**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SELÔNIA PATRÍCIA OLIVEIRA SOUSA CABALLERO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

**SÃO PAULO
2020**

SELÔNIA PATRÍCIA OLIVEIRA SOUSA CABALLERO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Atenção Primária à Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Clara Padoveze

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

SÃO PAULO

2020

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

Assinatura:_____

Data: 03/11/2020

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Caballero, Selônia Patrícia Oliveira Sousa

Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária em saúde: diagnóstico situacional na perspectiva de profissionais de enfermagem / Selônia Patrícia Oliveira Sousa Caballero. São Paulo, 2020. 110 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Maria Clara Padoveze

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde.

1. Enfermagem. 2. Assistência de Enfermagem. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Processo de enfermagem. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.
Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Selônia Patrícia Oliveira Sousa Caballero

Título: Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária em saúde: diagnóstico situacional na perspectiva de profissionais de enfermagem.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissional em Enfermagem em Atenção Primária em Saúde (SUS), da Escola de Enfermagem de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: 03/11/2020

Banca Examinadora

Orientador: Profa. Dra Maria Clara Padoveze

Instituição: EE - USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Carla Andrea Trapé

Instituição: Especialista EE – USP

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

Profa. Dra. Márcia Regina Cubas

Instituição: PUC – PR (externo)

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

Profa. Dra. Rosana Aparecida Garcia

Instituição: Unicamp (externo)

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

*A Deus, fonte da vida, por renovar
a cada dia a minha força interior.*

*Ao meu esposo Erisson pelo amor,
paciência, incentivo, companheirismo
e compreensão ao longo do período de
elaboração deste trabalho.*

*A minha primogênita Clara, ser especial,
presença diária de amor e motivação.*

*À Enfermagem que me proporciona
um novo aprendizado a cada dia.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, meu criador e mantenedor, pela bênção da vida e pela fidelidade constante. Seu amor é base da minha coragem.

À Prefeitura Municipal de Jundiaí, especificadamente nas pessoas **Dra. Dayane Aparecida, Tiago Texeira, Enfa Carolina Azevedo e Jane Tonetti**, pelo incentivo no desenvolvimento da pesquisa municipal.

Aos **Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de enfermagem** das Unidades Básicas de Saúde (UBS) pesquisadas que se dispuseram a contribuir com esse estudo, pela disponibilidade com que me receberam.

À **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE USP)** e ao **Conselho Federal de Enfermagem (COFEn)** pelo estímulo à formação de pesquisa voltado para o **Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Às **Dras. Carla Trapé, Karen Sakato So e Anna Luiza Gryschek** pelas valiosas contribuições em minha Banca de Qualificação.

Às Prof.^a Dr.^a **Dras. Carla Trapé, Márcia Cubas e Rosana Garcia** pelas valiosas contribuições em minha Banca de Defesa.

À professora e orientadora Dr.^a **Maria Clara Padoveze**, por ter aceito a orientação deste estudo. Obrigada pela precisão, sabedoria e zelo em suas orientações.

Ao **Dr. Luis Ivan**, estatístico brilhante e colaborador na etapa final.

À minha amiga mineira **Débora Cristina** que me acompanhou nesta trajetória de estudo do mestrado.

À minha família que, mesmo distante, torcem pela minha vitória. Em especial minha irmã **Jerônilda** e tia **Deuzuita** pelo incentivo constante aos meus estudos. Mães do coração. Obrigada por acreditarem em mim.

Ao meu esposo **Erisson** amado e tão companheiro que Deus me enviou, por sempre me incentivar e apoiar nesta caminhada. Te amo demais.

A minha filhinha **Clara**, tão linda e irradiante com seu sorriso e que nasceu durante o período do mestrado, por permitir que eu terminasse esta pesquisa.

*Primeiro sonhamos, depois realizamos.
Mas só quando partilhamos nosso sonho é que
sentimos que, verdadeiramente, estamos construindo.*

*(Dayse Maria Moraes e Souza,
Livro: A prática diária na
Estratégia Saúde da Família)*

Caballero SPOS. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária em saúde: diagnóstico situacional na perspectiva de profissionais de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é compreendida como uma ferramenta que organiza o trabalho profissional de enfermagem de forma pessoal, metodológica e instrumental, tornando possível a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) na prática. O PE é uma ferramenta orientadora e metodológica do cuidado profissional de enfermagem e da documentação da prática de enfermagem. O PE é constituído por cinco etapas interdependentes. Porém, somente após sua normatização pelo conselho de classe no Brasil, a SAE/PE passou a ser exigida nas instituições de saúde. Contudo, há ainda fatores limitantes que impedem a plena implantação da SAE/PE, particularmente no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS). **Objetivo:** Realizar um diagnóstico situacional da SAE, na perspectiva dos profissionais da APS, em Jundiaí-SP. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no município de Jundiaí. Foi aplicado questionário com escala de tipo Likert, previamente validado. A população do estudo foi composta por enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, que trabalham na APS do referido município. **Resultados:** Participaram do estudo 130 profissionais de enfermagem (45 enfermeiros e 85 técnicos e auxiliares de enfermagem), atuantes em 24 UBS. Os participantes apresentaram em média 18 anos de atuação profissional (DP=11). Dentre os participantes, cinco enfermeiros e 31 técnicos/auxiliares relataram nunca ter participado de aulas sobre SAE/PE durante o curso de formação profissional. Os participantes apontaram não ter dificuldade para entender o que é SAE e PE. Contudo, as respostas obtidas demonstraram que ainda há dúvidas sobre os conceitos relativos a SAE e PE. De maneira geral, observou-se que os técnicos/auxiliares de enfermagem tiveram mais dúvidas que os enfermeiros nas questões. Os participantes apontaram que há lacunas na formação acadêmica relativa a SAE/PE. Enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem reconheceram que existem dificuldades de implantação da SAE na APS. A falta de linguagem padronizada para enfermagem para uso na APS também foi apontada como um obstáculo, bem como o pouco incentivo das instituições de saúde na consolidação dessa metodologia de trabalho. Questões operacionais como interrupções frequentes e falta de consultórios foram indicadas como barreiras para a plena execução da SAE/PE. **Conclusão:** A SAE ainda é pouco aplicada no processo de trabalho da APS no cenário do estudo. Existem lacunas na formação profissional sobre SAE e PE, e a educação permanente nas instituições de saúde é apontada como uma forma de preencher esta lacuna.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Atenção Primária em Saúde. Processo de enfermagem.

Caballero SPOS. Systematization of nursing care in primary health care: situational diagnosis from the perspective of nursing professionals [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: The Nursing Care Systematization (NCS) is understood as a tool that organizes professional nursing work in a personal, methodological and instrumental way, making it possible to apply the Nursing Process (NP) in practice. The NP is a guiding and methodological tool for professional nursing care and documentation of nursing practice. NP consists of five interdependent stages. However, only after its standardization by the class council in Brazil, NCS/NP started to be demanded in healthcare institutions. Nevertheless, there are still limiting factors that impede the full implementation of NCS/NP, particularly in the context of Primary Health Care (PHC). **Aim:** To perform a situational diagnosis of NCS, from the perspective of PHC professionals, in Jundiai-SP. **Method:** This is an exploratory, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The study was carried out in the municipality of Jundiai. A previously validated Likert scale questionnaire was applied. The study population included nurses and nursing technicians/assistants, who work in the PHC of that municipality. **Results:** The study included 130 nursing professionals (45 nurses and 85 nursing technicians and assistants) working in 24 basic health units. The participants had an average of 18 years of professional experience ($SD = 11$). Among the participants, five nurses and 31 technicians/assistants reported never having participated in classes on NCS/NP during the professional training course. The participants pointed out that they have no difficulty in understanding what NCS and NP are. However, the responses obtained showed that there are still doubts about the concepts related to NCS and NP. In general, it was observed that nursing technicians/assistants had more doubts than nurses on several issues. Participants pointed out that there are gaps in academic training related to NCS/NP. Nurses and nursing technicians/assistants recognized that there are difficulties in implementing NCS in PHC. The lack of standardized language for nursing use in PHC was also pointed out as an obstacle, further the limited incentive of healthcare institutions to consolidate this work methodology. Operational issues such as frequent interruptions and a lack of consulting rooms were indicated as barriers to full NCS/NP execution. **Conclusion:** NCS is still rarely applied in the PHC work process in the study scenario. There are gaps in professional training on NCS and NP, and continuing education in healthcare institutions is pointed out as a way to fill this gap.

KEYWORDS: Nursing. Nursing care. Primary Health Care. Nursing Process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

FIGURA 1. UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) E OUTROS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, DE ACORDO COM SUAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS. JUNDIAÍ-SP, 2017.	38
FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO, 2020.	428
FIGURA 3. DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) EM JUNDIAÍ-SP, 2020.	49
FIGURA 4. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS (N=45) DA APS SOBRE SAE E PE. SÃO PAULO, 2020.	462
FIGURA 5. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM (N=85) DA APS SOBRE SAE E PE. SÃO PAULO, 2020.	484
FIGURA 6. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS ENFERMEIROS (N=45) DA APS SOBRE CAPACITAÇÃO EM SAE E PE. SÃO PAULO, 2020.	506
FIGURA 7. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM (N=85) APS SOBRE CAPACITAÇÃO EM SAE E PE. SÃO PAULO, 2020.	528
FIGURA 8. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS ENFERMEIROS (N=45) DA APS SOBRE AS DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA SAE E REALIZAÇÃO DO PE NA SUA UNIDADE. SÃO PAULO	540
FIGURA 9. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM (N=85) DA APS SOBRE AS DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA SAE E REALIZAÇÃO DO PE NA SUA UNIDADE. SÃO PAULO, 2020.	56
FIGURA 10. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS ENFERMEIROS (N=45) DA APS SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE O USO DA SAE E PE PODEM TRAZER. SÃO PAULO, 2020.	58

FIGURA 11. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM (N=85) DA APS SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE O USO DA SAE E PE PODEM TRAZER. SÃO PAULO, 2020. ...	60
FIGURA 12. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS ENFERMEIROS (N=45) DA APS SOBRE O QUE PODERIA FACILITAR A IMPLEMENTAÇÃO DA SAE E REALIZAÇÃO DO PE NA SUA UNIDADE. SÃO PAULO, 2020.	62
FIGURA 13. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM (N=85) DA APS SOBRE O QUE PODERIA FACILITAR A IMPLEMENTAÇÃO DA SAE E REALIZAÇÃO DO PE NA SUA UNIDADE. SÃO PAULO, 2020.	64
FIGURA 14. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS ENFERMEIROS (N=45) DA APS SOBRE O QUE OCORRE EM SUA UNIDADE. SÃO PAULO, 2020.	66
FIGURA 15. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM (N=85) DA APS SOBRE O QUE OCORRE EM SUA UNIDADE. SÃO PAULO, 2020.	68
FIGURA 16. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS ENFERMEIROS (N=45) DA APS QUANTO A SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL EM RELAÇÃO AO PE NA SUA UNIDADE (PARTE I). SÃO PAULO, 2020.	70
FIGURA 17. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS ENFERMEIROS (N=45) DA APS QUANTO A SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL EM RELAÇÃO AO PE NA SUA UNIDADE (PARTE II). SÃO PAULO, 2020.	72
FIGURA 18. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GRADIENTES DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM (N=85) DA APS QUANTO A SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL EM RELAÇÃO AO PE NA SUA UNIDADE. SÃO PAULO, 2020.	74

TABELA

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. JUNDIAÍ - SP, 2019.	44
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CIF®	Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DP	Desvio-padrão
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EE-USP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
GITES	Grupo Interinstitucional de Trabalho, Ensino e Serviço
IC	Intervalo de Confiança
MPAPS	Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde
NANDA – I	American Nursing Diagnosis Association International
NASF – AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMJ	Prefeitura Municipal de Jundiaí
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SIS	Sistema de Informação em Saúde

SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SINADEN	Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem
SLP	Sistemas de Linguagem Padronizadas
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas em Saúde
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância)
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1. PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM	19
2.2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) E O PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)	22
2.2.1. Definições e conceitos SAE e PE	22
2.2.2. Conceitos de necessidades em saúde para embasar a SAE e PE	26
2.3. SAE E PE NO BRASIL	30
2.4. SAE e PE no contexto da APS no Brasil e seus desafios	34
3. OBJETIVOS	37
3.1. OBJETIVO GERAL	37
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
4.1. TIPO DE ESTUDO	38
4.2. LOCAL DE ESTUDO	38
4.3. POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM DO ESTUDO	39
4.3.1. Critérios de inclusão e exclusão	39
4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	39
4.5. COLETA DE DADOS	40
4.6. ANÁLISE DE DADOS	40
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	41
5. RESULTADOS	42
5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	43
5.2. PERCEPÇÃO INDIVIDUAL SOBRE A SAE E PE, NOS ASPECTOS: CONHECIMENTO, BENEFÍCIOS E ELEMENTOS DIFICULTADORES OU FACILITADORES	45
5.3 PERCEPÇÃO INDIVIDUAL SOBRE SAE E PE NA UNIDADE DE TRABALHO DOS PARTICIPANTES	65
6. DISCUSSÃO	76
7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	93
8. CONCLUSÃO	94

9. REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	103
ANEXO.....	105

APRESENTAÇÃO

Trabalhar a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) nas Unidades Básicas em Saúde (UBS) foi um desafio proposto após minha inserção, como pesquisadora no Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde (MPAPS), no Sistema Único de Saúde (SUS), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). O MPAPS é um programa que preza a relação entre universidade e serviço de saúde, e incentiva projetos que respondam necessidades em saúde, especialmente para melhoria destes serviços, com produtos aplicáveis na prática.

Minha relação pessoal e profissional com SAE é ainda pouco limitada. Nesses oito anos trabalhando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), restrinjo-me às consultas de enfermagem em saúde da mulher no pré-natal, saúde da criança em puericultura e saúde do idoso. Observo, de um modo geral, a dificuldade de implementação de diagnósticos de enfermagem no cotidiano das UBS. Limitação essa, que acontece desde minha graduação de enfermagem, com o aprendizado da SAE consolidada principalmente em área hospitalar.

Meu trabalho como enfermeira nas UBS muito contribuiu para o desenvolvimento do mestrado, uma vez que isto facilitou o acesso nas UBS e estimulou-me para realização de propostas de trabalho com a temática na Atenção Primária em Saúde (APS).

O presente estudo poderá ser útil para a enfermagem brasileira, bem como para os gestores de saúde, uma vez que se trata de um diagnóstico situacional da SAE na APS, na perspectiva de profissionais de enfermagem, no município de Jundiaí-SP.

Esta pesquisa aponta para as necessidades de capacitação específica por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), do preparo, da qualificação e do aprimoramento da equipe de enfermagem. Isto irá contribuir para uma maior visibilidade profissional na área da saúde e possibilitará a consolidação de novos instrumentos de diagnóstico situacional, para reconhecimento da SAE na APS.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica que ajuda a organizar a assistência de enfermagem voltada para âmbito individual, familiar e da comunidade. É uma expressão utilizada no Brasil, porém internacionalmente, a SAE é conhecida como Processo de Enfermagem (PE). Ambos traçam o cuidado de enfermagem, sistematizando, organizando cientificamente as ações dos profissionais de enfermagem (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020). No Brasil, compreende-se que “a SAE engloba múltiplas ferramentas que auxiliam a organização da assistência de enfermagem e o PE é um instrumento sistemático com etapas inter-relacionadas que requerem uma teoria e uma linguagem específica da Enfermagem” (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

A SAE potencializa o PE e permite a implementação no processo de trabalho, aumentando a proteção aos pacientes e visibilidade aos profissionais de enfermagem. O PE é o recurso utilizado para realizar a SAE (Ribeiro, 2015; Silva *et al.*, 2011; Tannure, Pinheiro, 2010).

A fim de organizar o cuidado frente ao paciente a partir de tomadas de decisões, o PE consiste nas seguintes etapas: coleta de informações (ou histórico), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação; que devem ser registrados formalmente no prontuário do paciente. Didaticamente, estas etapas são descritas de forma separada e em ordem sequencial. Mas vale destacar que, assim como Wanda Horta sugeriu, as etapas são inter-relacionadas e interdependentes (Barros *et al.*, 2015).

No Brasil, conforme resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a SAE deve organizar o trabalho profissional da enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos. Ela representa o caminho a ser trilhado pela enfermagem na execução das práticas clínicas, deve ser realizado nos espaços onde ocorre o cuidado de enfermagem. Logo, não é restrito aos hospitais e tem sido suporte da maioria dos modelos de atenção à saúde da enfermagem em diversos países, dentre esses os aplicados a APS (Ferreira *et al.*, 2017).

Ribeiro (2015) aponta que o PE, além de método, é um registro legal e indispensável à prática. A necessidade de registrar no prontuário do paciente permite a transparência, a continuidade da assistência e o respaldo da qualidade do cuidado e efetivação da SAE.

A proposta da SAE, além de ser uma ferramenta que busca proporcionar a integralidade do cuidado ao paciente, favorece maior visibilidade às ações da equipe de enfermagem. Todos os membros da equipe são potencialmente aptos à execução de partes da SAE, de acordo com

suas competências profissionais. O enfermeiro é o responsável por seu planejamento, organização, implantação, execução e avaliação. Os técnicos e auxiliares de enfermagem, por sua vez, têm como incumbência colaborar com o planejamento da assistência de enfermagem. Estes atuam de forma restrita, sendo sua compreensão sobre a SAE, em grande parte, limitada à execução dos cuidados de enfermagem prescritos pelo enfermeiro (Cruz, Almeida, 2010; Figueira *et al.*, 2018).

Cruz e Almeida (2010) reforçam a necessidade de interatividade entre a equipe de enfermagem, equipe multiprofissional, paciente e sua família. É fundamental o estímulo dos técnicos/auxiliares de enfermagem, para contribuir e participar do delineamento das ações de cuidado de enfermagem, visto que esses acompanham diariamente o paciente e sua família.

Uma das dificuldades do desenvolvimento da Enfermagem como ciência é ausência de uma linguagem mundial que favoreçam a documentação de forma padronizada do seu exercício na profissão. O conhecimento e a compreensão quanto ao PE, e sua implicação no processo de trabalho, ainda não são habituais no âmbito da Enfermagem (Albuquerque, Cubas, 2015).

Apesar da determinação legal para enfermagem do COFEN, observa-se que a SAE e PE se encontram mais estruturados no âmbito hospitalar, e bastante incipientes no processo de trabalho de enfermagem na APS brasileira. As razões são diversas. Há uma grande quantidade de profissionais de enfermagem, a consolidação da SAE na prática requer uma revisão contínua do trabalho por toda a equipe de enfermagem (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

Ao se implantar a SAE, deve-se fazer um diagnóstico situacional para embasar toda estrutura da assistência exercida pela equipe de enfermagem. O diagnóstico situacional é essencial e fundamental para o planejamento e desenvolvimento das ações efetivas para sua implementação (Medeiros, 2010; Ribeiro, 2015).

Portanto, a presente pesquisa busca realizar um diagnóstico situacional da SAE, na perspectiva dos profissionais da APS, em Jundiaí-SP. O resultado desta pesquisa poderá fornecer subsídios importantes para a tomada de decisões da gestão em saúde e para equipe de enfermagem envolvida neste campo de práticas de APS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

O trabalho em saúde possui a dimensão abstrata, por meio do conceito de trabalho em saúde, e a dimensão concreta, situando o processo de trabalho em que os trabalhadores de enfermagem participam (Soares, Souza, Campos, 2016).

A enfermagem é reconhecida como profissão e disciplina ao mesmo tempo, como prática social e trabalho, constituída ao longo de um processo histórico social, assim como as demais profissões de saúde. O termo “profissão” se refere ao domínio de um saber específico, que requer um extenso período de formação, respaldada por um conjunto de valores que configura a ética profissional, assegurando um dado monopólio do mercado de trabalho (Peduzzi, Silva, Lima, 2013; Ferreira, Périco, Dias, 2017).

O termo “disciplina” é entendido como sinônimo de ciência, ensino de uma ciência, gradual investigação científica expertise numa certa região ou domínio análogo de estudo. Assim, a partir do século XIX, nasce a enfermagem moderna, gradativamente reconhecida como profissão, passando a configurar um saber próprio, o saber da enfermagem (Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

Justamente pela característica de ação e intervenção sobre determinadas necessidades humanas, as necessidades de cuidado, que a sociedade reconhece como ações que constituem o cuidado de enfermagem e a inserção de seus agentes no mundo do trabalho, configurando a enfermagem como prática social (Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

Abordar a enfermagem como trabalho significa compreender que as práticas de saúde são práticas sociais e, portanto, devem ser tomadas para além de sua dimensão profissional e técnica, ou seja, para além de uma aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnicos-científicos (Fracolli, 2006).

A enfermagem como prática social significa reconhecer a enfermagem como trabalho. E ao longo da história, é por meio do trabalho que a humanidade responde às suas necessidades, orientadas a um fim, é um processo de transformação. O processo de trabalho se configura na esfera microssocial do exercício cotidiano de trabalho (Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

Na saúde, assim como na enfermagem, o trabalho pode ser compreendido, como um método em que o indivíduo, com seu devido ato humano sobre a natureza, dispara, guia e

fiscaliza sua permuta instrumental com o meio ambiente, respondendo às suas necessidades ao longo da história; fruto de construção social, além de produzir valor de troca e valor de uso. O ato da construção e reprodução da existência humana se realiza pelo trabalho. É a partir do trabalho que o homem se torna um ser social (Fracolli, 2006; Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

Segundo Cecílio (2001), faz parte do cuidado integral de enfermagem o processo de trabalho, a rede de atenção em saúde bem estabelecida, os profissionais em quantidade suficiente, a carga de trabalho adequada, o tempo necessário para realização de atendimento humanizado, entre outros. A integralidade da atenção possui a dimensão micropolítica, que consiste no saber multiprofissional, no espaço específico do serviço de saúde (unidade de saúde, pronto atendimento ou hospital), e a dimensão macropolítica, que é voltada para articulação entre os serviços e coordenação de suas práticas (Cecílio, 2001).

Para que o processo de trabalho em saúde e enfermagem aconteça, os componentes formadores são: a atuação apropriada a um propósito (o próprio trabalho), o instrumento de trabalho (matéria a ser transformada), os recursos de trabalho, os dispositivos utilizados pelo trabalhador e os intermediários, que devem ser analisados dentro dos vínculos mútuos entre objeto e trabalho ferramentas e ações internas ao processo de divisão de trabalho (Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

O processo saúde-doença constitui-se um importante aspecto para compreender como se formam os processos de trabalho em saúde e enfermagem. Estes processos, tem como objeto de trabalho as intervenções profissionais constituídas em duas dimensões: uma no corpo individual, como instrumental clínico, e outra no âmbito do coletivo, com instrumental da epidemiologia. (Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

Uma particularidade da área da saúde é que o trabalho não se realiza sobre produtos ou utensílios, mas sim sobre pessoas, baseado em uma reciprocidade em que o consumidor (o usuário) colabora no processo de trabalho. Em outras palavras, é componente do processo de trabalho por meio de informações sobre sua queixa/demanda, participação ativa no plano de cuidado (Fracolli, 2006).

Saúde é um bem não material, dotado de crenças, valores e representações, é um bem simbólico que difere a depender das pessoas e grupos sociais nos quais estas estão inseridas (Sakata So, 2018).

Destaca-se ainda que no método de trabalho em saúde e enfermagem, produtor dos cuidados e das ações assistenciais, a produção e o consumo ocorrem concomitantemente, ou seja, as pessoas que possuem insuficiência de saúde recebem logo em seguida o resultado da ação desempenhada, pois o trabalho no setor saúde se caracteriza como produção em serviço.

Logo, trata-se de produção não material que fica plena no ato de sua concretização, sempre regida de relações interpessoais (Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

O cuidado consiste no núcleo do trabalho de enfermagem e da formação dos profissionais de enfermagem. É entendido como um agrupamento de ações desenvolvidas no acompanhamento do usuário/população/comunidade, no decorrer de enfermidades e no processo sociovital (criança, adolescente, mulher, homem, idoso, trabalhador), que visam à promoção, prevenção e recuperação da saúde (Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

Há duas distintas dimensões no processo de trabalho de enfermagem: a assistencial e a gerencial. A primeira com ênfase no cuidado de enfermagem e a segunda manutenção do cuidado. A divisão entre as categorias acabou fragmentando as ações em cuidados diretos (aqui executados pelos técnicos/auxiliares de enfermagem), referidos por meio da interação com o paciente, e cuidados indiretos (executados pelos enfermeiros), entendido como um cuidado realizado distante do paciente, inclusive de cunho gerencial, mas em benefício do mesmo (Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

Os serviços de saúde se estruturaram conforme o modelo assistencial clínico, com objetivo de obter a recuperação do corpo individual, fortalecendo o saber anatomofisiológico como a ferramenta fundamental de trabalho. O processo de trabalho em enfermagem é heterogêneo por reunir diferentes categorias profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Historicamente, a enfermagem foi constituída como complemento ao trabalho médico, havendo divisão vertical de trabalho, separando concepção (intelectual) da execução (manual). Esse processo se internalizou na enfermagem, cabendo à enfermeira o exercício mais intelectual e de supervisão do trabalho manual, executado pelos técnicos/auxiliares de enfermagem (Barros, Chiesa, 2007). Ressalta-se que suas práticas, embora bastante próximas, não são equivalentes. Isto limita a autonomia profissional dos trabalhadores de enfermagem e, frequentemente, causa tensão nas relações profissionais comprometendo a qualidade da assistência, pois o produto do cuidado resulta da conexão das ações executadas pelos trabalhadores das três categorias (Peduzzi, Silva, Lima, 2013).

Destaca-se que o enfermeiro gera um falso reconhecimento e uma falsa autonomia ao investir grande parte de seu tempo no trabalho resolvendo pendências administrativas da assistência (Barros, Chiesa, 2007).

2.2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) E O PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)

2.2.1. Definições e conceitos SAE e PE

A SAE é compreendida como uma ferramenta que organiza o trabalho profissional de enfermagem de forma pessoal, metodológica e instrumental, tornando viável a aplicação do PE na prática. O PE é uma ferramenta orientadora e metodológica da ação profissional de enfermagem e o registro do PE contribui para documentação do exercício de enfermagem (Barbosa *et al.*, 2017; Barros *et al.*, 2015; Tannure, Pinheiro, 2010).

Silva *et al.* (2011) compreendem a SAE como um recurso de parcela de cuidados visando repercussões satisfatórios no cuidado prestado, a fim de facilitar a acomodação e recuperação do paciente. Permite, ainda, desempenhar a profissão de enfermagem com autossuficiência baseada em noções técnico-científicas.

A aplicação do PE como ferramenta metodológica prenuncia a continuidade no ganho de informações do paciente, a ininterrupta deliberação sobre suas necessidades de cuidados, os objetivos alcançáveis e almejados para proporcionar este cuidado, bem como quais as melhores ações realizadas para atingir tais metas (Pimenta *et al.*, 2017).

O PE exige competências e saberes cognitivos (pensamento e raciocínio), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções, sentimentos e valores); e resulta em refletir e aprender, exige flexibilidade, criação e inovação de planos de cuidado, que sejam adepto às necessidades humanas e sociais dos pacientes (Garcia, 2016).

A noção de PE não é nova na profissão de enfermagem e pode ser entendida quando Florence Nightingale realçou que os enfermeiros tinham a incumbência a fazer observações das condições dos pacientes e julgamentos acerca destas. O PE foi inserido no Brasil em 1970, por Wanda de Aguiar Horta, definindo-o como uma situação sistematizada de ações inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano, indivíduo, família, grupo e comunidade (Barros *et al.*, 2015).

As etapas detalhadas do PE são: 1) Investigação ou levantamento de dado - caracteriza como primeira etapa do PE, onde o enfermeiro capta dados subjetivos/objetivos das pessoas sob seu cuidado; 2) Diagnóstico de enfermagem - dado que expõe às respostas da pessoa, família e comunidade, em uma dada circunstância do processo saúde e doença; 3) Planejamento de Enfermagem - envolve diferentes protagonistas, como o indivíduo sob cuidados de

enfermagem e as intervenções necessárias, além do local onde o cuidado ocorrerá; 4) Implementação - é o desempenho pela equipe de enfermagem da Prescrição de Enfermagem; e, 5) Avaliação - processo contínuo e sistemático de averiguação de alterações nas respostas do indivíduo/família/comunidade, para indicar se as intervenções de enfermagem atingiram resultados esperados, é a evolução de enfermagem (Barros *et al.*, 2015; Ferreira *et al.*, 2017).

Para Soares *et al.* (2015), a assistência e a gerência de enfermagem são essenciais no processo de trabalho, almejando melhoria da virtude na atenção à saúde. Assim, o cuidado pode ser desenvolvido em diferentes formas e métodos na enfermagem, visando os melhores resultados possíveis para o indivíduo.

A SAE é uma das ferramentas de apoio do enfermeiro, que visa a melhoria do seu processo de trabalho, uma vez que contempla vários instrumentos que incluem a comunicação, a interação e a articulação no âmbito gerencial e assistencial. A fim de facilitar a operacionalização da SAE, muitas vezes, a equipe de enfermagem opta pela forma divisão de trabalho que pouco conversa com o exercício assistencial e está mais concreto no cenário ideal direcionado pelos modelos gerenciais e assistenciais (Soares *et al.*, 2015).

Garcia (2016) afirma que a SAE e PE devem ser a base estrutural da elaboração do saber de enfermagem e, consequentemente, do exercício profissional (ensino, assistência, pesquisa e gestão/gerenciamento). Apesar da exigência legal que regula a profissão, a prática da SAE e o PE ainda não são consenso no meio profissional, logo, não estão totalmente garantidos nos ambientes em que acontece o exercício de enfermagem.

Sabe-se que há diferentes compreensões do que sejam a SAE e o PE. PE, SAE, metodologia da assistência, sistematização da assistência algumas vezes apresentam-se como sinônimos ou outras definições. Isso contribui para certa inconsistência no entendimento das referidas ferramentas de trabalho da equipe de enfermagem (Barros *et al.*, 2015; Ribeiro, 2015; Garcia, 2016).

A enfermagem é uma profissão que tem, por muito tempo, procurado estabelecer o seu alicerce enquanto ciência. Para conquista deste propósito, os profissionais vêm trazendo maneiras que almejam fundamentar esta prática e, dentre elas, busca-se a precisão de instituir uma linguagem comum, que seja aplicada universalmente pelos profissionais e adequada às mais diversas culturas e contextos (Barros, Lopes, Silva, 2015).

O trajeto pelas etapas do PE deve ser registrado com objetivo de efetivar a transmissão de informações entre os trabalhadores de enfermagem e equipe multiprofissional, oferecendo também informações em âmbito jurídico, de pesquisas e ensino. Para compreender essas ações,

desde 1970, preconiza-se o uso de Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP) (Pimenta *et al.*, 2017).

Os SLP favorecem a comunicação verbal e escrita entre os profissionais, ajudam o raciocínio clínico ao elucidar as concepções representadas por meio de declarações, informativos clínicos e caracterizações de exercício. São conhecimentos estruturados, esclarecedores dos acontecimentos de cuidado, estabelecendo ferramentas de ação e de parâmetro de obtenção dos efeitos de desempenho da enfermagem, na clínica e na pesquisa (Pimenta *et al.*, 2017).

A enfermagem considera alguns sistemas de classificação, possibilitando o cuidado em uma língua uniforme. Os mais conhecidos são: *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), *Nursing Interventions Classification* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPEsc) (Barros *et al.*, 2015).

Há igualmente sistemas de classificação que podem ser compartilhados com equipe multiprofissional em saúde, como é o caso da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) e da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) (Barros *et al.*, 2015).

Junto com diagnósticos vêm as intervenções de enfermagem, a prática da enfermagem que desenvolve relacionamentos colaborativos com profissionais de outras disciplinas da área da saúde. Com frequência, essa colaboração proporciona ao enfermeiro intervenções adicionais ao plano de cuidados de enfermagem do paciente (Carpenito-Moyer, 2009).

Em 1990, NANDA-I propôs a seguinte definição para Diagnósticos de Enfermagem (DE):

São julgamentos clínicos sobre as respostas reais ou potenciais do indivíduo, família e comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais e proporcionam bases para a seleção de intervenções de enfermagem e para o alcance de resultados, pelos quais os enfermeiros são responsáveis (Carpenito-Moyer, 2009, 2011; Nanda-I, 2018).

Cruz, Peres e Lima (2012) afirmam que identificar Diagnóstico de Enfermagem (DE) envolve impulsionar uma sucessão de competências mentais que consentem deduções sobre os dados contempláveis. Estes podem ser percebidos como parte de informação que alcançamos por entrevistas, exame físico, entre outros. Assim, além de ser estabelecido como uma das partes

do PE, pode também ser delineado como uma técnica de julgamento clínico, ou ainda como um termo que expressa a conclusão desse julgamento.

A questão não é se os enfermeiros devem diagnosticar, mas o que podem diagnosticar. É significativo recordar que os DE não são diagnósticos médicos, não são cuidados médicos prescritos pelo médico, nem são testes diagnósticos. São afirmações breves, em relação aos problemas específicos do paciente, que orientam a enfermagem no fortalecimento do plano do exercício de enfermagem. Demonstram situações de saúde reais ou potenciais que devem ser conduzidos por meio do exercício de enfermagem independentes. Na APS, inclusive, os DE podem estar relacionados ao território, família, coletividade, grupos sociais. Vão além dos diagnósticos médicos que estão mais ligados às doenças, sinais e sintomas (Barros *et al.*, 2015; Brunner, Suddarth, 2009; Cruz, Peres, Lima, 2012; Tannure, Pinheiro, 2010).

A Classificação de Resultados de Enfermagem, NOC, possui o objetivo de conceituar e definir resultados sensíveis que auxiliem nos cuidados de enfermagem. O efeito é uma condição ou compreensão do indivíduo, família e comunidade, aferido de forma contínua em resposta ao exercício de enfermagem. Enquanto a NIC é a Classificação de Intervenções de Enfermagem, que representa tratamentos já conduzidos pelos enfermeiros (Barros, Lopes, Silva, 2015).

Os sistemas NANDA-I, NIC e NOC ajudam a traçar o caminho do cuidado de enfermagem, além de evidenciar a autonomia profissional, permitir que o exercício de enfermagem seja relacionado por vários países que operam o sistema, bem como que exercício de enfermagem seja identificado e padronizado. Os referidos sistemas são associados às necessidades biológicas, dado que a NANDA-I menciona as necessidades de cuidado de enfermagem por meio de sintomatologias, a NIC sugere as manifestações de cuidados o suficiente baseados no diagnóstico de enfermagem e a NOC aprecia o êxito destes cuidados (Barros, Chiesa, 2007).

A CIAP é um sistema de classificação de questões desenvolvida pela Organização Mundial de Médicos da Família, ou *World Organization of Family Doctors* (WONCA), com o intuito de comparar demandas próprias da APS, podendo ser empregado por todos os profissionais de saúde (Barros *et al.*, 2015; Wonca, 2009).

Como o diagnóstico etiológico não é o mais importante na APS, a CIAP abrange limitações da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), e tem como método de sistematização, o indivíduo e seu contexto social, e não a doença. A enfermagem da APS pode utilizar o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) como forma de registro no prontuário, com base na CIAP para obter classificação diagnóstica (Barros *et al.*, 2015; COREN-SP, 2013; COREN-SP, 2015).

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) criou uma terminologia idealizada em 1989, a CIPE, como retorno a provocação de produzir uma linguagem universal para enfermagem, permitindo a o diálogo internacional e, bem como, demonstrar a heterogeneidade de sua prática profissional (Nóbrega *et al.*, 2015).

A CIPE é uma ferramenta de conhecimento para representar o exercício da enfermagem, promover mudanças na prática, estabelecer uma linguagem comum intra e interprofissional, além de descrever ao mundo a parcela de cuidado de enfermagem (indivíduos, famílias e comunidades) (Chianca, Rocha, 2010; Tannure, Chianca, 2010).

A CIPESC surgiu como um inventário vocabular identificando as expressões usadas pela enfermagem brasileira na APS. Foram desenvolvidas, em fevereiro de 1996 a 2000, parcerias entre a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e CIE, buscando apoio financeiro da Fundação W. F. Kellog (Cavalheiro, Cubas, Albuquerque, 2015; Chianca, Rocha, 2010).

A CIPESC buscou-se voltar para APS, apto para caracterizar os acontecimentos da enfermagem, identificados em exercício de profissão que acontece em diferentes realidades sociais, demográficas, econômicas e políticas do Brasil, além de contribuir para construção da CIPE (Chianca, Rocha, 2010; Cavalheiro, Cubas, Albuquerque, 2015).

Hermida e Araújo (2006) constata a necessidade de conhecer as demandas e facilidades da estrutura institucional antes da implantação da SAE. É uma forma de contribuir para melhorar a virtude da assistência. A fase inicial desse processo de planejamento acontece por meio do diagnóstico situacional visando identificar e analisar a realidade e necessidade visando a organização do serviço.

O diagnóstico situacional é um instrumento administrativo que deve ser utilizado pelo enfermeiro, e que permite a reconhecer da realidade do serviço estabelecido, além de possibilitar o estudo dos componentes essenciais para estruturação e reestruturação deste serviço, assegurando intervenções mais competentes e uma assistência humanizada e resolutiva (Medeiros, 2010).

2.2.2. Conceitos de necessidades em saúde para embasar a SAE e PE

O termo necessidades em saúde tem sido utilizado em dois sentidos do conceito. Um está relacionado à identificação das necessidades humanas amplas, associadas a aspectos da educação, da saúde, da sociabilidade, entre outras, por meio de levantamento e descrição de necessidades de indivíduos, famílias e grupos sociais. Outro sentido está relacionado apenas

aos serviços de saúde, que diz respeito à distribuição de recursos e ao planejamento para atender as necessidades em saúde (Campos, Soares, 2013).

A sistematização da assistência se faz necessária para a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades de saúde. Busca-se tomar como objeto do processo de trabalho em saúde, as necessidades e intervenções específicas da profissão, na assistência e no cuidado dos indivíduos, famílias e grupos sociais (Barros; Chiesa, 2007).

Existem dois tipos de necessidades: as naturais, relacionadas à conservação da vida (alimentação, abrigo, sexual, contato social, auto conservação e à preservação da espécie), e as necessárias, as propriamente humanas (liberdade, autonomia, autorrealização, atividade moral, entre outras). Ambas necessidades são socialmente determinadas (Ciosak, Fonseca *apud* Agnus Heller, 2009).

Percebeu-se que as necessidades de saúde são tomadas como necessidade de reprodução social, ou seja, ampliadas em relação às restritas a problemas de saúde já instalados, respondidos por meio de práticas tradicionais da atenção básica. Compreende-se que as necessidades em saúde não são universais (Campos, Soares, 2013).

Considerando as necessidades quanto à saúde como fenômenos complexos, elas mudam com a história humana e com a sociedade. Na concepção da Saúde Coletiva, a rede de saúde tem como propósito responder às necessidades em saúde da população. As necessidades estão exatamente ligadas ao consumo, não somente econômico, mas também cotidiano, para a vida, tais como: inserção das pessoas no trabalho, produção de bens, relações sociais, escuta profissional ao “dar voz” aos indivíduos nos serviços de saúde, entre outros (Franco *et al.*, 2012).

É necessário implementar respostas ampliadas às necessidades de saúde, a partir do reconhecimento de necessidades de reprodução social dos grupos que moram no território sob o cuidado da UBS, para além de ações programáticas estabelecidas nos níveis centrais de gestão. Realizar ações que incidam nos determinantes do processo saúde doença, práticas que efetivem grupos sociais para o desenvolvimento das capacidades humanas e da emancipação humana (Campos, Soares, 2013).

As ações de saúde devem ser pautadas nas demandas singulares do território e em suas necessidades. Os profissionais que trabalham na APS e os gestores do SUS precisam identificar os impasses e as necessidades em saúde da população (Brasil, 2018).

Em virtude que a saúde compõe a vida no corpo social, Franco *et al.* (2012) trouxeram uma recomendação de taxonomia para as necessidades de saúde, que transcende a natureza clínica e biológica e que articula as necessidades de saúde às necessidades sociais. Admitiram um conceito de necessidades de saúde como situação para estruturar o sistema de saúde no âmbito da APS, para idealizar o serviço e responder às demandas de saúde da população.

As necessidades em saúde não são apenas precisões médicas, tampouco complicação de saúde como doenças, preocupações ou riscos, são também escassez ou vulnerabilidades expressadas no que é necessário para se ter saúde, e que envolve circunstâncias necessárias para satisfação da vida (Hino, Ciosak, Fonseca, 2009).

É necessário que a enfermagem reconheça a concepção de necessidades em saúde que embasa o cuidado da profissão, uma vez que “necessidades de saúde”, “necessidades humanas” ou, “necessidades humanas básicas” são expressões bastante utilizadas e pouco definidas (Campos, Soares, 2013).

Acontece que, nem sempre, os objetos de intervenção do trabalho das(os) enfermeiras(os) estão claros e definidos e, portanto, suas ferramentas, instrumentos, práticas e ações também não (Sakato So, 2018).

Desde o século XIX, quando a enfermagem perdeu o status de prática realizada por leigos e passou a ser considerada trabalho e uma prática social, passou-se a compreender que as necessidades de saúde estavam intrinsicamente relacionadas às convicções do processo saúde-doença. Por exemplo, que a doença infecciosa é resultado do encontro de um agente causal com o corpo suscetível, as necessidades de saúde, nesse caso, são a identificação do agente causal e a interrupção da cadeia de transmissão (Campos, Soares, 2013).

Florence Nightingale protagonizou a origem da enfermagem profissional, apropriando-se da influência das ciências naturais para fundamentar o cuidado em saúde. Adotou ações de rearranjo do ambiente para diminuir contaminantes, organizou o exercício de enfermagem para cuidar e para manejar o ambiente (Campos, Soares, 2013).

Com início na segunda metade do século XIX até a década de 1960, a enfermagem aprimorou o exercício do cuidado. Com a idealização de adquirir a emancipação do saber médico e de se compreender como prática autônoma, a enfermagem procurou prosperar um corpo de conhecimentos intrínsecos da profissão. A partir de 1960, as enfermeiras americanas desenvolveram as teorias de enfermagem com o pressuposto de que a independência profissional necessita, primordialmente, do apoio da ciência na idealização e efetivação do cuidado (Campos, Soares, 2013).

O conhecimento da enfermagem é julgado um mosaico, uma vez que possui muitos saberes estabelecidos da profissão. Conjuntamente, o estabelecimento de um saber próprio é importante para autonomia profissional (Barros, Chiesa, 2007).

A enfermagem, pela mediação das teorias de outras disciplinas ou áreas do saber, como medicina, psicologia e ciências sociais, construiu métodos que constituíram o processo de enfermagem, organizando e sistematizando as práticas (Campos, Soares, 2013).

As teorias de enfermagem direcionam o cuidado de indivíduos, desde o reconhecimento das necessidades de saúde até a análise do cuidado concedido. No Brasil, observou-se a inclinação mais geral no PE por meio de Wanda Horta, enfermeira pioneira da sistematização de enfermagem pautada no âmbito científico, que estendeu o elenco das necessidades humanas básicas ao considerar as dimensões fisiológicas, afetivas e emocionais, importando-se da teoria motivacional do psicólogo Abraham Maslow, e referências espirituais pautados na teoria das necessidades humanas básicas do padre João Mohana (Campos, Soares, 2013).

Na perspectiva de Horta, as Necessidades Humanas Básicas (NHB) são descritas hierarquicamente em cinco níveis, a saber: 1) Necessidades fisiológicas; 2) Segurança; 3) De amor, 4) De estima; e, 5) Autorrealização. O sujeito só busca satisfazer as necessidades do nível posterior após o minúsculo de contentamento das necessidades dos níveis anteriores (Gualda, Melleiro, 2012; Horta, 1979).

As NHB foram entendidas por Horta (1979) como situações de angústia, conscientes ou inconscientes, consequente dos instabilidade hemodinâmicos dos eventos vitais. Em situações de estabilidade dinâmica, as necessidades não se evidenciam, porém estão incubadas e aparecem com maior e menor intensidade. Horta afirmou que nunca há pleno contentamento de uma necessidade, pois se houvesse, não existiria mais motivação individual.

Entendem-se que o exercício de enfermagem é revertido em progresso das circunstâncias de saúde do indivíduo/família e comunidade. Logo, necessidades em saúde são objetos da prática de trabalho da enfermagem. Contudo, as necessidades em saúde também são utensílios das práticas de cuidado executadas pela equipe multiprofissional (Campos, Soares, 2013).

2.3. SAE E PE NO BRASIL

No Brasil, conforme resoluções do COFEN, a SAE deve coordenar a prática profissional da enfermagem quanto a disciplina, recursos humanos e ferramentas, favorecendo a operacionalização do PE (Ferreira *et al.*, 2017).

Ao analisarmos a dimensão assistencial da prática de enfermagem, do ponto de vista ético legal nas normatizações que norteiam a profissão, não há uma consonância da SAE e de aplicação do PE. O PE foi inserido na década de 70, também intitulado de SAE. Entretanto, os termos PE e SAE foram distinguidos pela Resolução COFEN 358/2009 (Garcia, 2016; Pimenta *et al.*, 2017).

Além dessa diferenciação, a referida resolução reparou o entendimento expresso em normas anteriores de que a SAE e o PE são atividades específicas do enfermeiro, visto que a Enfermagem é composta por diferentes categorias (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), cada uma delas com distinguidas atribuições no decorrer da efetivação do exercício de cuidar (Garcia, 2016; Pimenta *et al.*, 2017).

A ABEN e o COFEN julgaram que a SAE não está plenamente implantada no país. Por este motivo, formaram um grupo de trabalho em 2009 com o intuito de repensar a Resolução COFEN nº 272/2002, abordando a SAE nas instituições de saúde brasileiras (Garcia, 2016).

Após a normatização jurídica na Resolução COFEN nº 272/2002, a SAE passou a ser exigida nas instituições de saúde, públicas ou privadas. No entanto, percebe-se que esta resolução não foi o suficiente para oferecer todo o apoio que a SAE exige, por haver muitos fatores (falta de conhecimento, sobrecarga de trabalho, falta de recursos, impedimento por parte da instituição) que dificultam sua implantação nas instituições de saúde (Hermida, Araújo, 2006; Soares *et al.*, 2015).

As normatizações citadas anteriormente contribuíram para que os profissionais de enfermagem fossem convocados pelas coordenações de enfermagem a revisar o processo e adaptar as instituições às normas instituídas. Reforçaram ainda, a importância e a necessidade de implementar a SAE. Mesmo com a dedicação do COFEN e de toda os profissionais de enfermagem, ainda há impedimentos para sua concretização, que envolvem não apenas a forma com que o enfermeiro se apodera do saber, mas a deficiência de recursos (Silva *et al.*, 2011).

Para demonstrar que ainda existe lacuna da SAE e PE no cotidiano da enfermagem, em 2013, a ABEN discutiu no 11º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (SINADEN) a temática da SAE e PE nos cenários de práticas profissionais, além de oferecer cursos sobre Raciocínio Clínico (básico e avançado). Tal evento proporcionou ampliação da

compreensão da referida temática, comprometimento dos profissionais e dos veteranos em Enfermagem com o tema (Santos, Lopes, 2013).

O papel do sistema COFEN/COREN tem sido muito importante para legitimar instrumentos criados e assegurar sua implantação nos serviços de saúde para a consolidação da SAE. Vale destacar que a gestão é fundamental nesse processo estruturando os serviços de saúde (Cubas, Nichiata, 2020).

Vale destacar a Resolução COFEN nº 429/2012 que traz importância do registro do cuidado da enfermagem no prontuário do paciente, e em outros impressos oficiais próprios da profissão. E a Resolução COFEN nº 564/2017 abordando o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. Os artigos 14, 36 e 37 reforçam o registro do PE, bem como sua importância no processo de trabalho.

Há mais de 40 anos, a APS é identificada como a alicerce de um sistema de saúde competente e responsivo. A Declaração Alma-Ata de 1978 validou a APS como base para o desenvolvimento de saúde. No Brasil, por meio da Reforma Sanitária criou-se o SUS final de 1980, progressivamente os municípios foram assumindo os cuidados básicos dos indivíduos por meio das UBS (Cecílio, Carapinheiro, Andreazza, 2014; OPAS, 2018).

Os termos Atenção Básica em Saúde (ABS) e APS, nas atuais concepções, são consideradas termos equivalentes pela atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Soares *et al.*, 2015).

Primeiramente a APS foi pensada para uma população menos favorecida, hoje ela assume um protagonismo nos serviços de saúde, nas redes de atenção à saúde, mesmo em países desenvolvidos (Cecílio, Carapinheiro, Andreazza, 2014).

Entretanto, por décadas houve frágeis interpretações relacionadas a Declaração Alma-Ata, bem como pouco incentivo nas políticas públicas. Frente a isso, em 2018, a Declaração de Astagna, reforça a pactuação sobre o fortalecimento da APS como essencial para universalidade da saúde, bem como equipe interprofissional com foco nas necessidades em saúde dos pacientes (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

A APS brasileira teve vários modelos técnicos assistenciais que sugeriram operacionalizar APS em vários contextos, tais como: Medicina Geral e Comunitária, com origem no Rio Grande do Sul; Ação Programática em Saúde, em São Paulo; Programa do Médico de Família, em Niterói; e, Modelo de Defesa da Vida da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)-SP. Mas, a indução primordial foi do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, evoluído a partir da ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1992, no Ceará, pela Secretaria

Estadual de Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 1996).

Foi este modelo, nascido no Nordeste do País, que foi amparado como alicerce da intenção de saúde da família no SUS; sua particularidade está em desatar com os modelos clássicos da medicina familiar e se estabelecer como prática de saúde da família. O modelo, certamente, obteve a influência de sua origem intersetorial, no PACS, apresentado como ação de emergência de frentes de ofício para o confronto da seca no semiárido cearense, no ano de 1987 (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 1996).

Percebe-se que houve diversos desenhos da APS em diferentes municípios, com várias formas de reorganização, até que o Ministério da Saúde do Brasil assumiu um modelo de organização da APS, o PSF em 1994, nomeado em seguida de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF recomenda que a atenção a saúde seja focada na família, o que posiciona os profissionais de saúde em relação contínua com a população, favorecendo maior reconhecimento das necessidades de saúde das pessoas (Cecílio, Carapinheiro, Andreazza, 2014; Ferreira *et al.*, 2019).

A ESF, por meio da PNAB instituída pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, passou a ser a estratégia prioritária para organizar a APS no SUS e constituir o sistema de saúde, visto que houve o redirecionamento das antecedências de ação em saúde, reafirmação de uma nova ideologia de atenção à saúde e estabelecer dos princípios do SUS (Andrade, Barreto, Bezerra, 2006). A ESF é composta, geralmente, pelos seguintes profissionais: um (a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico ou auxiliar de enfermagem, um(a) dentista, um(a) técnico(a) de higiene dental e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Andrade, Barreto, Bezerra, 2006; Campos, 2003).

Desde 2006, a APS reorganizou a assistência à saúde centrada no modelo biológico de doença, mantendo o cuidado fragmentado, no cuidado queixa-conduta e no trabalho médico. Seguiu as referências da APS que ganhou evidência pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um conjunto de cuidados baseados em tecnologias e métodos práticos por ter custo-benefício economicamente aceitável. Mais recentemente, por meio da Portaria nº 2.436, de setembro de 2017, houve revisão de diretrizes para atenção básica no âmbito do SUS (Brasil, 2017; Sakata So, 2018).

A APS vem progressivamente se tornando um complexo assistencial que envolve difíceis definições de tecnologia apropriada e tem passado por questões médico-assistenciais para a natureza educativa, a educação sanitária (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

A APS é o nível de atenção que oferece atenção ao indivíduo (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, proporciona atenção para todas as situações, exceto as muito inusitadas ou raras, e estrutura ou constitui a atenção provida em algum outro lugar por terceiros (Ferreira, Périco, Dias, 2017).

O atual modelo de assistência à saúde brasileira prevê a APS como porta de entrada de toda Rede de Atenção à Saúde (RAS), o nível de atenção com o qual o usuário deve estabelecer o contato inicial e preferencial no sistema de saúde (Cavalheiro, Cubas, Albuquerque, 2015).

Desse modo, considera-se APS primeiro nível de atenção em saúde e se qualifica por intervenções individuais, familiares e coletivas, que compreendem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Nesse cenário, o enfermeiro experimenta um desafio na construção do saber sobre o qual se alicerça em sua prática gerencial e assistencial. As referidas práticas podem ser desenvolvidas por meio de ações integradas, gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e voltada ao indivíduo em território definido, sobre as quais, as equipes atuam sob responsabilidade sanitária/epidemiológica (Brasil, 2017).

Na APS, o processo saúde-doença e sua complexidade no território abrange o social e o subjetivo, exigindo outros instrumentos, como a escuta qualificada e a clínica ampliada. Por esse motivo, o atendimento longitudinal, contínuo, não se consome em um único momento. Os registros são de uma equipe multiprofissional e o Enfermeiro é um dos membros desta equipe (Barbosa *et al.*, 2017).

Após implementação do SUS e de seus mecanismos de alteração de modelo assistencial, o enfermeiro, como profissional, adentra-se em uma equipe multidisciplinar e procura o direcionamento de sua prática por meio de organização com potencial para um desempenho de suas funções de forma eficaz, científica e que torne o exercício profissional visível. Dentre elas, está o uso de terminologias ou nomenclaturas para estabelecer a prática de enfermagem no âmbito da APS (Cavalheiro, Cubas, Albuquerque, 2015).

A atual PNAB (nº 2.436 de 2017) teve bastante impacto no processo de trabalho da enfermagem (Sakata So, 2018).

Para Sakata So (2018), há uma polivalência neste trabalho de enfermagem, no qual os enfermeiros assumem um pouco de tudo e acabam sufocados pelos imprevistos do dia a dia, que dificultam até mesmo o planejamento das suas próprias atividades. Além disso, recai sobre eles, individualmente, a necessidade de se qualificarem cada vez mais para serem capazes de resolver todos os problemas que se apresentam no cotidiano do trabalho na APS.

No Brasil, o enfermeiro da APS possui uma realidade com vários desafios, o fato de se responsabilizar por um conjunto de responsabilidades institucionais, quanto pelo trabalho assistencial ampliado pela ESF, bem como o alheamento da própria prática profissional na organização do trabalho em equipe (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

O trabalho do enfermeiro na APS, principalmente na ESF, foi ampliado clinicamente por meio de realização de consultas de enfermagem para as gestantes, crianças, idosos, entre outros pacientes. Antes, a prática do enfermeiro estava relacionada a supervisão dos técnicos e auxiliares de enfermagem, os profissionais que faziam o atendimento direto para o indivíduo. Isso é um avanço no processo de trabalho, levando em consideração a atuação tradicional em ambiente hospitalar, desde época da Florence Nightingale (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

O trabalho do enfermeiro na APS é uma potência para contribuir na consolidação da SAE por coordenar a equipe na ESF, por exercer atividades em várias dimensões, na dimensão individual e gerencial e por buscar capacitação em saúde coletiva (Cubas, Nichiata, 2020).

2.4. SAE e PE no contexto da APS no Brasil e seus desafios

Indubitavelmente a SAE na APS favorece benefícios para o paciente, família e trabalhadores de enfermagem, uma vez que potencializa a qualidade da consulta de enfermagem, bem como o registro no prontuário, aprimorando o cuidado prestado e organiza o processo de trabalho (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

É necessária a efetivação da SAE nos serviços de saúde, para isso é importante conhecer a situação atual dos cenários de prática, suas demandas e facilidades, antes de planejar intervenções para implantação da mesma (Ribeiro, 2015).

Hermida e Araújo (2006) demonstraram, de forma clara, as etapas do processo de implantação da SAE: 1) Reconhecimento da realidade da instituição de saúde; 2) Sensibilização da equipe de enfermagem; 3) Definir missão, filosofia e objetivos do serviço; 4) Definição teórica; 5) Elaborar um instrumento para realização do PE; e, 6) Preparo prático para implementação da SAE.

Ribeiro (2015) aponta que, de um modo geral, os estudos e as práticas sobre SAE no Brasil possuem um histórico maior no âmbito da atenção hospitalar. Na APS, a incipiência de estudos é preocupante, há poucas publicações associando SAE ou PE. Ribeiro aponta ainda uma revisão bibliográfica, disponível no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que analisou 120 dissertações e teses que abordaram SAE, PE e APS, um quantitativo apenas de 5% das publicações acerca do tema.

O referido estudo de Ribeiro (2015) apontou os seguintes benefícios do uso do PE na APS: viabilidade, cuidado de qualidade proporcionado, contribuição para a autonomia do enfermeiro, potencialização do reconhecimento das necessidades dos usuários, colaboração com a implementação do cuidado humanizado e científico, entre outros. Como dificuldades de viabilização do PE, revelou o desenvolvimento de consultas individualizadas e focadas nas questões biológicas, como a formação de profissionais voltados para o modelo biomédico, a impressão inferioridade dos pacientes voltado aos profissionais, e ao optar pelo uso das técnicas em desfavor do cuidado humano (Salvador, Santos, Dantas, 2014).

Soares *et al.* (2015), mostraram mais desafios que avanços acerca da implantação da SAE no cotidiano de trabalho, tais como: ausência de conhecimento - oriunda da falta de capacitação dos profissionais, implementação da SAE de forma correta, falta de impressos e protocolos, dificuldade de recursos humanos, gerando falta de tempo, registro de enfermagem incompleto, entre outros.

Um estudo foi realizado pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), em 5.721 instituições de saúde do Estado de SP (914 hospitais, 3.067 UBS/ESF e 1.740 ambulatórios/laboratórios/clínicas), entre setembro de 2012 a outubro de 2013, com objetivo de identificar a existência, adequações ou inadequações da execução do PE. Os resultados apontaram para a inexistência do PE, em 36,43% nas UBS/ESF, 29,35% em ambulatórios/laboratórios/clínicas e 19,22% em hospitais (Barros *et al.*, 2015).

Ainda sobre o referido estudo, a maioria das instituições (65%) não souberam como inserir a SAE, enquanto 38%, estavam em fase de instituição, em 15%, houve resistência e/ou inibição dos profissionais de saúde e em 10%, houve impedimento por parte da instituição. Estes dados requerem análise e fundamentam a realização do referido estudo, principalmente porque se evidenciou o fato de não se saber implantar a SAE (Hermida, Araújo, 2006).

Salienta-se a experiência de Curitiba-PR entre poucos relatos de implementação da SAE voltado para APS. A CIPESC foi a nomenclatura diagnóstica de enfermagem escolhida e implementada, de forma informatizada, nas UBS do município em parceria com a ABEN de SC, aumentando a visibilidade das ações de enfermagem (Ribeiro, Padoveze, 2018).

Um estudo apontou que 53% dos entrevistados (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da APS) reconheceram que tinham dificuldades para aplicar a SAE na assistência (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

Outro estudo com os enfermeiros da APS mostrou que o aumento da demanda espontânea favorece exige um uso assistemático do PE, considerando que tal demanda exige

um atendimento mais rápido, focando a queixa, além de reduzir o raciocínio clínico (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

Uma pesquisa realizada em 2012, buscou traçar o Perfil da Equipe de Enfermagem brasileira com ênfase na realidade da enfermagem e sua dinâmica no processo de trabalho no âmbito socioeconômico e político brasileiro. Uma parceria entre o COFEN e a FIOCRUZ. Foram entrevistados 35 mil profissionais, mais de 2.300 municípios, em todas as 27 capitais, nas cinco regiões do país (Machado, 2017)

Machado (2017) trouxe um cenário difícil dos profissionais de enfermagem no Brasil. Grande parte dos profissionais estão sujeitos a más condições de trabalho, sem local para descanso, sem alimentação. Sofrem assédio moral pelas chefias e agressões dos usuários. A maioria se sente inseguro. Possuem ainda excesso da jornada de trabalho e baixos salários.

Assim sendo é importante compreender em que contexto a SAE pode estar sendo implementada, a fim de obter subsídios para o aprimoramento.

No município de Jundiaí-SP, a SAE não está plenamente implementada. Como parte dos esforços para o avanço nesta implementação, este estudo se propõe a contribuir com o diagnóstico situacional, por meio da seguinte questão norteadora: “Qual a situação atual da SAE nas UBS de Jundiaí na perspectiva da enfermagem?”

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Realizar um diagnóstico situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na perspectiva dos profissionais da atenção primária em saúde, em Jundiaí-SP.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reconhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a SAE;
2. Identificar, na percepção da equipe de enfermagem, as potencialidades e limitações para o uso da SAE.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa (Richardson *et al.*, 2007).

4.2. LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Jundiaí, no Estado de São Paulo, localizado na região sudeste do Brasil. Sua população estimada é de 405.740 – fonte IBGE – Estimativas de População 2016. Ocupa uma área de 431,21 Km² (Jundiaí, 2017).

O município apresenta 36 UBS, divididas em quatro Regionais de Saúde. Somente quatro unidades possuem a Estratégia Saúde da Família (Vide Figura 1) (Jundiaí, 2017).

O serviço de enfermagem de Jundiaí-SP possui protocolos de enfermagem como documento norteador para as seguintes áreas: dengue, pré-natal, saúde da mulher, HIV, sífilis e hepatites B e C.

Figura 1. Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros equipamentos de saúde da Atenção Primária, de acordo com suas regionais administrativas. Jundiaí-SP, 2017.

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; USF – Unidade Saúde da Família.

Fonte: Jundiaí-SP (2017).

4.3. POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalhavam na APS de Jundiaí, em 2019. A amostragem foi por conglomerados. Para tal, considerando o universo das unidades existentes ($n=36$) e número de profissionais ($n=241$), com erro de 0.1 e Intervalo de Confiança (IC) de 95%, o número amostral definido foi de 130 profissionais de enfermagem. O procedimento de aleatorização foi realizado por sorteio simples das unidades, para as quais todos os profissionais foram incluídos até completar o número mínimo de 130 profissionais participantes.

4.3.1. Critérios de inclusão e exclusão

Foram elegíveis para inclusão na pesquisa os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem) que estiveram trabalhando em uma das 36 UBS. Foram excluídos aqueles que, no período de coleta de dados, encontravam-se de férias, licenças ou outro tipo de afastamento de suas atividades profissionais.

4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um instrumento padronizado (**ANEXO 1**), previamente validado e testado por Ribeiro (2015). Trata-se de um instrumento contendo questões divididas em três partes:

- Parte I - Caracterização do entrevistado: contém 12 perguntas sobre características pessoais, tempo de formação/atuação profissional, instituição de origem, tempo de atuação na APS, cursos/treinamentos realizados, confirmação de aula sobre SAE na graduação e se trabalha em um outro local, além da APS.
- Parte II - Contém questões sobre a percepção individual sobre a SAE e PE, nos aspectos: conhecimento, benefícios e elementos dificultadores ou facilitadores.
- Parte III - Contém questões sobre a percepção individual sobre a situação da SAE e PE na sua unidade de trabalho.

As Partes II e III estão em formato de escala tipo Likert, composta por um conjunto de frases (itens) onde o sujeito que será avaliado deve manifestar seu grau de concordância, que

varia desde o discordo totalmente (nível 1) até o concordo totalmente (nível 5). Ribeiro (2015) elaborou e validou o referido instrumento de coleta de dados. Após o levantamento bibliográfico, foram convidados 10 especialistas com experiência em SAE da área acadêmica (doutores na área), assistencial e gerencial da APS/SUS. Utilizou o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para aprimoramento de conteúdo, concordância dos especialistas.

4.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento autoaplicável (**ANEXO 1**) pelos profissionais enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalham nas UBS, do município de Jundiaí em março e abril de 2019. Os questionários não foram identificados com o nome do participante, mas sim com uma numeração para controle.

A entrevista, para esclarecimento quanto à pesquisa e ao recrutamento, ocorreu em data e horário previamente agendados na própria UBS, onde atuavam os profissionais selecionados. Em casos de profissionais não encontrados no seu local de trabalho, foi agendado um novo encontro, em até duas tentativas, em um período de dois meses.

Os profissionais de enfermagem foram abordados pessoalmente pela pesquisadora, que explicou o estudo e questionou sobre a possibilidade de participação. Em caso de aceite, após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**), foi entregue o instrumento e o entrevistado o devolveu, após preenchimento, no tempo estimado de 30 minutos.

Os dados foram coletados pela pesquisadora. Optou-se pela abordagem presencial para o preenchimento do questionário, não optando pelo preenchimento online, tendo em vista dificuldade de acesso ao computador no horário de trabalho da maioria dos profissionais de enfermagem. A estratégia presencial visou minimizar o risco de perdas de participação.

4.6. ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram inseridos em planilha de trabalho do tipo *Microsoft Excel for Windows®* na versão 2007 e Programa R. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando distribuição absoluta e relativa das respostas relacionadas às variáveis estudadas e, quando pertinente, dados de tendência central. Os dados estão apresentados em forma de gráficos e tabelas.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Antes da etapa de coleta de dados, o projeto foi submetido ao Grupo Interinstitucional de Trabalho, Ensino e Serviço (GITES) número 60/2018 da Prefeitura de Jundiaí-SP (**APÊNDICE B**), e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola de Enfermagem da USP (EE USP), Número do Parecer: 3.081.210, sendo garantido total sigilo sobre as informações pessoais dos entrevistados.

Os dados do questionário anônimo que, porventura, identificaram os entrevistados (nome, endereço, local de trabalho) não constaram nos resultados da pesquisa. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, todos os participantes foram convidados a assinar o TCLE, por meio do qual, foram asseguradas a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio econômico-financeiro, conforme recomendações da Resolução 466/2012.

Após a conclusão da pesquisa, será enviada uma cópia do relatório final para apreciação do Departamento da Atenção Básica da Secretária Municipal da Saúde de Jundiaí.

5. RESULTADOS

Durante a coleta de dados, entre fevereiro e março de 2019, foram considerados como população de estudo os 241 profissionais de enfermagem que trabalham na Atenção Primária em Saúde de Jundiaí-SP. A amostra foi composta por 45 enfermeiros e 85 técnicos e auxiliares de enfermagem, abrangendo 130 (53%) profissionais, distribuídos conforme apresentado na Figura 2. Toda amostra estimada foi alcançada.

Figura 2. Distribuição da população e amostra do estudo segundo categoria profissional de enfermagem. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Legenda: UBS: Unidade Básica de Saúde; APS: Atenção Primária em Saúde; IC: Intervalo de Confiança

No início da pesquisa, em 2019, Jundiaí possuía 36 UBS. No mesmo ano, a cidade passou a contar com 35 UBS no cenário da APS. A Figura 3 apresenta a distribuição das UBS em Jundiaí-SP, das quais 66,6% (n=24) foram sorteadas para pesquisa.

Figura 3. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Jundiaí-SP, 2020.

Fonte: Própria autora

Legenda: 1- Regional de Saúde 1; 2- Regional de Saúde 2; 3- Regional de Saúde 3; 4- Regional de Saúde 4. O círculo preto representa as UBS participantes do estudo (n=24).

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

As características da população do estudo encontram-se na Tabela 1. Predominaram profissionais do sexo feminino, dos quais 40 (88,9%) enfermeiros e 80 (94,1%) técnicos/auxiliares de enfermagem.

Tabela 1. Características de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem da atenção primária em saúde. Jundiaí - SP, 2020.

Características	Enfermeiros (n=45)		Técnicos/Auxiliares de Enfermagem (n=85)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	40	88,9	80	94,1
Masculino	3	6,7	4	4,7
Idade (anos)				
Média±DP (intervalo)	43±10 (27-59)		43±10 (23-63)	
Tempo de atuação profissional (anos)				
Média±DP (intervalo)	18±11 (3-32)		18±11 (0-36)	
Tempo de atuação na APS (anos)				
Média±DP (intervalo)	12±10 (0-26)		14±15 (0-36)	
Instituição de ensino onde concluiu o curso (superior/técnico)				
Pública	11	24,4	34	40,0
Privada	34	75,5	50	58,8
Participou de aulas sobre SAE durante o curso (superior/técnico)				
Sim	40	88,9	52	61,8
Não	5	11,1	31	36,4
Possui pós-graduação em saúde				
Sim	37	88,9	7	8,2
Não	5	11,1	72	84,7
Cursos ou treinamentos nos últimos cinco anos				
Sim	38	84,4	66	77,6
Não	7	15,5	17	20,0
Unidade de saúde onde trabalha				
UBS Tradicional	21	46,7	41	48,2
UBS Mista	14	31,1	20	23,5
UBS Família	8	17,8	20	23,5
Trabalha em outro local além da APS				
Sim	10	22,2	4	4,7
Não	35	77,8	81	95,2

Fonte: Própria autora

Legenda: DP: desvio-padrão; APS: Atenção Primária em Saúde; SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem; UBS: Unidade Básica de Saúde.

A idade média dos enfermeiros participantes era de 43 anos, similar aos técnicos/auxiliares de enfermagem. Verificou-se que os enfermeiros possuem o mesmo tempo de atuação profissional que os técnicos/auxiliares de enfermagem, porém foram os técnicos/auxiliares de enfermagem que apresentaram maior tempo de atuação na APS em relação aos enfermeiros. A maioria dos profissionais foi oriunda de instituições privadas de ensino, sendo esta proporção maior para os enfermeiros (n=34; 75,5%) em relação aos técnicos/auxiliares de enfermagem (n=50; 58,8%) (Tabela 1).

A participação em aulas sobre a SAE durante o curso de formação (superior/técnico) foi referida por 40 (88,9%) enfermeiros e 52 (61,8%) técnicos/auxiliares de enfermagem. A presença em cursos de pós-graduação foi referida por 37 (88,9%) dos enfermeiros e sete (8,2%) dos técnicos/auxiliares de enfermagem, nas seguintes áreas: saúde pública, saúde coletiva, saúde da família, saúde do adulto e outras áreas (gestão, MBA, urgência, docência, pediatria, saúde mental, entre outros). Constatou-se que a maioria dos enfermeiros possui algum curso ou treinamento relacionados à vigilância epidemiológica, saúde da família, investigação de surtos, SAE/PE, saúde do trabalhador e outros (curativo). Esta informação foi similar aos técnicos/auxiliares de enfermagem entrevistados, que também apontaram possuir algum curso ou treinamento referidos (Tabela 1).

A UBS tradicional é o principal local de trabalho dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem participantes do estudo. A maioria (n=81; 95,2%) dos técnicos/auxiliares de enfermagem não trabalha em outro local além da APS, esta proporção foi menor no caso dos enfermeiros (n=34; 77,8%) (Tabela 1).

5.2. PERCEPÇÃO INDIVIDUAL SOBRE A SAE E PE, NOS ASPECTOS: CONHECIMENTO, BENEFÍCIOS E ELEMENTOS DIFICULTADORES OU FACILITADORES.

A Figura 4 apresenta os resultados da percepção dos enfermeiros que trabalham na APS sobre SAE e PE.

Figura 4. Distribuição percentual dos gradientes percepção dos enfermeiros (n=45) da APS sobre SAE e PE. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Observam-se que nas respostas 1 e 2, referentes às deficiências no saber sobre SAE/PE, houve maior discordância. A maioria dos enfermeiros discordaram/discordaram totalmente sobre “*não sei o que é SAE e PE*”; e “*tenho dificuldades para entender o que é SAE/PE*, respectivamente (Figura 4).

Destaca-se a questão 7 “*cabem privativamente ao enfermeiro o Diagnóstico e a Prescrição de Enfermagem*”, em que 100% dos enfermeiros concordaram/concordaram totalmente. Nota-se que os enfermeiros tiveram dúvidas em umas questões mais que outras (Figura 4).

A maioria dos enfermeiros respondeu de forma positiva (concordaram/concordaram totalmente) as questões 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 e 12, respectivamente: 3 “*a SAE auxilia o planejamento e organização da assistência*”, 4 “*SAE é um instrumento mais amplo que o PE*”, 5 “*o registro das fases do PE é exigência legal*”, 6 “*o PE é composto por cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem*”, 8 “*a SAE ajuda a tornar a prática de enfermagem visível*”, 9 “*um dos motivos que dificultam o desenvolvimento da enfermagem como ciência é a falta de uma linguagem universal padronizada para o registro de suas ações*”, 10 “*o PE tem como objetivo descrever de maneira padronizada a assistência de enfermagem prestada*”, e 12 “*os auxiliares e técnicos de enfermagem participam da execução do PE*” (Figura 4).

A questão 11 foi respondida com várias discordâncias, mas também suscitou dúvidas entre vários enfermeiros sobre “*a Consulta de Enfermagem realizada nas unidades básicas de saúde e ambulatórios é considerada a mesma coisa que PE*”.

A Figura 5 apresenta a percepção dos técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalham na APS sobre SAE e PE

Figura 5. Distribuição percentual dos gradientes dos técnicos/auxiliares de enfermagem (n=85) da APS sobre SAE e PE. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

De maneira geral, observa-se que os técnicos/auxiliares de enfermagem tiveram mais dúvidas que os enfermeiros em várias questões.

Nas questões 1 “*não sei o que é SAE e PE*” e 2 “*possuem dificuldade para entender o que é SAE e PE*”, que se referem ao saber sobre SAE/PE e entendimento sobre o que é SAE/PE houve discordâncias, entretanto, uma proporção grande reconheceu suas dificuldades de conhecimento e compreensão (Figura 5).

A maioria dos técnicos/auxiliares de enfermagem respondeu de forma positiva as questões 3, 6, 7, 8, 9, 10 e 12, respectivamente: 3 “*a SAE auxilia o planejamento e organização da assistência*”, 6 “*o PE é composto por cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem*”, 7 “*cabem privativamente ao enfermeiro o Diagnóstico e a Prescrição de Enfermagem*”, 8 “*a SAE ajuda a tornar a prática de enfermagem visível*”, 9 “*um dos motivos que dificultam o desenvolvimento da enfermagem como ciência é a falta de uma linguagem universal padronizada para o registro de suas ações*”, 10 “*o PE tem como objetivo descrever de maneira padronizada a assistência de enfermagem prestada*”, e 12 “*os auxiliares e técnicos de enfermagem participam da execução do PE*” (Figura 5).

Os participantes demonstraram dúvidas nas questões 4, 5 e 11, respectivamente : 4 “*a SAE é um instrumento mais amplo que o PE*”, 5 “*o registro das fases do PE é exigência legal*”, e 11 “*a Consulta de Enfermagem realizada nas unidades básicas de saúde e ambulatórios é considerada a mesma coisa que PE*” (Figura 5).

A Figura 6 representa a percepção dos enfermeiros que trabalham na APS sobre capacitação em SAE e PE.

Figura 6. Distribuição percentual dos gradientes dos enfermeiros (n=45) da APS sobre capacitação em SAE e PE. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

A maioria dos enfermeiros respondeu de forma negativa as questões 13 “*academia ensina de modo satisfatório sobre SAE e PE*”, e 14 “*prepara para a realização da SAE para APS*” (Figura 6).

A questão 15 não foi apresentada porque não foi voltada para os enfermeiros participantes, portanto foi orientado que deixassem em branco.

Os enfermeiros concordaram/concordaram totalmente nas questões 16, 17 e 18, respectivamente: 16 “*a educação permanente facilita a implantação da SAE*”, 17 “*conhecimento para realizar a parte que lhes cabem como profissional na efetivação da SAE e PE*”, e 18 “*precisam de capacitação para implantar a SAE e realizar PE na prática*” (Figura 06).

A Figura 7 mostra a percepção dos técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalham na atenção primária em saúde, sobre capacitação em SAE e PE.

Figura 7. Distribuição percentual dos gradientes dos técnicos/auxiliares de enfermagem (n=85) APS sobre capacitação em SAE e PE. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Com relação à Questão 15 “*os cursos técnicos e auxiliares contemplam a SAE e PE durante a formação profissional*”, verificou-se uma proporção equivalente de respostas negativas (Discordo/Discordo Totalmente) e positivas (Concordo/Concordo Totalmente) (Figura 7).

Das quatro questões relacionadas à capacitação de SAE, três (questões 16, 17 e 18), foram respondidas de maneira positiva (Concordo/Discordo Totalmente), quais sejam: 16 “*a educação permanente facilita a implantação da SAE*”, 17 “*tenho conhecimento para realizar a parte que lhes cabe como profissional na efetivação da SAE e PE*”, e 18 “*precisam de capacitação para implantar a SAE e realizar PE na prática*” (Figura 7).

As questões 13 e 14 não são apresentadas porque não foram voltadas para os técnicos/auxiliares de enfermagem participantes, portanto foram deixadas em branco de acordo com orientações.

A Figura 8 evidencia a percepção dos enfermeiros que trabalham na APS sobre as dificuldades na implantação da SAE e realização do PE na sua UBS.

Figura 8. Distribuição percentual dos gradientes dos enfermeiros (n=45) da APS sobre as dificuldades na implementação da SAE e realização do PE na sua unidade. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Houve discordância dos enfermeiros nas questões 19 “*não acho que existam dificuldades para implementação da SAE/PE*”, e 25 “*A baixa complexidade dos pacientes torna a SAE/PE dispensável na atenção básica*”, sendo que uma proporção importante de enfermeiros discordou totalmente destas afirmativas (Figura 8).

Porém, a maioria respondeu de forma positiva (Concordo/Concordo totalmente) as questões relacionadas às dificuldades na implementação da SAE/PE em sua unidade de trabalho, principalmente as questões 20, 21, 22 e 23, respectivamente: 20 “*A pressão da demanda, com excesso de pacientes, é um dificultador para a realização do PE*”, 21 “*Não há oferta suficiente de capacitação sobre SAE/PE por parte da instituição*”, 22 “*As interrupções por parte da equipe no momento da consulta de enfermagem prejudicam o desenvolvimento do PE*”, e 23 “*Uma das dificuldades de implementar a SAE/PE decorre da ausência de consultórios disponíveis para os enfermeiros*” (Figura 8).

Para algumas questões (24, 26, 27, 28, 29, 30 e 31), foi bastante semelhante a proporção de participantes com respostas positivas (Concordo/concordo totalmente) e negativas (Discordo/discordo totalmente), quais sejam: questões 24 “*Os enfermeiros não sabem fazer o PE e/ou não buscam se aprimorar*”, 26 “*Os profissionais de saúde não valorizam a consulta de enfermagem, pois a assistência é focada no médico*”, 27 “*a população não valoriza a consulta de enfermagem, exige apenas atendimento do médico*”, 28 “*A instituição não oferece estrutura adequada para a realização da SAE/PE*”, 29 “*a indefinição do papel do enfermeiro e da extensão de sua autonomia e responsabilidades é um dificultador para a realização da SAE/PE*”, 30 “*Os enfermeiros têm pouca familiaridade com as nomenclaturas existentes relativas à SAE/PE*”, e 31 “*A inexistência de um guia, em papel, dos diagnósticos e intervenções de enfermagem é um dificultador para realização da PE*” (Figura 08).

A Figura 9 representa a percepção dos técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalham na APS sobre as dificuldades na implantação da SAE e realização do PE na sua UBS.

Figura 9. Distribuição percentual dos gradientes dos técnicos/auxiliares de enfermagem (n=85) da APS sobre as dificuldades na implementação da SAE e realização do PE na sua unidade. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Os técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram dúvidas nas questões relacionadas às dificuldades da implantação da SAE/PE em sua unidade de trabalho.

A proporção de concordância foi maior nas questões 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28 e 31, sendo elas: 19 *”Não acho que existam dificuldades para implementação da SAE/PE”*, 20 *“A pressão da demanda, com excesso de pacientes, é um dificultador para a realização do PE”*, 21 *“Não há oferta suficiente de capacitação sobre SAE/PE por parte da instituição”*, 22 *“As interrupções por parte da equipe no momento da consulta de enfermagem prejudicam o desenvolvimento do PE”*, 23 *“Uma das dificuldades de implementar a SAE/PE decorre da ausência de consultórios disponíveis para os enfermeiros”*, 27 *“A população não valoriza a consulta de enfermagem, exige apenas atendimento do médico.”* 28 *“A instituição não oferece estrutura adequada para a realização da SAE/PE”*, e 31 *“A inexistência de um guia, em papel, dos diagnósticos e intervenções de enfermagem é um dificultador para realização da PE”* (Figura 9).

Os técnicos/auxiliares de enfermagem discordaram totalmente/discordaram em maior proporção em relação às questões 25, 26, 29 e 30, respectivamente: 25 *”A baixa complexidade dos pacientes torna a SAE/PE dispensável na atenção básica”*, 26 *“Os profissionais de saúde não valorizam a consulta de enfermagem, pois a assistência é focada no médico”*, 29 *“A indefinição do papel do enfermeiro e da extensão de sua autonomia e responsabilidades é um dificultador para a realização da SAE/PE”*, e 30 *“Os enfermeiros têm pouca familiaridade com as nomenclaturas existentes relativas à SAE/PE”*. Os técnicos/auxiliares de enfermagem tiveram bastante dúvida na questão 24 *“Os enfermeiros não sabem fazer o PE e/ou não buscam se aprimorar”*, porém, de modo geral, discordaram/discordaram totalmente destas afirmativas.

A Figura 10 apresenta a percepção dos enfermeiros que trabalham na atenção primária em saúde sobre os benefícios que o uso da SAE e PE na sua UBS podem trazer.

Figura 10. Distribuição percentual dos gradientes dos enfermeiros (n=45) da APS sobre os benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

A Figura 10 demonstra que houve grande concordância com as questões (33 a 38) relativas aos benefícios da SAE. A questão 32 *“Não acredito que a SAE/PE tragam benefícios para o paciente”* foi respondida por todos os enfermeiros (100%) com discordância total ou discordância (Figura 10).

A Figura 11 apresenta a percepção dos técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalham na atenção primária em saúde sobre os benefícios que o uso da SAE e PE na sua UBS podem trazer.

Figura 11. Distribuição percentual dos gradientes dos técnicos/auxiliares de enfermagem (n=85) da APS sobre os benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Apesar dos técnicos/auxiliares de enfermagem também responderem de forma positiva sobre os benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer para APS, estes apresentaram mais dúvidas, quando comparadas as suas respostas às dos enfermeiros. Semelhante à percepção dos enfermeiros, a quase totalidade dos técnicos/auxiliares de enfermagem discordaram ou discordaram totalmente com a afirmativa da questão 32 “*Não acredito que a SAE/PE tragam benefícios para o paciente*” (Figura 11).

A Figura 12 mostra a percepção dos enfermeiros que trabalham na atenção primária em saúde sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e realização do PE na sua UBS.

Figura 12. Distribuição percentual dos gradientes dos enfermeiros (n=45) da APS sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e realização do PE na sua unidade. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Houve concordância/concordância total da maioria dos enfermeiros sobre a necessidade e os fatores que poderiam facilitar a implementação da SAE/PE em sua unidade, apresentados nas questões 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 e 47: 39 “*da existência de prontuário eletrônico para facilitar a implantação do PE*”, 40 “*a elaboração de um impresso com diagnósticos e prescrições de enfermagem facilita a aplicação do PE*”, 41 “*oferecer capacitações sobre SAE/PE para equipe facilita sua efetivação*”, sobre a iniciativa 42 “*da instituição em oferecer espaço para educação permanente para os enfermeiros, com foco em SAE, facilita a aplicação da SAE e PE*”, 43 “*a garantia de recursos humanos em número adequado ao preconizado pelo Ministério da Saúde para facilitar a implementação da SAE e realização do PE na atenção básica*”, 44 “*quando o enfermeiro é envolvido com o trabalho, facilita a implementação da SAE/PE*”, 45 “*a adoção de uma linguagem padronizada facilita a aplicação do PE*”, 46 “*adoção de protocolos facilita a implementação da SAE/PE*”, e 47 “*quando o enfermeiro tem conhecimento sobre SAE e PE facilita sua implementação*” (Figura 12).

A Figura 13 apresenta a percepção dos técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalham na atenção primária em saúde sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e realização do PE na sua unidade.

Figura 13. Distribuição percentual dos gradientes dos técnicos/auxiliares de enfermagem (n=85) da APS sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e realização do PE na sua unidade. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Assim com os enfermeiros, também houve concordância/concordância total da maioria dos técnicos/auxiliares de enfermagem sobre a necessidade de fatores que poderiam facilitar a implementação da SAE/PE em sua unidade conforme as respostas às questões 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 e 47, respectivamente: 39 “*A existência de prontuário eletrônico facilita a implantação do PE*”, 40 “*A elaboração de um impresso com diagnósticos e prescrições de enfermagem facilita a aplicação do PE*”, 41 “*Oferecer capacitações sobre SAE/PE para equipe facilita sua efetivação*”, 42 “*A instituição oferecer espaço para educação permanente para os enfermeiros, com foco em SAE, facilita a aplicação da SAE e PE*”, 43 “*A garantia de recursos humanos em número adequado ao preconizado pelo Ministério da Saúde facilita a implementação da SAE e realização do PE na atenção básica*”, 44 “*Quando o enfermeiro é envolvido com o trabalho, facilita a implementação da SAE/PE*”, 45 “*A adoção de uma linguagem padronizada facilita a aplicação do PE*”, 46 “*Adoção de protocolos facilita a implementação da SAE/PE*”, e 47 “*Quando o enfermeiro tem conhecimento sobre SAE e PE facilita sua implementação*”. (Figura 13).

5.3 PERCEPÇÃO INDIVIDUAL SOBRE SAE E PE NA UNIDADE DE TRABALHO DOS PARTICIPANTES.

A Figura 14 apresenta a percepção dos enfermeiros que trabalham na APS sobre o que ocorre na sua unidade em relação à SAE e PE.

Figura 14. Distribuição percentual dos gradientes dos enfermeiros (n=45) da APS sobre o que ocorre em sua unidade. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Os enfermeiros, em sua maioria, apontaram que algumas vezes determinadas questões acontecem em sua unidade de trabalho relacionadas à SAE/PE. Conforme observado nas questões 48 *“é realizada a consulta de enfermagem, utilizando o PE”*, 49 *“a SAE é utilizada para todas as ações de enfermagem”*, e 56 *“nas situações de fiscalização do órgão de classe (COREN) tem sido encontradas irregularidades na execução da SAE e PE na unidade que trabalho”* (Figura 14).

Os enfermeiros apontaram que nunca/raramente em sua unidade 50 *“os enfermeiros registram o PE no prontuário do paciente de forma completa”*, 51 *“a equipe de enfermagem valoriza a SAE e checa as prescrições do enfermeiro”*, 52 *“a equipe de enfermagem da unidade participa da realização do PE”*, 54 *“o enfermeiro tem apoio institucional para realizar a SAE/PE na unidade”*, e 55 *“a unidade possui número de enfermeiros suficientes para realização da SAE/PE”*. Apesar disso, os enfermeiros relataram que muitas vezes/sempre a questão 53 *“o PE é realizado de acordo com as normas do COFEN”* (Figura 14).

A Figura 15 revela a percepção dos técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalham na APS sobre o que ocorre na sua unidade em relação à SAE e PE.

Figura 15. Distribuição percentual dos gradientes dos técnicos/auxiliares de enfermagem (n=85) da APS sobre o que ocorre em sua unidade. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Na percepção dos técnicos/auxiliares de enfermagem, em sua unidade de trabalho algumas vezes, 48 “*é realizada a consulta de enfermagem, utilizando o PE*”. Nunca/raramente a 49 “*SAE é utilizada para todas as ações de enfermagem*”, 51 “*a equipe de enfermagem valoriza a SAE e checa as prescrições do enfermeiro*”, 52 “*a equipe de enfermagem da unidade participa da realização do PE*”, e a 55 “*a unidade possui número de enfermeiros suficientes para realização da SAE/PE*”. Muitas vezes/sempre 50 “*os enfermeiros registram o PE no prontuário do paciente de forma completa*” (Figura 15).

Boa parte dos técnicos/auxiliares de enfermagem não responderam as seguintes perguntas 53, 54 e 56, respectivamente: 53 “*O PE é realizado de acordo com as normas do COFEN*”, 54 “*O enfermeiro tem apoio institucional para realizar a SAE/PE na unidade*”, 56 “*Nas situações de fiscalização do órgão de classe (COREN) tem sido encontradas*”, e “*irregularidades na execução da SAE e PE na unidade que trabalho*” (Figura 15).

A Figura 16 apresenta a percepção dos enfermeiros que trabalham na APS quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE na sua unidade (Instrumento Parte I).

Figura 16. Distribuição percentual dos gradientes dos enfermeiros (n=45) da APS quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE na sua unidade (Parte I). São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Os enfermeiros, em sua maioria, relataram de forma positiva sua atuação profissional e individual relacionada ao PE na unidade de serviço. Apontaram nas questões que muitas vezes/sempre 57 “*realizo coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem*”, 58 “*sigo as prescrições de enfermagem e checam as ações realizadas*”, 59 “*avalio o cuidado prestado*”, e 60 “*registro no prontuário do paciente todas as etapas que executam*” (Figura 16).

A Figura 17 representa a percepção dos enfermeiros (n=45) da APS quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE na sua unidade (Instrumento Parte II).

Figura 17. Distribuição percentual dos gradientes dos enfermeiros (n=45) da APS quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE na sua unidade (Parte II). São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Os enfermeiros afirmaram que nunca/raramente 61 “*prescrevo os cuidados para todos os pacientes*”, que algumas vezes 62 “*faço diagnóstico de enfermagem*”, metade dos enfermeiros 63 “*utilizo diagnósticos de enfermagem baseados na nomenclatura NANDA*” nunca/raramente e ao mesmo tempo muitas vezes/sempre. Nunca/raramente 64 e 65 “*utilizo diagnósticos baseados na nomenclatura CIPE, CIPESC*”, e 66 “*outra nomenclatura não padronizada para elaboração de diagnósticos de enfermagem*” (Figura 17).

A Figura 18 apresenta a percepção dos técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalham na APS quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE na sua unidade.

Figura 18. Distribuição percentual dos gradientes dos técnicos/auxiliares de enfermagem (n=85) da APS quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE na sua unidade. São Paulo, 2020.

Fonte: Própria autora

Os técnicos/auxiliares de enfermagem, em sua maioria, responderam de forma positiva as questões que abordam a sua atuação profissional e individual relacionado ao PE em sua unidade. Afirmaram que muitas vezes/sempre 57 *“realizo coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem”*, 58 *“sigo as prescrições de enfermagem e checam as ações realizadas”*, 59 *“avalio o cuidado prestado”*, e 60 *“registro no prontuário do paciente todas as etapas que executam”* (Figura 18).

6. DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem da APS em Jundiaí é predominantemente feminina e com média de 43 anos.

Este resultado está de acordo com uma pesquisa nacional realizada entre 2015 e 2016, que descreveu as características das ofertas de vagas, organização curricular e do perfil de habilidades de egressos de cursos de graduação de enfermagem. Segundo a pesquisa, 85,1% do total dos profissionais de enfermagem eram mulheres e 40,1% tinham idade entre 36 a 50 anos, fase da “maturidade profissional” com base na sociologia das profissões (Magnano, Pierantoni, 2020).

Sobre o perfil sociodemográfico, há uma tendência de inserção de profissionais do sexo masculino com 14,4% em todo o país, e tendência a menor faixa etária, com 61,7% são jovens com idade até 40 anos (Machado, 2017).

Historicamente a enfermagem tem sido uma profissão reservada às mulheres, visto que o cuidado à saúde das famílias, muitas vezes, é concebido como feminino por ser produto das “qualidades naturais” das mulheres. A feminilização da profissão é uma característica forte do setor, ultrapassando 90%, é o caso da enfermagem formada quase que integralmente de mulheres. Entretanto, percebe-se que, atualmente nesta profissão, já se inclui um número crescente de profissionais do sexo masculino (Leite, 2009; Machado, Vieira, Oliveira, 2012).

Em 2013, foi realizada uma pesquisa sobre o perfil dos profissionais de enfermagem no Brasil. Na época, 84% das equipes de enfermagem estavam empregadas. Entre 2000 e 2009 houve uma tendência no surgimento nas oportunidades de trabalho em enfermagem, foi um período marcado pelo crescimento significativo do emprego formal, bem como a predominância de baixa remuneração, circunstâncias de trabalho e regimes de trabalho severos e desgastantes (Souza, Mendes, Chaves, 2020).

Neste estudo, foi observada uma população heterogênea em termos de tempo de formação. A amostra pesquisada trouxe a média de tempo de atuação profissional (18 anos) semelhante entre os enfermeiros e os técnicos/auxiliares de enfermagem, porém com desvio padrão superior a 10 anos. Isto significa que os profissionais participantes, em boa parte, se formaram há bastante tempo e possuíam longa experiência profissional. Nesta casuística, os técnicos/auxiliares de enfermagem possuíam mais tempo (média de 14 anos) de atuação na APS quando comparado com os enfermeiros (média de 12 anos).

A maioria dos profissionais de enfermagem concluiu sua formação acadêmica em instituições privadas. Estes resultados são semelhantes aos estudos de Magnano e Pierantoni (2020) sobre os cursos de enfermagem. Os referidos autores apontaram que a maioria dos entrevistados foi proveniente de instituições de ensino superior privadas (74,5%). Os cursos de formação se concentravam na região sudeste, predominantemente, ao mesmo tempo que estas regiões também absorvem estes profissionais.

Machado (2017) também afirmou que a maioria dos profissionais de enfermagem no país são oriundos de instituições privadas, sendo 57,4% dos enfermeiros e 72% dos técnicos e auxiliares de enfermagem. A maioria encontra-se na região sudeste, chegando a quase 50%. Além disso, um terço dos enfermeiros são ex-técnico ou ex-auxiliares de enfermagem. Percebe-se uma tendência de privatização na formação desses profissionais e na menor proporção de cursos com formação integral.

No presente estudo, foram os enfermeiros que mais referiram aulas sobre SAE durante sua formação profissional. Isto parece ser reflexo das instituições brasileiras de saúde, que começaram a implantar a SAE como forma de prestar uma assistência planejada, firmada em conhecimentos e cuidados fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, desde a década de 70 (Mola *et al.*, 2019). Somente cinco enfermeiros afirmaram não ter tido aulas sobre SAE. Estes enfermeiros possuíam idade entre 42 e 53 anos e formação não recente, entre 20 e 32 anos. Possivelmente, são oriundos de escolas que não foram influenciadas de imediato pelo movimento de ensino da SAE nas universidades.

O processo de trabalho do enfermeiro na APS é bastante complexo e busca atitudes proativa e crítica, entretanto, percebe-se que os profissionais formados nem sempre acompanham com rapidez as mudanças da rotina assistencial (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

Sabe-se da importância do papel da formação dos profissionais de enfermagem, seja em curso de graduação ou curso técnico, no desenvolvimento da qualificação e consequente concretização da assistência pautada no método de trabalho com base na SAE (Salvador *et al.*, 2016).

Nas UBS participantes desta pesquisa a maioria dos enfermeiros possuía alguma pós-graduação relacionada a sua área de formação, principalmente em Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família. Isso sugere que se tem enfermeiros altamente qualificados do ponto de vista de escolaridade. O resultado do presente estudo vai ao encontro com a pesquisa do COFEN realizada em 2015, que identificou que mais de 1/3 (37,9%) dos trabalhadores de

enfermagem de nível médio de São Paulo fizeram ou estavam fazendo curso de graduação (Ribeiro, 2015).

Uma pesquisa nacional trouxe o perfil da qualificação Pós- formação entre os trabalhadores de enfermagem. Entre os enfermeiros, 4,7% são doutores, 14,5% são mestres e 72,8% possuem cursos de especialização. Entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, somente 23% tem especialização. Há uma tendência de aumento de escolarização dos trabalhadores. Quase 80% desejam fazer graduação (Machado, 2017).

Outros estudos demonstraram aumento do grau de escolaridade entre os profissionais de enfermagem, não apenas com a ampliação do quantitativo de profissionais de nível superior, mas também o crescimento intenso dos profissionais técnicos de enfermagem. Há equilíbrio entre os profissionais de nível superior e técnico na composição dos empregos de enfermagem (Machado, Vieira, Oliveira, 2012).

Tanto os enfermeiros (84,4%) quanto os técnicos/auxiliares de enfermagem (77,6%) do presente estudo referiram ter participado de algum curso/treinamento realizado pela Prefeitura Municipal de Jundiaí (PMJ) nos últimos cinco anos, o que sinaliza que há um compromisso do município com a Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS surgiu como política de aprimoramento de recursos humanos em saúde no Brasil, em 2004, objetivando conduzir a formação e qualificar os profissionais imersos nos serviços públicos de saúde, além de fortalecer as práticas em APS (Ferreira *et al.*, 2019). Conforme preconizado no SUS, as ações educativas na APS possuem um papel muito importante, permeando um processo formativo e, por conseguinte, no processo de trabalho da enfermagem (Magnano, Pierantoni, 2020).

Ainda a maioria dos trabalhadores de enfermagem participantes deste estudo atuavam em UBS tradicionais ou mistas. Há poucas unidades com modelos de ESF no referido município. Em sua concepção as unidades de saúde da família possuem uma forma diferente de trabalhar o cuidado com o indivíduo, família e comunidade, o que pode favorecer que o PE aconteça de forma interativa e em relações mútuas entre a equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde. Sabe-se ainda que a APS com modelo Saúde da Família tem como propósito modificar e aprimorar a atenção à saúde, os métodos de formação, os processos de educação em saúde, bem como fomentar a organização das ações e dos serviços no âmbito intersetorial (Ferreira *et al.*, 2019). Neste contexto, a SAE e o PE podem direcionar os atendimentos, visando alcançar o processo de trabalho da enfermagem de qualidade (Santana *et al.*, 2013). Contudo, os dados do presente estudo não permitem inferir se o trabalho em unidades da ESF influencia na percepção dos participantes quanto a consolidação da SAE/PE no processo de trabalho, quando comparado às UBS no modelo tradicional.

Em Jundiaí, de acordo com o Plano Municipal de Saúde, a distribuição das UBS respeita os critérios geográficos e os aspectos de vida da comunidade divididos em quatro Regionais de Saúde. A organização das ações de saúde do município baseia-se numa estratégia híbrida de APS, agregando o modelo de UBS padrão ou tradicional e UBS com diretrizes da ESF, do Apoio Institucional, da Assessoria Técnica e do Apoio Matricial. Em 2017, o município contava com 11 Equipes de ESF e nove Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (Jundiaí, 2017).

Identificou que a maioria dos trabalhadores de enfermagem participantes deste estudo trabalhavam exclusivamente na APS. Poucos trabalhavam além das 40 horas semanais, logo, grande parte dos trabalhadores possuíam dedicação exclusiva de trabalho nas unidades em que estavam alocados. Atualmente, estima-se que existem 19,3 milhões de profissionais de enfermagem no mundo. Mais de dois milhões destes profissionais representam metade da força de trabalho na área da saúde no Brasil; destes, 24% são Enfermeiras (os), 56% técnicos e 20% auxiliares de enfermagem. Estes dois últimos representam mais de 70% dos postos ocupados na saúde (Biff *et al.*, 2020). Estes números apontam para o potencial do impacto positivo em saúde, quando o cuidado de enfermagem é qualificado.

O Relatório Final do Perfil de Enfermagem trouxe perfil de inserção do mercado desses profissionais. Entre eles, 59,4% possuem jornada de trabalho entre 31-60 horas. O setor público (58,9%) (municipal, estadual e federal) é o principal em empregador, seguido do setor privado (31,6%), filantrópico (15,4%) e instituições de ensino (8,4%) (Machado, 2017).

Quanto à percepção individual sobre a SAE e o PE nos aspectos de conhecimento, foi observado que a maioria dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem não apresentaram dúvidas nas questões referentes ao conhecimento ao saber da SAE/PE.

As questões 4 “*A SAE é um instrumento mais amplo que o PE*” e 11 “*A Consulta de Enfermagem realizada nas unidades básicas de saúde e ambulatórios é considerada a mesma coisa que PE*” abordam conceitos, no entanto estes geraram muitas dúvidas entre os profissionais, sinal de que ainda é obscuro seu entendimento. Portanto, há que se aprimorar a forma como os conceitos são apresentados e disseminados. A equipe de enfermagem teve dúvida se SAE é sinônimo de PE. Na literatura o conceito de SAE tem sido empregado de maneira conflituosa. PE, SAE e metodologia da assistência ora se expressam como sinônimos, entretanto, com divergentes definições (Ribeiro, 2015). Este resultado corrobora com um estudo realizado em um hospital de ensino, acerca do conhecimento da equipe de enfermagem a respeito do PE, que apontou a necessidade de aprofundamento do tema. Outro estudo,

realizado em um hospital universitário, identificou resultados parecidos. Percebe-se que não há concordância entre profissionais sobre as referências conceituais de SAE e PE (Ribeiro, 2015).

De modo geral, os técnicos pareciam ter mais dúvidas sobre as afirmativas ou não responderam, e talvez isto seja reflexo de não se sentirem parte do PE ou por não terem sido treinados.

Quanto à percepção individual sobre capacitação em SAE e PE, os enfermeiros afirmaram que a formação universitária não ensina e não prepara, de modo satisfatório, o profissional para realização da SAE/PE na prática. É urgente modificar o cenário para a formação adequada da enfermagem no pleno desenvolvimento da SAE/PE.

Ribeiro, Pereira, Padoveze (2020) trazem as divergências do ensino da SAE na formação dos enfermeiros com a sua prática. Há um excesso de conceitos e operações que não facilitam o entendimento causando confusão sobre SAE na assistência. Observa-se que são delegadas tarefas, como parte do PE, para os técnicos e auxiliares de enfermagem sem a adequada discussão sobre o cuidado com o indivíduo. Isso traz a necessidade de que as instituições de ensino (superior e técnica) integrem o currículo de formação para PE (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

Estudos apontam que os enfermeiros possuem dificuldades no PE que estão associadas com a própria instrução desta metodologia na graduação, na vinculação teórico-prática nos campos de estágio e, até mesmo, com os atributos individuais de aprendizagem. Há necessidade de maior integração teórico-prática, docente-assistencial e incorporação dessa prática nos campos de estágio desde o início do processo de formação profissional (Hermida, Araújo, 2006).

Entende-se que uma forma de preencher esta lacuna, desde 2001, é por meio da Lei de Diretrizes para Educação de Enfermagem, que fortalece conteúdos que incentivem o acadêmico de graduação de enfermagem a aprender a compreender e entender a prática com embasamento científico, distanciando a separação entre teoria e prática. A SAE tem sido a oportunidade de trazer uma personalidade à enfermagem (Krauzer *et al.*, 2015).

Autores apontam que as dificuldades para a implementação da SAE não se restringem apenas à prática profissional, mas parecem se iniciar desde o ensino acadêmico, quando há dificuldades, por parte dos docentes, de desenvolverem estratégias didáticas padronizadas, adequadas e eficientes para a aprendizagem efetiva desta metodologia de assistência (Costa, Silva, 2018).

Os técnicos/auxiliares de enfermagem também afirmaram que a formação técnica não ensina e não contempla a SAE e PE. Estes resultados convergem com a literatura. Um estudo, realizado em Campinas, apontou que grande parcela dos participantes da pesquisa considera que a formação acadêmica e cursos técnicos/auxiliares não preparam o profissional para a prática. Reflexo que ainda existe lacuna entre teoria e prática dos profissionais de enfermagem (Ribeiro, 2015).

Um estudo recente apontou que a falta de maturidade e falta de experiência dos professores dos cursos técnicos de enfermagem é uma das principais dificuldades para a consolidação do ensino da SAE. Quanto à formação do enfermeiro, o estudo trouxe que a SAE faz parte da formação acadêmica, porém, nem sempre o ensino relaciona teoria da universidade e a prática do serviço de saúde (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020 *apud* Salvador, Vítor, Ferreira Júnior).

A Diretriz Curricular Nacional (DCN) estabelece, na educação profissional do técnico de enfermagem, aptidões que procuram progredir no futuro profissional várias competências como iniciativa, raciocínio, pensamento crítico, empreendedorismo, entre outras. Esta diretriz favorece responder suas exigências profissionais, edificando seu percurso profissional, valorizando sua formação geral (conhecimento científico), formação profissional (conhecimento técnico) e a vivência de trabalho e social (qualificação tácita) (Cruz, Almeida, 2010).

Todavia, os técnicos/auxiliares de enfermagem revelaram, no estudo de Salvador e colaboradores (2015), que nunca tiveram contato com a SAE no meio acadêmico ou profissional, ignorando até mesmo o tema, excepcionalmente de outros estudos que buscaram investigar a percepção dos referidos profissionais a respeito da SAE, verificando ainda que os referidos profissionais dispunham, ao menos, uma familiaridade mínimo com a temática.

Assim, acredita-se que a formação acadêmica dos técnicos/auxiliares de enfermagem, relacionadas à prática da SAE, também deve ser voltada para sua implementação, tendo em vista estão envolvidos em ações de cuidado, estabelecidas em um contexto dinâmico e complexo do paciente, da equipe e da família. Frente a isso, o técnico de enfermagem contribui com conhecimentos e propostas para o enfermeiro no planejamento das ações de cuidado, além de ampliar e fortalecer os pressupostos da SAE, podendo contribuir com a equipe de forma crítica e reflexiva (Cruz, Almeida, 2010).

O preenchimento da lacuna da formação da enfermagem não é o único elemento para a construção do conhecimento. Os enfermeiros referiram que possuem conhecimento para realizar a SAE, porém é necessária a capacitação para implantá-la e realizar o PE na prática. A

educação permanente foi apontada como fundamental neste processo, visando não somente preencher a lacuna de formação acadêmica, como também para integrar a SAE/PE no cotidiano.

Além de permitir a qualificação da assistência em saúde, a EPS também oportuniza a associação entre teoria e prática no cotidiano de trabalho e o preparo adequado para aplicação da SAE na APS. Este último ocorre por meio de debates nas ações assistenciais, na gestão, no ensino e no controle social, conforme a Política Nacional de Educação Permanente (Krauzer *et al.*, 2015).

A implantação da SAE sem a capacitação dos trabalhadores de enfermagem é um processo complexo. Assim, é fundamental planejar o tempo de capacitação necessário com a equipe de enfermagem nos serviços de saúde (Santana *et al.*, 2013). Faz-se fundamental incentivar a discussão da SAE nas instituições de saúde por meio de educação permanente; é uma forma de produzir avanços da implementação da SAE no exercício da profissão (Krauzer *et al.*, 2015).

Ainda que os técnicos/auxiliares de enfermagem tenham apresentado muitas dúvidas, as interpretações das respostas são semelhantes às dos enfermeiros, afinal, a SAE é a comunicação entre a equipe de enfermagem, o que pode ser melhorado com a capacitação dos profissionais acerca da SAE, por meio de EPS.

Os achados da presente pesquisa convergem com os estudos de Hermida e Araújo (2006), que revelam que a constatação da necessidade de capacitação da equipe de enfermagem e seu investimento deve fazer parte das etapas de planejamento para implementação da SAE. As referidas autoras deduziram que a EPS das instituições deve habilitar todos os membros da equipe para execução do PE, além disso, o enfermeiro deve estar constantemente atualizado com relação aos conhecimentos científicos. Sem capacitação da equipe, a implementação da SAE pode aparentar ser impraticável.

Salienta-se a inevitabilidade de capacitação da equipe de enfermagem para a aplicação das etapas do PE no contexto institucional, considerando o uso de instrumentos próprios, as particularidades de cada unidade, entre outros, bem como a formação da enfermagem, que ocorre em diversas escolas e de maneiras distintas (Hermida, Araújo, 2006).

Os enfermeiros sabem da importância e benefícios da SAE, porém as dificuldades de implantação atrasam a sua adesão (Santana *et al.*, 2013). O presente estudo demonstrou que os profissionais reconhecem que a SAE oferece benefícios para o paciente, possibilitando a integralidade da atenção à saúde, além de contribuir para a individualização do cuidado, como também foi apontado por Ribeiro (2015).

Sabe-se que na APS as demandas de atendimento ao paciente são plurais e requerem do profissional o uso de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, ou seja, exigem imenso entendimento e suporte generalistas, apoiados por procedimentos menos onerosos ao sistema de saúde e mais simples (Magnano; Pierantoni, 2020). Nesse meandro se insere o PE na APS, realizado através da consulta de enfermagem (CE), possui a intenção de ser estratégia que permite a integralidade de atenção à saúde (Barros, Chiesa; 2007).

Um estudo realizado trouxe o tempo consumido pelos trabalhadores de enfermagem no processo de trabalho da APS. O Enfermeiro atua principalmente na assistência em consultas, visita domiciliária e atendimento em demanda espontânea, com potencial para reorganizar as ações de enfermagem. Já os técnicos/auxiliares de enfermagem atua principalmente no cuidado direto (Cubas, Nichiata, 2020).

O envolvimento da equipe de enfermagem com o paciente é muito importante. Cada paciente possui aspectos únicos e peculiaridades relacionadas às especialidades clínicas, que ajudam o profissional de enfermagem na escolha da metodologia da assistência a ser planejada. Destaca-se que cada paciente é único (Hermida, Araújo, 2006).

A organização e avaliação de serviços favorecem o reconhecimento e padronização da prática de enfermagem. Todas as etapas do processo de enfermagem são igualmente importantes e visam colaborar na SAE (Miranda *et al.*, 2013).

Percebe-se que grande parte dos enfermeiros concordaram/concordaram totalmente nos seguintes pontos: a SAE é uma metodologia que soma no processo de trabalho; a SAE é mais ampla que PE e que existem aspectos legais do registro, das fases do PE. Os técnicos/auxiliares de enfermagem também demonstraram saber da importância da SAE no processo de trabalho de enfermagem, das fases da SAE, que a identificação de diagnóstico e elaboração da prescrição de enfermagem é específica do enfermeiro, mas que eles também participam da execução do PE. No entanto, demonstraram ter dúvidas se a CE é sinônimo de PE nos serviços de saúde.

A literatura traz que a SAE é uma ferramenta de trabalho que deve ser usada amplamente pela enfermagem no planejamento e execução do cuidado, bem como o gerenciamento da assistência de enfermagem. Além de organizar ações de enfermagem que compreende a execução, supervisão e gerenciamento de ações, sempre avaliando os resultados e registrando todas as ações (Ribeiro, 2015). Segundo o COFEN (2009) cabe ao enfermeiro, atividades tais como: a liderança no planejamento, execução e avaliação deste processo, de modo a atingir os resultados aguardados. É privativo ao enfermeiro o diagnóstico de enfermagem (DE), o qual se refere às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do

processo saúde e doença. Além disso, é privativa a prescrição de intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face dessas respostas (COFEN, 2009).

Esta pesquisa reforça que um dos fatores que ajudam a tornar a prática de enfermagem visível é diminuir o descaso com o registro sistemático do diagnóstico, ações, intervenções e resultados de enfermagem. Isto favorece avaliação da prática e o reconhecimento profissional (Ribeiro, 2015). Indubitavelmente, a oportunidade da execução da SAE no processo de trabalho em diversos cenários possibilita ao enfermeiro consolidar seu papel privativo, sem esquecer suas funções junto com a equipe de enfermagem (Krauzer *et al.*, 2015).

A qualidade da assistência de enfermagem no processo de trabalho, assistência ao paciente, à profissão e aos profissionais da enfermagem são tidas como algumas das conquistas alcançadas com a utilização da SAE (Hermida, Araújo, 2006).

O objetivo da SAE não consiste em promover a criação de protocolos, regras e normas para melhorar a qualidade do processo de trabalho de enfermagem nos diferentes âmbitos da saúde, mas acrescentar à assistência os aspectos científicos que embasam a prática (Santana *et al.*, 2013). Contudo, a melhoria da qualidade da assistência é uma excelente estratégia de marketing para ampliar o convencimento das instituições para a efetiva implementação da SAE (Hermida; Araújo, 2006).

Apesar de nenhum enfermeiro apresentar dúvida sobre o diagnóstico/prescrição de enfermagem ser privativo de sua categoria profissional.

A SAE abrange técnica de planejamento de trabalho de enfermagem quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, com a finalidade de tornar viável a execução do PE. Desde 2002, a SAE se tornou norteadora do trabalho de enfermagem por meio da Resolução COFEN 272, em todo território nacional (Nóbrega, 2012).

De acordo com a Resolução COFEN 358/2009, o técnico e auxiliar de enfermagem devem participar da execução do PE, naquilo que lhes competir, sob a orientação e supervisão do enfermeiro, em conformidade com a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987 (Ribeiro, 2015).

No Brasil, muitos esforços têm sido empreendidos para operacionalizar a SAE nos distintos níveis de atenção à saúde. Em São Paulo, por exemplo, o COREN-SP vem priorizando em suas ações a implementação da SAE nos serviços de saúde, por meio de visitas em diferentes serviços de saúde e por meio da Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a implementação da SAE em todos os ambientes em que ocorre os cuidados de enfermagem, seja público ou privado (Miranda *et al.*, 2013; Barros *et al.*, 2015).

Quanto à percepção individual sobre os elementos dificultadores na implementação da SAE e PE na sua unidade de trabalho, verificou-se que os enfermeiros souberam apontar as dificuldades de implementação da SAE/PE e houve consenso entre eles neste aspecto. Afirmaram que a SAE/PE é indispensável na APS e reconheceram que a necessidade da SAE existe, independente da severidade clínica do paciente.

Percebe-se que o registro de forma assistemática do cuidado concedido pela enfermagem reflete que a SAE ainda é uma ferramenta não utilizada plenamente no processo de trabalho, embora a equipe de enfermagem assuma sua importância para fortalecer e melhorar a assistência profissional (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

Já os técnicos/auxiliares de enfermagem pareceram possuir maior dificuldade para reconhecer as barreiras na execução da SAE/PE. Entretanto, apontaram sua concordância quanto às dificuldades para realização da SAE/PE, tais como: pressão da demanda, com excesso de pacientes, falta de capacitação sobre SAE/PE por parte da instituição, interrupções por parte da equipe no momento da consulta de enfermagem, falta de estrutura física adequada. Os técnicos/auxiliares de enfermagem referiram outros obstáculos para realização da SAE na prática como: valorização da população pelo atendimento médico e ausência de um guia dos diagnósticos e intervenções de enfermagem impresso e disponível indefinição do papel do enfermeiro e pouca familiaridade destes com os sistemas de linguagem padronizadas existentes relativas à SAE/PE.

Os resultados convergem com a literatura, em que a SAE é implantada de maneira parcial na maioria das instituições de saúde no Brasil. Salvador *et al.* (2017) apontaram várias causas para esse acontecimento, tais como: déficit organizacional, sobrecarga laboral, pouca valorização cultural da SAE, falta de hábito e dificuldade para aquisição de habilidade, além da resistência de se trabalhar com novas metodologias.

Embora largamente argumentada e empregada no contexto acadêmico, na maioria dos serviços do Brasil a implementação da SAE se encontra muito aquém do que está estabelecido na legislação de enfermagem. Mesmo sendo compulsória a sua utilização, ainda não é uma realidade no cotidiano de trabalho do enfermeiro, muitas são as impedimentos registradas, dentre elas, o excesso de trabalho, o número insuficiente de enfermeiros, que acabam por priorizar às atividades burocráticas e administrativas (Costa; Silva, 2018).

A literatura destaca que a implementação da SAE tem sido considerada difícil por diversos fatores: preocupação com o tempo gasto para desenvolver as etapas da consulta de enfermagem, aumento do número de impressos, falta de interesse profissional e de

conhecimento, e dificuldades de aceitação na equipe multiprofissional relacionadas à rejeição de mudanças (Miranda *et al.*, 2013).

Os resultados do presente estudo se assemelham aos da revisão bibliográfica realizada por Remizoski, Rocha, Vall (2010). Os autores demonstraram que no geral, os serviços de saúde e os estados pontuaram as seguintes dificuldades ao implantar a SAE: falta de formação adequada, no conhecimento quanto ao exame físico e ao raciocínio clínico; dimensionamento insuficiente da equipe de enfermagem; falta de empenho e interesse profissional; resistência na aceitação por parte dos médicos e da enfermagem; falta de tempo e excesso de tarefas do enfermeiro; dificuldade na escolha de diagnóstico adequado, na prescrição e execução da SAE.

Reconhece-se que o trabalho de enfermagem é essencial para adequada provisão dos serviços de saúde. A caminhada destes profissionais é sinalizada por circunstâncias tensas, haja vista o âmbito do processo de trabalho que reflete as mudanças demográficas e epidemiológicas, surtos epidêmicos, catástrofes humanas e ambientais que promovem o aumento de demandas por atendimento. É provável que essas situações estejam bloqueando as ações do pessoal de enfermagem, porque não é sempre que os serviços estão assistidos por adequada infraestrutura e ambiente laboral ao desenvolvimento das atividades (Assunção, Pimenta, 2020).

O presente estudo também corresponde as dificuldades apontadas pelo Estado de São Paulo, um dos Estados que tem a imposição para implantar a SAE, respaldado pelo seu COREN. Nesse Estado foram identificadas 1 dificuldades em todos os aspectos de implantação da SAE, tais como: falta de preparo docente nos cursos de enfermagem, pouca aceitação da equipe de saúde, pouco compromisso com a SAE, falta de recursos materiais e muitas atribuições para o enfermeiro (Remizoski, Rocha, Vall, 2010).

A visibilidade prática da SAE nos serviços de saúde deve se tornar viável com recursos necessários à sua implementação e manutenção. A pouca dedicação das lideranças da instituição ao tema é uma condição que prejudica a implantação e/ou implementação da SAE. Esta postura indica para uma instituição como organização burocrática, que não espera que seja efetuado outro cuidado além daquele definido pelo médico. Frente a isso, é muito apropriado que se realize discussões em âmbito institucional sobre a proposta da SAE, antes das outras etapas do processo de implantação (Hermida; Araújo, 2006).

Quanto à percepção individual sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e realização do PE em sua unidade de trabalho, os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem reconheceram alguns elementos facilitadores, tais como: a existência de prontuário eletrônico, elaboração de um impresso com diagnósticos e prescrições de enfermagem, educação permanente, dimensionamento de recursos humanos e materiais adequado,

protagonismo e conhecimento da SAE pelo enfermeiro, adoção de uma linguagem padronizada e de protocolos.

Outros autores apontam fatores que também favorecem a implementação da SAE, a citar: o trabalho em equipe, EPS sobre SAE, compromisso e interesse com o processo de trabalho em toda equipe de enfermagem (Remizoski, Rocha, Vall, 2010).

A SAE necessita de um dimensionamento pessoal e de instrumentos que potencialize o processo de trabalho. Deve haver uma reorganização do atendimento da equipe, bem como do fluxo para melhorar o atendimento. É necessário ainda a criação de ferramentas para consolidação do PE e implementação da SAE. O COFEN publicou em 2018 diretrizes que ajudam na criação de protocolos (Cubas, Nichiata, 2020).

A SAE vem ampliando seu espaço em todos os âmbitos da saúde, oferecendo uma metodologia organizacional, científica e de qualidade no processo de trabalho de enfermagem. É necessária esta ferramenta de trabalho e sua importância nos aspectos organizacionais das instituições de saúde (Santana *et al.*, 2013).

Os entrevistados apontaram que a falta de um sistema de linguagem padronizada dificulta o avanço da SAE/PE na enfermagem. Isso indica a necessidade de disseminar melhor informações técnicas para toda equipe de enfermagem sobre o sistema de linguagem utilizado.

Em consonância, outro estudo também identificou a falta de conhecimento dos enfermeiros sobre as nomenclaturas, o que dificulta a execução da SAE na APS (Krauzer, Adamy, Ascari *et al.*, 2015).

Acredita-se que a adoção de protocolo e SLP é muito importante para a SAE. Ao implantar algum novo projeto é necessário incentivar a equipe que irá ajudar na sua implementação, assim as mudanças serão bem aceitas. A construção deve ser coletiva com toda a equipe de enfermagem, favorecendo a execução do processo e fazendo adaptações necessárias de acordo com a instituição (Hermida, Araújo, 2006).

Identificou-se que o uso de terminologias tem sido essencial no mundo atual nas convivências, na propagação de informações e nas comunicações científicas, tecnológicas e profissionais. Na Enfermagem, conta-se com um certo número de sistemas de classificação prósperos e associados com algumas das fases do PE. Estes sistemas de classificação desenvolvidos permitem a documentação de enfermagem considerando as etapas do PE (Albuquerque, Cubas, 2015). O uso de uma linguagem padronizada, além de permitir a comunicação e o uso de sistemas informatizados, facilita a performance do conhecimento clínico de enfermagem (Barros *et al.*, 2015). Assim sendo, as instituições deveriam implementar

os elementos do PE, usando linguagem padronizada, em seus sistemas de informação, como parte dos seus processos de gestão (Sanson *et al*, 2017).

Certamente, os enfermeiros demonstram a indispensabilidade de um sistema informatizado de documentação e o intuito de empregar um sistema de classificação em todas as fases do PE. Desta maneira, estes impasses poderiam ser reduzidos com o desenvolvimento e a introdução de Sistema de Informação em Saúde (SIS) direcionados ao PE (Carvalho *et al.*, 2012).

No Brasil, percebe-se profundo movimento a caminho à adesão de sistemas eletrônicos para as inúmeras práticas administrativas, que dão apoio aos processos de trabalho assistenciais. Por meio do prontuário eletrônico, muitas vantagens podem ser obtidas, tais como: o ingresso ágil aos problemas de saúde e interferências atuais; a valorização ao saber científico atualizado, com resultado de avanço do processo de tomada de propósito; a melhoria de efetividade do cuidado, contribuindo para alcance de melhores resultados dos tratamentos efetuados e atendimento aos pacientes; e, provável diminuição de custos, com melhoria dos recursos (Rezende, Gaizinski, 2008). Destaca-se, ainda, o Brasil como o país com mais publicações sobre os SIS com terminologias incorporadas, seguido pelos EUA, confirmando, assim, que o Brasil está provendo para facilitar a realização do PE (Carvalho *et al.*, 2012).

O desenvolvimento das nomenclaturas em enfermagem relacionadas à assistência traz privilégios, tais como: a autoconfiança na programação, execução e análise das ações de enfermagem; melhora da qualidade das documentações; seguimento de registros eletrônicos; e, progresso do conhecimento (Furuya *et al.*, 2011).

Indubitavelmente a busca por um sistema de linguagem padronizada que possa ser universalmente utilizado é um desafio para enfermagem e ainda está em construção. (Silva, Malucelli, Cubas, 2008). Um estudo realizado em Roma-Itália em 2017, sobre a repercussão dos diagnósticos de enfermagem no paciente e nos resultados organizacionais, apontou sobre o grande potencial nos resultados e relevância clínica dos mesmos. O uso sistemático de diagnósticos de enfermagem em prática, bem como o acesso de dados de enfermagem de alta qualidade, contribui para a organização dos serviços de enfermagem e para o cuidado ao paciente (Sanson *et al.*, 2017).

Sabe-se que as terminologias voltadas para APS, como CIAP/SOAP e CIPE/CIPESC, fogem do habitual *checklist* de dados do paciente, efetivado em todas as consultas. Não existe necessidade de que todas as informações sejam colhidas no primeiro contato, uma vez que o cuidado é longitudinal. O exame físico não acontece de maneira plena a cada consulta, nem são levantados todos os sistemas nesta escrita, uma vez que a clínica não é encaminhada apenas aos

órgãos (corpo biológico). O PE na APS sinaliza o cuidado à pessoa, à família ou à comunidade, e não apenas a um indivíduo doente (Barbosa *et al.*, 2017).

Na APS, realmente existe uma dificuldade de padronização de sistemas de linguagem. Há poucas experiências com PE na saúde coletiva; além disto, há obstáculos no uso da nomenclatura NANDA-I ou da CIPE/CIPESC. Esses fatores dificultam a implementação do PE nas UBS (Ribeiro, 2015).

Os resultados da presente pesquisa convergem com o relato de experiência de implantação do CIPESC em Curitiba-PR, no qual se apontou as dificuldades *versus* as vantagens de implantação da referida nomenclatura. Observou-se as seguintes contradições entre enfermeiros: pouco uso da SAE no processo de trabalho *versus* uso da SAE como norteadora do trabalho da enfermagem; poucas opções de diagnósticos de enfermagem *versus* diagnósticos condizentes com a realidade da enfermagem; grande demanda como um dificultador na organização do trabalho da enfermagem *versus* reconhecimento do trabalho do enfermeiro na equipe (Cubas e colaboradores, 2006).

Ressalta-se que deve haver mudança no comportamento das instituições de saúde e dos profissionais de enfermagem, a fim de que sejam superadas as contradições da SAE, bem como do uso das nomenclaturas favorecendo a adesão das classificações no processo de trabalho. Ressalta-se a relevância das nomenclaturas estarem adaptadas à realidade aplicada e adequadas para a população assistida (Cavalcante *et al.*, 2016).

Embora a estrutura física seja limitadamente mencionada na literatura sobre o assunto de planejamento da SAE, seu estudo é necessário quando se almeja implantá-la, além do ajuste de instrumentos ambientais agregado a outras ações de planejamento para execução da SAE (Hermida, Araújo, 2006).

Em uma pesquisa realizada com técnicos de enfermagem, em que a SAE está sujeita à prescrição de enfermagem e aos cuidados de enfermagem, afirmaram que a referida metodologia é como um guia, um fazer manifestado nas rotinas de cuidado, além da necessidade de compreender e valorizá-la nos processos de trabalho. Porém, a participação dos técnicos ainda é restrita, pois há brecha na sua criação inicial e no decorrer da sua trajetória profissional sobre a concepção da SAE, impossibilitando sua percepção e valorização (Cruz, Almeida, 2010). Outra pesquisa apontou que os técnicos e auxiliares de enfermagem costumam ser esquecidos quando se discute SAE, de modo que a argumentação teórica sobre o conteúdo, muitas vezes, é privativa dos enfermeiros, havendo cisão no processo de cuidar, dificultando assim a implementação efetiva da SAE (Salvador *et al.*, 2016).

De fato, os técnicos de enfermagem constituem um elemento ímpar da equipe de enfermagem, uma vez que auxiliam o enfermeiro em seus exercícios assistenciais, planejamento, além de representar a classe com maior contingente de profissionais no campo da enfermagem. Segundo dados do COFEN, em 2011, existiam 750.205 técnicos de enfermagem no Brasil, correspondente a 40,41% de todos os profissionais de enfermagem no país (Salvador *et al.*, 2015).

Esta pesquisa reforça o estudo de Salvador e colaboradores (2015), a participação dos profissionais de nível médio na SAE ainda é incipiente, apesar de estar prevista no planejamento da assistência de enfermagem e da magnitude indiscutível desta categoria profissional para a consolidação da SAE. Neste contexto, enfatiza-se o artigo 12 da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem que descreve:

O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe: a) participar da programação da assistência de enfermagem; b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único, do art. 11, desta Lei; c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; d) participar da equipe de saúde. (BRASIL, 1986).

Frente a isso, julga-se fundamental importância incluir o técnico de enfermagem no debate acerca da SAE, entendendo ser esse o caminho para consolidação da SAE nos serviços de saúde (Salvador *et al.*, 2015).

Quanto à percepção individual sobre a situação da SAE e do PE na Unidade onde atuam, os enfermeiros afirmaram que algumas vezes têm sido encontradas irregularidades na execução dos processos na unidade de trabalho. Esporadicamente realizam CE utilizando o PE, e utilizam a SAE para todas as ações de enfermagem. Muitas vezes/sempre o PE é realizado de acordo com as normas do COFEN. Esses resultados convergem com a literatura. Apesar da obrigatoriedade de implantação da SAE nos diferentes âmbitos da saúde, conforme a Resolução 358/09, a responsabilidade, quase que exclusiva, do enfermeiro nesta metodologia torna a realidade bem distante do processo de trabalho real dos profissionais de enfermagem (Santana *et al.*, 2013).

Os resultados revelaram que nunca/raramente a equipe de enfermagem valoriza a SAE e checa as prescrições (PE) dos enfermeiros; os enfermeiros pouco registram o PE no prontuário do paciente de forma completa.

Difícilmente a equipe de enfermagem participa da realização do PE na unidade; o enfermeiro tem pouco apoio institucional para realizar SAE na unidade; e, o dimensionamento (SAE) de recursos humanos é deficiente no serviço.

Remizoski, Rocha e Vall (2010) demonstraram que o enfermeiro não possui interesse nos aspectos relacionados à SAE, devido a inúmeras dificuldades de implantação da SAE, citadas anteriormente. Os autores sugerem realização de estudos relacionados à SAE com objetivo de melhorar a compreensão do enfermeiro e, assim, refletir a relevância da SAE para seu exercício profissional.

Acredita-se que cada componente da equipe desempenhe um papel importante para a consolidação da SAE no aspecto quantitativo e qualitativo. Isto demonstra como o recurso humano é relevante nesse processo. A SAE leva em consideração o dimensionamento de enfermagem em sua aplicação, uma vez que a falta de profissional de enfermagem continua prejudicando a aplicação da SAE no aspecto organizacional. Questiona-se frente a isso, se as instituições de saúde no Brasil estão capacitadas e se possuem interesses na garantia de implantação efetiva dessa metodologia (Hermida, Araújo, 2006).

A Resolução 358/09, em seu artigo 7º, confere como atribuição do COFEN e CORENs proporcionar circunstâncias para o cumprimento da implementação da SAE. Porém, há pouca agilidade destes conselhos que ofereçam a implantação da mesma (Santana *et al.*, 2013).

Quanto à percepção individual de sua atuação profissional em relação ao PE, a equipe de enfermagem sempre/muitas vezes realiza coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), avalia o cuidado prestado, registra no prontuário do paciente todas as etapas executadas. Os profissionais entrevistados afirmaram seguir as prescrições de enfermagem e checar as ações realizadas. Esta última afirmação contradiz a resposta anterior, em que os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem informaram que nunca/raramente “*a equipe de enfermagem valoriza a SAE e checa as prescrições do enfermeiro*”.

Este resultado diverge do estudo de Ribeiro (2015), realizado em Belo Horizonte, onde o PE ainda não estava consolidado no processo de trabalho de enfermagem. O autor afirmou que a dificuldade do uso do PE na prática acontece pelo distanciamento da teoria e prática, referiu ainda que o atendimento da grande demanda de pacientes era a principal preocupação da equipe de enfermagem, mais do que a qualidade da assistência.

Acredita-se que, legalmente, independente da etapa do PE, se não for devidamente registrada não poderá ser usada para certificar resultados de sua aplicação, das ações realizadas, e, muito menos, demonstrar o cuidado ofertado pelo enfermeiro e os esforços aplicados nesse processo de trabalho (Santana *et al.*, 2013).

Para a Enfermagem, o descaso com o registro do PE, seja no prontuário do paciente, ou em outros documentos próprios da Enfermagem, pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional e, por outro lado, em obstáculo para a avaliação de sua prática, o que é talvez mais sério, pois dificulta o avanço da ciência de Enfermagem (Garcia, 2016).

Acredita-se que, entre a equipe multiprofissional o enfermeiro não é muito valorizado, começando pela pouca credulidade da prescrição de enfermagem. Os resultados d presente estudo corroboram com a literatura, em que a SAE ainda é pouco vista por outros profissionais de saúde (Remizoski, Rocha, Vall, 2010).

A valorização da enfermagem depende da atuação profissional de cada um e de seu saber técnico-científico. O enfermeiro precisa ser autêntico e conquistar o seu espaço com mérito. Com a SAE, o enfermeiro pode então conquistar um melhor trabalho e proporcionar um atendimento de qualidade ao seu cliente (Remizoski, Rocha, Vall, 2010).

A presente pesquisa converge com os achados dos estudos de Ribeiro e Padoveze (2018), em que os enfermeiros da APS referem pouca familiaridade da SAE em suas ações assistenciais, reflexo da formação acadêmica deficiente.

Acredita-se que a consolidação da SAE envolve mais do que uma sequência de etapas a serem seguidas, requer do profissional maior vinculação com os diagnósticos de enfermagem. Identificar o nível de conhecimento da enfermagem sobre a SAE, sua aplicação no cotidiano e impasses encontrados para sua implementação são essenciais para propor soluções e aprimorar essa metodologia de trabalho (Silva *et al.*, 2011).

A consolidação da SAE precisa de dois movimentos, apoio político institucional e conscientização dos trabalhadores de enfermagem (Cubas, Nichiata, 2020).

Deve haver ainda um esforço das instituições locais para diminuir os desafios e incentivar os avanços no processo de implementação da SAE, por meio de capacitações, criação de protocolos clínicos de enfermagem, registro contínuo no prontuário, escolha de uma nomenclatura diagnóstica para consolidar a prática de enfermagem em evidências (Ribeiro, Pereira, Padoveze, 2020).

7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente estudo contribuiu com o fornecimento de informações inéditas sobre a realidade da SAE/PE na APS de Jundiá. Os resultados obtidos farão parte dos encaminhamentos a serem sugeridos para o município.

Depreendemos que existe uma lacuna acadêmica na formação sobre SAE/PE. A estratégia sugerida seria buscar parceria dos conselhos/associações/Centros Acadêmicos para melhorar essa formação profissional. Além disto, sugere-se um maior enfoque para promover a educação permanente como ferramenta facilitadora, o que foi identificado pelos participantes com um importante facilitador para a propulsão da implementação da SAE.

Deve-se ainda remover barreiras (como a falta de estrutura física adequada, indefinição do papel do enfermeiro, entre outros), fatores que interferem na consolidação da SAE/PE, estimulando os facilitadores (implantação de prontuário eletrônico, impressos com diagnósticos, linguagem padronizada, dimensionamento de recursos humanos, espaço para educação permanente) neste processo.

Sugere-se, ainda, que os resultados obtidos na presente pesquisa sejam amplamente divulgados no âmbito da APS e em instituições de ensino, visando à disseminação do conhecimento e o direcionamento de ações de educação em saúde necessárias à reversão desta realidade.

8. CONCLUSÃO

O presente estudo buscou realizar um diagnóstico situacional da sistematização da assistência de enfermagem, na perspectiva dos profissionais da APS, em Jundiaí-SP. Participaram do estudo 130 profissionais de enfermagem (45 enfermeiros e 85 técnicos e auxiliares de enfermagem) atuantes em 24 UBS.

Dentre os profissionais participantes houve predomínio de trabalhadores do sexo feminino, com média de 18 anos de atuação profissional e de atuação na APS. Grande parte dos trabalhadores possuem dedicação exclusiva à APS de Jundiaí, o que facilita o planejamento das ações de educação permanente.

Buscou-se reconhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a SAE e identificar, na percepção da equipe de enfermagem, as potencialidades e limitações para o uso da mesma.

Com relação à percepção dos profissionais de enfermagem sobre a SAE e PE, os participantes apontaram não ter dificuldade para entender o que é SAE e PE. Contudo, as respostas obtidas demonstraram que ainda há dúvidas sobre os ~~conceitos~~ conceitos relativos aos mesmos. De maneira geral, observou-se que os técnicos/auxiliares de enfermagem tiveram mais dúvidas que os enfermeiros em várias questões. Vale ressaltar que eles possuem menos tempo de formação. Percebemos que os enfermeiros acham que sabem mais sobre o uso SAE e PE e parecem não reconhecer que possuem limitações nesse conhecimento, diferentemente dos técnicos/auxiliares de enfermagem que demonstraram um reconhecimento maior de suas limitações da SAE/PE. É contraditório estes profissionais permitirem transparecer mais suas dúvidas ao deixar muitas perguntas em branco. Isto aponta de certa forma para o reconhecimento da necessidade de treinamento em serviço e da inclusão destes profissionais no planejamento da implementação da SAE/PE nos serviços. Além disso, os participantes apontaram que há grandes lacunas na formação acadêmica relativa à SAE/PE.

No que tange às barreiras e facilitadores, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem reconheceram que existem dificuldades de implantação da SAE na APS. A falta de um sistema de linguagem padronizada para a enfermagem para uso na APS também foi apontada como um obstáculo, bem como o pouco incentivo das instituições de saúde na consolidação dessa metodologia de trabalho. Questões operacionais como interrupções frequentes e falta de consultórios foram indicadas como barreiras para a plena execução da

SAE/PE. A educação permanente em serviço foi apontada como uma forma de minimizar as barreiras e facilitar a implementação da SAE/PE na APS.

Frente a isso, percebemos que a SAE ainda é pouco aplicada no processo de trabalho da APS no cenário em que realizou-se a pesquisa, contudo, o presente estudo aponta caminhos para a superação das dificuldades identificadas, sinalizando estratégias que permitem vislumbrar a implantação e implementação da SAE de maneira efetiva, com vistas a sua consolidação.

9. REFERÊNCIAS

- Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS *et al.* Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. Cap. 25. p. 783-7836.
- Albuquerque LM, Cubas MR. Cipescando em Curitiba: Construção e Implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde. Curitiba-PR, 2015.
- Assunção AA, Pimenta AM. Satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem na rede pública de saúde em uma capital brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 25(1):169-180, 2020.
- Barbosa I, Santos LPGS, Beraldo M *et al.* Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica: norteando a gestão e a assistência. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo-SP: Coren-SP, 2017.
- Barros ALBL, Lopes JL, Silva RCG. Classificações de linguagem em enfermagem. In: Coren-SP. Processo de enfermagem: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo-SP: Coren-SP; 2015. cap. 4, p 63-83.
- Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Gengo e Silva TC. Processo de enfermagem. In: Coren-SP. Processo de enfermagem: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo-SP: Coren-SP; 2015. cap. 3, p 36-62.
- Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2007; 41(Esp):793-8.
- Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR *et al.* Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 25(1):147-158, 2020.
- Brasil. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 26 jun 1986: Seção 1: 1.
- Brasil. Ministério da saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasil, 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Brunner, Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009; cap.3, p.21-40.
- Campos CEA. O Desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, Brasília, v.8, n. 2, p. 569-584, abr. 2003.

Campos CMS, Soares CB. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri,SP: Manole, 2013. cap. 9, p:265-292.

Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Carpenito-Moyet LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. 13 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Cavalleiro MA, Cubas, MR, Albuquerque, LM. Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para o cuidado de enfermagem na atenção primária em saúde. In: Cubas MR, Nóbrega MML. Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. cap. 4, p.63-66.

Carvalho CMG, Moro CMC, Cubas MR, Malucelli A. Sistemas de Informação em Saúde que integram terminologias de enfermagem: uma revisão de literatura. J. Health Inform. 2012 Abril-Junho; 4(2): 50-4

Cavalcante MDMA, Larocca LM, Chaves MMN, Cubas MR, Piosiadlo LCM *et al.* Terminologia de enfermagem como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):610-616.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R.; Matos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 2001. p. 113-126.

Cecílio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. 1 ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014.

Chianca TCM, Rocha ADM. CIPE: Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. In: Tannure, MC.; Pinheiro, AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koognan; 2010. cap. 11, p: 193-203.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução COFEN-358/2009. 15 de outubro de 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução COFEN-429/2012. 08 de junho de 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução COFEN-564/2017. 06 de dezembro de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - Coren-SP. Uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) por Enfermeiros que atuam na Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. Parecer Coren-SP 010/2015. São Paulo-SP: Coren-SP, 2015.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - Coren-SP. Utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem. Parecer Coren-SP 056/2013. São Paulo-SP: Coren-SP, 2013.

Costa AC, Silva JV. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n. 16 - jan./fev./mar. 2018.

Cruz AMP, Almeida MA. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(4):921-7.

Cruz DALM, Peres HHC, Lima AFC. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM *et al*. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. 5ª edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone; 2012. cap.7, p:145-172.

Cubas MR, Albuquerque LM, Martins SK, Nóbrega MML. Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(2):269-73.

Cubas MR, Nichiata LYI. Experiências na aplicação de sae na aps na família. In: Fracolli AL, Padoveze MC, Soares CB. Tecnologias de sistematização da assistência de enfermagem a famílias na atenção primária à saúde. São Paulo: EE USP, 2020. Cap. 10, p:157-168.

Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan-mar 2019.

Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. Diretrizes para o trabalho dos enfermeiros na atenção primária à saúde. In: _____. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. 1ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. Cap. 1. p: 03-23.

Ferreira SRS, Périco LAD, Lucena AF, Laurent MCR. O processo de enfermagem como fundamento para o cuidado na atenção primária à saúde. In: Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. 1ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. Cap. 3. p: 51-68.

Figueira MCS, Jacob LMS, Spazapan MP *et al*. Reflexões sobre a utilização da CIPE na prática profissional: revisão integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Online]. Ago/Set 2018; 7(2):134-154

Fracolli LA. Processo de Produção e Processo de Trabalho em Saúde: uma discussão para a Enfermagem. In: Emiko Yoshikawa Egry; Marcia Regina Cubas. (Org.). O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC - Guia para pesquisadores. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Paraná, 2006, p. 85-102.

Franco FA, Hino P, Nichiata LY *et al*. A Compreensão Das Necessidades De Saúde Segundo Usuários De Um Serviço De Saúde: Subsídios Para A Enfermagem. *Esc Anna Nery* (impr.) 2012 jan-mar; 16 (1):157 – 162.

Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):167-75.

Garcia TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Esc Anna Nery*, 2016; 20(1):5-10.

Gualda DMR, Melleiro MM. Fundamentação conceitual do processo de cuidar e a implantação do sistema de assistência de enfermagem no HU-USP. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM *et al.* Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. 5º edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone; 2012. cap.4, p:73-83.

Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. *Rev Bras Enferm*, 2006 set-out; 59(5): 675-9.

Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, *et al.* Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. *Rev Esc Enferm USP*, 2009; 43(Esp 2):1156-67.

Horta, VA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU: Ed. Da Universidade de São Paulo, 1979.

Jundiaí. Prefeitura Municipal de Jundiaí. Plano Municipal de Saúde: 2018 a 2021. Prefeitura Municipal de Jundiaí, 2017.

Krauzer IM, Adamy EK, Ascari RA, Ferraz L, Trindade LL *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na Atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciencia y enfermeria XXI* (2): 31-38, 2015.

Leite LL. Violência Social no Cotidiano do Trabalho de Enfermeiras (os) da Estratégia de Saúde da Família. Monografia (especialização). Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina, 2009.

Magnago C, Pierantoni CR. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 25(1):15-24, 2020.

Machado MH. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz, 2017.

Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(3): 119-122.

Medeiros VA. Gestão da sistematização da assistência de enfermagem. In: Tannure, MC.; Pinheiro, AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 13, p.225-243, 2010.

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

Mola R, Dias ML, Costa JF, Fernandes FECV, Lira GG. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. J. res.: fundam. care. online 2019 jul/set 11(4): 887-893.

NANDA-I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Nóbrega MML, Cubas MR, Egry EY, *et al.* Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE no Brasil. In: Cubas, M. Atenção primária em saúde: diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem. 1 ed. -Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. cap. 1, p:3-24.

Nóbrega RV. Proposta de subconjunto terminológico da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) para hipertensos na atenção básica. 2012. 149p. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal da Bahia.

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária em saúde. Washington-DC. OPAS, 2018.

Peduzzi M, Silva AM, Lima MADS. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri,SP: Manole, 2013. cap. 7, p:217-243.

Pimenta MCA, Francisco AA, Lopes CT *et al.* Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem. São Paulo: Coren-SP, 2017.

Remizoski J, Rocha MM, Vall J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE: uma revisão teórica. Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, 03: 1-14, 2010.

Rezende, PO, Gaizinski, RR. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1):152-9.

Ribeiro GC. Diagnóstico situacional da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade básica de saúde de Campinas-SP. [mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2015.

Ribeiro CG, Padoveze MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP · 2018;52:e03375.

Ribeiro CG, Pereira EG, Padoveze MC. Sistematização da assistência de enfermagem na aps no contexto brasileiro. In: Fracolli AL, Padoveze MC, Soares CB. Tecnologias de sistematização da assistência de enfermagem a famílias na atenção primária à saúde. São Paulo: EE USP, 2020. Cap. 3, p:34-52.

Richardson *et al.* Pesquisa social: Métodos e Técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Sakata So KN. Validação do Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® - para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil. Tese (Doutorado). 255 f. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018.

Santana JCB, Rocha VAM, Oliveira E, Afonso LN, Santos SLR *et al.* Percepção dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica de Belo Horizonte. *Rev. Enfermagem Revista.* v. 16. n° 01. Jan./Abr. 2013.

Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Bezerril MS, Ferreira LL, Chiavone FBT, *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem acerca da integração do técnico de enfermagem na sistematização da assistência. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(2):e20170035.

Salvador PTCO, Santos VEP, Barros AG, Alves KYA, Lima KYN. Ensino de sistematização da assistência de enfermagem. *Escola Anna Nery.* 19(4) Out-Dez 2015.

Salvador PTCO, Santos VEP, Dantas CN. Caracterização das dissertações e teses brasileiras acerca da interface processo de enfermagem e atenção primária. *Rev Min Enferm.* 2014. abr/jun; 18(2): 295-302.

Salvador PTCO, Vítor AF, Ferreira Júnior MA, Fernandes MID, Santos VEP. Ensinar sistematização da assistência de enfermagem em nível técnico: percepção de docentes. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(5):525-33.

Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, *et al.* Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing;* 2017. 26, 3764–3783.

Santos CCM, Lopes MGD. Sistematização da assistência de enfermagem e responsabilidade social nos cenários de prática profissional. *Rev Bras Enferm.* 2013 set-out; 66(5): 645.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. *Hucitec, São Paulo-SP,* 1996.

Silva RR, Malucelli A, Cubas MR. Classificações de enfermagem: mapeamento entre termos do foco da prática. *Rev Bras Enferm, Brasília.* 2008 nov-dez; 61(6): 835-40.

Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(6):1380-6.

Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 2015. 19(1). Jan-Mar.

Soares CB, Souza HS, Campos CMS. Processo de trabalho e enfermagem: uma contribuição a partir da saúde coletiva. In: Souza HS, Medes A. Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016. Cap. 2. p: 43-61.

Souza HS, Mendes NA, Chaves AR. Trabalhadores da enfermagem: conquista da formalização, “dureza” do trabalho e dilemas da ação coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva.* 25(1):113-122, 2020.

Tannure MC, Chianca TCM. CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. In: Tannure, MC.; Pinheiro, AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. cap. 10, p.175-192.

Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da assistência de enfermagem. In:____. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. cap.1, p: 09-11.

WONCA- World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o Sr. (a) a participar da pesquisa intitulada “Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária em saúde: diagnóstico situacional na perspectiva dos profissionais de enfermagem” pela Sra. Selônia Patrícia Oliveira Sousa Caballero.

O objetivo da pesquisa é realizar um diagnóstico situacional da sistematização da assistência de enfermagem, na perspectiva dos profissionais da atenção primária em saúde, no município de Jundiaí, Estado de São Paulo, em 2019. Sua participação nessa pesquisa limitar-se-á a responder ao questionário anônimo nos aspectos: conhecimento, benefícios e elementos dificultadores ou facilitadores da realização da SAE em sua unidade de trabalho. O tempo estimado para o preenchimento deste questionário é de 30 minutos, realizado em sua própria Unidade Básica de Saúde (UBS), podendo ser alterado de acordo com sua necessidade. Suas respostas serão preenchidas em um instrumento específico, padronizado e anônimo. Sua participação nessa pesquisa trará como benefício geral, o maior conhecimento sobre o tema abordado, para se reconhecer a realidade da instituição buscando a melhoria da qualidade da Atenção Primária em Saúde (APS) e não apresenta benefício direto para você. Os riscos da pesquisa estão relacionados ao desconforto e constrangimento que as perguntas possam trazer a você durante o preenchimento do questionário.

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. Você tem o direito de se recusar a participar da pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Após ser esclarecido (a) sobre essas informações, e no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deverá assinar as duas vias deste documento. Uma delas será destinada a você e a outra, ao pesquisador responsável. Todas as páginas deverão ser rubricadas. Caso tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa ou dano eventual, isso será ressarcido pelo pesquisador. A indenização será garantida diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. O principal pesquisador é a Sra. Selônia Patrícia Oliveira Sousa Caballero, que pode ser encontrada no endereço Rua Ângelo Corradini, nº 400, apt. 124, Torre 5, Bairro Vila Nambi, cidade de Jundiaí-SP. Telefone: (11) 99781-1006, e-mail: [seloniapatricia@usp.br](mailto:selsoniapatricia@usp.br).

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000. Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br. Essa pesquisa atende a todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante/representante legal

Data _____/_____/_____

APÊNDICE B - Grupo Interinstitucional de Trabalho, Ensino e Serviço (GITES) da Prefeitura de Jundiaí-SP

Jundiaí, 02 de agosto de 2018.

OF. GITES Nº 60/2018

Esta instituição concorda em figurar como coparticipante do projeto de pesquisa intitulado "SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM", de autoria de Selônia Patrícia Oliveira Sousa Caballero. Orientadora: Profa Dra Maria Clara Pavodeze Fonseca Barbosa.

A autorização para início da pesquisa se dará após apresentação do Parecer Consubstanciado, expedido pela Plataforma Brasil.

Após conclusão da pesquisa é obrigatória a devolutiva dos resultados obtidos.

Atenciosamente,

Jane R. Campos Tonetti
Representante do GITES

ANEXO

ANEXO 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Tel: (011) 3061.7601 - Fax: (011) 3061.7615 São Paulo - SP – Brasil

Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária em saúde: diagnóstico situacional na perspectiva dos profissionais de enfermagem	
01-Número do instrumento	[_____]
Parte I – Caracterização do entrevistado	
02-Qual a sua idade (anos completos)?	[_____]
03-Qual o seu sexo/gênero?	☐ 1- Masculino ☐ 2-Feminino
04-Qual a sua profissão?	☐ 1-Enfermeiro (a) ☐ 2-Técnico(a) em Enfermagem ☐ 3-Auxiliar de Enfermagem
05-Você se formou em que tipo de instituição de ensino?	☐ 1-Pública ☐ 2-Privada
06-Durante o curso (técnico e/ou superior), você teve aulas sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)?	
☐ 1-Sim ☐ 2-Não	
07-Há quantos anos você atua como profissional de Enfermagem?	
[_____]	
08- Qual unidade de saúde você trabalha:	
☐ 1- UBS tradicional/Mista ☐ 2- Estratégia Saúde da Família	
09-Você possui curso(s) de pós-graduação em uma das seguintes áreas? (Permitido assinalar mais de uma alternativa)	
☐ 1-Não ☐ 2-Sim - Saúde pública ☐ 3-Sim - Saúde coletiva	☐ 4-Sim- Saúde da Família ☐ 5-Sim- Saúde do Adulto ☐ 6-Sim-Outros:[_____]
10-Nos últimos cinco anos, você participou de algum curso ou treinamento em uma das seguintes áreas? (Permitido assinalar mais de uma alternativa)	
☐ 1-Não ☐ 2-Sim - Vigilância epidemiológica ☐ 3-Sim - Saúde da Família ☐ 4-Sim - Investigação de surtos ☐ 5-Sim - Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem ☐ 6-Sim - Saúde do Trabalhador ☐ 7-Sim - Outros:[_____]	
11-Há quantos anos você atua como profissional da Atenção Primária em Saúde?	
[_____]	

12-Você trabalha em outro local, além da Atenção Primária em Saúde? (*Permitido assinalar mais de uma alternativa*)

☐ 1-Não

☐ 2-Sim, em hospital público

☐ 3-Sim, em hospital privado

☐ 4-Sim, no ensino superior

☐ 5-Sim, no ensino médio/técnico

☐ 6-Sim-Outros: [_____]

Parte II – Percepção individual sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de enfermagem (PE), nos aspectos: conhecimento, benefícios e elementos dificultadores ou facilitadores

- **Instruções para o preenchimento:** avalie as afirmativas a seguir e de acordo com a sua perspectiva faça a opção pelo número correspondente de um a cinco conforme a escala a seguir:

1 = discordo totalmente

2 = discordo

3 = estou em dúvida

4 = concordo

5 = concordo totalmente

Siglas:

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem PE: Processo de Enfermagem

D1- Sua percepção sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE)

	1	2	3	4	5
1- Não sei o que é SAE e PE.					
2- Tenho dificuldade para entender o que é SAE e PE.					
3- A SAE auxilia o planejamento e organização da assistência.					
4- A SAE é um instrumento mais amplo que o PE					
5- O registro das fases do PE é exigência legal.					
6- O PE é composto por cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.					
7- Cabem privativamente ao enfermeiro o Diagnóstico e a Prescrição de Enfermagem					
8- A SAE ajuda a tornar a prática de enfermagem visível.					
9- Um dos motivos que dificultam o desenvolvimento da enfermagem como ciência é a falta de uma linguagem universal padronizada para o registro de suas ações.					
10- O PE tem como objetivo descrever de maneira padronizada a assistência de enfermagem prestada.					
11- A Consulta de Enfermagem realizada nas unidades básicas de saúde e ambulatórios é considerada a mesma coisa que PE.					
12- Os auxiliares e técnicos de enfermagem participam da execução do PE.					

D2- Sua percepção sobre capacitação sobre SAE e PE

	1	2	3	4	5
13- Só responda se for enfermeiro: A formação acadêmica ensina de modo satisfatório sobre SAE e PE.					
14- Só responda se for enfermeiro: A formação acadêmica prepara o profissional para a realização da SAE no contexto da atenção primária.					
15- Só responda se for auxiliar ou técnico de enfermagem: Os cursos técnicos e auxiliares contemplam a SAE e PE durante a formação profissional.					
16- A educação permanente facilita a implantação da SAE.					
17- Tenho conhecimento para realizar a parte que me cabe como profissional na efetivação da SAE e PE.					

18- Preciso de capacitação para implantar a SAE e realizar PE na prática.					
D3- Sua percepção sobre as dificuldades na implementação da SAE e realização do PE na sua unidade:	1	2	3	4	5
19- Não acho que existam dificuldades para implementação da SAE/PE.					
20- A pressão da demanda, com excesso de pacientes, é um dificultador para a realização do PE.					
21- Não há oferta suficiente de capacitação sobre SAE/PE por parte da instituição.					
22- As interrupções por parte da equipe no momento da consulta de enfermagem prejudicam o desenvolvimento do PE.					
23- Uma das dificuldades de implementar a SAE/PE decorre da ausência de consultórios disponíveis para os enfermeiros.					
24- Os enfermeiros não sabem fazer o PE e/ou não buscam se aprimorar.					
25- A baixa complexidade dos pacientes torna a SAE/PE dispensável na atenção básica.					
26- Os profissionais de saúde não valorizam a consulta de enfermagem, pois a assistência é focada no médico.					
27- A população não valoriza a consulta de enfermagem, exige apenas atendimento do médico.					
28- A instituição não oferece estrutura adequada para a realização da SAE/PE.					
29- A indefinição do papel do enfermeiro e da extensão de sua autonomia e responsabilidades é um dificultador para a realização da SAE/PE.					
30- Os enfermeiros têm pouca familiaridade com as nomenclaturas existentes relativas à SAE/PE.					
31- A inexistência de um guia, em papel, dos diagnósticos e intervenções de enfermagem é um dificultador para realização da PE.					
D4- Sua percepção sobre os benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer:	1	2	3	4	5
32- Não acredito que a SAE/PE tragam benefícios para o paciente.					
33- A utilização do PE melhora a qualidade da consulta de enfermagem.					
34- A implantação da nomenclatura padronizada na consulta de enfermagem favorece a documentação do trabalho do enfermeiro.					
35- A execução do PE favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico dos enfermeiros.					
36- A realização da SAE/PE aumenta a autonomia do enfermeiro em seu processo de trabalho.					
37- A SAE e o PE de enfermagem pode trazer benefício para o paciente através da individualização do cuidado.					
38- A SAE pode trazer benefícios para equipe através da organização do processo de trabalho.					
D5- Sua percepção sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e realização do PE na sua unidade	1	2	3	4	5
39- A existência de prontuário eletrônico facilita a implantação do PE.					
40- A elaboração de um impresso com diagnósticos e prescrições de enfermagem facilita a aplicação do PE.					
41- Oferecer capacitações sobre SAE/PE para equipe facilita sua efetivação.					
42- A instituição oferecer espaço para educação permanente para os enfermeiros, com foco em SAE, facilita a aplicação da SAE e PE.					
43- A garantia de recursos humanos em número adequado ao preconizado pelo Ministério da Saúde facilita a implementação da SAE e realização do PE na atenção básica.					

44- Quando o enfermeiro é envolvido com o trabalho, facilita a implementação da SAE/PE.					
45- A adoção de uma linguagem padronizada facilita a aplicação do PE.					
46- Adoção de protocolos facilita a implementação da SAE/PE.					
47- Quando o enfermeiro tem conhecimento sobre SAE e PE facilita sua implementação.					
Parte III – Percepção individual sobre a situação da SAE e PE na sua unidade de trabalho					
<ul style="list-style-type: none"> Instruções para o preenchimento: avalie as afirmativas a seguir e de acordo com a sua perspectiva faça a opção pelo número correspondente de um a cinco conforme a escala a seguir: 1 = Nunca 2 = Raramente 3 = Algumas vezes 4 = Muitas vezes 5 = Sempre 					
D6- Sua percepção sobre o que ocorre na sua unidade	1	2	3	4	5
48- É realizada a consulta de enfermagem, utilizando o PE.					
49- A SAE é utilizada para todas as ações de enfermagem.					
50- Os enfermeiros registram o PE no prontuário do paciente de forma completa.					
51- A equipe de enfermagem valoriza a SAE e checa as prescrições do enfermeiro.					
52- A equipe de enfermagem da unidade participa da realização do PE.					
53- O PE é realizado de acordo com as normas do COFEN.					
54- O enfermeiro tem apoio institucional para realizar a SAE/PE na unidade.					
55- A unidade possui número de enfermeiros suficientes para realização da SAE/PE					
56- Nas situações de fiscalização do órgão de classe (COREN) tem sido encontradas irregularidades na execução da SAE e PE na unidade que trabalho.					
D7- Sua percepção quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE	1	2	3	4	5
57- Realizo coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem.					
58- Sigo as prescrições de enfermagem e checo as ações realizadas.					
59- Avalio o cuidado prestado.					
60- Registro no prontuário do paciente todas as etapas que executo.					
61- Só responda se for enfermeiro: Prescrevo os cuidados para todos os pacientes.					
62- Só responda se for enfermeiro: Faço diagnóstico de enfermagem.					
63- Só responda se for enfermeiro: Utilizo diagnósticos de enfermagem baseados na nomenclatura NANDA.					
64- Só responda se for enfermeiro: Utilizo diagnósticos baseados na nomenclatura CIPE.					
65- Só responda se for enfermeiro: Utilizo diagnóstico baseados na nomenclatura CIPESC.					
66- Só responda se for enfermeiro: Utilizo uma nomenclatura não padronizada para elaboração de diagnósticos de enfermagem.					