crer na possibilidade da execução deste trabalho.

À Eva Adlero

Pelos conhecimentos em informática e principalmente pela serenidade e confiança.

Aos profissionais de enfermagem

Que participaram desta pesquisa.

Às professoras da Faculdade de Enfermagem de Fernandópolis

Que direta ou indiretamente contribuíram na realização deste trabalho.

Aos alunos de graduação de enfermagem da Faculdade de Enfermagem de Fernandópolis

Pela compreensão de minhas ausências permitindo a reposição de aulas em horários alternativos e acima de tudo o incentivo constante para a finalização desta pesquisa.

Epígrafe

Enquanto o trabalhador for aquele que não pensa ou que não sabe pensar, e o pensador for aquele que não trabalha, a ideologia não perderá sua existência.

Marilena Chauí.

RESUMO

RAMOS, L.A.R. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem**. 2007. 149f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com o objetivo de caracterizar o processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos seguintes aspectos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): informação sobre essa metodologia durante sua formação profissional; informação sobre a SAE no setor de trabalho; informação quanto à aprovação legal para participar da SAE; a percepção desses profissionais sobre a sua participação nas fases da SAE; a contribuição da SAE na organização do seu serviço, conhecer as atividades realizadas por estes profissionais vinculadas às fases da SAE e a frequência das mesmas. A população foi composta de 70 auxiliares e 07 técnicos de enfermagem. Um questionário com perguntas estruturadas e uma escala do tipo Likert foram utilizados como instrumento de coleta de dados. Os principais resultados revelaram: a) 93,5% dos sujeitos reconhecem utilização dessa metodologia no setor onde trabalha. b) 74,0% receberam treinamento para seu uso, destes, 67,7% afirmaram ter sido após a formação profissional. c) 46,8% referiram saber quais são as fases da SAE, destes, 33,3% citaram a coleta de dados, 33,3% a avaliação, 25,0% o diagnóstico de enfermagem, 25,0% a implementação, 27,7% o planejamento de enfermagem, 52,7% responderam de forma incorreta. d) 67,5% consideram que participam da SAE. e) 75,0% não identificam em quais fases participam da SAE. f) 33,8% acreditam ter respaldo legal para participar, 3,9% que não tem autorização, 13,0% referiram não saber e 44,2% não responderam. g) 94,8% consideram que a SAE melhora a qualidade de sua assistência. Quanto às atividades desenvolvidas: a) 81,8% referem que fazem a admissão do paciente. b) 77,9% dos sujeitos solicitam informações sobre o problema de saúde atual; 70,0% sobre antecedentes pessoais; 66,2% sobre antecedentes alérgicos; 87,7% sobre o uso diário de medicamentos. b) quanto a coleta de dados, 93,5% observam a frequência respiratória; 93,5% a presença de dispnéia; 92,2% a presença de tosse; 77,9% alterações na oxigenoterapia; 67,5% nunca realizam a ausculta pulmonar; 89,6% verificam a pressão arterial; 81,8% alterações na infusão venosa, 81,8% verificam frequência de pulsos periféricos; 76,6% avaliam a presença de edema; 76,6% a perfusão periférica; 87,0% referem avaliar alterações no nível de consciência e 81,8% a orientação no tempo e espaço; 98,7% verificam a temperatura; 90,9% observam a presença de lesões; 85,5% a frequência e características da urina, 83,1% o tipo e aceitação da dieta; 80,5% o débito urinário; 76,6% a frequência e características das fezes; 85,7% não auscultam o abdome. c) quanto ao diagnóstico de enfermagem, 85,7% referem nunca realizar esta atividade. d) quanto ao planejamento 87,0% referem nunca participar da prescrição; e) quanto a implementação: 97,4% executam a prescrição e 98,7% checam a prescrição; 98,8% informam alterações observadas durante o cuidado. e) quanto à alta hospitalar, 75,3% anotam condições de deambulação do paciente; 97,4% as condições de dreno. Concluímos que estes profissionais, embora sem saberem, têm uma importante participação nas fases do processo, executando atividades assistenciais previstas em lei, como admissão, observação, descrição e anotação de sinais e sintomas, execução do plano de cuidados e relatório de enfermagem.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência, processos de enfermagem, equipe de enfermagem

ABSTRACT

RAMOS, L.A.R. **Nursing Assistance of Systematization: a study with auxiliaries and nursing technicians**. 2007. 149f. Thesis (Master's) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2007.

It is a descriptive study, that has had as goal to characterize the nursing auxiliaries and nursing technicians working process related to the following aspects of the Nursing Assistance of Systematization (NAS): information acquired during their professional formation; the use of the method at the working field; the knowledge of legal aspects and their perception on the participation at the phases of NAS; the contribution of it in the organization of their assistance service and the activities done by these professionals. The sample of population was composed by 70 nursing auxiliaries and 07 nursing technicians. A questionnaire with structured questions and a Likert scale were used as collecting data tool. The main results have revealed: a) 93,5% of the subjects recognize the use of this methodology at the working field; b) 74,0% received training to use it, and 67,7% of these have said that it happened after their professional formation; c) 46,8% have said that they knew what the phases of the NAS are, and 33,3% of them have mentioned the collecting data, 33,3% the test, 25,0% the nursing diagnostic, 25,0% the implementation, 27,7% the nursing planning, 52,7% have answered incorrectly and 5,5% haven't answered; d) 67,5% considered that participate of NAS; e) 75,0% of the subjects can't identify in which phases they participate of NAS; f) 33,8% of them believe to have a legal protection (approval from Coren – Regional Nursing Council) in order to participate, 3,9% believe that they don't have authorization, 13% have said that they don't know and 44,2% of them haven't answered the question; G) 94,8% have considered that NAS improves the quality of their nursing assistance. In relation to the developed activities: a) 81,8% have said that they do the patient's admission; b) 77,9% of the subjects have solicited information on the current health problem; 70,0% on personal antecedents; 66,2% on the allergic antecedents; 87% on the medicine daily use; c) related to the data collection, 93,5% have observed the respiratory frequency; 93,5% the presence of dyspnea; 92,2% the cough presence; 77,9% alterations at the oxygen therapy; 67,5% have never done the pulmonary auscultation; 89,6% have verified the arterial pressure; 81,8% alterations in the venous infusion; 81,8% have verified frequency of peripheral pulses, 76,6% have evaluated the presence of edema; 76,6% the peripheral perfusion, 87,0% have evaluated alterations at the consciousness level and 81,8% the orientation at time and space; 98,7% have verified the temperature; 90,9% have noted the lesion presence; 85,5% the frequency and characteristics of urine, 83,1% the type and acceptance of the diet; 80,5% the urinary debit, 76,6% the frequency and characteristics of excrement; 85,7% haven't done the abdomen auscultation; d) in relation to the planning 87,0% have said that they have never participated of institutional protocol prescription; e) in relation to the implementation 97,4% have done the nursing prescription and 98,7% have checked the prescription after putting in practice the care proceeding; 98,8% have said they inform alterations noted during the care; e) in relation to the hospital release 75,3% have noted conditions of digression; 97,4% the conditions of drain; 72,7% have oriented on the prescribed medicines. By this way we can conclude that these professionals, although without knowing that, have had an important participation at the phases of the process. Mainly at those phases that mirrors their attributions foreseen by law, as admission, observation, description and taking notes of signals and symptoms, execution of care plans and nursing report.

Keywords: Assistance systematization, nursing processes, nursing staff.

RESUMEN

RAMOS, L.A.R. **Sistematización de la Asistencia de Enfermería: un estudio con auxiliares y técnicos de enfermería.** 2007. 149f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2007.

Se trata de un estudio de naturaleza descriptiva, que ha tenido como objetivo caracterizar el proceso de trabajo de los auxiliares y técnicos de enfermería con respecto a los siguientes aspectos de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE): información adquirida durante su formación profesional; empleo del método en el sector donde trabaja; el conocimiento de los aspectos legales y su percepción sobre la participación en las fases de SAE; la contribución de SAE en la organización de su servicio asistencial y actividades realizadas por estos profesionales. La muestra poblacional fue compuesta por 70 auxiliares de enfermería y 07 técnicos de enfermería. Un cuestionario con preguntas estructuradas y una escala de tipo Likert fueron usados como herramientas de colecta de datos. Los principales resultados han revelado: a) 93,5% de los sujetos reconocen la utilización de esa metodología en el sector donde trabaja; b) 74,0% han recibido entrenamiento para su uso, siendo que de estos, 67,7% han afirmado tener sido después de la formación profesional; c) 46,8% han referido saber cuales son las fases de SAE, de estos, 33,3% la evaluación, 25,0% el diagnóstico de enfermería, 25,0% la implementación, 27,7% el planeamiento de enfermería, 52,7% han contestado de forma incorrecta y 5,5% no han contestado; d) 67,5% han considerado que participan de SAE; e) 75% de los sujetos no consiguen identificar en cuales fases participan de SAE; f) 33,8% creen tener respaldo legal (aprobación de COREN – Órgano Regional de Enfermería) para participar, 3,9% creen que no tienen autorización, 13% han dicho no saber y 44,2% no han contestado a la pregunta; g) 94,8% consideran que SAE mejora la calidad de su asistencia de enfermería. Con respecto a las actividades desarrolladas: a) 81,8% han dicho que hacen la admisión del paciente; b) 77,9% de los sujetos solicitan informaciones sobre el problema de salud actual; 70,0% sobre antecedentes personales; 66,2% sobre antecedentes alérgicos; 87,7% sobre el uso diario de medicinas; c) con respecto a la colecta de datos, 93,5% han observado la frecuencia respiratoria; 93,5% la presencia de disnea; 92,2% la presencia de tos; 77,9% alteraciones en la oxigenoterapia; 67,5% nunca han realizado la auscultación pulmonar; 89,6% han verificado la presión arterial; 81,8% alteraciones en la infusión venosa, 81,8% han verificado frecuencia de pulsos periféricos; 76,6% han evaluado la presencia de edema; 76,6% la perfusión periférica; 87,0% han mencionado la evaluación de alteraciones en el nivel de conciencia y 81,8% la orientación en el tiempo y espacio; 98,7% han verificado la temperatura; 90,9% han observado la presencia de lesiones; 85,5% la frecuencia y características de la orina, 83,1% el tipo y aceptación de la dieta; 80,5% el débito urinario; 76,6% la frecuencia y características de las heces; 85,7% no han hecho la auscultación del abdomen; d) con relación a la etapa de diagnóstico de enfermería, 85,7% han dicho nunca participar de la prescripción de protocolos institucionales; e) con relación a la implementación 97,4% han realizado la prescripción de enfermería y 98,7% han verificado la prescripción después de poner en práctica el procedimiento de cuidado; 98,8% han dicho informar alteraciones observadas durante el cuidado; f) con relación al alta del hospital, 75,3% apuntan condiciones de movimiento del paciente; 97,4% la condición de drenaje; 72,7% orientan sobre medicinas prescritas. De esta forma podemos concluir que estos profesionales, aunque no lo sepan, tienen una importante participación en las fases del proceso, principalmente aquellas que reflejan sus atribuciones previstas en ley, como admisión, observación, descripción y apunte de las señales y síntomas, ejecución del plan de cuidados y relato de enfermería.

Palabras-clave: Sistematización de la Asistencia, procesos de enfermería, equipo de enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem, segundo categoria profissional, idade, gênero, setor de trabalho e tempo de conclusão do curso, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	44
Tabela 2 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem, segundo a participação em treinamento sobre a SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	46
Tabela 3 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem que participaram de treinamento sobre a SAE (N=57), segundo o período de treinamento, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	47
Tabela 4 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo o conhecimento das fases da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	47
Tabela 5 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem, segundo as fases da SAE que os auxiliares e técnicos de enfermagem referiram conhecer (n=36), de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	48
Tabela 6 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo sua participação na SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	49
Tabela 7 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo as fases nas quais os profissionais julgaram participar (N=52), de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	50
Tabela 8 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo a participação nas fases da SAE (N=52), de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	51

Tabela 9 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo as condições de participar das fases da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	53
Tabela 10 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo a aprovação do COREN para a participação da sua categoria nas fases da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006..	54
Tabela 11 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem, segundo a utilização da sistematização da assistência de enfermagem no setor em que trabalham, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	55
Tabela 12 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem que reconhecem a utilização da SAE em seu setor de trabalho (N=72), segundo o tempo de atuação, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	56
Tabela 13 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo a opinião dos sujeitos quanto a melhora ou não da assistência de enfermagem organizada por meio da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	57
Tabela 14 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem (N=73) segundo os motivos que representam a melhora da assistência de enfermagem por meio da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	59
Tabela 15 -	Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo os motivos que representam a não melhora da assistência por meio da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	60
Tabela 16 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo a admissão do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	63
Tabela 17 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados de identificação do cliente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	65

Tabela 18 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo antecedentes patológicos e hábitos do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	67
Tabela 19 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao sistema respiratório do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	69
Tabela 20 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao sistema circulatório do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	71
Tabela 21 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados à palpação da tireóide, termoregulação, sistema neurológico do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.	73
Tabela 22 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados aos sistemas tegumentar e gastrintestinal do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	76
Tabela 23 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao sistema neuro-muscular do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	78
Tabela 24 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao sistema reprodutor masculino e feminino, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	80
Tabela 25 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados a alterações em sondas e cateteres do paciente, de um hospital	

	escola do interior paulista, 2006.....	82
Tabela 26 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados aos aspectos emocionais e sensoriais do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	83
Tabela 27 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao diagnóstico de enfermagem, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	85
Tabela 28 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao planejamento de enfermagem, de um hospital escola do interior paulista, 2006	87
Tabela 29 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados à implementação da assistência de enfermagem, de um hospital escola do interior paulista, 2006.....	89
Tabela 30 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados a anotação e evolução da assistência de enfermagem, de um hospital escola do interior paulista, 2006	91
Tabela 31 -	Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados a alta hospitalar ou transferência, de um hospital escola do interior paulista, 2006	94

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEM

1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Construção do objeto de estudo.....	02
1.2 O Processo de enfermagem como proposta para a Sistematização da assistência: evolução e denominação	05
1.3 O processo de enfermagem e as etapas operacionais.....	12
1.3.1 Coleta de dados.....	12
1.3.2 Diagnóstico de enfermagem.....	15
1.3.3 Planejamento da assistência de enfermagem.....	18
1.3.4 Implementação da assistência de enfermagem.....	23
1.3.5 Avaliação.....	24
1.4 A participação dos membros da equipe de enfermagem no Processo de Enfermagem: controvérsias e desafios.....	25
2 OBJETIVO	30
3 MATERIAL E MÉTODO	33
3.1 Delineamento do estudo.....	34
3.2 Local do estudo.....	34

3.3	População do estudo.....	37
3.4	Período do estudo.....	38
3.5	Instrumento de coleta de dados.....	38
3.6	Procedimento para a coleta de dados.....	40
3.7	Processamento e análise dos dados.....	41
3.8	Considerações éticas.....	41
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5	CONCLUSÃO.....	96
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Construção do objeto de estudo

O despertar para o desenvolvimento deste trabalho deu-se a partir da experiência, de três anos como fiscal do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, na região de São José do Rio Preto e Araçatuba.

O período que permaneci no referido órgão, compreendido entre janeiro de 1999 a janeiro de 2002, coincidiu com a promulgação da Decisão do Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SP) 008/99 que estabelecia a exigência da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições públicas e privadas que ofereciam atendimento de enfermagem.

Naquela ocasião, presenciei inúmeros relatos dos profissionais enfermeiros, os quais referiam que não estavam preparados em termos teóricos e práticos para implementar tal atividade, que consistia em adotar as fases do Processo de Enfermagem (PE) para o gerenciamento do cuidado.

Ainda no cargo de fiscal, no ano de 2000, participei de projeto denominado “Qualidade com Responsabilidade” – organizado pelo COREN/SP, destinado ao público de auxiliares e técnicos de enfermagem.

O projeto tinha por finalidade atualizar conteúdos referentes às técnicas de enfermagem e alertar quanto à competência legal para o desenvolvimento destas. Minha função era ministrar cursos referentes aos assuntos mencionados e, concomitantemente, investigar a difusão e a utilização da SAE no ambiente de trabalho destes profissionais.

Os profissionais Auxiliares e Técnicos de enfermagem quando questionados sobre a utilização do PE, como era esperado, informavam que nunca tinham ouvido falar do assunto e, conseqüentemente, que o PE não era utilizado.

Apesar da exigência parecer algo novo, não podemos olvidar que a decisão COREN-SP/DIR/008/99 que torna a SAE por meio do PE obrigatória em instituições do Estado de São Paulo e, posteriormente, a ampliação da obrigatoriedade para todo o território Nacional pelo Conselho Federal de Enfermagem/COFEN, por meio da Resolução do COFEN 272/2002, tiveram como pressuposto a Lei do Exercício Profissional de nº 7.498/86 que já determinava as ações de Consulta de Enfermagem, Planejamento e Prescrição da Assistência de Enfermagem como privativas do profissional Enfermeiro, o que configura a organização da assistência de enfermagem embora não mencione todas as etapas do PE.

Na década de 70, a prof^a Dr^a Wanda de Aguiar Horta, realizou um trabalho de divulgação do PE como uma metodologia de organização da assistência no Brasil; este fato contribuiu para a adoção deste método por algumas instituições hospitalares, como descritas nos trabalhos de Paula, Araújo e Takahashi (1984); Maria e Dias (1987); Cunha e Bicudo (1989); Silva, Takito e Barbiere (1990).

Chamou-me a atenção um estudo realizado por Rossi (1997), em uma instituição hospitalar que adotou o PE de Horta, na década de 80; o objetivo da pesquisa foi, entre outros aspectos, investigar o significado cultural atribuído à SAE pelos Auxiliares e Técnicos de enfermagem.

Os resultados dos estudos de Rossi (1997) demonstram que o histórico de enfermagem, na maioria das vezes, estava incompleto; as prescrições de enfermagem eram rasuradas ou suspensas pela equipe médica, não eram checadas e às vezes

incompreendidas pelos profissionais de nível médio, sendo cópia da anterior, ou seja, repetitiva. O enfermeiro ficava distante do paciente, só anotava; havia uma hipervalorização da prescrição médica em detrimento da prescrição de enfermagem e a confusão entre rotina e cuidado de enfermagem.

Observei que, apesar da instituição estudada adotar o PE para registro e organização da assistência, os profissionais da equipe de enfermagem não enfermeiros não compreendiam a finalidade e a importância da metodologia em questão.

Outra pesquisa realizada por Cogo e Borba (1986), para identificar a percepção do pessoal auxiliar de enfermagem quanto à prescrição de enfermagem, concluíram que apesar de 94% dos funcionários considerarem a prescrição de enfermagem como um recurso para melhoria da assistência, em contraposição, apenas 46% as executam parcialmente em seu trabalho; este dado evidencia a necessidade de um treinamento em serviço com esclarecimento do significado da prescrição de enfermagem para se obter o aumento dos índices da utilização das mesmas.

Em busca de material que refletisse a prática dos auxiliares e técnicos inseridos em uma metodologia de sistematização da assistência, por meio do PE, encontrei poucas referências. Assim sendo, com o intuito de contribuir para a reflexão dos aspectos relacionados às estratégias para o envolvimento destes profissionais em cada uma das fases do PE, quais as atividades podem realizar sem ferir os limites éticos e de que modo esta metodologia pode ser incorporada em suas atividades cotidianas como algo inerente ao serviço de enfermagem foi desenvolvida esta pesquisa.

1.2 O processo de enfermagem como proposta para a sistematização da assistência de enfermagem: evolução e definição

De acordo com texto produzido por Carvalho e Garcia (2002), as autoras referem McGUIRE que em 1991 afirmava que embora a expressão PE ainda não fosse utilizada, é possível que o ponto de partida para seu desenvolvimento e introdução em nossa linguagem profissional remonte à segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale enfatizou a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas.

Grüdtener (1996) acrescenta que Nightingale passou a utilizar as leis da ciência biológica para explicar princípios científicos e sistematizar técnicas, as quais foram a primeira expressão do saber da Enfermagem.

Para Friedlander (1981), a Enfermagem como qualquer outra profissão, sofre influência constante do ambiente no qual se insere e o desenvolvimento de uma nova idéia só se verificaria se o contexto social, intelectual e tecnológico propiciasse condições para tal.

Ferreira (1990) acrescenta que em relação ao saber científico, a enfermagem apresentou um crescimento lento e gradativo; constata-se isto em sua evolução histórica, visto que no início era voltada para as técnicas caracterizadas como o primeiro instrumento da enfermagem para manipular o seu objeto de trabalho. Com o avanço científico, tem-se a busca de uma fundamentação para as técnicas, surgindo os princípios científicos.

Os Modelos teóricos e teorias foram sendo desenvolvidos, buscando prover conhecimentos sistematizados e indicar tradições de pesquisa que melhor atendessem

às necessidades das enfermeiras na busca de melhores estratégias de intervenção (CIANCIARULLO et al., 2001).

De acordo com Sobral (1994), com o advento das guerras e suas conseqüências evidenciam-se a importância das ações sanitárias e de propostas de recuperação dos doentes. E Jesus (1992), reitera que, em decorrência das transformações após a Segunda Guerra Mundial a Enfermagem norte-americana, organizada em Associações, Grupos e Comitês, iniciou discussões baseadas nas necessidades e dificuldades da profissão. Diante de uma situação de completa desestruturação da prática profissional, os objetivos desse grupo de enfermeiros era fornecer à Enfermagem instrumentos que proporcionassem o seu desenvolvimento enquanto profissão (JESUS, 1992).

Nessa mesma época, na década de 50, a enfermagem direcionava-se para a construção de um corpo de conhecimentos próprio e o Processo de Enfermagem, surgiu como um instrumento metodológico para sistematização da assistência de enfermagem (JESUS, 1992).

Carvalho e Garcia (2002) ressaltam que a introdução formal do conceito Processo de Enfermagem em nossa linguagem profissional foi influenciada pela ênfase dada ao método de solução de problema, com raízes no método científico de observação, mensuração e análise de dados que, obviamente, não são específicos da Enfermagem. Lydia Hall, em 1950, apresentou uma palestra em New Jersey, referindo-se à enfermagem como um processo, e em 1967, Yura e Walsh publicaram o primeiro livro texto que descrevia o processo de enfermagem em quatro fases. (CHRISTENSEN; KENNEY, 1995).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surgiu da necessidade de definir as responsabilidades e atribuições do profissional Enfermeiro, bem como,

construir corpo de conhecimento próprio que refletisse uma ação baseada em fatos científicos (CIANCIARULLO et al., 2001). E o PE torna-se a metodologia sugerida como estratégia para a organização da assistência.

Na literatura internacional, a forma mais usual de organizar a assistência de Enfermagem é denominada PE, na brasileira, de acordo com Carvalho (2004)* e Mendes e Bastos (2003) são observadas diferentes denominações: Sistematização da Assistência, Metodologia da Assistência, Planejamento da Assistência, Processo do Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistência, Consulta de Enfermagem, Processo de Atenção em Enfermagem e Processo de Enfermagem.

No Brasil, os cursos de graduação em enfermagem pautam o ensino da SAE por meio das fases do PE e por tal motivo Carvalho (2004)* esclarece que a SAE prestada ao paciente, família ou comunidade, é compreendida pela maioria dos enfermeiros no Brasil como sinônimo de Processo de Enfermagem, no entanto tal denominação pode não se adequar ao fenômeno, uma vez que sistematizar pode significar organizar, mas não necessariamente implica na utilização de todas as etapas do método científico, que está implícito no PE.

Germano (1993), ao discorrer sobre a História da Enfermagem, reporta-se ao período colonial, quando os jesuítas na missão de catequizar os índios introduziram alguns costumes, como o uso de roupas e cultos religiosos. Os novos hábitos aumentaram a mortalidade infantil e o aparecimento de doenças, pois como o uso das roupas, apenas para citar um aspecto, a higienização se tornou muito precária, visto serem as mesmas usadas até ficarem podres.

* Palestra proferida pela professora Dra. Emília Campos de Carvalho realizada no VII SINADEN – BH /MG, no dia 29 de janeiro de 2004.

É a partir desse contexto que surge a necessidade de alguém para cuidar dos enfermos, no caso dos índios; os curandeiros e pajés já efetuavam esta atividade e com a colonização, outros elementos assumiram também esta responsabilidade, dentre eles os jesuítas, seguidos por religiosos, voluntários leigos e escravos selecionados para tal. Surge, assim, a enfermagem, com fins mais curativos que preventivos e exercidos, ao contrário de hoje, praticamente por elementos apenas do sexo masculino (GERMANO, 1993).

A enfermagem aí exercida tinha um cunho essencialmente prático, sem qualquer exigência de escolarização para o exercício da mesma. Essa situação perdurou desde a colonização até o início do século XX, ou seja, uma enfermagem exercida em bases puramente empíricas, os livros consultados eram de medicina popular e enfermagem caseira publicados em Portugal (GERMANO, 1993).

Em meio a crises econômicas e sociais surge, no início do século XX, a primeira escola de enfermagem, a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Ana Néri, com o objetivo de atender às necessidades econômicas do país, a enfermagem moderna é implantada por meio da importação do modelo norte americano (SILVA et al., 1984).

Desta forma, na evolução da Enfermagem brasileira, foram utilizadas diversas formas de se organizar as ações da profissão relativas à assistência, percorrendo diferentes fases: a era dos cuidados caseiros de enfermagem; a fase das técnicas de segurança e de conforto; as medidas de higiene; o domínio das técnicas especializadas, embasadas em princípios científicos; o desenvolvimento dos planos de cuidados; a padronização das ações de enfermagem no atendimento a clientela

específicas; a normatização para organização de serviços de enfermagem e a incorporação da metodologia científica (NAKATANI, 2000).

Friedlander (1981) afirma que o marco para que se iniciassem os estudos sobre o PE no contexto da Enfermagem brasileira foram os trabalhos de Wanda Aguiar, que, em 1979, publicou seu livro intitulado *Processo de Enfermagem*. Horta (1979, p. 35) define PE como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”.

Entende-se PE como a utilização do método científico na assistência ao cliente, considerando-se ser este um processo de trabalho básico para o enfermeiro no desempenho de suas atividades profissionais (NAKATANI, 2000).

Souza (1981) considera que sem o uso do processo de enfermagem dificilmente o enfermeiro conseguirá atingir uma racionalidade, uma universalidade em seu agir profissional, estabelecendo seu campo específico de atuação.

Christensen e Kenney (1995) acrescentam que os objetivos do processo de enfermagem, entre outros, são: facilitar a documentação dos dados, dos diagnósticos, dos planos, das respostas do cliente e da evolução; dar direcionamento e significado a assistência de enfermagem; promover a continuidade do cuidado de enfermagem e reduzir a ocorrência de omissão. Individualiza o cuidado e admite a participação do cliente na sua assistência promovendo a criatividade e a flexibilidade na prática de enfermagem.

George et al. (1993) afirmam que o processo de enfermagem constitui o esquema subjacente que pode ordenar e direcionar o trabalho do enfermeiro, constituindo a essência da prática da enfermagem, sendo um instrumento metodológico

que auxilia aos profissionais a tomarem decisões, preverem e avaliarem as conseqüências para os clientes.

Para Dalri (1993), o propósito do Processo de enfermagem também envolve a interação, por meio da qual serão identificadas as necessidades básicas afetadas atuais ou potenciais, capaz de proporcionar estratégias de ações profissionais relacionadas especificamente com o problema identificado. Desta forma, o profissional enfermeiro será capaz de analisar os dados significativos do paciente e proporcionar uma assistência individualizada e não mais rotineira.

Ralph e Taylor (2007) consideram o PE um marco da enfermagem clínica definindo-o como um metodo sistematizado para ação de enfermagem que oferece um referencial para ação de enfermagem independente, promove um referencial consistente para a prática profissional e ajuda a focalizar mais precisamente cada necessidade de cuidado de saúde do paciente.

No que se refere às fases ou etapas propostas do PE a primeira publicação que as definiu, como já mencionado, deu-se em 1967, quando Yura e Walsh publicam o primeiro livro texto que descrevia o PE em quatro fases: histórico, planejamento, implementação, e avaliação. As autoras reforçaram a importância das habilidades técnicas, intelectuais e interpessoais na prática de enfermagem (CHRISTENSEN; KENNEY, 1995).

De acordo com Potter e Perry (1997) o PE é um método para organização e prestação de assistência de enfermagem. Seus componentes (abordagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação) fornecem a estrutura organizacional para a realização do propósito do processo que são identificar as

necessidades de assistência de saúde do paciente, estabelecer um plano de tratamento e completar intervenções de enfermagem para satisfazer aquelas necessidades.

Para Atkinson e Murray (1989) o PE trata-se de um instrumento que eleva a qualidade da assistência da enfermagem, semelhante aos métodos de resolução de problemas – é a expressão do pensamento da enfermeira. As autoras sugerem quatro etapas: identificação de problemas, planejamento, implementação e avaliação.

As pesquisadoras brasileiras Horta (1979) e Daniel (1981) sugerem seis fases para o PE, Histórico de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Plano Assistencial, Plano de cuidados, Evolução e Prognóstico.

George et al. (1993), Christensen e Kenney (1995), Potter e Perry (1997), Doenges e Moorhouse (2002), Smeltzer e Bare (2002), Carpenito-Moyet (2006b), Alfaro-Lefevre (2005) sugerem cinco fases para o PE.

Alfaro-Lefevre (2005) define PE como cinco etapas inter-relacionadas – Investigação (coleta de dados), Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação e referem se tratar de uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem. No Brasil este modelo composto por cinco etapas é o mais utilizado. Passaremos, então, à a descrição das mesmas nos próximos itens.

1.3 O processo de enfermagem e as etapas operacionais

Para melhor compreensão, descreveremos cada etapa do PE.

1.3.1 Coleta de dados

Segundo Jarvis (2002), o objetivo da coleta de dados é colher dados subjetivos e registrar o que a pessoa diz sobre si mesma, posteriormente a história é combinada aos dados objetivos obtidos no exame físico e aos exames laboratoriais para constituir uma base de dados para formar um julgamento.

Horta (1979) denomina a fase de coleta de dados como histórico de enfermagem; e para mesma autora, histórico de enfermagem é roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas (ROSSI; DALRI, 1993).

Daniel (1981) esclarece que esta etapa consiste no levantamento sistemático de informações do paciente, família e comunidade e observações adquiridas através do exame físico do paciente.

Para George et al. (1993) esta fase de Avaliação inicial possui duas subfases, a coleta e análise ou síntese dos dados. A avaliação consiste na coleta e análise sistemática e ordenada dos dados pertencentes ao estado de saúde do cliente/paciente e a respeito dele.

Alfaro-Lefevre (2005) utiliza a denominação Investigação como a primeira etapa do PE para a determinação da situação de saúde, que ocorre quando é feita uma entrevista e o exame físico, coletando informações que garantam a certeza de possuir

todas as “peças necessárias do quebra-cabeças”, para que o profissional tenha uma visão clara da saúde de uma pessoa.

A importância desta fase é ainda destacada pela necessidade de que a enfermeira não poupe esforços para garantir que as informações sejam corretas, completas e organizadas pelo fato de todo o plano de cuidados fundamentarem-se nos dados coletados durante essa fase (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Carpenito-Moyet (2006a) considera que existem dois tipos de investigação para obtenção da Coleta de Dados válidos e pertinentes, a coleta ampla geralmente obtida durante o contato inicial com o paciente/cliente e a focalizada destinada a coleta de dados específicos conforme determinado pelo cliente, pela família ou pela situação; neste sentido, se a pessoa tem uma queixa sobre determinado problema ou uma preocupação específica (coleta ampla) a enfermeira deverá investir na investigação a estes aspectos (coleta focalizada).

A fase inicial do PE de acordo com Barros et al. (2006), é conhecida como coleta de dados ou levantamento de dados do paciente; esta etapa diz respeito a três atividades: coleta de dados objetivos e subjetivos, organização dos dados coletados e documentação metódica destes dados.

Independente da denominação que se dá a esta fase, segundo Doenges, Moorhouse e Glessler (2003), é consenso que a mesma é operacionalizada por meio da entrevista, exame físico e exames diagnósticos, combinada com a informação coletada por outros prestadores de cuidado de saúde. A entrevista de acordo com Alfaro-Lefevre (2005), reflete a capacidade do profissional enfermeiro em estabelecer um *rapport*, fazer perguntas, escutar e observar, sendo essencial à obtenção dos fatos. Antes de iniciar uma entrevista a autora sugere os seguintes aspectos: organização, ter

um plano impresso, assegurar privacidade e tempo suficiente, concentração, demonstração de confiança e acolhimento.

O exame físico deve ser realizado de forma sistemática e com técnica especializada, as habilidades necessárias para a execução do mesmo incluem: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Esta pode ser organizada de acordo com dois elementos: a condição da pessoa – deve-se iniciar o exame das áreas problemáticas antes de prosseguir para outras partes do corpo; ou sua própria preferência como a abordagem por sistemas (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

George et al. (1993), consideram que a avaliação deve incluir o seguinte: dados biográficos; histórico de saúde, incluindo histórico familiar e sócio – obtidos pela entrevista com o cliente, ou com a pessoa por ele responsável; e dados subjetivos e objetivos sobre o estado atual de saúde, obtidos com o exame físico e/ou observação do cliente.

Os dados objetivos e subjetivos identificados funcionam como indicadores, que são dados que são utilizados pelo enfermeiro para ter uma impressão acerca dos padrões de saúde e doença (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

A partir das informações oriundas da coleta organizada dos dados, o enfermeiro agrupa-os em categorias, segundo o modelo de enfermagem adotado pela instituição. A análise dos dados permite à enfermeira realizar o diagnóstico de enfermagem, que consiste na identificação dos problemas ou das necessidades dos pacientes, que requer intervenções de enfermagem a definição do diagnóstico de enfermagem servirá como subsídio para o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem individualizado, que será o referencial para o desenvolvimento das etapas posteriores (TAKAHASHI, 2005).

1.3.2 Diagnóstico de enfermagem

Segundo Perez et al. (1990), o termo *diagnóstico* tem sua origem no advento da enfermagem moderna, quando Florence Nightingale e suas colegas diagnosticaram problemas de saúde nos soldados durante a guerra da Criméia.

A idéia da atividade diagnóstica para a enfermagem ressurgiu na década de 1920, quando Harmer sugere que os enfermeiros devem: usar o método científico; organizar a ciência de Enfermagem; identificar problemas específicos de Enfermagem; registrar os problemas de Enfermagem identificados e designar tratamentos de Enfermagem (FARIAS et al., 1990). Na década de 50, os enfermeiros resgataram a experiência daquela época, e MacManus utilizou o termo diagnóstico como uma atividade de enfermagem.

Desta forma, desde a referida década, encontram-se referências na literatura sobre o termo *diagnóstico de enfermagem*, utilizado pela primeira vez, em 1953, por Vera Fry. Como uma fase do processo de enfermagem, o diagnóstico foi introduzido na década de 70 que, segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) resultou num PE constituído por cinco fases. Diferentes terminologias são utilizadas para designar a fase de diagnóstico, como: problemas de enfermagem, problemas do paciente, necessidades do paciente e diagnósticos de enfermagem (ROSSI, 1997).

A necessidade de se identificar, organizar e classificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE), com base em regras consistentes, e ainda de criar uma Taxonomia dos DE, fez surgir, nos Estados Unidos, a *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA (JESUS; CARVALHO, 1997).

De acordo com a nona conferência da NANDA realizada em 1990, DE é definido como:

“ Um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O DE proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável”.

Horta (1979, p. 35) define o DE como “a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão”.

Doenges, Morhouse e Geissler (2003) consideram que os DE são uma forma uniforme de identificação, focalização e abordagem das necessidades específicas do cliente e das respostas aos problemas reais ou de alto risco.

Para Lunney (2004) o diagnóstico das respostas humanas é um processo complexo que envolve a interpretação do comportamento humano relacionado à saúde e que está relacionado a uma interação de processos interpessoais, técnicos e intelectuais. Os processos interpessoais consistem na comunicação real com os pacientes e outros profissionais de saúde para propósitos de coleta e análise de dados e de tomada de decisões. Os processos técnicos envolvem o uso de ferramentas e habilidades específicas, como: coletar a história de saúde de uma pessoa; avaliar o indivíduo, a família e a comunidade, e realizar exames físicos. Os processos intelectuais incluem o desenvolvimento da inteligência e o emprego do pensamento crítico para a coleta e análise de dados e para tomada de decisões.

Potter e Perry (1997) orientam que o estabelecimento diagnóstico deve-se proceder por meio da reunião ou agrupamento de dados; Carpenito-Moyet (2006a) sugere as seguintes habilidades que o enfermeiro deve possuir para o agrupamento

dos dados: conhecimento das categorias diagnósticas; saber identificar o número suficiente de indicadores e diferenciar diagnósticos semelhantes.

Doenges e Moorhouse (2002); Doenges, Moorhouse e Geissler (2003); Alfaro-Lefevre (2005); Carpenito-Moyet (2006b); NANDA (2006) consideram quatro tipos diagnósticos os Reais, de Risco, Bem-Estar e Síndrome; estas autoras à exceção da NANDA (2006) consideram ainda o diagnóstico possível como o quinto tipo diagnóstico.

A NANDA é a principal organização que desenvolve e aperfeiçoa os diagnósticos de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Os diagnósticos de enfermagem reais e de síndrome da NANDA possuem três componentes: o título, fatores relacionados e características definidoras. Os diagnósticos de risco possuem título e fatores de risco, os de bem-estar, título e características definidoras.

Alfaro-Lefevre (2005) descreve as regras para diferenciação dos tipos diagnósticos; são elas:

- Diagnósticos Reais: a base de dados do indivíduo contém evidências de sinais e sintomas ou de características definidoras do diagnóstico;
- Diagnóstico de Risco: a base de dados do indivíduo contém evidências de fatores de risco;
- Diagnóstico Possível: a base de dados do indivíduo não demonstra características definidoras ou fatores relacionados do diagnóstico, mas sua intuição lhe diz que o diagnóstico pode estar presente;
- Diagnostico de Bem-Estar: baseia-se no reconhecimento de situações em que clientes saudáveis indicam um desejo de atingir um nível superior de funcionamento, em determinada área;

- Diagnóstico de Síndrome: existe quando o diagnóstico está associado a um feixe de outros diagnósticos.

Após a identificação do DE este norteará a fase seguinte do PE denominada Planejamento da Assistência de Enfermagem.

1.3.3 Planejamento da assistência de enfermagem

Segundo Carvalho e Garcia (2002), quando um diagnóstico de enfermagem é feito, especificam-se um resultado a ser alcançado e cria-se com isso uma dupla obrigação: de intervir e a de, em seguida, avaliar a eficácia da intervenção realizada.

Para Horta (1979), esta etapa é denominada plano assistencial, que consiste na determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido. Ainda segundo a autora, após o estabelecimento das necessidades do cliente, o enfermeiro deverá proceder a descrição do plano de cuidados ou prescrição de enfermagem que é o roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

Daniel (1981) enfatiza que o propósito do uso do método científico no planejamento dos cuidados de enfermagem é o de identificar os problemas encontrados pelos indivíduos carentes dos cuidados de enfermagem, determinar quais as necessidades básicas afetadas e prescrever ou recomendar o atendimento que se deve dar.

De acordo com Alfaro-Lefevre (2005), o planejar envolve o estabelecimento de prioridades, determinação de resultados esperados e a determinação das intervenções

de enfermagem por meio da prescrição de enfermagem. A autora sugere o uso da hierarquia de Necessidades de Maslow para o estabelecimento de prioridades que envolvem a decisão de quais problemas abordarem em primeiro lugar.

Esta autora afirma ainda que os resultados esperados atendam a três propósitos principais: são elementos de medida do plano de cuidados – o sucesso do plano é determinado pelo alcance dos resultados propostos; direciona as intervenções – saber o que está tentando alcançar favorece a decisão de como alcançá-lo; são fatores motivadores – a existência de um prazo específico de tempo para o alcance das coisas faz com que todos se agilizem.

Na fase de Planejamento da assistência, Kenney e Christensen (1995) incluem: a priorização dos Diagnósticos de Enfermagem; estabelecimento de metas e objetivos; escolha das estratégias; Prescrição e Documentação. A meta retrata o resultado esperado para o paciente; os objetivos os comportamentos específicos que contribuem para o alcance das metas; a estratégia a fundamentação teórico-prática para o desenvolvimento da intervenção e a prescrição propriamente dita, as ações a serem realizadas por ou com o paciente/cliente.

Johnson, Maas e Moorhead (2004) afirmam que os resultados do paciente influenciados pelos cuidados de enfermagem precisam ser identificados e medidos, visto que, sem o mesmo, o impacto dos cuidados de enfermagem permanecerá sem mensuração e, conseqüentemente, invisível. Para tanto eles precisam ser previstos, isto é, planejados.

Nóbrega e Gutiérrez (2000) afirmam que as distintas fases do PE, que são expressas de maneiras diferentes, de acordo com o modelo conceitual utilizado, favoreceram o desenvolvimento de sistemas de classificação em Enfermagem. As

autoras acrescentam que a literatura especializada evidencia que existem na Enfermagem diversos sistemas de classificação relacionados com algumas fases do PE: o de diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnoses Association* – NANDA; o de Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental; o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha - *Community Health System*; o de intervenções de enfermagem – *Nursing Intervention Classification* – NIC; o de resultados esperados – *Nursing Outcomes Classification* – NOC.

Vale ressaltar que, em 1991, Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), iniciou a elaboração e implementação da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE[®]), que representa um marco unificador de todos os sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem); com a participação da enfermagem brasileira por meio da ABEn Nacional, que delineou e executou o Projeto de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva. (CIPESC) (GARCIA; NÓBREGA; SOUSA, 2002).

Garcia, Nóbrega e Sousa (2002) concordam que os diversos sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem disponíveis, sem sombra de dúvida, têm contribuído para facilitar o uso dos conhecimentos específicos da enfermagem, para promover a autonomia profissional no julgamento sobre as necessidades de cuidado do cliente e para a realização de estudos sobre a qualidade desse cuidado.

Napoleão (2005) acrescenta que, com o avanço no conhecimento acerca dos fenômenos relacionados à enfermagem identificam-se novos aspectos passíveis de investigação, novas necessidades e possibilidades de atuação são reveladas.

No Brasil os Sistemas de Classificação de enfermagem mais utilizados, e publicados em nosso idioma, são o de diagnóstico da NANDA, de intervenções – NIC (MACCLOSKEY; BULECHEK, 2004), e de resultados esperados– NOC (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

Para MacCloskey e Bulechek (2004), a NIC inclui uma lista das intervenções utilizadas pelas enfermeiras, sejam elas independentes ou colaborativas, no cuidado direto e indireto dos pacientes, e as autoras definem intervenção como qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por uma enfermeira para aumentar os resultados obtidos pelo paciente. Segundo as autoras esta terceira edição da NIC, contém 486 intervenções e mais de 12 mil atividades.

Faz-se necessário ressaltar que existem três tipos de intervenções de enfermagem: dependente, independente e interdependente. As dependentes são baseadas na instrução ou prescrições escritas de outro profissional, como as prescrições médicas; as independentes envolvem certos aspectos da prática da enfermagem profissional incluídas na formação e lei, e não exigem supervisão ou orientação de outros; as interdependentes são executadas pelo profissional de enfermagem em colaboração com outro profissional de saúde, temos como exemplo os protocolos estabelecidos (POTTER; PERRY, 1997).

No que se refere aos tipos de intervenções, Carpenito-Moyet (2006a) utiliza o Modelo Bifocal de Prática Clínica que descreve os dois focos da enfermagem: os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos, os problemas colaborativos

são determinadas complicações fisiológicas que os enfermeiros monitoram para detectar o surgimento e as alterações no estado clínico do cliente. Os enfermeiros controlam os problemas colaborativos usando intervenções prescritas pelos médicos para minimizar as complicações dos eventos.

As intervenções de enfermagem são tratamentos ou ações que beneficiam um paciente que apresenta determinado problema, reduzindo ou eliminando esse problema ou promovendo uma resposta mais sadia. As intervenções de enfermagem podem ser classificadas em dois tipos: as prescritas pela enfermagem e as prescritas pelos médicos. Ambos os tipos de intervenções exigem julgamento de enfermagem independente (CARPENITO-MOYET, 2006a).

A intervenção de enfermagem também é denominada como prescrição de enfermagem, quando descrita como instruções específicas para comunicar a equipe de enfermagem às ações ou procedimentos a serem executados no cliente.

Para Potter e Perry (1997) a prescrição é uma categoria referente ao comportamento do enfermeiro na qual as metas centradas no cliente são estabelecidas e as atividades de enfermagem são selecionadas para o alcance das metas.

A prescrição de enfermagem compreende a data em que é escrita, a instrução ou ordem específica, o tempo, a frequência ou a duração da ação e a assinatura da enfermeira que responsável (ATKINSON; MURRAY, 1989).

1.3.4 Implementação da assistência de enfermagem

Consiste em executar as ações ou intervenções planejadas e descritas por meio da prescrição de enfermagem.

Alfaro-Lefreve (2005) afirma que a implementação da assistência inclui a preparar para comunicar e receber comunicações, estabelecimentos das prioridades diárias, investigar e reinvestigar, realizar as intervenções e fazer as mudanças necessárias, registrar e fazer comunicações.

A implementação é uma categoria de comportamento da enfermagem na qual as ações necessárias para o cumprimento do plano de assistência são iniciadas e completadas, seu propósito é executar o plano desenvolvido, durante a implementação, o profissional de enfermagem reavalia o paciente e junto com ele modifica o plano e reescreve os resultados projetados, se necessário (POTTER e PERRY, 1997).

No Brasil, ao considerarmos que as prescrições de enfermagem, são em sua maioria executadas por auxiliares e técnicos de enfermagem, faz-se necessário lembrar que as anotações de enfermagem desenvolvidas por estes profissionais são fundamentais, pois de acordo com (Cianciarulo et al., 2001) fornecem informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, e assim garantir a continuidade das informações. Os dados da anotação subsidiam o enfermeiro na decisão das condutas a serem implementadas e se os dados não forem fidedignos ou compreensíveis, a enfermeira poderá super ou subvalorizar os problemas, por não ter parâmetros concretos para análise e avaliação da assistência

Os profissionais de nível médio devem ser orientados quanto a importância de checar o cuidado realizados para assegurar a execução do procedimento e identificar e justificar a não realização de cuidados prescritos.

1.3.5 Avaliação

Para Alfaro-Lefevre (2005) a avaliação envolve todas as etapas do PE, pois permite realizar uma investigação para determinar se há mudanças no estado de saúde, determinar se os diagnósticos e os problemas que exigem cuidados de enfermagem estão sendo resolvidos ou melhoram a ponto de ocorrer a alta e analisar se há novos problemas; verificar se os resultados esperados e as intervenções são adequados e se os resultados estão sendo alcançados e examinar como o plano foi implementado, identificando os fatores que afetaram o sucesso ou criaram problemas com o plano.

Horta (1979) denomina esta etapa de evolução de enfermagem e a define como um relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional, é uma avaliação global do plano de cuidados.

Segundo Potter e Perry (1997) a avaliação é o componente que mede a resposta do paciente às ações de enfermagem, o progresso do mesmo em relação ao objetivo do tratamento, a qualidade da assistência de enfermagem fornecida.

Nakatani et al. (1998) afirmam que a evolução consiste no relato de mudanças sucessivas que ocorrem com o cliente sob assistência do profissional, bem como a avaliação global das intervenções de enfermagem.

A partir da avaliação das respostas do paciente às ações de enfermagem planejadas, prescritas e executadas, a enfermeira terá condições de modificar, atualizar e/ou adequar o plano de assistência ao paciente, ou obter informações para conclusão do alcance dos resultados esperados.

1.4 A participação dos membros da equipe: controvérsias e desafios

Para operacionalização do Processo de Enfermagem, o enfermeiro necessita evidenciar habilidades fundamentais de conhecimento, criatividade, adaptabilidade, comprometimento, confiança e liderança; além de inteligência e habilidades técnicas e interpessoais para tomada de decisões exigidas em cada uma das etapas (DOENGES; MOORHOUSE, 2002).

No contexto sócio-político brasileiro, não podemos olvidar os demais elementos da equipe de enfermagem. Estudos histórico-descritivos realizados por Oguisso (2002) revelam que a idéia de preparar profissionais em cursos regulares, mais rápidos e menos dispendiosos que os de formação de enfermeiros e a carência destes profissionais, culminaram na criação na década de 40 de uma categoria denominada auxiliar de enfermagem, que segundo a autora anteriormente referenciada tinham como função principal auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa, e de acordo com Gonçalves (1979), ora em nível de ensino fundamental ora em nível de ensino médio, hoje, o requisito mínimo para o ingresso nesta carreira é a conclusão do ensino fundamental.

Gindri et al. (2005) reiteram que a necessidade de criar uma profissão de formação rápida que realize o cuidado direto aos pacientes, como a realização de procedimentos simples, exigindo um conhecimento científico menos especializado que o enfermeiro culminou na criação das categorias auxiliares de enfermagem, primeiramente esse trabalho era realizado pelos chamados atendentes de enfermagem, passando pela formação em auxiliar com nível de primeiro grau, e após os técnicos de enfermagem com nível de segundo grau. Gonçalves (1979); Silva et al. (1984) e Oguisso (2002) relatam que o surgimento da categoria Técnico de enfermagem se deu

na década de 60, entretanto, como já mencionado, essa categoria já exigia o nível médio como pré-resito.

Gonçalves (1979) acrescenta que a carência de profissionais enfermeiros levou os auxiliares a executarem determinadas tarefas que deveriam ser de responsabilidade somente dos enfermeiros ficando estes apenas em cargos diretivos.

De acordo com Peduzzi e Anselmi (2002) a divisão do trabalho que deu origem a diferentes categorias profissionais na área da enfermagem, não permite definir um único equivalente processo de trabalho para todos os seus agentes, tendo sido assinalado o corte instalado entre cuidado direto e indireto; o primeiro a cargo majoritariamente do pessoal de enfermagem de nível médio e básico profissionalizante, o segundo, que abarca atividades de planejamento, organização, supervisão e avaliação do cuidado, sob a responsabilidade do enfermeiro.

Fica evidente que o surgimento dessas categorias se deu em função de um número reduzido de enfermeiros e a necessidade de mão-de-obra qualificada em um curto período de tempo, sem os custos que o enfermeiro exigiria conseqüentemente, as atividades de cuidado direto com os pacientes ficaram a cargo destes profissionais, e o enfermeiro na gerência destes.

No Brasil dá-se ênfase ao ensino do PE aos graduandos de enfermagem e muito pouca ou nenhuma informação é dada durante a formação dos profissionais de nível médio em função da dificuldade em delimitar as competências de cada membro da equipe de enfermagem no contexto da operacionalização do PE.

No que concerne aos limites éticos e legais dos elementos da equipe de enfermagem o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá

outras providências, estabelece as atividades privativas ao profissional enfermeiro, são elas: planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com riscos de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Cabe ao técnico de enfermagem: executar atividades de nível médio, orientação e acompanhamento do serviço de enfermagem em grau auxiliar, e participar do planejamento da assistência de enfermagem. Os auxiliares de enfermagem exercem atividades de nível médio, de natureza repetitiva, sob supervisão, cabendo-lhes especialmente: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação profissional entre outras atribuições (BRASIL, 2001).

Apesar da diversidade de funções previstas em lei, no que se refere à complexidade da assistência a ser prestada, na prática constata-se que apenas o enfermeiro possui atribuições diferenciadas. De maneira geral, as atribuições específicas do enfermeiro, e que o diferenciam, são funções administrativas e de supervisão da assistência. Mesmo os cuidados mais complexos, prescritos por lei, não são prestados por ele. O envolvimento com questões burocráticas o ocupam grandemente, e a utilização de um método para sistematizar a assistência que busca resgatar o contato enfermeiro-paciente certamente provocaria transtornos operacionais vinculados à prática deste profissional. (MEYER; GASTALD, 1989)

Vale ressaltar que a tentativa de incorporação do PE, no cenário da prática da enfermagem brasileira deu-se a partir de 1999 com a decisão do Conselho Regional de Enfermagem - COREN-SP/DIR/ 008/99, homologada em janeiro de 2000 pelo COFEN, tornando obrigatória a implantação da SAE em todas as instituições públicas e privadas

que oferecem serviço de enfermagem no âmbito do estado de São Paulo, posteriormente em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem por meio da resolução do COFEN 272/2002 ampliou a exigência para todo território brasileiro.

A denominação SAE ficou conhecida como sinônimo de PE, uma vez que o COFEN sugere as fases deste último como obrigatórias para Sistematização da Assistência; dada a divulgação desta nomeação entre os membros da equipe de enfermagem, no Brasil, este termo – SAE será acolhido no presente estudo.

Não obstante o caráter legal da SAE, Waldow (2001, p. 284) em relação a sua operacionalização questiona:

“ na verdade, quem é que cuida? Então, deveria ser colocado desta forma: como os profissionais de enfermagem (auxiliares e técnicos) estão cuidando? Estão cuidando da forma como penso ser adequada? Como tem sido a formação destes profissionais?”

Sobre a atividade do profissional enfermeiro, Mendes e Bastos (2003) apontam que a assistência direta de enfermagem fica na responsabilidade dos auxiliares e técnicos e o enfermeiro atua como supervisor de tarefas desenvolvidas por estes profissionais.

De acordo com Cianciarullo et al. (2001), o enfermeiro expressa um conflito entre compartilhar o trabalho com o auxiliar de enfermagem, tanto o cuidado quanto o seu planejamento, ou executar o trabalho que lhe é privativo.

Daniel (1981), já há alguns anos acrescentava que era imprescindível que o enfermeiro responsável pelo planejamento dos cuidados de enfermagem definisse bem, em sua mente, como iria proceder em relação ao preparo da equipe de enfermagem para a implementação da prescrição de enfermagem e sugeria, ainda, o envolvimento destes profissionais na programação destas atividades.

Quem executa o cuidado de enfermagem não participa diretamente do seu planejamento, embora forneçam informações diárias sobre as observações e as intervenções executadas, material que colabora na fundamentação do planejamento de enfermagem (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Araújo et al. (1996), relatam em suas experiências acerca da implementação da SAE em uma unidade de internação de um hospital-escola, que, entre outras dificuldades encontradas para implantação da metodologia, foram a ausência de conscientização do enfermeiro quanto à sua responsabilidade diante da incumbência de colocar em prática a assistência sistematizada de enfermagem e, em consequência, falhas da atuação deste profissional enquanto educador, junto à equipe de enfermagem, relacionado ao desenvolvimento adequado desta atividade.

Na busca de referências que abordem o assunto, encontramos publicações que buscam evidências quanto as experiências acerca da utilização da SAE e obstáculos para implantação desta como instrumento metodológico para organizar a assistência sob a ótica dos profissionais enfermeiros (PAULA et al, 1984; MARIA e DIAS, 1987; CUNHA e BICUDO, 1989; SILVA, TAKITO e BARBIERE, 1990; THOFERN; TRAVERSI, 1999; MATTÉ, THOFERN e MUNIZ, 2001; SIVIERO e TOLEDO, 2002; MENDES e BASTOS, 2003; TAKAHASHI, 2005) e alguns trabalhos envolvendo profissionais de nível médio (COGO; BORBA, 1986; ROSSI, 1997; OCHOA-VIGO; PACE; SANTOS, 2003).

Desta forma pretende-se com este estudo conhecer os fatores que podem interferir na consolidação da SAE sob a ótica dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Para tanto pretendemos com o alcance dos objetivos descritos a seguir, contribuir para

a modificação no olhar do profissional enfermeiro nas ações educativas e formativas destes profissionais que são nossos colaboradores neste método de trabalho.

2 OBJETIVO

Caracterizar o processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos seguintes aspectos da Sistematização da assistência de enfermagem:

- informação sobre esta metodologia de organização da assistência durante sua formação profissional;
- informação sobre este método no setor onde trabalha;
- informação quanto à aprovação legal para participarem da SAE;
- percepção destes profissionais quanto a sua participação nas fases da SAE;
- contribuição da SAE na organização do seu serviço assistencial;
- atividades realizadas por estes profissionais, vinculadas às fases da SAE e a frequência das mesmas.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva realizado em um hospital escola de um município do interior paulista. A escolha por este tipo de estudo deu-se em razão de buscarmos descrever as variáveis que se relacionam com a operacionalização da SAE, sob a ótica dos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) a pesquisa descritiva é utilizada quando há intenção de observar descrever e documentar os aspectos da situação. Permite a definição dos traços característicos, explorando perfis, capacitação, comportamentos, problemas enfrentados, opiniões, motivações, sentimentos, percepções e crenças da(s) pessoa(s), além de esclarecer relações entre o conjunto de variáveis e o próprio fenômeno e o emprego de vários métodos de coleta de dados.

Gil (1999) acrescenta que as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

3.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado em um hospital escola do interior e paulista, nos setores em que já se emprega a sistematização da assistência por meio do Processo de Enfermagem.

O Hospital dispõe de aproximadamente 40 especialidades médicas, realiza transplantes de medula óssea, fígado, pâncreas, córnea, rins e cirurgias cardíaca de alto risco em adultos e crianças.

O referido hospital com cerca de 650 leitos. Abrange municípios do estado de São Paulo, além da região Sul dos estados de Minas Gerais e Mato Grosso do Sul.

Recebe mensalmente cerca de 3.500 internações, realiza 35.000 atendimentos ambulatoriais e 2.000 cirurgias, além de outros procedimentos não contabilizados.

A instituição tem como objetivo oferecer atendimento por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, servir à formação dos alunos, principalmente nos níveis de graduação e pós-graduação nas áreas de Medicina e Enfermagem e proporcionar aperfeiçoamento de médicos, enfermeiros e outros profissionais ligados à área da saúde. Trata-se de um importante centro de pesquisa para docentes, alunos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* e, ainda, oferece cursos de Residência médica e de enfermagem.

A maior fonte de financiamento do hospital é o SUS, no entanto, por ser categorizado como hospital escola e em função disto arcar com um custo elevado, o que não é totalmente coberto pelo faturamento dos serviços prestados ao SUS, o hospital busca como fonte alternativa para manutenção de seus serviços, a oferta de leitos para pacientes conveniados e particulares.

A equipe de enfermagem é composta de aproximadamente 190 enfermeiros e 1.200 auxiliares e técnicos de enfermagem. Os enfermeiros atendem à seguinte estrutura hierárquica, gerência de enfermagem, supervisoras de enfermagem, e enfermeiros clínicos. Para melhor execução e controle das atividades foram organizados grupos de assessoria da gerência, dentre eles o de sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e o de auditoria.

O grupo de auditoria terá, entre outras, as atribuições de averiguar a execução das fases da SAE, a coerência entre coleta de dados, prescrição, implementação da prescrição e a checagem desta, evolução e anotação de enfermagem, e promoverá discussões com a equipe (enfermeiros, técnicos e auxiliares) para aprimoramento das atividades.

O referencial teórico-filosófico utilizado para construção do impresso foi aquele proposto por Dra. Wanda de Aguiar Horta, com algumas modificações e adaptações, ficando organizado da seguinte forma: instrumento de Coleta de Dados estruturado por meio das Necessidades Humanas Básicas (NHB) utilizadas por Maslow em sua Teoria da Motivação Humana; diagnóstico de Enfermagem utilizando-se da Classificação proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA); prescrição de enfermagem e avaliação de Enfermagem.

Para nortear a operacionalização das fases anteriormente citadas, os enfermeiros contam com um manual de consulta; neste estão descritas as normas para execução da coleta de dados de enfermagem, dos diagnósticos de enfermagem, da prescrição de enfermagem e avaliação.

Em relação à coleta de dados a norma da instituição determina que a mesma deverá ser realizada no momento da internação ou durante o tratamento, sempre que as condições físicas e emocionais do paciente permitir e os dados deverão ser registrados em prontuário.

Os diagnósticos de enfermagem são anotados segundo a taxonomia da NANDA e nos dias subseqüentes deve-se avaliar sua manutenção e/ou alteração.

A prescrição de enfermagem deve ser precedida pela elaboração de um plano assistencial, definindo metas e objetivos das intervenções e posteriormente registrar as prescrições em impresso próprio exclusivamente pelo enfermeiro. A prescrição é realizada diariamente com validade máxima de 24 horas, sendo alterada sempre que necessário; deve ser cumprida pelas diferentes categorias funcionais (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e o cuidado prestado deve ser checado e rubricado

por quem o realizou, servindo de base para auditoria de prontuários que tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada.

A Avaliação é feita exclusivamente pelo enfermeiro, em impresso próprio, precedida de data, horário e finalizada com assinatura e COREN do enfermeiro, realizada diariamente para todos os pacientes internados ou em observação e refeita em parte ou totalmente na vigência de alterações no estado do paciente; a evolução de transferência de pacientes entre unidades deve conter as condições do paciente no momento de sua saída, devendo ser validada pelo enfermeiro da unidade que o recebe; e a evolução de alta deve documentar o estado do paciente ao deixar o hospital.

Os enfermeiros e os auxiliares e técnicos de enfermagem, de acordo com a gerência, foram capacitados pelo departamento de educação permanente, identificando as atribuições de cada categoria profissional.

3.3 População do estudo

A população do estudo compreendeu técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam com atendimento a pacientes da clínica médica, cirúrgica e cuidados intensivos.

As unidades selecionadas são aquelas em que a SAE está implantada há mais tempo; também consideramos as características das unidades quanto ao tipo de pacientes e aos procedimentos realizados, o que permitiu a padronização da construção dos instrumentos de coleta de dados utilizados nesta pesquisa.

Considerou-se critério de inclusão os auxiliares e técnicos de enfermagem que estavam trabalhando no dia da coleta de dados que pertencem às unidades selecionadas e que concordaram em participar da investigação, totalizando 77 sujeitos.

A identificação desta população ocorreu com base na escala de trabalho dos turnos da manhã, tarde e noite, das unidades investigadas, fornecidas pela diretoria de enfermagem.

3.4 Período do estudo

O estudo teve início em fevereiro de 2005, a coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2006 e foi concluído no primeiro semestre de 2007.

3.5 Instrumento de coleta de dados

Após a obtenção das autorizações das instituições para a realização do estudo e consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, por escrito, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os dados foram coletados por meio da utilização de dois instrumentos.

O primeiro refere-se de um questionário, que de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) consiste em um instrumento totalmente estruturado no qual os respondentes são solicitados a responder às mesmas questões e na mesma ordem. É composto de perguntas abertas - que permitem a utilização das próprias palavras dos sujeitos durante a redação das respostas; e fechadas – também denominada questões de alternativas fixas com respostas especificadas pelo pesquisador.

As questões destinadas para este estudo estão assim organizadas (Apêndice A):

- números 01 até 07 têm a finalidade de caracterizar a amostra quanto a: categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, setor do hospital que trabalha, e tempo de trabalho com a SAE;

- números 08 a 10 destinam-se a investigar se os auxiliares e técnico receberam algum tipo de treinamento e identificar sua participação e aceitação nas fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e se considera que tal método auxilia na organização de seu trabalho;
- as perguntas de 11 a 12 pretendem identificar a opinião dos Auxiliares e Técnicos de enfermagem quanto ao Processo de Enfermagem, para tanto, as questões foram formuladas com alternativas fechadas, e abertas possibilitando sua manifestação pessoal diante da temática abordada.

O segundo Instrumento (Apêndice B) está estruturado em uma escala intervalar do tipo Likert. Para Polit, Beck e Hungler, (2004) a escala tipo Likert consiste de várias afirmações declaratórias que expressam um ponto de vista sobre um assunto, os sujeitos da pesquisa indicam o grau em que concordam ou discordam da opinião expressa pela afirmação, no caso da presente pesquisa, a frequência com que os auxiliares e técnicos de enfermagem realizam as afirmações propostas.

As respostas consistem em assinalar a opção que melhor indica sua participação nas atividades da SAE, constando os seguintes itens e seus respectivos escores: *nunca(1), raramente(2), algumas vezes(3), muitas vezes(4), sempre(5)*.

O instrumento de coleta de dados foi construído utilizando a denominação de Sistematização da Assistência de Enfermagem para as fases do PE, por constar esta terminologia nos impressos da instituição e por ser esta a denominação mais utilizada no Brasil.

Foi realizado teste para o refinamento dos instrumentos de Coleta de dados com 07 (sete) sujeitos – auxiliares e técnicos de enfermagem da instituição de um setor que não fez parte da coleta dos dados.

Após esclarecimentos da pesquisadora, os sujeitos que concordaram em participar desta etapa do estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e responderam aos instrumentos.

Em relação ao questionário, observamos que as questões relacionadas a identificação do sujeito foram preenchidas sem dificuldades, no entanto, para melhor compreensão, a seqüência das perguntas 11,12,13 e 14, foram modificadas.

Em relação a escala tipo likert, 8,1% dos itens necessitaram de revisão para facilitar o entendimento dos mesmos, por exemplo, definir “naturalidade” e “procedência”, acrescentar a palavra “com estetoscópio” em ausculta cardíaca e desmembrar 2 itens de Implementação e de Diagnóstico de Enfermagem. Tais alterações são devido ao fato de que alguns itens permaneceram sem resposta; o que pode ter denotado dificuldade ou não entendimento dos mesmos.

Após os itens serem ajustados os instrumentos foram submetidos a um painel de 3 juízes, que obtiveram consenso quanto aos mesmos. Os instrumentos ficaram construídos conforme descrito em apêndice A.

Os dados coletados estão apresentados sob a forma de tabelas que foram construídas utilizando-se a distribuição absoluta e relativa das respostas relacionadas às variáveis estudadas.

3.6 Procedimento para a coleta de dados

Os instrumentos foram aplicados após autorização da Diretoria da Instituição e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (anexo A).

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, em dois dias úteis de outubro de 2006, durante a jornada de trabalho dos funcionários de enfermagem das unidades pesquisadas.

Os enfermeiros liberavam seus funcionários conforme apropriado, e eles se deslocavam até o posto de enfermagem onde recebiam o questionário e a escala. Recebiam os esclarecimentos verbais sobre objetivos e finalidade da pesquisa e sobre o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice C).

3.7 Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi construído e analisado por meio do programa para microcomputador Statistical Package Social Science (SPSS), versão 10.0 Windows (SPSS, 1999)

Após a coleta de dados, procedeu-se à dupla digitação, para análise de consistência interna. Em virtude de não se constatarem erros de digitação, formatou-se o banco definitivo, a partir do qual foram realizadas operações de gerenciamento definitivo.

Os dados coletados foram analisados utilizando-se a distribuição absoluta e relativa das respostas relacionadas às variáveis estudadas, que estão apresentadas sob forma de tabelas.

3.8 Considerações éticas

Para realização dessa pesquisa, seguiu-se a Resolução do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) N° 196, de 1996, e n° 251, de 1997, sobre Diretrizes e

Normas Regulamentadoras para pesquisas em seres humanos, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997).

O estudo foi aprovado pela Diretoria da Instituição e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sendo aprovado e expedido parecer n.º 222/2006 (anexo A).

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C), com cópia mantida sob a guarda do pesquisador.

Não foi oferecido nenhum tipo de recompensa ou remuneração aos sujeitos da pesquisa, e sua identidade foi mantida em sigilo. Os dados coletados serão destinados somente à realização dessa pesquisa.

Os resultados do estudo serão divulgados oficialmente, sob a forma de artigos científicos publicados em periódicos indexados. A instituição onde foi realizada a pesquisa receberá um relatório com os principais resultados e conclusões.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para contextualizar apresentamos inicialmente os dados referentes às características dos sujeitos envolvidos na presente pesquisa.

Na seqüência buscando retratar os objetivos propostos, serão apresentados os seguintes itens:

- A informação sobre este método de organização do trabalho durante a formação profissional e no setor onde trabalha;
- Informação sobre os aspectos legais que regem a participação dos sujeitos nas fases da SAE;
- A percepção dos sujeitos quanto à utilização e participação nas fases da SAE;
- A opinião dos sujeitos quanto a melhora ou não de sua assistência em virtude da utilização da SAE;
- Atividades operacionalizadas pelos sujeitos ligadas a cada uma das fases propostas pela SAE e a freqüência com que são realizadas.

4.1 Caracterização da população do estudo

Do total de 120 auxiliares e técnicos de enfermagem lotados nas unidades de atendimento a pacientes da clínica médica; cirúrgica e cuidados intensivos, 77 (64,16%) participaram desta pesquisa respondendo o questionário e a escala. Os sujeitos que não fizeram parte deste estudo totalizaram 43, dos quais, 20 estavam de folga ou licença médica e 23 recusaram-se a participar.

Desta forma a população deste estudo foi constituída de 77 auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo 70 (90,9%) auxiliares de enfermagem e 07 (9,1%) técnicos de enfermagem, com faixa etária predominante entre 25 e 35 anos (36,4%).

Tabela 1 – Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem, segundo categoria profissional, idade, gênero, setor de trabalho e tempo de conclusão do curso, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Variáveis	Nº	%
Categoria profissional		
Auxiliar de Enfermagem	70	90,9
Tecnico de Enfermagem	07	9,1
Idade (anos)		
< 25	19	24,7
25 — 35	28	36,4
36 — 45	23	29,8
46 — 55	06	7,8
Sem informação	01	1,3
Gênero		
Feminino	54	70,1
Masculino	23	29,9
Tempo de conclusao do curso (anos)		
< 05	25	32,5
05 — 10	29	37,7
11 — 15	11	14,3
> 16	12	15,5

Quanto ao gênero, 54 (70,1%) são do sexo feminino e 23 (29,9%) do sexo masculino. A predominância do sexo feminino na enfermagem está relacionada aos primórdios da profissão e ao seu objeto de trabalho: ações de cuidado ao doente, que tradicionalmente é executado pela mulher (TAKAHASHI, 2005). Para Silva (1986) esta divisão sexual de funções estaria, em suas origens, fundada em fatores biológicos (referentes, entre outros, à maior força muscular masculina, à sua maior capacidade respiratória).

Observamos neste estudo diferenças entre o número de auxiliares em relação ao número de técnicos. Dados recentes, obtidos na página da Web – www.portaldocofen.gov.br revelaram que no estado de São Paulo estão registrados 4.472 técnicos de enfermagem masculinos ativos, 25.227 técnicos femininos ativos; 22.601 auxiliares masculinos ativos e 140.219 auxiliares femininos ativos. Com base nestes dados, a superioridade do número de auxiliares e mulheres também é observada.

Verificamos, em relação ao tempo de conclusão do curso, que 29 (37,7%) possuíam entre 5 e 10 anos de formação, 25 (32,5%) com menos de 5 anos, 12 (15,6%) com mais de 16 anos e 11 (14,3%) entre 11 e 15 anos de tempo de conclusão do curso. Essa característica referente ao tempo de conclusão confirma o resultado de outro estudo em que foi verificada o tempo de serviço onde predominou a média de 7 anos, significando que esses profissionais ingressam no mercado de trabalho em pleno vigor de sua produtividade técnica (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

Esta inserção no mercado de trabalho de profissionais auxiliares e técnicos no auge de sua produção intelectual, facilita a assimilação de conceitos novos e da incorporação deles na sua prática assistencial, devendo o enfermeiro investir em trabalhos de capacitação destes profissionais.

4.2 A informação sobre este método de organização do trabalho durante a formação profissional e no setor de trabalho

Os dados coletados sobre a participação dos sujeitos em palestras sobre a SAE demonstram que a maioria, 57 (74,0%) recebeu treinamento para participar da SAE enquanto 20 profissionais (26,0) não receberam, conforme apresentado na tabela 2.

Aqueles que referiram não ter recebido treinamento afirmaram ter sido admitidos há menos de um ano, sendo que o treinamento formal a esses funcionários nos setores ocorreu anteriormente à suas admissões. Justifica-se, portanto, oferecer ao profissional auxiliar e técnico de enfermagem recém admitido, informações acerca da SAE, quais suas fases e as contribuições destes profissionais possibilitando a compreensão desta metodologia.

Tabela 2 – Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem, segundo a participação em treinamento sobre a SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Treinamento	Nº	%
Sim	57	74,0
Não	20	26,0
Total	77	100,0

A necessidade de capacitar estes profissionais para adequar sua prática assistencial é corroborada por Matté, Thofhern e Muniz (2001) afirmando que para uma efetiva implantação da SAE, é necessário promover reuniões e elaborar um plano de ação contendo pontos-chave como: a sensibilização de toda a equipe para importância desta metodologia; o desenvolvimento de um estudo aprofundado do tema com o envolvimento de toda a equipe e a construção coletiva dos meios para viabilizar a execução deste método.

Na tabela 3 observamos que, dos 57 sujeitos que referiram ter participado de treinamento, 52 (67,5%) afirmaram ter sido após a formação profissional, 3 (3,9%) durante e após a formação profissional e 2 (2,6%) durante a formação profissional.

Tabela 3 – Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem que participaram de treinamento sobre a SAE (N=57), segundo o período de treinamento, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Período	Nº	%
Durante a formação profissional	2	3,5
Após a formação profissional	52	91,2
Durante e após a formação profissional	3	5,3
Total	57	100,0

Pelos dados apreende-se que as escolas técnicas não abordam a SAE como método para organizar a assistência de enfermagem ficando sob a responsabilidade das instituições hospitalares, que adotam a metodologia, oferecer este conteúdo.

Devemos lembrar que, em virtude das exigências legais (RESOLUÇÃO DO COFEN 272/2002), será uma questão de tempo a implantação da SAE nas instituições que oferecem atendimento de enfermagem; assim sendo, necessário se faz adequar a formação destes profissionais às exigências do mercado de trabalho o que certamente irá facilitar sua inserção neste.

Na tabela 4 identificamos que do total de 77 sujeitos participantes, 36 (46,8%) referiram saber quais são as fases da SAE, enquanto 35 (45,5%) referiram não saber e 6 (7,8%) não responderam à pergunta.

Tabela 4 - Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo o conhecimento das fases da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Fases da SAE	Nº	%
Sim	36	46,8
Não	35	45,4
Sem informação	06	7,8
Total	77	100,0

O fato de alguns não terem participado de palestras sobre o assunto e, se participaram, não se lembrarem do conteúdo das mesmas, justifica o fato de grande número de sujeitos não conhecerem quais são as fases da SAE.

Os dados relacionados ao conhecimento das fases da SAE demonstraram que, entre os 36 sujeitos que referiram conhecê-las, apenas 13 as citaram corretamente, valendo ressaltar que alguns sujeitos citaram mais de uma fase, conforme descrito na tabela 5.

Tabela 5- Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem, segundo as fases da SAE que os auxiliares e técnicos de enfermagem referiram conhecer (n=36), de um hospital escola do interior paulista, 2006

Fases da SAE	Nº	%
Coleta de dados	12	33,3
Diagnóstico de enfermagem	09	25,0
Planejamento de enfermagem	10	27,7
Implementação	09	25,0
Avaliação	12	33,3
Resposta incorreta*	19	52,7
Sem informação	04	11,1

*foram consideradas incorretas aquelas respostas que não contemplavam ou nem se assemelhavam às fases da SAE adotadas por este estudo.

Assim, das fases mencionadas pelos 36 sujeitos que referiram saber quais são, 12 (33,3%) faziam menção à Coleta de dados; 12 (33,3%) à Avaliação; 9 (25,0%) referem-se ao Diagnóstico de enfermagem; 9 (25,0%) à Implementação; 10 (27,7%) ao Planejamento de enfermagem. Responderam de forma incorreta 19 (52,7%), e 4 (5,5%) não responderam.

O desconhecimento das fases da SAE pelos sujeitos da pesquisa, evidencia mais uma vez, a falta de informação sobre esta metodologia assistencial, e a necessidade de rever a capacitação destes profissionais, não apenas em nível de instituição hospitalar, mas da incorporação desta matéria nos cursos profissionalizantes.

Os dados coletados referentes a participação dos sujeitos nas fases da SAE (tabela 6) revelaram que 52 (67,5%) consideram que participam das mesmas; 19 (24,7%), acreditam que não participam e 6 (7,8%) não responderam a questão, verificamos que 24,7% não percebem sua participação neste método e 6 (7,8%) não responderam a questão, assemelhando-se àqueles que referiram não participar nas fases da SAE.

Tabela 6 – Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo sua participação na SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Participação	Nº	%
Sim	52	67,5
Não	19	24,7
Sem informação	6	7,8
Total	77	100,0

Observamos na tabela 6 que um número considerável de sujeitos 32,5% não compreendem que suas atividades diárias estão envolvidas com as fases propostas pela SAE o que dificulta o seu entendimento quanto a este método; nos estudos coordenados por Peduzzi e Anselmi (2002) as autoras percebem uma rígida divisão de trabalho entre enfermeiros e auxiliares e técnicos, pois há uma cisão entre os momentos de concepção e execução do cuidado, ou seja, quem executa o cuidado de enfermagem não participa diretamente do seu planejamento, embora forneça informações diárias sobre as observações e as intervenções executadas, material que colabora na fundamentação do planejamento.

Acreditamos que essa cisão entre concepção e execução do cuidado contribui para o desconhecimento de que as atividades desenvolvidas pelos sujeitos estão ligadas às fases da SAE.

Considerando, na tabela 6, somente aqueles profissionais que referiram participar das fases da SAE adotadas por este estudo e pela instituição (n=52), chama atenção que a maioria 39 (75%) não conseguem identificar em qual ou quais fases participam (tabela 7), 9 (17,3%); não responderam à questão; e 3 (5,7%) demonstram perceber sua contribuição na dados coletados durante sua atividade profissional e apenas 1(2%) acredita que participa do planejamento da assistência.

Tabela 7 – Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo as fases nas quais os profissionais julgam participar (N=52), de um hospital escola do interior paulista, 2006

Fases da SAE	Nº	%
Coleta de dados	03	5,7
Diagnóstico de enfermagem	00	0,0
Planejamento	01	2,0
Implementação	00	0,0
Avaliação	00	0,0
Resposta incorreta	39	75,0
Sem informação	09	17,3
Total	52	100,0

Observamos, desta forma, que os auxiliares e técnicos em sua opinião participam da SAE, todavia, não correlacionam as atividades que realizam com as fases da SAE.

Ochoa-Vigo, Pace e Santos (2003) afirmam que os enfermeiros precisam estar preparados técnica e cientificamente, e incluir outros elementos da equipe de enfermagem na aplicação desse método de assistência, na medida de suas possibilidades, para melhor entender e desenvolver conjuntamente a SAE tendo em vista que todos eles formam parte da equipe de enfermagem que assiste o paciente durante as 24 horas.

Carvalho (2004)* reitera que o favorecimento da integração das diferentes categorias de enfermagem na realização da SAE, respeitadas as exigências legais, e a reflexão junto aos membros da equipe de enfermagem quanto a finalidade da SAE e a participação de cada um em suas fases, consistem em algumas das estratégias para operacionalização deste método.

Os resultados da tabela 08 apontam que alguns dos sujeitos, embora não consigam situar suas atividades cotidianas como incluídas nas fases da SAE, descrevem, ao seu modo, como atuam neste contexto.

Tabela 08 - Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo a participação nas fases da SAE (N=52), de um hospital escola do interior paulista, 2006

Participação na SAE	Nº	%
Realizando cuidados	14	27
Promovendo conforto e cuidados	2	3,8
Seguindo as normas	1	2
Checando prescrição de enfermagem	2	3,8
Realizando cuidados e checando prescrição de enfermagem	6	11,5
Admitindo paciente, coletando informações e realizando cuidados	2	3,8
Seguindo a prescrição de enfermagem, oferecendo apoio emocional, realizando cuidados e orientações	2	3,8
Não sabe	1	2
Sem informação	22	42,3
Total	52	100,0

Dos 52 sujeitos que consideram participar das fases da SAE, 27 % o fazem realizando cuidados; 3,8% promovendo conforto e cuidados; 2% seguindo normas; 3,8% checando prescrição de enfermagem; 11,5% realizando cuidados e checando

* Palestra proferida pela professora Dra. Emilia Campos de Carvalho realizada no VII SINADEN – BH /MG, no dia 29 de janeiro de 2004.

prescrição de enfermagem, 3,8% admitindo paciente, coletando informações e realizando cuidados; 3,8% seguindo a prescrição de enfermagem, oferecendo apoio emocional, realizando cuidados e orientações; 2% não sabe e 42,3% não responderam.

Em análise à tabela anterior observamos que os profissionais situam suas atividades predominantemente na fase de implementação, que consistem em colocar em prática a prescrição de enfermagem e checar em prontuário a atividade desenvolvida; embora a checagem da prescrição de enfermagem, na instituição estudada, seja obrigatória, devendo ser justificada a não realização dos procedimentos prescritos pelo enfermeiro, percebemos a associação entre realização dos cuidados e a prescrição de enfermagem. Cogo et al. (1986) afirmam que a maioria dos profissionais de nível médio reconhecem a melhoria da qualidade da assistência ao cliente por meio da prescrição.

Para Atkinson e Murray (1989), a prescrição de enfermagem compreende a data em que é escrita, a instrução ou ordem específica, o tempo, a frequência ou a duração da ação e a assinatura da enfermeira que responsável.

Em relação às condições para participar das fases da SAE, os resultados obtidos na tabela 09 demonstram que, dos 77 sujeitos participantes, 4 (5,2%) referiram ter condições de participar da Coleta de dados; 1 (1,3) do Diagnóstico de enfermagem; 8 (10,4%) da Implementação; 8 (10,4%) de todas as fases; 3 (3,9%) da Coleta de dados e Implementação; 1 (1,3%) de nenhuma fase; 35 (45,5%) não responderam, 12 (15,6%) responderam de forma incorreta e 5 (6,5%) não sabem.

Tabela09 - Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo as condições de participar das fases da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Fases da SAE	Nº	%
Coleta de dados	4	5,2
Diagnóstico de enfermagem	1	1,3
Implementação	8	10,4
Todas	8	10,4
Coleta e implementação	3	3,9
Nenhuma	1	1,3
Não respondeu	35	45,5
Resposta incorreta*	12	15,6
Não sabe	5	6,5
Total	77	100,0

* Aquelas que não utilizam a nomenclatura usual para designar as fases da SAE

O número elevado de sujeitos que não responderam somado aos que não sabem e responderam incorretamente, perfazendo um total de 52 sujeitos, revela que os mesmos não percebem em quais fases da SAE suas atividades estão vinculadas, como já observado em tabelas anteriores (07 e 08).

Reiteramos a necessidade de definir as competências técnicas dos membros da equipe de enfermagem em cada fases da SAE, o que permitirá o desenvolvimento da metodologia assistencial com responsabilidades distintas, onde o enfermeiro assume a coordenação e a gerência dos dados fornecidos pela equipe e coletados por ele, e juntamente com esta equipe, planejar a assistência, implementar e avaliar os resultados como resultado de um trabalho em conjunto.

Acreditamos que a integração de toda equipe é um dos fatores contribuintes para a efetiva implementação da SAE, sem ela, o enfermeiro continuará na ilusão de que esta é uma atividade exclusiva dele, e os resultados posteriores deste estudo vão mostrar o contrário.

4.3 Informação sobre os aspectos legais que regem a participação dos sujeitos nas fases da SAE

Quando questionados a respeito da autorização do Conselho Regional de Enfermagem para que os auxiliares e técnicos de enfermagem participem das etapas da SAE, 26 (33,8%) consideram que sua categoria tem aprovação do Conselho para participar da SAE; 3 (3,9%) referem que não têm autorização para participarem, 4 (5,2%) responderam de forma incorreta, 10 (13,0%) referiram não saber e 34 (44,2%) não responderam à questão, como apresentado na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo a aprovação do COREN para a participação da sua categoria nas fases da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Aprovação do COREN	Nº	%
Sim	26	33,8
Não	3	3,9
Resposta incorreta	4	5,2
Não sabe	10	13,0
Não respondeu	34	44,1
Total	77	100,0

Os dados evidenciam que os auxiliares e técnicos não sabem apontar quais suas funções e em quais fases tem aprovação legal para participar da SAE, e sequer sabem se participam dela.

O COREN/SP fornece orientações acerca da participação dos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem nas fases da SAE, e segundo o referido órgão, a contribuição destes se dá por meio do cumprimento da Prescrição de Enfermagem e da anotação de enfermagem. A anotação de enfermagem, segundo o referido órgão, é de responsabilidade do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em

prontuário do paciente, dos procedimentos e reações apresentadas pelo paciente, de acordo com o prescrito pelo enfermeiro na SAE.

Sabemos que na prática a anotação de enfermagem é realizada por todos os elementos da equipe de enfermagem, inclusive o enfermeiro. E as finalidades da anotação, vão além, pois elas também se destinam ao registro da Coleta de Dados, do Diagnóstico de Enfermagem, da Avaliação além das intercorrências ocorridas no plantão.

4.4 A percepção dos sujeitos quanto a utilização e participação nas fases da SAE

Em relação a utilização sistematização da assistência de enfermagem no setor em que trabalham 72 (93,5%) sujeitos reconhecem que utilizam esta metodologia no seu trabalho diário (tabela 11).

Tabela 11– Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem, segundo a utilização da sistematização da assistência de enfermagem no setor em que trabalham, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Utilização da SAE	Nº	%
Sim	72	93,5
Não	05	6,5
Total	77	100,0

Os resultados da tabela 11 indicam que, embora as unidades tenham sido selecionadas em virtude da adoção da SAE, 05 (6,5%) sujeitos referiram que ela não é utilizada no seu setor, isso mostra que o funcionário não identificou a utilização da SAE. Este dado é significativo pois demonstra que a maioria dos sujeitos pesquisados identificam a utilização da SAE.

A tabela 12 mostra que dos 72 auxiliares e técnicos que referiram trabalhar sob a coordenação de um metodologia da assistência denominado SAE, 24 (33,3%) referiram trabalhar com a SAE há menos de 1 ano, 29 (40,3%) em um período entre 1 e 5 anos ; 7 (9,7%) entre 6 e 10 anos e 12 (16,7%) não responderam à pergunta.

Tabela 12– Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem que reconhecem a utilização da SAE em seu setor de trabalho (N=72), segundo o tempo de atuação, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Tempo(anos)	Nº	%
< 1	24	33,3
01 - 05	29	40,3
06 - 10	07	9,7
Sem informação	12	16,7
Total	72	100,0

Observamos, durante a aplicação do questionário, que os profissionais tinham dúvidas quanto ao tempo em que trabalhavam com a SAE. Alguns alegavam ter participado de palestra sobre o assunto, porém não conseguiam se lembrar há quanto tempo elas ocorreram, e nem o conteúdo delas, o que justifica o número de sujeitos que não responderam.

Informalmente obtivemos a informação de que a SAE estava implantada a cerca de um ano e meio, o que justifica a predominância do intervalo entre 1 e 5 anos.

Acreditamos ser natural esta dificuldade em estabelecer um tempo de trabalho sob a coordenação de uma metodologia de organização assistencial, pois identificar diferenças entre outras formas de organização (normas e rotinas) e a utilizada atualmente (SAE), requer mais do que simples observação dos fatos mas o entendimento deles.

4.5 A opinião dos sujeitos quanto a melhora ou não de sua assistência em virtude da utilização da SAE

É consenso para maioria dos entrevistados 73 (94,8%) que a SAE melhora a qualidade de sua assistência prestada ao paciente; apenas 4 (5,2%) não acreditam que a SAE melhora sua assistência.

Tabela 13 - Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo a opinião dos sujeitos quanto a melhora ou não da assistência de enfermagem organizada por meio da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Melhora a assistência	Nº	%
Sim	73	94.8
Não	4	5.2
Total	77	100.0

Podemos observar que a despeito da dificuldade em compreender como suas atividades estão vinculadas às fases da SAE os sujeitos da pesquisa percebem que este método melhora a assistência de enfermagem oferecida ao cliente.

Estudos realizados com enfermeiros demonstram resultados semelhantes ao desta pesquisa, que de acordo com Paula, Araújo e Takahashi (1984), após a implementação da SAE, observou uma significativa interação enfermeiro-paciente onde os pacientes passaram a requisitar o enfermeiro com maior frequência, expressando suas dúvidas e expectativas relacionadas ao tratamento e os familiares demonstravam satisfação e confiança na equipe.

Cunha e Bicudo (1989) reiteram que a SAE auxilia o trabalho do enfermeiro, aproxima o enfermeiro do paciente e permite uma avaliação eficaz dos cuidados prestados ao cliente.

Maria e Dias (1987) concordam que por meio da SAE as ações de enfermagem são direcionadas, controlando os cuidados prestados, assegura uma assistência individualizada, facilita a passagem de plantão, favorece o reconhecimento da pessoa do enfermeiro pelos pacientes e familiares, estimula os enfermeiros a aperfeiçoarem seus conhecimentos e oferece subsídios para pesquisa e auditoria.

Thofehrn e Traversi (1999) acreditam que a SAE facilita o cuidado por sistematizar as ações de enfermagem e permitir que o enfermeiro ocupe seu espaço dentro da equipe de saúde.

Mendes e Bastos (2003) afirmam que a SAE faz a diferença por representar o resgate e a consolidação do papel do enfermeiro assistencial, liberando-o da ciranda da vida diária, perdido na resolução de problemas imediatos dos funcionários, e da unidade, envolvido com uma rotina de escalas, estoques de medicamentos, serviços de lavanderia e rouparia, papéis e formulários.

Carvalho e Garcia (2002) esclarecem que a adoção da SAE enquanto método, propicia uma prática reflexiva sobre as ações que estão sendo desenvolvidas pela enfermagem na assistência.

Embora não existam estudos similares ao desta pesquisa, é relevante o fato de que os sujeitos valorizaram a SAE, por acreditarem que esta metodologia dá significado e consistência às suas atividades como apresentado na próxima tabela (14).

Na tabela 14, observamos que os sujeitos apontam os motivos pelos quais acreditam nesta metodologia assistencial, destacando-se que as alternativas não são excludentes e que em 39,7% das respostas os sujeitos assinalaram todos os itens contidos na questão.

Tabela 14 - Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem (N=73) segundo os motivos que representam a melhora da assistência de enfermagem por meio da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Melhora assistência	Nº	%
Organiza seu trabalho	35	47,9
Organiza seu trabalho, registra as atividades realizadas e demonstra a quantidade e a qualidade do serviço da equipe de enfermagem	35	47,9
Organiza seu trabalho, registra as atividades realizadas e valoriza seu trabalho	35	47,9
Registra as atividades realizadas e demonstra a quantidade e a qualidade do serviço da equipe de enfermagem	31	42,5
Registra as atividades realizadas	30	41,0
Demonstra a quantidade e a qualidade do serviço da equipe de enfermagem	35	47,9
Valoriza seu trabalho	30	41,0
Registra as atividades realizadas e demonstra a quantidade e a qualidade do serviço da equipe de enfermagem	33	45,2
Organiza seu trabalho e registra as atividades realizadas	36	49,3
Organiza seu trabalho e demonstra a quantidade e a qualidade do serviço da equipe de enfermagem	31	42,5
Não respondeu	32	43,8

Concluimos, desta forma, que os auxiliares e técnicos de enfermagem, muito embora não compreendam sua contribuição nas fases da SAE, os mesmos percebem que esta metodologia refletiu em sua prática profissional, tornando-a mais organizada, valorizada demonstrando a quantidade e a qualidade de seu serviço por meio do registro das atividades realizadas pela equipe.

Entretanto, alguns sujeitos apesar de terem respondido que a SAE melhora a assistência de enfermagem, também assinalaram itens contidos na justificativa da não melhora da assistência mostrando que, em sua opinião, a SAE tem pontos positivos e negativos como observado na tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição do número e porcentagem de auxiliares e de técnicos de enfermagem segundo os motivos que representam a não melhora da assistência por meio da SAE, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Não melhora a assistência	Nº	%
Aumento de serviço	2	13,3
Mais atividades para checar, descrevem a rotina de cuidados e é sempre a mesma coisa	2	13,3
Aumenta o serviço, mais atividades para checar, gasto de tempo desnecessário na leitura da prescrição de enfermagem, é sempre a mesma coisa	2	13,3
É sempre a mesma coisa e gasto de tempo desnecessário na leitura da prescrição de enfermagem	1	6,7
Mais atividades para checar	5	33,4
Descrevem a rotina de cuidados	2	13,3
Descrevem a rotina de cuidados e é sempre a mesma coisa	1	6,7
Total	15*	100,0

*n=15 – 11 sujeitos assinalaram que a SAE melhora e não melhora a Assistência de enfermagem.

De acordo com a opinião expressa pelos sujeitos que consideram que a SAE não melhora sua assistência, 2 (13.3%) apontam o aumento de serviço como justificativa; 2 (13.3%) mais atividades para checar, descrevem a rotina de cuidados e é sempre a mesma coisa; 2 (13.3%) consideram que SAE aumenta o serviço, mais atividades para checar, gasto de tempo desnecessário na leitura da prescrição de enfermagem, é sempre a mesma coisa; 1 (6,7%) que é sempre a mesma coisa e gasto de tempo desnecessário na leitura da prescrição de enfermagem; 5 (33.4%) apontam mais atividades para checar; 1 (6,7%) que a SAE descreve a rotina de cuidados e é sempre a mesma coisa.

O aspecto que mais chama atenção nesta tabela é aquele que trata da prescrição de enfermagem, somando-se os escores da tabela, 73,2% dos sujeitos concordam que ocorre o aumento das atividades para checar.

Estudo realizado por Cogo e Borba (1986) demonstraram que, na ótica dos auxiliares e técnicos de enfermagem, a execução parcial da prescrição de enfermagem se dá em grande parte pela incoerência desta com a evolução do paciente, falta de tempo e por considerá-la repetitiva e inadequada em função da falta de avaliação do paciente pelo enfermeiro. Este estudo demonstra que o cuidado direto com os pacientes oferece elementos para os auxiliares e técnicos de enfermagem julgarem a pertinência da prescrição em relação às necessidades do paciente.

Outro aspecto, ainda segundo Cogo e Borba (1986) a diferenciação dos cuidados que sejam estabelecidos como rotinas ou não, deve ser criteriosamente estudado e constantemente avaliados, pois um cuidado de rotina pode não adaptar-se a um paciente em determinada situação.

Segundo Ochoa-Vigo, Pace e Santos (2003) o desinteresse pela implementação da prescrição de enfermagem é verificado pela falta de troca de informações sobre o paciente, entre o enfermeiro e os outros os elementos da equipe, e a resistência no cumprimento da prescrição se dá em função da mesma não refletir as reais necessidades dos clientes.

Este resultado é relevante do ponto de vista operacional da SAE, pois os profissionais envolvidos na implementação da prescrição devem compreender a finalidades dos itens contidos nela e as questões relacionadas aos cuidados e rotinas devem ser esclarecidas junto a equipe.

4.6 Atividades operacionalizadas pelos sujeitos ligadas a cada uma das fases propostas pela SAE e a frequência com que são realizadas

Quanto aos dados relacionados à admissão do paciente observamos por meio dos dados da tabela 16, que os sujeitos participam ativamente desta atividade nas unidades em que estão lotados, os resultados demonstram que 11 (14,3%) dos sujeitos referem receber pacientes para internação muitas vezes e 52 (67,5%) sempre; 23 (29,9%) referem receber paciente durante retorno de exames muitas vezes e 38 (49,4%) sempre; 22 (28,6%) referem receber paciente em retorno do centro cirúrgico muitas vezes e 45 (58,4%) sempre; 23 (29,9%) orientam pacientes e familiares quanto a rotina do hospital muitas vezes e 32 (41,6%) sempre.

A Lei 7.498/86 regulamentada pelo Decreto 94.406/87 estabelece, além de outras atribuições, que ao auxiliar de enfermagem cabe observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação e ao técnico assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação, supervisão das atividades de assistência de enfermagem e prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave.

Legalmente, a admissão do paciente pode ser realizada por todos os elementos da equipe de enfermagem, configurando nesta situação o pleno exercício de suas atividades profissionais sem ferir a legislação vigente, visto que, são preparados para tal durante sua formação.

É importante considerar que na admissão são coletados dados importantes que devem ser registrados para posterior avaliação do enfermeiro e utilização destes para o planejamento da assistência de enfermagem.

Tabela 16 – Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo a admissão do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Recebe paciente para internação	6	7,8	2	2,6	4	5,2	11	14,3	52	67,5	2	2,6	77	100
Recebe paciente durante retorno de exames	3	3,9	2	2,6	11	14,3	23	29,9	38	49,4	-	-	77	100
Recebe paciente durante retorno do Centro Cirúrgico	2	2,6	1	1,3	7	9,1	22	28,6	45	58,4	-	-	77	100
Orienta pacientes e familiares quanto a rotina do hospital (visitas, restrições alimentares, comportamento)	1	1,3	4	5,2	15	19,5	23	29,9	32	41,6	2	2,6	77	100

Os resultados da tabela 17 revelam que em relação aos dados de identificação do cliente, as informações acerca do estado civil, grau de instrução, endereço, telefone, profissão ou ocupação, renda familiar, naturalidade, procedência e número de filhos não são frequentemente coletados por estes profissionais, os quais durante o preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados desta pesquisa esclareceram que estes dados são solicitadas durante a internação do paciente.

Apesar dos dados de identificação do paciente ter sido coletado no ato da internação, nota-se que (somando-se os resultados das colunas muitas vezes e sempre) 63 (81,8%) dos sujeitos frequentemente perguntam o nome e 43 (55,9%) a idade do paciente, os sujeitos esclareceram durante o preenchimento do instrumento que perguntar o nome e idade são formas de avaliar o estado de consciência e de promover a interação entre a equipe e o paciente.

Tabela 17 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados de identificação do cliente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

<i>Atividades de Enfermagem</i>	<i>Freqüências</i>													
	<i>Nunca</i>		<i>Raramente</i>		<i>Algumas vezes</i>		<i>Muitas vezes</i>		<i>Sempre</i>		<i>Respostas em branco</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nome	5	6,5	4	5,2	5	6,5	11	14,3	52	67,5	-	-	77	100
Idade	9	11,7	8	10,3	17	22,1	12	15,6	31	40,3	-	-	77	100
Estado civil	16	20,8	26	33,8	15	19,5	4	5,2	12	15,6	4	5,2	77	100
Grau de instrução	42	54,5	15	19,5	10	13,0	2	2,6	5	6,5	3	3,9	77	100
Endereço	44	57,1	18	23,4	5	6,5	3	3,9	4	5,2	3	3,9	77	100
Telefone	49	63,6	14	18,2	7	9,1	2	2,6	3	3,9	2	2,6	77	100
Profissão ou ocupação	32	41,6	21	27,3	11	14,5	2	2,6	6	7,8	5	6,5	77	100
Renda familiar	67	87,0	6	7,8	1	1,3	1	1,3	2	2,6	-	-	77	100
Naturalidade	34	44,2	19	24,7	14	18,2	4	5,2	4	5,2	2	2,6	77	100
Procedência	28	36,4	18	23,4	13	16,9	6	7,8	7	9,1	5	6,5	77	100
Número de filhos	32	41,6	19	24,7	16	20,8	4	5,2	5	6,5	1	1,3	77	100
Religião	36	46,7	25	32,5	7	9,1	2	2,6	5	6,5	2	2,6	77	100

Outro dado relevante observado nesta tabela 17, refere-se ao item que trata da religião, onde 36 (46,8%) nunca perguntam a religião do paciente e 25 (32,5%) raramente solicitam este dado. Considerando tal informação como parte do tratamento integral do indivíduo, de acordo com Grüdtner (1996) esta deveria ser uma preocupação da equipe, visto que, se for constatada necessidade de assistência espiritual se o enfermeiro ou equipe não se sentir capacitado para oferecê-la, deve viabilizar tal cuidado por meio do líder religioso que o doente confia.

O autor ainda acrescenta que a assistência de enfermagem na esfera espiritual deve constar no próprio processo de enfermagem e o paciente tem direito de receber assistência espiritual.

A tabela 18 apresenta os resultados obtidos referentes aos antecedentes pessoais, familiares e hábitos de vida dos clientes, os itens que se destacam indicam que somando-se os escores das colunas muitas vezes e sempre, 50 (65%) solicitam informações sobre antecedentes pessoais, Jarvis (2002) esclarece que acontecimentos prévios na história de saúde podem ter efeitos residuais sobre o estado de saúde atual, tais como acidentes e lesões, doenças crônicas, hospitalizações, operações.

Quanto aos antecedentes alérgicos, 63 (81,8%) dos sujeitos questiona esse aspecto, informação importantíssima visto que previne complicações advindas do uso de medicamentos, alimentos e utensílios que possam desencadear reações alérgicas no paciente, Jarvis (2002) recomendam que se devam registrar os alérgenos e as respectivas reações.

Tabela 18 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo antecedentes patológicos e hábitos do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências												Total	
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Antecedentes pessoais	7	9,1	7	9,1	11	14,3	16	20,8	34	44,2	2	2,5	77	100
Antecedentes familiares	18	23,4	14	18,2	13	16,9	12	15,6	18	23,4	2	2,5	77	100
Antecedentes alérgicos	4	5,2	4	5,2	5	6,5	12	15,6	51	66,2	1	1,3	77	100
Problema de saúde atual	6	7,8	6	7,8	5	6,5	12	15,6	48	62,3	-	-	77	100
Se o paciente fuma e a quantidade de cigarros/dia	14	18,2	15	19,5	10	13,0	12	15,6	24	31,2	2	2,5	77	100
Se o paciente ingere bebida alcoólica e a quantidade/dia	17	22,1	17	22,1	10	13,0	12	15,6	21	27,2	-	-	77	100
Se o paciente realiza algum tipo de atividade física	27	35,1	17	22,1	15	19,5	8	10,4	7	9,1	3	3,8	77	100
Se o paciente faz uso de algum tipo de droga ilícita	30	39,0	14	18,2	7	9,1	5	6,5	18	23,4	3	3,8	77	100
Se o paciente faz uso de automedicação	13	16,9	10	13,0	13	16,9	8	10,4	32	41,5	1	1,3	77	100
Sobre quais são os hábitos alimentares dos pacientes	27	35,1	19	24,7	13	16,9	4	5,2	12	15,6	2	2,5	77	100
A quantidade de líquidos ingerida por dia	22	28,6	13	16,9	10	13,0	15	19,5	17	22,0	-	-	77	100
Freqüência urinária habitual	13	16,9	8	10,4	17	22,0	9	11,7	30	39,0	-	-	77	100
Freqüência de evacuação	10	13,0	8	10,4	13	16,9	13	16,9	31	40,3	2	2,5	77	100
Hábitos de sono e repouso	20	26,0	12	15,6	16	20,8	9	11,7	18	23,4	2	2,5	77	100
Uso de medicamento atual	5	6,5	2	2,6	3	3,9	14	18,2	52	67,5	1	1,3	77	100

Em relação ao problema atual do cliente 60 (77,9%) solicitam essa informação, e Jarvis (2002) esclarece que atualmente o termo utilizado para designar esta atividade é: motivo para buscar atendimento, devendo-se evitar o uso de queixa principal por não contemplar as necessidades de bem-estar.

Outro aspecto que chama a atenção refere-se ao uso atual de medicamentos pelo paciente onde 66 (85,7%) solicitam esta informação, este dado permite conhecer as patologias instaladas e o tratamento utilizado pelo paciente para permitir a continuidade deste no período da internação hospitalar, Jarvis (2002) recomenda perguntar o nome, dose e posologia de todos os remédios. .

Os demais itens da tabela apresentam uma homogeneidade nas frequências com que são solicitadas demonstrando não haver um padrão ou uma rotina de investigação destas informações, destacando-se discretamente alguns itens que dizem respeito a automedicação 40 (51,9%) solicitam esta informação, Jarvis (2002), recomenda questionar sobre o uso de vitaminas, pílula anticoncepcional, aspirina e antiácidos, por serem vendidos livremente e ser grande o número de pessoas que não considera os considera como medicações.

Os dados quanto a frequência de evacuação e urinária são coletados, respectivamente por 44 (57,2%) e 39 (50,7%) (somando-se os escores das colunas muitas vezes e sempre).

Estes dados da entrevista poder ser coletados por toda a equipe de enfermagem não havendo impedimento legal para execução destas atividades por profissionais de nível médio e as informações coletadas devem ser registradas para posterior análise do profissional enfermeiro.

Tabela 19 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao sistema respiratório do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Observa freqüência respiratória e ritmo	2	2,6	-	-	2	2,6	9	11,7	63	81,8	1	1,3	77	100
Observando presença de dispnéia	1	1,3	-	-	2	2,6	6	7,8	66	85,7	2	2,6	77	100
Observando presença de tosse	1	1,3	1	1,3	3	3,9	13	16,9	58	75,3	1	1,3	77	100
Observando presença de coriza	1	1,3	3	3,9	10	13,0	13	16,9	48	62,3	2	2,6	77	100
Observando tubo orotraqueal	13	16,9	11	14,3	7	9,1	7	9,1	34	44,1	5	6,5	77	100
Observando cânula de traqueostomia	9	11,7	10	13,0	5	6,5	12	15,6	37	48,0	4	5,2	77	100
Observando oxigenoterapia	4	5,2	5	6,5	6	7,8	11	14,3	49	63,6	2	2,6	77	100
Observando saturação de oxigênio	2	2,6	7	9,1	9	11,7	10	13,0	44	57,1	5	6,5	77	100
Observando cateter nasal	5	6,5	8	10,4	8	10,4	14	18,2	38	49,3	4	5,2	77	100
Realizando ausculta pulmonar com estetoscópio	52	67,5	11	14,3	4	5,2	4	5,2	4	5,2	2	2,6	77	100

Em relação aos aspectos que envolvem o sistema respiratório os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem contribuem na coleta de dados relacionada ao mesmo (tabela 19). Verificamos predominantemente (somando-se os escores muitas vezes e sempre) que 72 (93,5%) observam a frequência respiratória e ritmo; 72 (93,5%) observam a presença de dispnéia; 71 (92,2%) observam a presença de tosse; 60 (77,9%) observam alterações na oxigenoterapia; 61 (79,2%) observam presença de coriza; 52 (67,5%) observam cateter nasal.

Outro dado relevante refere-se à ausculta pulmonar, 67,5% dos sujeitos afirmam nunca realizar esta atividade e 14,3% raramente, mostrando que esta é uma atividade realizada por outros profissionais como enfermeiros, médicos e fisioterapeutas em virtude da complexidade exigida pela técnica e os conhecimentos da semiologia e semiotécnica associada ao contexto clínico do paciente.

A exceção da ausculta pulmonar que, de fato, exige maiores conhecimentos de anatomia e fisiopatologia do trato respiratório, os demais itens desta tabela podem ser realizados por estes profissionais, visto que, são preparados para tal, durante sua formação, além do que a Lei 7.498/86 regulamentada pelo Decreto 94.406/87 preconizam que ao auxiliar de enfermagem cabe observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação e ao técnico prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave.

Tabela 20 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao sistema circulatório do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

Atividades de Enfermagem	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Verificando pressão arterial	2	2,6	-	-	-	-	5	6,5	69	89,6	1	1,3	77	100
Realizando ausculta cardíaca com estetoscópio	52	67,5	14	18,2	5	6,5	1	1,3	3	3,9	2	2,6	77	100
Verificando freqüência de pulsos periféricos	2	2,6	-	-	2	2,6	12	15,6	60	77,9	1	1,3	77	100
Verificando freqüência cardíaca	3	3,9	1	1,3	1	1,3	8	10,4	60	77,9	4	5,2	77	100
Avaliando presença de edema	3	3,9	1	1,3	3	3,9	10	13,0	59	76,6	1	1,3	77	100
Observando cateter venoso periférico ou central	-	-	-	-	2	2,6	11	14,3	63	81,8	1	1,3	77	100
Observando alterações na infusão venosa	-	-	-	-	3	3,9	10	13,0	63	81,8	1	1,3	77	100
Avaliando perfusão periférica	1	1,3	1	1,3	5	6,5	10	13,0	59	76,6	1	1,3	77	100
Realizando palpação de gânglios	44	57,1	12	15,6	7	9,1	3	3,9	8	10,4	3	3,9	77	100
Avaliando distensão de jugular	29	37,6	14	18,2	10	13,0	8	10,4	14	18,2	2	2,6	77	100

Os dados da tabela 20 semelhantes aos da tabela 19, também revelam a participação ativa dos técnicos e auxiliares de enfermagem na coleta de dados relacionados ao sistema circulatório, desta forma, observamos a predominância dos seguintes escores (somando os resultados das colunas muitas vezes e sempre): 74 (96,1%) verificam a pressão arterial; 74 (96,1%) observam cateter venoso periférico ou central; 94,8% observam alterações na infusão venosa; 72 (93,5%) verificam a frequência de pulsos periféricos; 69 (89,6%) avaliam presença de edema; 69 (89,6%) avaliam perfusão periférica; 68 (88,3%) verificam frequência cardíaca.

Algumas atividades de enfermagem não realizadas por estes profissionais conforme resultados desta tabela, refletem a complexidade das mesmas, pois requer conhecimento aprofundado da matéria de semiologia e semiotécnica, bem como de anatomia e fisiopatologia associadas ao contexto clínico do paciente, e conseqüentemente os escores confirmam o esperado, desta forma, 67,5% nunca realizam ausculta cardíaca e 57,1% não realizam a palpação de gânglios.

Entretanto, chama a atenção o item que trata da avaliação da distensão de jugular onde observamos que 28,6% dos sujeitos referem realizar esta atividade, o que requer habilidades de observação criteriosa e o conhecimento de patologias, como por exemplo, em casos de insuficiência cardíaca congestiva o que demonstra o envolvimento destes profissionais na observação de dados relevantes da coleta de dados.

Tabela 21 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados a palpação da tireóide, termoregulação, sistema neurológico do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Realizando palpação da tireóide	54	70,1	10	13,0	3	3,9	3	3,9	4	5,2	3	3,9	77	100
Verificando temperatura	-	-	-	-	-	-	7	9,1	69	89,6	1	1,3	77	100
Avaliando orientação no tempo e espaço	1	1,3	7	9,1	2	2,6	8	10,4	55	71,4	4	5,2	77	100
Avaliando alterações no nível de consciência: letargia, confusão, sonolência, obnubilação e torpor	1	1,3	3	3,9	5	6,5	11	14,3	56	72,7	1	1,3	77	100
Avaliando pupilas	22	28,6	18	23,4	17	22,0	9	11,7	9	11,7	2	2,6	77	100
Avaliando acuidade visual	12	15,6	11	14,3	13	16,9	12	15,6	26	33,8	3	3,9	77	100
Avaliando olhos (secreção, esclera, conjuntiva)	14	18,2	6	7,8	10	13,0	11	14,3	32	41,6	4	5,2	77	100
Avaliando acuidade olfativa	25	32,5	11	14,3	11	14,3	9	11,7	18	23,4	3	3,9	77	100
Avaliando acuidade auditiva	13	16,9	10	13,0	11	14,3	11	14,3	29	37,7	3	3,9	77	100
Avaliando acuidade gustativa	26	33,8	17	22,0	6	7,8	11	14,3	15	19,5	2	2,6	77	100
Avaliando percepção tátil	17	22,0	16	20,8	7	9,1	13	16,9	22	28,6	2	2,6	77	100

Quanto a avaliação neurológica, os dados da tabela 21 revelam que a participação dos profissionais de enfermagem não enfermeiros nos testes que avaliam o funcionamento do sistema nervoso, somando os escores da coluna muitas vezes e sempre, verificamos: a avaliação da orientação no tempo e espaço em 63 (81,8%) das respostas; 67 (87%) referem avaliar alterações no nível de consciência :letargia, confusão, sonolência, obnubilação e torpor.

Estão incluídos nesta tabela os dados referentes a temperatura onde 76 (98,7 %) dos sujeitos verificam temperatura dos pacientes sob seus cuidados.

A observação de alterações na tireóide constatadas por meio da palpação desta 70,1% nunca realizam e 13,0 % raramente executam esta atividade.

Os demais itens da tabela revelam um equilíbrio entre as opções oferecidas pela escala, na avaliação de pupilas 22 (28,6%) nunca realizam esta atividade, 18 (23,4%) raramente; na avaliação da acuidade visual observamos que 12 (15,6%) a realizam muitas vezes e 26 (33,8%) sempre; a avaliação dos olhos apresenta uma frequência maior onde (somando os escores das colunas muitas vezes e sempre) 38 (55,9%) realizam esta atividade; nos dados da avaliação da acuidade olfativa, auditiva, gustativa e tátil, destacamos a avaliação auditiva como a mais freqüentemente realizada em 40 (52%) das respostas (somando os escores das colunas muitas vezes e sempre).

Verificamos que não há impedimento legal desta categoria profissional em verificar o nível de consciência e a orientação no tempo e espaço dos pacientes sob seus cuidados, bem como a verificação de temperatura corporal dos mesmos.

Vale ressaltar que existem testes específicos para classificação do nível de consciência do paciente como, por exemplo, a escala de coma de Glasgow que segundo Jarvis (2002) é um instrumento quantitativo preciso e fidedigno, é uma

avaliação padronizada e objetiva que define o nível de consciência, atribuindo-lhe um valor numérico, parecer da câmara técnica assistencial - 048 de 08 de abril de 1998 a utilização da referida escala é da competência do enfermeiro.

Em relação aos aspectos que envolvem o trato gastrointestinal e tegumentar, (tabela 22) podemos observar, considerando os resultados das colunas muitas vezes e sempre, que 70 (90,9%) observam a presença de lesões na pele do paciente, dado relevante, uma vez que os cuidados de enfermagem destinados à higiene dos pacientes freqüentemente realizados por estes profissionais proporcionam a oportunidade ideal para avaliar e comunicar alterações na pele do paciente possibilitando o planejamento de intervenções de enfermagem para evitar complicações desta natureza.

Entre os sujeitos da pesquisa, 66 (85,7%) avaliam freqüência e características da urina; 64 (83,1%) avaliam o tipo e aceitação da dieta; 62 (80,5%) avaliam débito urinário; 59 (76,6%) avaliam freqüência e características das fezes dos pacientes, estes dados coletados pela equipe também fornecem elementos que podem auxiliar o profissional enfermeiro no estabelecimento do diagnóstico e das intervenções adequadas.

Tabela 22 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao sistemas tegumentar e gastrintestinal do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Avaliando cavidade bucal	7	9,0	21	27,3	15	19,5	18	23,4	14	18,2	2	2,6	77	100
Avaliando mucosa ocular	10	13,0	15	19,5	18	23,4	16	20,8	13	16,9	5	6,5	77	100
Observando presença de lesões na pele	2	2,6	-	-	3	3,9	9	11,7	61	79,2	2	2,6	77	100
Avaliando estado nutricional	16	20,8	10	13,0	18	23,4	16	20,8	14	18,2	3	3,9	77	100
Avaliando tipo e aceitação da dieta	5	6,5	2	2,6	5	6,5	17	22,1	47	61,0	1	1,3	77	100
Realizando palpação do abdome	28	36,4	18	23,4	15	19,5	11	14,3	3	3,9	2	2,6	77	100
Realizando ausculta abdominal	53	68,8	10	13,0	7	9,1	5	6,5	-	-	2	2,6	77	100
Avaliando presença de ruídos hidroaéreos e freqüência	52	67,5	14	18,2	3	3,9	4	5,2	2	2,6	2	2,6	77	100
Realizando percussão abdominal	51	66,2	12	15,6	4	5,2	4	5,2	1	1,3	5	6,5	77	100
Avaliando freqüência e características da urina	2	2,6	1	1,3	7	9,1	11	14,3	55	71,4	1	1,3	77	100
Avaliando débito urinário	2	2,6	1	1,3	9	11,7	10	13,0	52	67,5	3	3,9	77	100
Avaliando freqüência e características das fezes	2	2,6	-	-	12	15,6	15	19,5	44	57,1	4	5,2	77	100

Na tabela 22, também chamam a atenção os resultados que oferecem informações acerca das atividades que nunca ou raramente são realizadas pelos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, desta forma, observamos que 67,5% nunca e 18,2% raramente avaliam presença de ruídos hidroaéreos e a frequência destes; 68,8% nunca e 13,0% raramente realizam ausculta abdominal e 66,2% nunca e 15,6% raramente realizam percussão abdominal; estes resultados eram esperados, uma vez que, são exames que requerem conhecimento de semiologia e semiotécnicas para realização do exame físico do abdome e geralmente são realizados pelo profissional enfermeiro ou médico.

Os dados da tabela 23 revelam que os sujeitos da pesquisa em 63,7% dos casos avaliam a necessidade de auxílio para deambulação (muletas, apoio), 57,2% avaliam membros superiores quanto a simetria, contraturas, tremores; 58,5% avaliam membros inferiores quanto a simetria, contraturas e tremores.

Estes dados interferem na assistência de enfermagem, pois revelam o nível de dependência do paciente para realização das atividades de auto cuidado e locomoção, o profissional enfermeiro procede a avaliação destes aspectos e seleciona o grau de dependência determinando os tipos de cuidados a serem desenvolvidos pela equipe de enfermagem.

Tabela 23 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao sistema neuro-muscular do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Avaliando tipo de marcha	22	28,5	12	15,6	18	23,4	7	9,1	15	19,5	3	3,9	77	100
Avaliando necessidade de auxilia para deambulação (muletas, apoio)	16	20,8	5	6,5	6	7,8	11	14,3	38	49,4	1	1,3	77	100
Avaliando membros superiores: simetria, contraturas, tremores	15	19,5	9	11,7	7	9,1	12	15,6	32	41,6	2	2,6	77	100
Avaliando membros inferiores: simetria, contraturas, tremores	14	18,2	10	13,0	6	7,8	12	15,6	33	42,9	2	2,6	77	100

Para o tratamento de patologias associadas ao sistema músculo-esquelético, freqüentemente são solicitados os profissionais fisioterapeutas para tratamento de possíveis seqüelas – contraturas e deformidades em consequência de alterações do aparelho neuromuscular.

Os dados da tabela 24 retratam que as atividades destes profissionais não estão envolvidas com as alterações e peculiaridades do sistema reprodutor masculino e feminino.

Os escores evidenciam que 62 (80,5%) dos sujeitos não avaliam freqüência de atividade sexual e alterações relacionadas a sexualidade, 52 (67,5%) nunca questiona sobre o uso de métodos contraceptivos, 59 (76,6%) nunca realiza exame das mamas, 48 (62,3%) nunca realiza exame dos genitais.

No que refere a avaliação do estado de higiene corporal do paciente, somando os resultados das colunas muitas vezes e sempre, 89,6% dos profissionais referem executar esta atividade.

Devemos atentar para a questão de que mulheres em idade reprodutiva devem ser inquiridas quanto ao uso de métodos contraceptivos, visto que, inúmeros procedimentos e medicamentos podem ter efeitos teratogênicos e a inobservância desta informação pode acarretar, em caso de gravidez, danos ao feto.

Outro aspecto importante está relacionado ao exame das genitálias e mamas, o profissional que observa o estado de higiene corporal do paciente, concomitantemente pode proceder a avaliação especialmente de alterações relacionadas a genitália e comunicar alterações ao enfermeiro.

Tabela 24 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao sistema reprodutor masculino e feminino, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Avaliando freqüência de atividade sexual e alterações relacionadas a sexualidade do paciente	62	80,5	9	11,7	1	1,3	2	2,6	-	-	3	3,9	77	100
Questionando sobre o uso de métodos contraceptivos	52	67,5	14	18,2	4	5,2	3	3,9	1	1,3	3	3,9	77	100
Realizando exame de mamas	59	76,6	9	11,7	4	5,2	2	2,6	1	1,3	2	2,6	77	100
Realizando exame dos genitais	48	62,3	12	15,6	7	9,1	2	2,6	5	6,5	3	3,9	77	100
Avaliando estado de higiene corporal	3	3,9	-	-	4	5,2	17	22,1	52	67,5	1	1,3	77	100

Vale ressaltar que os dados referentes à sexualidade dos pacientes devem ser solitados quando a clínica justificar a necessidade da tal informação, visto que, os pacientes poderiam interpretar como invasão de privacidade a abordagem desnecessária do tema.

No que se refere à observação de alterações em sondas e cateteres, os dados da tabela 25 revelam que os profissionais estão envolvidos com estas atividades, uma vez que, somando-se os escores das colunas muitas vezes e sempre, 73 (94,8%) observam a presença de drenos (tipo, quantidade e características das secreções); 75 (97,4%) observam a presença de sondas (tipo, alterações, integridade); 70 (90,0%) observam a presença de cateteres (tipo, alterações, integridade) e 96,1% descrevem presença e condições de curativos.

Levando em consideração que as atividades dos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem estão intimamente relacionadas aos cuidados diretos com o paciente, os resultados obtidos nesta tabela 25 eram esperados; até porque a lei diz que os mesmos devem observar, descrever e comunicar sinais e sintomas de acordo com sua qualificação profissional .

Os escores obtidos na tabela 26 refletem a preocupação destes profissionais quanto aos aspectos emocionais e sensoriais dos clientes e, somando-se os resultados das colunas muitas vezes e sempre, 70 (90,9%) dos sujeitos questionam e observam a presença de dor; 57 (74,0%) questionam e observam sensação de medo e ansiedade relacionado aos procedimentos cirúrgico, internação ou à doença; 56 (72,7%) observam expressão de medo e ansiedade dos pacientes.

Tabela 25 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados a alterações em sondas e cateteres do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006.

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Observando a presença de drenos (tipo, quantidade e características das secreções)	-	-	-	-	3	3,9	12	15,6	61	79,2	1	1,3	77	100
Observando a presença de sondas (tipo, alterações, integridade)	-	-	-	-	1	1,3	12	15,6	63	81,8	1	1,3	77	100
Observando presença de cateteres (tipo, alterações, integridade)	-	-	1	1,3	2	2,6	13	16,9	57	74,0	4	5,2	77	100
Descrevendo presença e condições de curativos	-	-	1	1,3	1	1,3	9	11,7	65	84,4	1	1,3	77	100

Tabela 26 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados aos aspectos emocionais e sensoriais do paciente, de um hospital escola do interior paulista, 2006

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Questionando e observando a presença de dor	-	-	-	-	5	6,5	6	7,8	64	83,1	2	2,6	77	100
Observando expressão de medo e ansiedade	2	2,6	10	13,0	8	10,4	13	16,9	43	55,8	1	1,3	77	100
Questionando sensação de medo e ansiedade relacionado ao procedimento cirúrgico, internação ou doença	3	3,9	6	7,8	9	11,7	15	19,5	42	54,5	2	2,6	77	100
Questionando a qualidade dos relacionamentos familiares	26	33,8	19	24,7	16	20,8	8	10,4	7	9,1	1	1,3	77	100
Questionando sobre o uso de práticas terapêuticas não medicamentosas (chás, benzimentos)	41	53,2	18	23,4	8	10,4	4	5,2	5	6,5	1	1,3	77	100

Em relação a qualidade dos relacionamentos familiares 26 (33,8%) nunca abordam este assunto e 19 (24,7%) raramente o fazem.

Quanto ao uso de práticas terapêuticas não medicamentosas (chás, benzimentos), 41 (53,2%) nunca e 18 (23,4%) raramente questionam este aspecto, considerando a possibilidade de alguns pacientes substituírem tratamentos prescritos por chás ou benzimentos, faz-se necessário investigar a possibilidade de prejuízos ocasionados por tais comportamentos e atitudes.

Os resultados demonstrados na tabela 27 revelam que 66 (85,7%) dos sujeitos reconhecem que nunca estabelecem o diagnóstico de enfermagem por meio de uma classificação (NANDA); 5 (6,5%) raramente, 3 (3,9%) muitas vezes e 1 (1,3%) sempre, ou seja, dos sujeitos participantes 4 (5,2%) referem estabelecer diagnóstico de enfermagem, provavelmente por considerarem tal atividade relacionada a observação e comunicação das alterações apresentadas pelo paciente, o que não implica, necessariamente, no julgamento das informações.

Em análise aos demais itens da tabela faz-se necessário observar que em relação à identificação do problema do paciente foram obtidos os seguintes escores, 27 (35,1%) muitas vezes e 9 (11,7%) sempre identificam o problema dos pacientes.

Quanto à observação e informação de sinais e sintomas que auxiliam na seleção dos diagnósticos de enfermagem 12(15,6%) acreditam que nunca realizam esta atividade, 7 (9,1%) raramente, 13 (16,8%) algumas vezes, 16 (20,8%) muitas vezes e 28 (36,4%) sempre o fazem. Com isso mais da metade dos profissionais reconhecem que suas informações auxiliam o profissional enfermeiro na seleção dos diagnósticos de enfermagem, os outros profissionais que referem não contribuir ou que contribuem pouco, à semelhança de resultados anteriores não associam suas atividades às fases da SAE.

Tabela 27 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao diagnóstico de enfermagem, de um hospital escola do interior paulista, 2006

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você identifica o problema do paciente	15	19,5	10	13,0	15	19,5	27	35,1	9	11,6	1	1,3	77	100
Você faz ou estabelece o diagnóstico de enfermagem utilizando uma classificação (NANDA)	66	85,7	5	6,5	-	-	3	3,9	1	1,3	2	2,6	77	100
Você observa e informa sinais e sintomas que auxiliam na seleção dos diagnósticos de enfermagem	12	15,6	7	9,1	13	16,8	16	20,8	28	36,4	1	1,3	77	100
Você lê os diagnósticos de enfermagem no prontuário	8	10,3	7	9,1	15	19,5	17	22,1	30	39,0	-	-	77	100

Em relação à leitura dos diagnósticos de enfermagem 8 (10,3%) nunca lê, 7 (9,1%) raramente, 15 (19,5%) algumas vezes, 17 (22,1%) muitas vezes e 30 (39,0%) sempre lêem os diagnósticos de enfermagem listados no prontuário do paciente, isso demonstra que 60,1% têm interesse na leitura do diagnóstico de enfermagem.

Os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, devem conhecer os principais diagnósticos de enfermagem utilizados nas unidades em que trabalham, visando a compreensão da prescrição de enfermagem.

Da mesma forma que estudamos os diagnósticos médicos e as intervenções de enfermagem apropriadas, devemos proporcionar aos auxiliares e técnicos esclarecimentos sobre os diagnósticos de enfermagem.

Como constatamos neste estudo a equipe de enfermagem contribui com dados e informações que são utilizadas para o estabelecimento dos diagnósticos e a equipe deve ser orientada quanto a importância desses dados que servirão de fundamentação para a organização e planejamento da assistência.

Na tabela 28 observamos que 67 (87%) dos sujeitos referem nunca prescrever de itens contidos em protocolos da instituição, 2 (2,6%) raramente, 2,6% algumas vezes, 3,9% muitas vezes, 1,3% não respondeu à questão. Observamos que, somando-se os resultados das colunas raramente, algumas vezes, muitas vezes e sempre, 10 (11,7%) referem executar esta atividade.

Segundo a Lei 7498/86, a prescrição de enfermagem é uma atividade privativa do profissional enfermeiro, devendo este ponto ser esclarecido.

Tabela 28 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados ao planejamento de enfermagem, de um hospital escola do interior paulista, 2006

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você participa da seleção de cuidados de enfermagem para cada diagnóstico de enfermagem estabelecido	32	41,5	8	10,4	8	10,4	9	11,7	19	24,7	1	1,3	77	100
Você faz sugestões para a prescrição de enfermagem	34	44,2	14	18,2	19	24,8	5	6,5	4	5,2	1	1,3	77	100
Prescreve itens contidos em protocolos da instituição	67	87,0	2	2,6	2	2,6	3	3,9	2	2,6	1	1,3	77	100

Quanto à participação na seleção de cuidados de enfermagem aos diagnósticos de enfermagem estabelecidos, observamos que 32 (41,6%) dos sujeitos referiram que nunca participam, 8 (10,4%) raramente, 8 (10,4%) algumas vezes, 9 (11,7%) muitas vezes, 19 (24,7%) sempre e 1(1,3%) não respondeu a questão. Nota-se certa homogeneidade nestas respostas; considerável parcela da amostra, somando os escores das colunas muitas vezes e sempre, 36,4% referem participar desta atividade.

Acreditamos que estes resultados estão ligados ao item seguinte que trata de sugestões feitas por estes profissionais para compor a prescrição de enfermagem, demonstradas pelas seguintes frequências de participação, 44,2% nunca, 18,2% raramente, 24,7% algumas vezes 6,5% muitas vezes, 5,2% sempre e 1,3% não responderam a questão.

Estes resultados revelam que os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, embora não tenham autonomia para decidir questões relacionadas ao cuidado com os pacientes, em virtude da proximidade com estes, acreditam ter condições de participar e sugerir itens que deverão compor a prescrição de enfermagem.

Legalmente esta é uma atividade privativa do profissional enfermeiro, podendo o técnico de enfermagem participar do planejamento da assistência de enfermagem. Os fatos comprovam a interdependência das atividades, onde o enfermeiro na tomada de decisão quanto ao cuidado não pode deixar de ouvir sua equipe.

Tabela 29 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados à implementação da assistência de enfermagem, de um hospital escola do interior paulista, 2006

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você checa prescrição de enfermagem após realizar o cuidado prescrito	-	-	1	1,3	-	-	8	10,4	68	88,3	-	-	77	100
Você realiza os cuidados prescritos	-	-	1	1,3	1	1,3	8	10,4	67	87,0	-	-	77	100
Você realiza cuidados que não estão prescritos pela enfermeira	16	20,7	5	6,5	17	22,1	15	19,5	24	31,2	-	-	77	100
Anota a realização do cuidado não contido na prescrição de enfermagem	7	9,1	1	1,3	7	9,1	11	14,3	49	63,6	2	2,6	77	100

Na Tabela 29, verificamos, somando-se os escores das colunas muitas vezes e sempre, que 76 (98,7%) dos sujeitos checam a prescrição de enfermagem após realizar o cuidado prescrito.

No item posterior, que trata da realização dos cuidados prescritos, somando os resultados das colunas muitas vezes e sempre, observa-se que 75 (97,4%) afirmam realizar, demonstrando que após a realização do cuidado prescrito, os funcionários checam o prontuário do paciente.

Quanto à realização de cuidados que não estão prescritos pela enfermeira, 16 (20,8%) referem que nunca realizam cuidados que não estão prescritos, 5 (6,5%) raramente o fazem 17 (22,1%) algumas vezes, 15 (19,5%) e 24 (31,2%), respectivamente, referem muitas vezes e sempre executarem cuidados que não estão prescritos pela enfermeira; estes últimos dados são extremamente relevantes, pois denotam a observação das necessidades apresentadas pelo paciente que não foram detectadas pelo enfermeiro que planejou a intervenção.

Outro aspecto refere-se à anotação da realização de cuidados que não estão contidos na prescrição de enfermagem, mas que são realizados; somando os resultados das colunas muitas vezes e sempre, 60 (77,9%) dos funcionários referem anotar tal ação.

A anotação do cuidado realizado sem prescrição de enfermagem deve ser um alerta ao profissional enfermeiro, que deve observar dois aspectos: em primeiro lugar, se houve falhas em seu planejamento da assistência que não contemplou todas as necessidades dos clientes, em segundo, avaliar a conduta de seus auxiliares quanto a coerência do cuidado realizado e as necessidades dos clientes.

Tabela 30 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos e enfermagem segundo dados relacionados a anotação e evolução da assistência de enfermagem, de um hospital escola do interior paulista, 2006

<i>Atividades de Enfermagem</i>	Freqüências													
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você descreve o resultado do cuidado prestado	5	6,5	3	3,9	8	10,4	11	14,3	48	62,3	2	2,6	77	100
Observa evolução do paciente e anota no prontuário	25	32,4	5	6,5	1	1,3	11	14,3	35	45,5	-	-	77	100
Observa alterações durante o cuidado e comunica ao enfermeiro	1	1,3	-	-	3	3,9	10	13,0	63	81,8	-	-	77	100

Quanto à descrição do resultado do cuidado prestado, 48 (62,3%) sempre descrevem, 11 (14,3%) muitas vezes, 8 (10,4%) algumas vezes, 3 (3,9%) raramente e 5 (6,5%) nunca anotam, 2 (2,6%) não responderam a questão. Este aspecto está intimamente relacionado ao relatório de enfermagem que consiste na descrição dos cuidados realizados.

Com base nas considerações feitas por Cosentino e Filho (2000), as anotações ou relatórios são importantes e contribuem para a valorização da profissão, proporcionam respaldo legal à equipe de enfermagem e à instituição, tornam o trabalho da enfermagem visível, garante a integralidade e continuidade da assistência a ser prestada aos pacientes sob seus cuidados. Santos, Paula e Lima (2003) acrescentam que as anotações de enfermagem constituem o sistema de informação em enfermagem devendo este conter as informações referentes às ações e observações realizadas pela equipe de enfermagem, são registradas como um meio para gerenciar e assistência e avaliar a qualidade do atendimento.

De acordo com Almeida, Santos e Alves (1995) a anotação ou registro de enfermagem constitui dever do pessoal de enfermagem e anotação completa, correta e concisa do conteúdo da assistência prestada ao paciente; e acrescentam que o registro representa a comunicação escrita dos fatos essenciais, de forma a manter uma história contínua dos acontecimentos ocorridos durante um período de tempo.

O item que trata da observação de alterações durante a realização do cuidado e a comunicação destas para o profissional enfermeiro revelam que, somando-se os resultados da coluna muitas vezes e sempre, 73 (94,8%) referem informar alterações observadas, informação valiosa, pois o enfermeiro necessita destas informações para planejar as intervenções adequadas.

A propósito, observar e comunicar alterações constitui algumas das atribuições previstas em lei que diz: cabe aos técnicos de enfermagem executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do profissional enfermeiro e aos auxiliares de enfermagem observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação profissional entre outras atribuições (BRASIL, 2001).

Outra abordagem desta tabela trata-se da avaliação ou evolução. Para Alfaro-Lefevre (2005) a avaliação envolve todas as etapas do PE, pois permitem realizar uma investigação para determinar se há mudanças no estado de saúde, determinar se os diagnósticos e os problemas que exigem cuidado de enfermagem estão sendo resolvidos ou melhoram a ponto de ocorrer a alta e analisar se há novos problemas; verificar se os resultados esperados e as intervenções são adequados e se os resultados estão sendo alcançados e examinar como o plano foi implementado, identificando os fatores que afetaram o sucesso ou criaram problemas com o plano.

Apesar de 35 (45,5%) dos sujeitos referirem efetuar a evolução dos clientes, acreditamos ter ocorrido uma divergência de interpretação por parte dos sujeitos quanto ao propósito desta etapa, visto que maioria, em resultados anteriores apresentou dificuldade denominar as fases da SAE.

Tabela 31 - Distribuição do número e porcentagem das freqüências das atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo dados relacionados a alta hospitalar ou transferência, de um hospital escola do interior paulista, 2006

Atividades de Enfermagem	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Respostas Em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anota condições de deambulação do paciente	8	10,4	5	6,5	6	7,8	6	7,8	52	67,5	-	-	77	100
Anota presença de drenos, soro, sondas	-	-	1	1,3	1	1,3	5	6,5	70	90,9	-	-	77	100
Anota presença de lesões ou curativos	-	-	1	1,3	1	1,3	5	6,5	69	89,6	1	1,3	77	100
Orienta sobre medicamentos, retorno, exames	11	14,3	5	6,5	5	6,5	5	6,5	51	66,2	-	-	77	100
Anota entrega de documentos e pertences	12	15,6	12	15,6	3	3,9	11	14,3	39	50,6	-	-	77	100
Anota acompanhamento de familiares ou representantes de instituições de destino	11	14,3	8	10,4	7	9,1	6	7,8	43	55,8	2	2,6	77	100

A tabela 31 mostra o envolvimento dos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem nos procedimentos de alta hospitalar; considerando-se os escores das colunas muitas vezes e sempre, 75,3% anotam condições de deambulação do paciente; 97,4% anotam presença de dreno, soro e sondas; 96,1% anotam presença de lesões e curativos; 72,7% orientam sobre medicamentos, retorno e exames; 64,9% anotam entrega de documentos e pertences; e 63,6% anotam acompanhamento de familiares ou representantes de instituições de destino.

Embora outras atividades pudessem ser arroladas nas diferentes fases da SAE aqui mencionados, consideramos ter abordado as principais e mais freqüentes ações da prática da assistência ao paciente clínico e cirúrgico, objeto da atenção dos sujeitos do estudo.

Os resultados desta pesquisa retratam a opinião dos auxiliares e técnicos de alguns setores de um hospital escola; contudo, podemos verificar um quadro passível de ocorrer em diversos outros estabelecimentos assistenciais.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu o alcance dos objetivos propostos quanto à caracterização do processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem relacionados às variáveis que envolvem a SAE como método de organização de suas atividades assistenciais. Os principais resultados foram:

5.1 Caracterização da População

- Participaram desta pesquisa 77 funcionários, destes 90,9% são auxiliares de enfermagem e 9,1% técnicos de enfermagem.
- 36,4% correspondem a faixa etária predominante entre 25 e 35 anos.
- 70,1% são do sexo feminino e 29,9% do sexo masculino.
- 37,7% possuem entre 5 e 10 anos de formação, 32,5% menos de 5 anos, 15,5% com mais de 16 anos e 11 14,3% entre 11 e 15 anos de tempo de conclusão do curso.

5.2 A informação sobre este método de organização do trabalho durante a formação profissional e no setor de trabalho

- 74,0% receberam treinamento para participar da SAE, 26,0% não receberam.
- Dos 57 sujeitos que referiram ter participado de treinamento sobre a SAE, 67,5% afirmaram ter sido após a formação profissional, 3,9% durante e após a formação profissional e 2,6% durante a formação profissional.

5.3 Informação sobre os aspectos legais que regem a participação dos sujeitos nas fases da SAE

- 5,2% referiram ter condições de participar da Coleta de dados; 1,3% do Diagnóstico de enfermagem; 10,4% da Implementação; 10,4% de todas as fases; 3,9% da Coleta de dados e Implementação; 1,3% de nenhuma fase; 45,5% não responderam, 15,6% responderam de forma incorreta e 6,5% não sabem.
- 33,8% consideram que sua categoria tem aprovação do Conselho para participar da SAE; 3,9% referem que não têm autorização, 5,2% responderam de forma incorreta, 13,0% referiram não saber e 44,2% não responderam à questão.

5.4 A percepção dos sujeitos quanto à utilização e participação nas fases da SAE

- 93,5% sujeitos reconhecem que a SAE é utilizada em seu setor, 6,5% referiram que ela não é utilizada no seu setor.
- 33,3% referem trabalhar com a SAE há menos de 1 ano, 40,3% em um período entre 1 e 5 anos, 9,7% em um período entre 6 e 10 anos e 12 16,7% não responderam.
- 52 sujeitos, ou seja, 67,5% dos sujeitos consideram que participam das fases da SAE, 24,7% acreditam que não participam e 7,8% não responderam a questão, 5,7% referem participar da coleta de dados, 2,0%

do planejamento, 75% responderam de forma incorreta, 17,3% não responderam.

- Dos 52 sujeitos consideram participar das fases da SAE, destes, 27,0% o fazem realizando cuidados; 3,8% promovendo conforto e cuidados, 2,0% seguindo normas, 3,8% checando prescrição de enfermagem; 11,5% realizando cuidados e checando prescrição de enfermagem, 3,8% admitindo paciente, coletando informações e realizando cuidados, 3,8% seguindo a prescrição de enfermagem, oferecendo apoio emocional, realizando cuidados e orientações, 2,0% não sabe e 42,3% não responderam à questão.

5.5 A opinião dos sujeitos quanto à melhora ou não de sua assistência em virtude da utilização da SAE

- 94,8% dos entrevistados acreditam que a SAE melhora a qualidade de sua assistência prestada ao paciente.
- Em relação aos motivos pelos quais acreditam nesta metodologia assistencial, destaca-se que as alternativas não são excludentes e que em 39,7% das respostas os sujeitos assinalaram todos os itens contidos na questão.
- De acordo com a opinião expressa pelos sujeitos que consideram que a SAE não melhora sua assistência, 13,3% apontam o aumento de serviço como justificativa; 13,3% mais atividades para checar, descrevem a rotina de cuidados e é sempre a mesma coisa; 13,3% consideram que SAE aumenta o

serviço, mais atividades para checar, gasto de tempo desnecessário na leitura da prescrição de enfermagem, é sempre a mesma coisa; 6,7% que é sempre a mesma coisa e gasto de tempo desnecessário na leitura da prescrição de enfermagem; 33,4% apontam mais atividades para checar; 6,7% que a SAE descreve a rotina de cuidados e é sempre a mesma coisa.

5.6 Atividades operacionalizadas pelos sujeitos ligadas a cada uma das fases propostas pela SAE e a frequência com que são realizadas.

Coleta de dados

- Quanto a admissão, 14,3% dos sujeitos referem receber pacientes para internação muitas vezes e 67,5% sempre; 29,9% referem receber paciente durante retorno de exames muitas vezes e 49,4% sempre; 28,6% referem receber paciente em retorno do centro cirúrgico muitas vezes e 58,4% sempre; 29,9% orientam pacientes e familiares quanto a rotina do hospital muitas vezes e 41,6% sempre.
- Quanto aos dados de identificação do cliente, 14,3% perguntam o nome muitas vezes e 67,5% sempre, e a idade é questionada muitas vezes por 15,6% dos sujeitos e sempre por 40,3%.
- 46,8% nunca perguntam a religião do paciente e 32,5% raramente solicitam esta informação.

- 20,8% muitas vezes solicitam informações sobre antecedentes pessoais e 44,2% sempre.
- 66,2% sempre questionam sobre antecedentes alérgicos e 15,6% muitas vezes.
- 77,9% questionam o paciente sobre seu problema atual de saúde.
- 87,7% solicitam informação ao uso atual de medicamentos pelo paciente.
- 52% questionam sobre automedicação.
- 57,2% questionam a frequência de evacuação e 50,7% a frequência urinária.
- Em relação ao sistema respiratório, somando-se os escores muitas vezes e sempre, 93,5% observam a frequência respiratória e ritmo; 93,5% observam a presença de dispnéia; 92,2% observam a presença de tosse; 77,9% observam alterações na oxigenoterapia; 72,2% observam presença de coriza; 67,6% observam cateter nasal; 67,5% referem que nunca realizar auscultata pulmonar.
- Em relação ao sistema circulatório, somando-se os escores muitas vezes e sempre, 89,6% verificam a pressão arterial; 81,8% observam cateter venoso periférico ou central; 81,8% observam alterações na infusão venosa; 81,8 % verificam a frequência de pulsos periféricos; 76,6% avaliam presença de edema; 76,6% avaliam perfusão periférica; 77,9% verificam frequência cardíaca, 67,5% nunca realizam ausculta cardíaca e 57,1% não realizam a palpação de gânglios; 18,2% sempre observam distensão de jugular observamos.

- Em relação ao sistema nervoso, somando os escores da coluna muitas vezes e sempre, 81,8% avaliam orientação no tempo e espaço; 87% referem avaliar alterações no nível de consciência.
- 98,7% dos sujeitos verificam temperatura dos pacientes.
- 70,1% nunca realizam e 13,0 % raramente executam a palpação da tireóide.
- Quanto a avaliação de pupilas 28,6% nunca realizam esta atividade, 23,4% raramente, 22,1% algumas vezes, 11,7% muitas vezes e 11,7% sempre, 2,6% não responderam a esta questão.
- 33,8% a coluna sempre avaliam acuidade visual.
- 55,9% realizam avaliação dos olhos (somando os escores das colunas muitas vezes e sempre).
- 52% avaliam a acuidade auditiva como a mais somando os escores das colunas muitas vezes e sempre).
- 90,9% observam a presença de lesões na pele do paciente.
- 85,7% observam a frequência e características da urina.
- 83,1% avaliam o tipo e aceitação da dieta.
- 80,5% avaliam débito urinário
- 76,6% avaliam frequência e características das fezes dos pacientes.
- 67,5% nunca e 18,2% raramente avaliam presença de ruídos hidroaéreos e a frequência.
- 68,8 nunca e 13,0% raramente realizam ausculta abdominal.
- 66,2% nunca e 15,6% raramente realizam percussão abdominal.

- 63,7% dos casos muitas vezes e sempre avaliam a necessidade de auxílio para deambulação (muletas, apoio).
- 57,2% avaliam membros superiores quanto a simetria, contraturas, tremores.
- 58,5% avaliam membros inferiores quanto a simetria, contraturas e tremores.
- 28,6% avaliam o tipo de marcha do paciente, este aspecto geralmente é pouco observado pela enfermagem.
- 80,5% dos sujeitos não avaliam freqüência de atividade sexual e alterações relacionadas a sexualidade.
- 67,5% nunca questionam sobre o uso de métodos contraceptivos.
- 76,6% nunca realizam exame das mamas.
- 62,3% nunca realizam exame dos genitais.
- 89,6% dos profissionais avaliam do estado de higiene corporal do paciente.
- 94,8% observam a presença de drenos (tipo, quantidade e características das secreções).
- 97,4% observam a presença de sondas (tipo, alterações, integridade).
- 90,0% observam a presença de cateteres (tipo, alterações, integridade).
- 96,1% descrevem presença e condições de curativos.
- 90,6% dos sujeitos questionam e observam a presença de dor.
- 74,0% questionam e observam sensação de medo e ansiedade relacionados aos procedimentos cirúrgicos, internação ou à doença.

- 72,7% observam expressão de medo e ansiedade dos pacientes.
- 33,8% nunca questionam a qualidade dos relacionamentos familiares.
- 53,2% nunca e 23,4% raramente questionam sobre as práticas terapêuticas não medicamentosas (chás, benzimentos).

Diagnóstico de Enfermagem

- 85,7% dos sujeitos nunca estabelecem o diagnóstico de enfermagem por meio de uma classificação (NANDA).
- Em relação à identificação do problema do paciente foram obtidos os seguintes escores, 19,5% nunca, 13,0% raramente, 19,5% algumas vezes, 35,1% muitas vezes e 11,7% sempre o fazem.
- Quanto a observação e informação de sinais e sintomas que auxiliam na seleção dos diagnósticos de enfermagem 41,6% nunca realizam, raramente, ou algumas vezes realizam tal atividade, 20,8% muitas vezes e 36,4% sempre.
- Quanto a leitura dos diagnósticos de enfermagem 39% nunca, raramente, ou apenas algumas vezes o fazem, entretanto 22,1% muitas vezes e 39,0% sempre lêem.
- 87% dos sujeitos referem nunca prescrever itens contidos em protocolos da instituição.

Planejamento da Assistência de Enfermagem

- Quanto a participação da seleção de cuidados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem estabelecido observamos que 52% nunca ou raramente participam, enquanto 36,4% muitas ou sempre o fazem.
- Em relação as sugestões para a prescrição de enfermagem, 62,4% nunca ou raramente o fazem.

Implementação da Assistência de Enfermagem

- 97,4% realizam o cuidado prescrito.
- 98,7% dos sujeitos checam a prescrição de enfermagem após realizar o cuidado prescrito.
- 49,4% referem que nunca ou raramente realizam cuidados que não estão prescritos, 22,1% algumas vezes e 50,7% muitas vezes ou sempre executam cuidados que não estão prescritos pela enfermeira.
- 63,6% referem sempre anotar os cuidados realizados não prescritos pela enfermeira, 14,3% muitas vezes o anota.
- Quanto a observação de alterações durante a realização do cuidado e a comunicação destas para o profissional enfermeiro, 94,8% referem informar.
- 76,6% sempre ou muitas vezes descrevem o cuidado prestado.
- Em relação a alta hospitalar, 75,3% anotam condições de deambulação do paciente; 97,4% anotam presença de dreno, soro e sondas; 96,1% anotam presença de lesões e curativos; 72,7% orientam sobre

medicamentos, retorno e exames; 64,9% anotam entrega de documentos e pertences; e 63,6% anotam acompanhamento de familiares ou representantes de instituições de destino.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro não responde sozinho às expectativas de implantar, planejar, organizar, executar e avaliar todas as etapas do processo de enfermagem, conforme a RESOLUÇÃO DO COFEN Nº 272/2002 dispõe.

Na prática vimos que os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem fazem parte da execução deste método, contudo, sem invadir as atividades mais complexas, que devem ser privativas ao profissional enfermeiro.

Devem-se esclarecer quais atribuições, principalmente na fase de coleta de dados, os auxiliares e técnicos de enfermagem podem desenvolver, de modo que o enfermeiro possa delegá-las sem ferir a Lei do Exercício Profissional e que isso possa dinamizar a realização da SAE.

A análise dos dados reforça a percepção de que durante a formação destes profissionais não há informação sobre a metodologia da assistência organizada por meio da SAE e que, na verdade a temática é abordada somente nos hospitais onde a mesma é implantada, de modo que, os auxiliares e técnicos participam ativamente da operacionalização do método, muitas vezes, sem o saberem.

Paradoxalmente, há uma valorização deste método pela equipe, visto que percebem mudanças na qualidade de sua assistência, principalmente no que diz respeito a prescrição de enfermagem; contudo, o envolvimento mais abrangente da equipe resultaria em uma melhor compreensão do método, pois apesar de terem participado de palestras e orientações na fase inicial da implantação da SAE observamos o desconhecimento das fases e atribuições específica da categoria, chegando a acreditarem que não têm autorização do COREN/SP para participarem da mesma.

A legislação, por sua vez, possibilita a atuação destes profissionais, nas fases de planejamento e implementação da SAE, no entanto, como já mencionado, os mesmos contribuem consideravelmente na coleta de dados, visto que ao atuarem diretamente com os pacientes comunicam ao enfermeiro as alterações observadas que somadas ao exame físico do enfermeiro permitem uma visão mais abrangente das necessidades dos pacientes.

A participação destes profissionais nesta metodologia ainda é obscura; eles não percebem suas contribuições, fato reforçado pela compreensão dúbia da legislação; frente a isto, sugere-se orientações sobre tais aspectos tanto ao enfermeiro, que é o gerenciador dos cuidados de enfermagem, como aos técnicos e auxiliares de enfermagem.

O enfermeiro, por sua vez, quando envolvido no processo de formação profissional de auxiliares e técnicos de enfermagem deve rever sua atuação como educador, uma vez que torna-se necessária a abordagem do tema ainda no processo de formação destes profissionais.

Torna-se evidente a necessidade da inclusão da SAE na grade curricular dos cursos de auxiliares e técnicos de enfermagem, esclarecendo as atribuições e responsabilidades de cada membro da equipe de enfermagem.

Desse modo, de acordo com o nível de qualificação, os mesmos poderiam coletar dados (e a pesquisa revelou que já o fazem), para subsidiar a assistência de enfermagem a ser implementada para resolução dos diagnósticos de enfermagem estabelecido pelo enfermeiro e ainda, participar do planejamento da assistência de enfermagem e elaborar relatórios, coerentes e conscientes da sua contribuição no cuidado com o paciente.

REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS²

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, 283p.

ALMEIDA, L. B. de; SANTOS, E. S. dos; ALVES D. B. de. Registro de enfermagem em prontuários e produção/reprodução de conhecimentos: representações escritas e orais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.48, n.2, p. 172-179, 1995.

ARAUJO, I. E. M.; LAMAS, J. L. T.; CEOLIM, M. F.; BAJAY, H. M. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador. Relato de experiência. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.9, n.1, p. 18-27, 1996.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem**. Tradução Ademar Valadares Fonseca; Anna Clara Neves Carrapatoso, Cláudio Péricles de Andrade Santos Cruz; José Luiz Meurer; Maria de Fátima Azevedo; Mary Elizabeth d'utra e Silva; Nelly Yvonne Bechtold. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1989. 618 p.

BARROS, A. B. L. **O trabalho docente assistencial de enfermagem no Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM**. São Paulo, 1998. 139p. Tese (Livre Docência). Departamento de enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.

BARROS, A. B. L.; et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, 272p.

BRASIL. Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7.498. de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Documentos Básicos de Enfermagem: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares**. São Paulo, 2001.

² Fonte: Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo DiTeses. Diretrizes para a apresentação de dissertações de teses da USP: documento eletrônico e impresso/ Vânia M. B. de Oliveira Funaro, coord.[et al.]. São Paulo: SIBi-USP, 2004. 110p.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Documentos Básicos de Enfermagem: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares**. São Paulo, 2001.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 10^o ed. Porto Alegre: Artmed, 2006b, 639p.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos**. 4^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006a, 1008p.

CARVALHO, E. C. de; BACHION, M. M.; DALRI, M. C. B.; JESUS, C. A. C. J. Obstáculos para a implantação do processo de enfermagem no Brasil. In: VII SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 2004, Belo Horizonte. **Anais**. Associação Brasileira de Enfermagem, 2004.

CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Nursing Process: application of conceptual models**. 4^a ed. St. Louis: Mosby, 1995, 331p.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; MARINA, H. A. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001, 303p.

COGO, A. L. P.; BORBA, E. de; Prescrição de enfermagem: percepção do pessoal auxiliar de enfermagem de unidades médico-cirúrgicas em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de enfermagem**. v. 7, n. 1, p. 61-77, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO Nº 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Anotação e Evolução de Enfermagem – Orientações Gerais. Disponível em: <http://corensp.org.br/legislações/legislações>. Acesso em 15/03/2007.

COSENTINO, S. F.; FILHO, W. D. L. Anotações/registros de enfermagem – uma prática educativa em busca de uma outra ação. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, n. 2, v. 9, p. 147-157, mai./ago., 2000.

CUNHA, I. C. K. O.; BICUDO, A. M. C. Implantação da Sistematização de assistência de enfermagem no Hospital Sírio-Libanês. **Enfoque**. São Paulo, n. 17, v. 3, 76-8, 1989.

DALRI, M. C. B. **Perfil Diagnóstico de Pacientes Queimados Segundo o Modelo Conceitual de Horta e a Taxonomia I Revisada da NANDA**. Ribeirão Preto, 1993, 201 f. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

DANIEL, L. F. **A enfermagem planejada**. 3ª ed. São Paulo:E.P.U., 1981, 135p.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Diagnóstico e intervenções em Enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, 560 p.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. ; GEISSLER, A. C. **Planos de Cuidado de Enfermagem: Orientação para o Cuidado Individualizado do Paciente**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, 969 p.

FARIAS, J. N. de; NÓBREGA, M. M. L. da; PÉREZ, V. L. de A. B; COLER, M. S. **Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa, Santa Marta, 1990, 160p.

FERREIRA, N. M. L. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem – importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 3, n. 3, p. 79-84, 1990.

FRIEDLANDER, M. R. O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 129-134, 1981.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da; SOUSA, M. C. M. de. Validação das definições de termos identificados o Projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 1, p. 52-63, 2002.

GEORGE, J. B. ET AL. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artmed, 1993, 338p.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1993, 118p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: atlas, 1999, 206p.

GINDRI, L. ET AL. A percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o trabalho dos enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v. 10, n. 1, p. 34 – 41, 2005.

GONÇALVES, N. L. Técnico de enfermagem: estudo de funções em hospitais e clínicas particulares. **Revista Brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 32, p. 172-182, 1979.

GRIFFITH-KENNEY, J. W., CHRISTENSEN, P. J. **Nursing Process – Application of theories, Frameworks, and Models**. St. Louis: C. V. Mosby, 1986.429p.

GRÜDTNER, D. L. Ajudar o “Ser Doente” se religar a Deus – também é papel da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 1, n. 1, p. 95-98, 1996.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979, 99p.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e Diagnostico em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.325p.

JARVIS, C. **Exame Físico e Avaliação de Saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 900p.

JESUS, C. A. C. de. **Assistência de Enfermagem a clientes hematológicos: uma visão sistêmica**. Ribeirão Preto, 1992, 279 f. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

JESUS, C. A. C. de; CARVALHO, E. C. de. Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações hematológicas: uso da Taxonomia I da NANDA. **Revista latino am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n.4, p. 91-99, outubro, 1997.

JOHNSON, M., MAAS M., MOORHEAD S. (org.). **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639 p.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem: estudos de caso e análises**. Tradução Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed, 2004, 384 p.

MAcCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. (org.). **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1089 p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2005, 315p.

MARIA, V. L. R.; DIAS, A. M. C. de. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: relato de experiência. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v 21, n. especial, p. 77-87, 1987.

MATTÉ, V. M.; THOFHERN, M. B.; MUNIZ, R. M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 22, n.1, p.101-121, 2001.

MENDES, A. A.; BASTOS, M. A. R. PROCESSO DE ENFERMAGEM: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 56, n. 3, p. 271-276, 2003.

MEYER D. E.; GASTALD, D. Qualificação do profissional auxiliar de enfermagem: um conflito entre formação e a realidade profissional. **Ciência e Cultura**. v. 41, n. 2, p. 171-176, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde: 1996.

NAKATANI, A. Y. K. **Processo de Enfermagem: uma proposta de ensino através da pedagogia de problematização.** Ribeirão Preto, 2000, 228f. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

NAKATANI, A. Y. K.; et al. Metodologia da Assistência de Enfermagem: estudo do processo operacional em um hospital de ensino. **Revista de Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 259-265, jun. 1998.

NAPOLEÃO, A. A. **Estudo da aplicabilidade de intervenções da NIC no atendimento a crianças com o diagnóstico de enfermagem “desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada à presença de via aérea artificial” em um centro de terapia intensiva pediátrico.** Ribeirão Preto, 2005, 301f. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

NÓBREGA, M. L. da; GUTIÉRREZ, M. G. R. de. **Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE – Versão Alfa.** João Pessoa: Idéia, 2000, 136p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005 – 2006.** Tradução Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2006, 312 p.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C.B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Revista Latino-americana enfermagem.** v. 11, n. 2, p. 184-91, 2003.

OGUISSO, T. História da legislação do ensino médio profissional de enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem.** São Paulo v.21, n.1, p. 71-83, 2002.

PAULA, N. S. de; ARAÚJO, T. L. de; TAKAHASHI, O. C. Assistência de Enfermagem sistematizada: experiência de aprendizado. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 37, n.1, p. 65-71, 1984.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

PEREZ, V. L. de A. B. et al. Diagnósticos de enfermagem: um desafio de enfermagem para os anos 90. **Revista Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 43, n.1/2/3/4, p. 14-18, jan./dez. 1990

POLIT, F. D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487p.

POTTER P.; PERRY A. **Fundamentos de Enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, 1509 p.

RALPH, S. S.; TAYLOR, C. M. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, 569 p.

ROSSI, L. A. **O Processo de Enfermagem em uma Unidade de Queimados: análise e reformulação fundamentadas na pedagogia da problematização**. Ribeirão Preto, 1992, 222f. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ROSSI, L. A. **O Processo de Enfermagem em uma Unidade de Queimados: da ideologia da rotina à utopia do cuidado individualizado**. Ribeirão Preto, 1997, 193 f. Tese (doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ROSSI, L. A.; DALRI M. C. B.; Processo de enfermagem numa unidade de queimados: análise e proposta de reformulação segundo o modelo conceitual de Horta e Taxonomia I dos diagnósticos de enfermagem da Nanda. **Rev. Esc. Enf. USP**. V. 27, n. 3, p. 328-54, dez. 1993.

SANTOS, S.R. dos; PAULA, A. F. A. de; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua Percepção sobre o Sistema Manual de Registro no Prontuário. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 80 – 87, jan.-fev, 2003.

SÃO PAULO. Parecer 048 – avaliação neurológica com base na escala Glasgow pela equipe de enfermagem – 08/04/98. **Câmara Técnica Assistencial – Ementário**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 1999.

SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, G. B.; ALMEIDA, M. C. P. de; RUFFINO, M. C.; GOMES, D. L. S. Introdução à Análise das Transformações na Prática de Enfermagem no Brasil, no período de 1920 – 1978. **Rev. Medicina HCMRP-USP E CARL**. Ribeirão Preto, v. 17, n. 1 e 2, p. 35-47, 1984.

SILVA, S. H. da; TAKITO C.; BARBIERE, D. L. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem no Hospital-Escola. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 93-9, 1990.

SIVIERO, I. M. P. S.; TOLEDO, V. P. A motivação do aluno de graduação em enfermagem quanto à implantação do diagnóstico de enfermagem em sua futura prática profissional. **Revista de enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 90-93, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem medico-cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 1955 p.

SOBRAL, V.R. S. A Purgação do desejo: memórias de enfermeiras, 1994. 150f. Tese (Doutorado) Escola de enfermagem Anna Nery, Universidade Feseral do Rio de Janeiro, 1994.

SOUZA, N.F. **Conhecimento e aplicação do processo de enfermagem entre enfermeiros formados no período de 1975 a 1979**. São Paulo, 1981. (Dissertação de mestrado – Escola de Enfermagem da USP).

STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES. SPSS for Windows. Release 10.0. Standard Version. Chicago, Illinois: SPSS Inc., 1999.

TAKAHASHI, A. A. **Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades encontradas pelos enfermeiros do Hospital São Paulo para a execução do processo de enfermagem.** São Paulo, 2005. 179p. Tese (mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

THOFEHRN, M. B.; TRAVERSI, M. S. O processo de enfermagem no cotidiano de acadêmicos de enfermagem e enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 69-79, 1999.

TOLEDO, V. P. A. **A Percepção do enfermeiro quanto à importância do seu conhecimento em enfermagem psiquiátrica no desempenho de suas atividades profissionais.** 2000. 134f. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

WALDOW, V. R. O CUIDAR HUMANO: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **Revista de Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 284-293, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - 1

Prezado colega

Venho convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem: um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem”, que busca investigar quais as opiniões e as atividades realizadas por sua categoria durante o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Sua contribuição será de fundamental importância e auxiliará na compreensão da participação destes membros da equipe de enfermagem na SAE. Você deverá responder dois instrumentos de coleta de dados: o primeiro composto por 14 perguntas com questões abertas e fechadas, e o segundo com questões fechadas para que você selecione a opção que represente sua atuação profissional.

Questionário

PARTE A

1. Qual é sua categoria profissional?
 auxiliar de enfermagem. técnico em enfermagem.
2. Qual é sua idade? _____ anos.
3. Sexo?
 Masculino Feminino
4. Indique o Setor que trabalha no hospital:
 Clínica Médica Clínica Cirúrgica UTI
5. Em que ano você concluiu o curso de Técnico ou Auxiliar de Enfermagem? _____.
6. A unidade em que você atua emprega o método de trabalho denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem?
 SIM NÃO
7. Há quanto tempo trabalha em unidades que organizam a assistência ao paciente usando a Sistematização da Assistência de Enfermagem? _____.
8. Você recebeu algum tipo de treinamento sobre a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem?
 SIM NÃO
9. Se você recebeu treinamento, ele foi:
 durante sua formação profissional ou no Hospital.

Se respondeu **Não** à questão **14**, assinale as alternativas que melhor representem os motivos pelos quais considera que a Sistematização da Assistência não melhora a qualidade de sua assistência:

- () aumento de serviço
- () mais atividades para checar
- () gasto de tempo desnecessário na leitura da prescrição de enfermagem
- () descrevem a rotina de cuidados já realizadas diariamente
- () é sempre a mesma coisa, ou seja, os mesmos cuidados.
- () outros, especificar: _____

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - 2

Em relação às atividades de enfermagem desenvolvidas por você em sua unidade assinale a opção que melhor represente a frequência de sua participação, ou seja, raramente, algumas vezes, muitas vezes ou sempre . Se não desenvolve tais atividades assinale na coluna Nunca. Não há respostas certas ou erradas.

Atividade de enfermagem	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Você realiza admissão do paciente, quando:					
Recebe paciente para internação					
Recebe paciente durante o retorno de exames					
Recebe paciente durante retorno do Centro Cirúrgico					
Orienta pacientes e familiares quanto a rotina do hospital, por exemplo: horários de visita, restrições alimentares, comportamento)					
Você realiza coleta de dados na admissão, perguntando :					
Nome					
Idade					
Estado civil					
Grau de instrução					
Endereço					
Telefone					
Profissão ou ocupação					
Renda familiar					
Naturalidade (município onde nasceu)					
Procedência (município onde mora)					
Número de filhos					
Religião					
Antecedentes pessoais (história de doenças ou tratamentos anteriores a internação atual)					
Antecedentes familiares (história de doenças ou tratamentos de familiares)					
Antecedentes alérgicos					
Problema de saúde atual					
Se o paciente fuma e a quantidade de cigarros/dia					
Se o paciente ingere bebida alcóolica e a quantidade/dia					
Se o paciente realiza algum tipo de atividade física					
Se o paciente faz uso de algum tipo de droga ilícita (tipo e frequência)					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Se o paciente faz uso de automedicação					
Quais são os hábitos alimentares do paciente					
A quantidade de líquidos que ingere por dia					
A frequência urinária habitual e características					
A frequência de evacuação habitual e características					
Hábitos de sono e repouso (nº de horas de sono por noite, cochilos durante o dia)					
Hábitos de higiene (nº de banhos por dia e horário)					
Quanto ao uso de medicamento atual					
Você realiza exame físico no paciente/cliente:					
Observando frequência respiratória e ritmo					
Observando presença de dispnéia					
Observando presença de tosse					
Observando presença de coriza					
Observando tubo orotraqueal (tipo, nº, tempo)					
Observando cânula de traqueostomia (tipo, nº, tempo)					
Observando oxigenoterapia (L/min, tipo)					
Observando saturação de oxigênio					
Observando cateter nasal (tipo, tempo)					
Realizando ausculta pulmonar com estetoscópio					
Verificando Pressão Arterial					
Realizando ausculta Cardíaca com estetoscópio					
Verificando frequência de Pulsos periféricos					
Verificando frequência Cardíaca					
Avaliando presença de edema					
Observando cateter venoso periférico ou central (tipo)					
Observando alterações da Infusão venosa					
Avaliando perfusão periférica (cianose)					
Realizando palpação de gânglios					
Avaliando distensão de veia jugular					
Realizando palpação da tireóide					
Verificando temperatura					
Avaliando orientação no tempo e espaço					
Avaliando alterações no nível de consciência: letargia, confusão, sonolência, obnubilação e torpor.					
Avaliando pupilas					
Avaliando acuidade visual					
Avaliando olhos (secreção, esclera, conjuntiva)					
Avaliando acuidade olfativa					
Avaliando acuidade auditiva					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Avaliando acuidade gustativa – capacidade do paciente em sentir o paladar					
Avaliando percepção tátil- capacidade do paciente em perceber sensações na pele.					
Avaliando cavidade bucal					
Avaliando mucosa ocular					
Avaliando pele quanto a presença de lesões (úlceras de pressão, sinais de infecção, alergias).					
Avaliando estado nutricional: peso/altura					
Avaliando tipo e aceitação da dieta					
Realizando palpação do abdome					
Realizando ausculta abdominal com estetoscópio					
Avaliando presença de ruídos hidroaéreos e frequência					
Realizando percussão abdominal					
Avaliando frequência, e característica da urina					
Avaliando débito urinário					
Avaliando frequência e característica das fezes					
Avaliando mobilidade física: tipo de marcha					
Avaliando necessidade de auxílio para deambulação (muletas, apoio)					
Avaliando membros superiores: simetria, contraturas, tremor					
Avaliando membros inferiores: simetria, contraturas, tremor.					
Avaliando estado de higiene corporal					
Avaliando frequência de atividade sexual e alterações relacionadas a sexualidade do paciente					
Questionando sobre uso de métodos contraceptivos					
Realizando exame das mamas					
Realizando exame dos genitais					
Observando a presença de drenos (tipo, quantidade e características das secreções)					
Observando a presença de sondas (tipo, alterações, integridade)					
Observando a presença de cateteres (tipo, alterações, integridade)					
Descrevendo a presença e condições de curativos					
Questionando e observando a presença de dor					
Observando expressão de medo e ansiedade					
Questionando sensação de medo e ansiedade relacionado ao procedimento cirúrgico, internação ou doença.					
Questionando qualidade dos relacionamentos familiares					
Questionando sobre o uso de práticas terapêuticas não medicamentosas (chás, benzimentos)					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Diagnóstico de Enfermagem:					
Você identifica o problema do paciente					
Você faz ou estabelece o diagnóstico de enfermagem utilizando uma Classificação (NANDA)					
Você observa e informa sinais e sintomas que auxiliam na seleção dos diagnósticos de enfermagem					
Você lê os diagnósticos de enfermagem no prontuário					
Prescrição de Enfermagem					
Você participa da seleção de cuidados de enfermagem para cada diagnóstico de enfermagem estabelecido					
Você faz sugestões para a prescrição de enfermagem					
Prescreve itens contidos em protocolos da instituição					
Implementação:					
Você Checa Prescrição de Enfermagem após realizar o cuidado prescrito					
Você realiza os cuidados prescritos					
Você realiza cuidados que não estão prescritos pela enfermeira					
Anota a realização do cuidado não contido na prescrição de enfermagem					
Avaliação e Evolução:					
Descreve o resultado do cuidado prestado					
Observa evolução do paciente e anota no prontuário					
Observa alterações durante o cuidado e comunica ao enfermeiro					
Quanto a alta hospitalar ou transferência:					
Anota condições de deambulação do paciente?					
Anota presença de drenos, soro, sondas?					
Anota presença de lesões ou curativos?					
Orienta sobre medicamentos/retorno/exames?					
Anota entrega de documentos e pertences?					
Anota acompanhamento de familiares ou representantes de instituições de destino.					

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Decreto 93.933 de 14/01/87; Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado colega,

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo identificar sua opinião quanto ao emprego da Sistematização da Assistência de Enfermagem em seu local de trabalho, bem com sua possível participação neste método.

Para tanto serão aplicados um questionário de dados gerais e de informações quanto as etapas da Sistematização, bem como uma escala para você assinalar a frequência de execução de alguns procedimentos

Se você concordar participar desta pesquisa, basta responder estes instrumentos. Durante todas as etapas deste estudo, asseguramos que: você não será identificado; será mantido sigilo e o caráter confidencial da informação relacionada à sua privacidade e que não existirá vulnerabilidade e danos e riscos à sua pessoa; sua liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, enquanto sujeito desta pesquisa, sem que isto traga prejuízo ou penalização à continuação do seu trabalho. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data.

Informamos ainda, que não haverá nenhum tipo de gasto e ressarcimento da sua parte ao participar deste estudo, e também, que a coleta de dados será realizada em horários pré-determinados.

Caso concorde em participar deste estudo, solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, _____, RG _____

Abaixo assinado, após ter recebido as informações sobre esta pesquisa, declaro que entendi o que me foi explicado e concordo em participar da mesma tendo garantidos os direitos a seguir, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde:

São José do Rio Preto, ___ de _____ de _____ .

Assinatura do sujeito da pesquisa

**pesquisador :Luciana Aparecida Ribeiro Ramos mestranda
do Departamento de Enfermagem Geral e especializada
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo.**

ANEXOS



ANEXO A

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de
14/06/74)

Parecer n.º 222/2006

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

o Protocolo n.º 3920/2006 sob a responsabilidade de Luciana Aparecida Ribeiro Ramos com o título "Sistematização da assistência de enfermagem: um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem", está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEPo

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 10 de julho de 2006.

Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP