

SAE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

UM GUIA PARA A PRÁTICA



SAE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

UM GUIA PARA A PRÁTICA

Organizadores:

Enf. Ieda Maria Fonseca Santos
Enf. Noemi Cristiane Firpo Fontes
Enf. Rudval Souza da Silva
Enf. Sirlei Santana de Jesus Brito

Março

2016

FICHA CATALOGRÁFICA
Vagner Magarão CRB 5/1537

SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático / Ieda Maria
Fonseca Santos (Organizadora) [et al.] - Salvador: COREN - BA, 2016.
40p.: il color.; 18 cm.

Contém Referências e anexos

ISSN:

1. Enfermagem - Guia prático. I. Fontes, Noemi Cristiane Firpo. II. Silva, Rudval Souza
da. III. Brito, Sirlei Santana de Jesus. IV. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia.

CDD: 610

CONSELHEIROS REGIONAIS GESTÃO 2015-2017

DIRETORIA

Enfª Maria Luísa de Castro Almeida – Presidente
Enfª Laurinda Lula Machado – Vice-Presidente
Enfª Orlaneide Santos da Silva – Primeira Secretária
TE Samuel Azevedo Santos – Segundo Secretário
TE Maria José Cruz Cova – Primeira Tesoureira
AE João Bartolomeu Santos Araujo – Segundo Tesoureiro

CONSELHEIROS EFETIVOS

QUADRO I

Enfª Engrácia Figueiredo Lima
Enfª Leila Maria Ribeiro Brito
Enfª Lucimara Alves Silva
Enfª Maria da Conceição de Mesquita Souza Saraiva
Enfª Miriam Oliveira dos Anjos
Enfª Neuranides Santana
Enfª Tânia Mara Valadares Chagas

CONSELHEIROS EFETIVOS

QUADRO II E III

TE Izabel Idalina da Luz
TE Julieta de Carvalho Velozo
TE Rita de Cássia Oliveira Barreto
TE Tatiane Rocha Dias Nascimento

CONSELHEIROS SUPLENTE

QUADRO I

Enfª Cristiane Magali Freitas dos Santos
Enfª Edilmar Vilela Dourado
Enfª Edialeida Maia de Lima Almeida
Enfª Eliane Santana Nunes Coutrim
Enfª Ieda Silva Carvalho
Enfª Joalice Batista Xavier
Enfª Luciano Guilherme da Silveira
Enfª Maria do Socorro de Almeida
Enfª Patrícia de Oliveira Campos
Enfª Vivalnita Mendonça da Encarnação

CONSELHEIROS SUPLENTE

QUADRO II E III

TE Catia Lafaethe Veloso Dantas Santos
TE Cleferson Silva dos Santos
AE Edvalda Marcia de Jesus Lima
AE Fernando de Jesus Teixeira
TE Lucia da Silva Figueiredo
TE Marcos de Oliveira Silva
TE Otávio Mascarenhas Mutti

AUTORES

Ieda Maria Fonseca Santos - Enfermeira. Especialista em metodologia e didática de Ensino Superior e Enfermagem do trabalho. Mestranda em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente. Membro do Núcleo de Residência em Saúde da EESP/SESAB e GT-SAE/COREN-BA

Noemi Cristiane Firpo Fontes - Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal e Mestre em Família na Sociedade Contemporânea. Gestora de projetos e processos formativos na EESP/SESAB. Membro do GT-SAE/COREN-BA

Rudval Souza da Silva - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto da Universidade do Estado da Bahia- UNEB. Membro do GT-SAE/COREN-BA

Sirlei Santana Jesus Brito - Enfermeira. Especialista em Administração e Qualidade Hospitalar e em Enfermagem do Trabalho. Membro do GT-SAE/COREN-BA

APRESENTAÇÃO

O Conselho Regional de Enfermagem da Bahia – COREN-BA - Gestão Novo Tempo (2015-2017), apresenta aos profissionais de Enfermagem da Bahia a publicação “SAE - Sistematização da Assistência da Enfermagem: um guia para a prática”.

A Resolução COFEN 358/2009 define que a SAE tem por finalidade organizar o trabalho da Enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo que seja possível a operacionalização do Processo de Enfermagem.

A escolha pelo uso da expressão Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE se deu ao considerar ser uma expressão bastante utilizada pelos profissionais da Enfermagem e que diz respeito eminentemente à cultura da Enfermagem brasileira. Em outros países não se utiliza tal locução, todavia para a Enfermagem brasileira, ela já se consolidou no cotidiano profissional.

O presente guia para a prática é resultado dos debates com profissionais de distintos serviços de saúde e das discussões e reflexões do Grupo de Trabalho sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem – GTSAE/COREN-BA que vêm atuando e provocando momentos de reflexões e discussões sobre a aplicação e o aprimoramento dessa ferramenta no cotidiano profissional.

É uma temática sempre atual e que representa a organização do trabalho da equipe de enfermagem e exige constante atualização, pautada num componente próprio de conhecimentos técnico-científicos, construída e reproduzida por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas.

Sistematizar a Assistência em Enfermagem é promover uma organização das práticas de cuidar empreendidas por trabalhadores e trabalhadoras de enfermagem no contexto da equipe multidisciplinar de saúde. Práticas centradas na pessoa, família e coletividade, pautadas nos princípios da ética e das políticas de saúde, especialmente no que tange aos princípios filosóficos do SUS - Universalidade, Equidade e Integralidade.

O presente guia contempla uma discussão inicial sobre as competências e habilidade dos auxiliares de enfermagem, técnicas(os) de enfermagem e enfermeiras(os) com base na LDB; discute a SAE com base na Resolução COFEN 358/2009; O método científico e o pensamento crítico na enfermagem; bases teóricas que devem sustentar a visão, missão e os valores do serviço de enfermagem; apresentação e descrição detalhada das etapas do Processo de Enfermagem; os principais Sistemas de Classificação em Enfermagem, bem como apresenta uma abordagem sobre o dimensionamento de pessoal como ferramenta tecnológica que subsidia a implantação e implementação da SAE nos distintos serviços de saúde em prol da segurança do paciente.

A meta é suscitar a reflexão sobre os elementos que contribuem para a organização da assistência de enfermagem e facilitar o acesso a todo conteúdo indispensável às discussões sobre a SAE. Esperamos que possa servir de estímulo a todas(os) os trabalhadoras(res) de enfermagem, contribuindo sobremaneira para uma assistência de enfermagem segura e livre de danos.

Maria Luísa de Castro Almeida
Presidente do COREN-BA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)¹ salienta a necessidade da formação de enfermeiros generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, dinâmicos e ativos diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a “aprender a aprender”, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, compreendendo as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país. Profissionais qualificados para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capazes de conhecer e intervir sobre os problemas e situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitados para atuar como promotores da saúde integral do ser humano, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Competência profissional é a capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho².

Os conhecimentos, as habilidades e as atitudes específicas da Enfermagem são subsidiários das ações do enfermeiro, constituindo o núcleo essencial da sua prática, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem nos diferentes âmbitos de atuação profissional.

2 - COMPETÊNCIAS REQUERIDAS PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Os **Enfermeiros** devem possuir competências técnicas, científicas, éticas, políticas e sócio educativas que lhes permitam desenvolver³:

ATENÇÃO À SAÚDE: Os Enfermeiros devem estar aptos para atuar profissionalmente e compreender a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas, desenvolvendo ações de prevenção de doenças, promoção, proteção e reabilitação da saúde, incorporando a ciência e a arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional, tanto em nível individual quanto coletivo, realizando seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e bioética.
TOMADA DE DECISÕES: O trabalho dos Enfermeiros deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, com eficácia e custo efeti-

vidade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.

COMUNICAÇÃO: Os Enfermeiros devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve o verbal, não verbal e as habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.

LIDERANÇA: Os Enfermeiros devem estar aptos para assumir posições de liderança em equipes multiprofissionais. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO: Os Enfermeiros devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação. Estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde e ainda, aptos a reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE: Os Enfermeiros devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática. Desta forma, devem aprender a aprender, desenvolvendo e atualizando continuamente formação técnico-científica, que confira qualidade ao exercício profissional, e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais.

Os **Técnicos e Auxiliares de Enfermagem** devem possuir capacidade de assumir a responsabilidade do cuidado, interagindo com a clientela (pessoa, família ou coletividade), considerando suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde, e agir mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos pela natureza do trabalho da Enfermagem, tais como²:

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS: capacidade de dominar os conteúdos das ações, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar as informações.

COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS OU METÓDICAS: capacidade de planejar-se, de organizarem-se, de estabelecer métodos próprios, de gerenciar seu tempo e espaço de trabalho, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho, exercitando a criatividade, utilizando os seus conhecimentos nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho e a capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa.

COMPETÊNCIAS COMUNICATIVAS: capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal.

COMPETÊNCIAS SÓCIO-POLÍTICAS: capacidade de refletir sobre a esfera do mundo

do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação, compromisso social e de desenvolver o exercício da cidadania, estando aberto às mudanças, desenvolvendo a autoestima e autovalorização.

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei Federal nº 9.394/96 (LDB)¹
Resolução³ CNE/CES nº 03/2001

Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de nível técnico
Parecer CNE/CEB nº 16/99 e na Resolução² CNE/ CEB nº 04/99



“A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida”.

Preâmbulo – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁴

3 – ENTENDENDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

De acordo com a Resolução COFEN 358/2009 a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem⁵.



Figura 01: A SAE conforme definição da Resolução⁵ COFEN 358/2009.

4 – LEGISLAÇÃO

A SAE organiza o trabalho profissional e está amparada pelas seguintes legislações:

Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/1987 – Lei do Exercício Profissional da Enfermagem⁶.

Resolução COFEN nº 311 de 2007 – Aprova do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁴.

Resolução COFEN nº 358 de 2009 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem⁵.

Decisão COREN-BA nº 001 de 2010 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem no Estado da Bahia⁷

Portaria nº 1.970/GM, em 25/11/2001 - Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar⁸.

Portaria SESAB nº 1709/2014, publicada no D.O.E. em 16/12/2014, que trata da implantação de práticas que garantam a Segurança do Paciente e da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos estabelecimentos de saúde da rede SESAB⁹.

5 - RESOLUÇÃO COFEN 358/2009

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERANDO que o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional; CONSIDERANDO que a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional; CONSIDERANDO resultados de trabalho conjunto havido entre representantes do COFEN e da Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, Gestão 2007-2010; e CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos do Processo nº 134/2009;

RESOLVE:

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

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

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

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

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

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.

Manoel Carlos Neri da Silva | Presidente - COREN-RO n.º 63.592
Gelson Luiz De Albuquerque | Primeiro-Secretário - COREN-SC n.º. 25.336

6 - MÉTODO CIENTÍFICO E O PENSAMENTO CRÍTICO NA ENFERMAGEM

O pensamento crítico se apresenta como aptidão essencial para o uso do método científico, que para a Enfermagem, representa a utilização do Processo em Enfermagem em sua prática assistencial. É definido como um julgamento intencional, que resulta em interpretação, análise e tomada de decisão do enfermeiro em relação aos problemas e situações de saúde-doença da pessoa, família e coletividade, em suas dimensões biopsicossocioespirituais¹⁰. Para isso devem apropriar-se de uma base própria de conhecimentos que atenda a multidimensionalidade do ser, orientando a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, de modo a fornecer a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados⁴.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) orienta que não há um modelo teórico ou conceitual específico para a organização dos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem), podendo a seleção de o referencial teórico variar de acordo com o perfil do serviço e a clientela (pessoa, família ou coletividade)¹¹⁻¹².

O marco ou modelo conceitual visa situar as ações dos profissionais de enfermagem, quando formula modos de agir logicamente organizados, servindo de base para o desenvolvimento de uma metodologia da assistência, sustentando as decisões no processo de assistir a pessoa na sua multidimensionalidade. O marco conceitual pode emergir da prática vivenciada, devendo ser consideradas as suas particularidades, na medida em que subsidiarão a prática do enfermeiro¹³.

Assim, considerando que um dos princípios fundamentais dos profissionais de enfermagem é o exercício de suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética; e, que o alcance da integralidade refere-se ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, entendemos e assumimos que, independente do marco teórico a ser adotado por cada serviço de enfermagem, no qual seja implementada a Sistematização da Assistência de Enfermagem, as ações da equipe de enfermagem devem ser pautadas nos domínios da Enfermagem que visa manter, prevenir e recuperar a saúde da pessoa, família e coletividade, direcionadas pela identificação/avaliação, diagnóstico e implementação de ações ou intervenções de enfermagem que atendam as Necessidades Humanas Básicas. Nessa perspectiva reconhecemos o atendimento das NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, como elementos norteadores da prática da equipe de enfermagem e que se relacionam aos cuidados de enfermagem, em seus três níveis: necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidade psicoespirituais¹⁴.

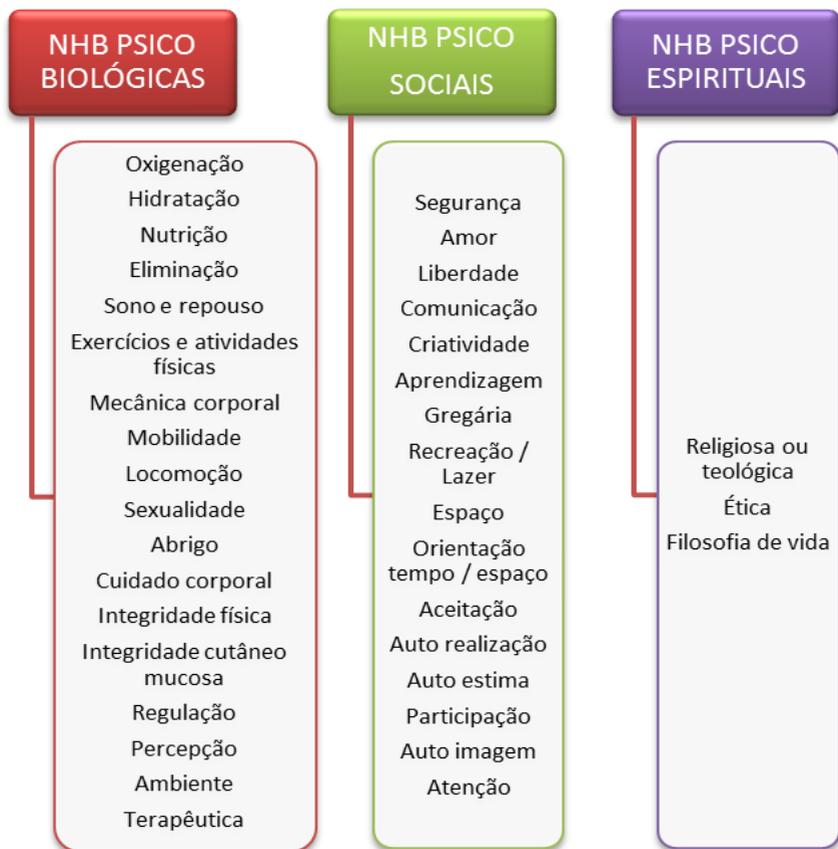


Figura 02: Classificação das Necessidades Humanas Básicas por João Mohana ^{14,39}.

O Pensamento Crítico é um instrumento de tecnologia leve, o qual subsidia a prática do enfermeiro na utilização do Processo de Enfermagem. Desse modo, para o seu desenvolvimento o enfermeiro necessita aperfeiçoar seus conhecimentos teóricos sobre a Enfermagem Clínica, bem como desenvolver competências a partir do exercício diário da prática clínica e habilidades cognitivas e perceptivas para comunicar-se com a clientela (pessoa, família ou coletividade) e saber coletar dados por meio da entrevista e exame físico, a fim de dar subsídio ao processo de diagnóstico e prescrição das ações ou intervenções de enfermagem. Nesse momento é imprescindível o conhecimentos sobre os sistemas de classificação de enfermagem que possam instrumentalizar o enfermeiro quanto aos elementos que vão nominar as etapas do Processo de Enfermagem (diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem)¹⁰.

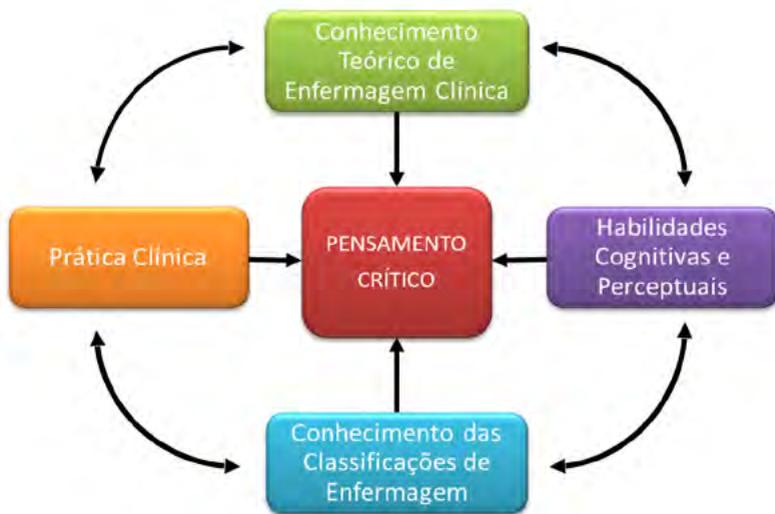


Figura 03: O pensamento crítico e suas interfaces com a prática do enfermeiro¹⁰.

O pensamento crítico é um pensamento focado em resultados¹⁰ que:

- a. É orientado por padrões, políticas e procedimentos e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- b. É baseado no Processo de Enfermagem, na aplicação de todas as suas etapas de modo dinâmico e crítico em prol da solução de problemas e alcance de resultados;
- c. É proativo, possibilitando a identificação das situações de risco envolvidas;
- d. É direcionado pelas necessidades da pessoa, família e coletividade;
- e. Exige estratégias que maximizem o potencial humano e atendam as necessidades humanas básicas;
- f. Está constantemente em processo de avaliação e reavaliação.

O pensamento crítico é contextual e dinâmico, podendo mudar de acordo com as avaliações das circunstâncias e alterações clínicas da clientela (pessoa, família ou comunidade).

7 - TEORIAS DE ENFERMAGEM

A seleção de uma Teoria de Enfermagem funciona como um alicerce estrutural para a implantação do Processo de Enfermagem. Alguns critérios devem ser observados na definição da Teoria de Enfermagem que irá fundamentar a prática assistencial em cada Serviço.

CONSIDERE:

A missão, valor e visão da instituição e do serviço de Enfermagem (Fig.4).

O nível de atenção à saúde da instituição X características da clientela a ser atendida (pessoa, família ou coletividade) (Fig.5).

A “razão de ser da Enfermagem” na concepção da Teoria a ser selecionada.

METAPARADIGMAS DA ENFERMAGEM



Figura 04: Metaparadigmas da Enfermagem¹⁵.

Apresentamos a seguir um esboço com os três níveis de atenção à saúde e sugestões de Teorias de Enfermagem que podem atender a demanda da clientela (pessoa, família ou coletividade) em cada nível de atenção.



Figura 05: Níveis de Atenção a Saúde¹⁶ e sua relação com as Teorias de Enfermagem.

Teoria do Alcance de Objetivos de Imogene King – O enfermeiro encontra-se em posição de avaliar o que as pessoas conhecem sobre sua saúde e a forma como elas agem para mantê-la. Através do processo de interação humana, equaciona seu conhecimento científico com o SELF do cliente (pessoa, família ou coletividade) para, através da comunicação, fixarem as metas e os meios para o alcance dos objetivos.

Teoria do Vir-a-ser Humano de Rosmarie Parse – Os enfermeiros orientam os indivíduos e as famílias na escolha das possibilidades de mudança no processo de saúde. A prática enfoca o esclarecimento de significados e o enfermeiro age como guia para escolher as possibilidades nas experiências de saúde em mudança.

Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta – A Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta assistência o quanto possível. É fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais/serviços.

Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem – Justifica a prática da Enfermagem a ausência de capacidade do indivíduo manter continuamente, quantidade e qualidade de autocuidar-se que sejam terapêuticas na manutenção da vida e da saúde, na recuperação da doença, dano ou na maneira de enfrentar seus efeitos. Para a criança, a condição é a incapacidade dos pais e/ou responsáveis.

Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau – A Enfermagem estabelece relacionamento interpessoal terapêutico eficaz, visando o reconhecimento e resposta às necessidades de ajuda do cliente (pessoa, família ou coletividades).

Teoria da Adaptação de Calista Roy – A Enfermagem dá apoio e promove respostas adaptativas em relação aos 04 mecanismos de adaptação: Necessidades Fisiológicas; Auto Conceito; Função no Papel e Interdependência. As respostas adaptativas são aquelas que afetam positivamente a saúde.

8 – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS DISTINTOS CONTEXTOS

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

§ 1º – os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, as-

sociedades comunitárias, fábricas, entre outros.

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



9 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem é definido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional⁵. Propicia a organização e direção ao cuidado de enfermagem, sendo a essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, contribuindo para o pensamento crítico do enfermeiro no processo de tomada de decisões e de prever e avaliar os resultados.

Aqui apresentamos uma breve descrição de como os profissionais de enfermagem podem desenvolver cada etapa do Processo de Enfermagem.

I – Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem):

Enfermeiro – Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Colete e registre toda informação necessária para:

- a. Prevenir/detectar e controlar os problemas de saúde potenciais ou reais, visando à promoção da saúde, a independência e o bem estar da pessoa, família e coletividade;
- b. Utilize as técnicas da entrevista e exame físico.

II – Diagnóstico de Enfermagem:

Enfermeiro

Analise os dados coletados, tire conclusões e determine se existem:

- a. Problemas de saúde potenciais ou reais que exigem intervenção e controle de enfermagem;
- b. Riscos para a segurança ou transmissão de infecção;
- c. Sinais ou sintomas que necessitam de avaliação de outro profissional da equipe de saúde;
- d. Necessidades de aprendizado da pessoa, família e coletividade que devem ser abordadas;
- e. Recursos da pessoa, família e coletividade, pontos fortes e uso de comportamentos saudáveis;
- f. Estados de saúde que são satisfatórios, mas podem ser melhorados.

Realize o julgamento clínico e estabeleça o enunciado Diagnóstico de Enfermagem que irá subsidiar o Planejamento de Enfermagem.

III – Planejamento de Enfermagem:

Enfermeiro

Esclareça os resultados esperados, com base nas prioridades e determine as intervenções/ações (prescrição) de enfermagem:

Intervenções Independentes: não exigem orientações ou prescrições de outros profissionais, são ações autônomas, com base científica. Estão relacionadas às atividades da vida diária, educação e promoção da saúde.

Intervenções Interdependentes: são aquelas que envolvem a participação de outros profissionais, como o fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, dentre outros.

Intervenções Dependentes: são aquelas que requerem a prescrição médica, visando tratar ou controlar as alterações fisiopatológicas. O enfermeiro executa essas ações de forma colaborativa, tendo por base as prescrições médicas, como por exemplo, a administração de medicamentos.

Assim, como todas as ações de enfermagem, tanto as intervenções independentes quanto as dependentes, o enfermeiro necessita desenvolver competência técnica e conhecimentos para a sua execução. Sabendo reconhecer os resultados esperados após a ação, o que influenciará na avaliação do cliente e requer saber identificar os possíveis efeitos advindos da ação. No momento de selecionar a intervenção, o enfermeiro deve conhecer as possibilidades de planejá-las, seja através de protocolos, rotinas ou padrões de orientações.

IV – Implementação:

Enfermeiro – Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Coloque seu plano em ação:

- Realize as intervenções/ações de enfermagem;
- Registre as intervenções/ações de enfermagem e as respostas da clientela (pessoa, família ou coletividade) no prontuário.

V – Avaliação de Enfermagem:

Enfermeiro – Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Faça uma investigação abrangente da clientela (pessoa, família ou coletividade) para decidir se os resultados esperados foram alcançados ou se surgiram novos problemas:

- Decida se modifica, mantém ou encerra o plano de cuidados;
- Realize investigação contínua até a alta da clientela (pessoa, família ou coletividade), sempre revisando os enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

NHB	DIAGNÓSTICO	RESULTADO	INTERVENÇÕES
INTEGRIDADE FÍSICA	Colocação de pele alterada (local)	Coloração de pele normal	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar evolução da cicatrização (...) Proteger área de apoio e pressão por meio de uso de colchão de casca de ovo Proteger proeminências ósseas com (...) Descrever características da úlcera Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou esquêmicos Monitorar sinais e sintomas de infecção da úlcera Observar e registrar aparecimentos de edemas e hiperemia em proeminências ósseas Comunicar alterações na cor e temperatura das extremidades Implantar protocolo assistencial de prevenção para UPP Manter lençóis limpos, secos e esticados Colocar coxins de proteção, faixas de segurança Fazer curativos (...) Fazer mudança de decúbito Hidratar a pele (...)
	Escoriação da pele	Integridade tissular restabelecida	
	Ferida cirúrgica contaminada	Cicatrização da ferida cirúrgica Ferida cirúrgica limpa Infecção ausente	
	Úlcera por pressão	Integridade tissular restabelecida	
	Risco de úlcera por pressão	Risco ausente de úlcera por pressão	

Figura 06: Exemplificando o uso dos elementos da prática de enfermagem: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

10 - SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM ENFERMAGEM

A Enfermagem dispõe de vários sistemas de classificação, cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do Processo de Enfermagem. Os sistemas de classificação, também conhecidos como taxonomias, têm contribuído na promoção da autonomia do enfermeiro no julgamento das necessidades de cuidado do cliente (pessoa, família ou coletividade), facilitando o uso dos conhecimentos específicos da Enfermagem e possibilitando a realização de estudos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem. Dentre as diversas classificações de enfermagem, as mais conhecidas e utilizadas são: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), NANDA Internacional (NANDA-I)¹⁷, Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)¹⁸, Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)¹⁹, Classificação de Cuidados Clínicos (CCC) e Sistema Comunitário de Saúde de Omaha¹².

Dentre os sistemas de classificação, destaca-se a CIPE®, desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma classificação relacionada à Família de Classificações. Configura-se como um sistema de classificação desenvolvido para tentar suprir a necessidade de uma linguagem universal dentro da Enfermagem²⁰.

Os propósitos definidos pelo CIE – organismo que representa a Enfermagem mundialmente junto à OMS, para uma classificação de enfermagem, sintetizam os diversos sistemas de classificação existentes. O propósito mais abrangente para as classificações de enfermagem é o de estabelecer uma linguagem comum para descrever o cuidado em enfermagem para com a pessoa, família e coletividade em diferentes locais, de forma a permitir comparações espaciais e temporais^{11-12,20}.

Sistemas de Classificações	Elementos da Prática de Enfermagem
CIPE®	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
NANDA-I	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
NOC	RESULTADOS DE ENFERMAGEM
NIC	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
CCC	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
OMAHA	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Figura 07: Sistemas de Classificações ou Taxonomias em Enfermagem.

11 - DEZ PASSOS PARA VOCÊ IMPLANTAR A SAE NO SEU SERVIÇO



1. Sensibilizar a comunidade assistencial sobre a importância e necessidade da implantação da SAE;
2. Revisitar o Regimento Interno, a Missão, Visão e Valores do Serviço de Enfermagem;
3. Constituir e qualificar um Grupo de Trabalho (GT) institucional em SAE;
4. Desenvolver um plano de ação a longo prazo para implantação da SAE;
5. Selecionar e desenvolver um Modelo Conceitual e Sistema de Classificação de Enfermagem;
6. Revisitar as atribuições dos profissionais da equipe de Enfermagem;
7. Revisar e/ou elaborar documentos específicos de enfermagem (protocolos, manuais, impressos, etc);
8. Selecionar a clínica piloto para implantação da SAE;
9. Qualificar os profissionais de enfermagem para desenvolvimento do processo de enfermagem, iniciando pela equipe da unidade piloto definida pelo GT SAE;
10. Implantar e implementar o Processo de Enfermagem, avaliando continuamente, e disseminando para todas as unidades assistenciais.

12 - REGISTROS DE ENFERMAGEM

Os registros dos profissionais de enfermagem são fontes de informações relevantes e imprescindíveis para o acompanhamento dos níveis de qualidade e segurança da assistência de enfermagem. Assim, os profissionais de enfermagem devem primar pela qualidade dos registros/documentação, garantido que ao realizá-los, adotem uma metodologia que sustente a fidedignidade da coleta dos dados para se estabelecer a qualidade ou não dos indicadores avaliados.

Os registros no prontuário do cliente (pessoa, família ou coletividade) devem ser estruturados a partir de um resumo mínimo de dados e o uso das terminologias de enfermagem, de modo a contribuir com a construção de indicadores de qualidade

para uma maior segurança dos cuidados prestados.

Legislação

DECRETO nº 94.406, de 8/6/87 que regulamenta a **LEI nº 7.498, de 25/6/86** que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem

Resolução COFEN 191/96 que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou de autorização pelo pessoal de enfermagem

Resolução COFEN 311/07 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Resolução COFEN 358/09 que dispõe sobre a SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem

Resolução COFEN 429/12 que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte-tradicional ou eletrorônico

Por que Registrar

O Registro de Enfermagem constitui exigência legal

É prova legal do atendimento prestado

Reforça a responsabilidade do profissional envolvido no processo assistencial

O Registro de Enfermagem é fonte de informação entre os profissionais da equipe multiprofissional

Fornece subsídios para a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional

O Registro de Enfermagem contribui para as atividades de pesquisa e educação em saúde

O Registro de Enfermagem permite auditoria da assistência prestada e subsidia a análise de custos para o pagamento dos serviços oferecidos a clientela

Quem deve Registrar

• Enfermeiros

• Auxiliares de Enfermagem

• Técnicos de Enfermagem

• Estudantes de Enfermagem

Onde Registrar

No prontuário do paciente, utilizando os impressos que foram adotados pelo serviço de enfermagem e fazem parte do prontuário do paciente

O que Registrar

Anotações referentes às ações de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados realizados• Medidas de segurança: grades, restrição mecânica, etc• Preparo pré operatório
Anotações referentes às manifestações físicas/ocorrências:	<ul style="list-style-type: none">• Sinais e sintomas apresentados• Exames e cirurgias realizados e/ou suspensos• Intecorrências e providências tomadas
Anotações referentes à satisfação das NHB:	<ul style="list-style-type: none">• Eliminações• Sono e repouso• Condições de locomoção
Anotações referentes aos aspectos psicossociais:	<ul style="list-style-type: none">• Condições emocionais• Queixas e preocupações
Anotações referentes à movimentação do paciente:	<ul style="list-style-type: none">• Transferências• Altas• Encaminhamentos

Anotações referentes a ocorrências diversas | Situações e providências tomadas

Como Registrar

Obedecendo os Critérios de:

Identificação	<ul style="list-style-type: none">• Deve constar em impresso devidamente identificado com dados do paciente - nome e sobrenome, nº leito, nº prontuário• O profissional deve assinar o seu nome em todos os registros realizados, seguido da sigla COREN/BA, do nº da inscrição e da indicação da categoria profissional (ENF, TE, AE)
Brevidade / Exatidão	<ul style="list-style-type: none">• Os fatos devem ser anotados com precisão e veracidade, de modo claro, exato, completo, objetivo e conciso• Após a data, iniciar com horário e terminar com a assinatura• Não deixar espaço em branco
Legibilidade	<ul style="list-style-type: none">• O registro deve ser feito de forma nítida, com letra legível e à tinta• Não rasuar ou se cometer erros, utilizar o método de correção adotado pela instituição - digo, sem efeito• Não utilizar corretivos nem marca texto• Utilizar os termos científicos e por extenso• Usar abreviaturas padronizadas e convencionadas

13 – A SAE E O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

RESOLUÇÃO COFEN-293/2004

Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais; CONSIDERANDO o artigo 8º, incisos IV, V e XIII; artigo 15, inciso II, III, IV, VIII e XIV, da Lei nº 5.905/73;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 242/2000, que aprova o Regimento Interno da Autarquia, o disposto nos seus artigos 10, inciso I, alínea a, artigo 13, incisos IV, V, XI, XIII e XVIII, e cumprindo deliberação do Plenário em sua 322ª Reunião Ordinária; CONSIDERANDO inexistir matéria regulamentando as unidades de medida e a relação de horas de enfermagem por leito ocupado, para estabelecer o quadro de profissionais de enfermagem;

CONSIDERANDO haver vacância na lei sobre a matéria;

CONSIDERANDO a necessidade requerida pelos gerentes e pela comunidade de Enfermagem, da revisão dos parâmetros assistenciais em uso nas instituições, face aos avanços verificados em vários níveis de complexidade do sistema de saúde e às atuais necessidades assistenciais da população;

CONSIDERANDO a necessidade imediata, apontada pelos gestores e gerentes das instituições de saúde, do estabelecimento de parâmetros como instrumento de planejamento, controle, regulação e avaliação da assistência prestada;

CONSIDERANDO a necessidade de flexibilizar nas instituições de saúde públicas e privadas do país, a aplicação de parâmetros que possibilitem os ajustes necessários, derivados da diferença do perfil epidemiológico e financeiro;

CONSIDERANDO a ampla discussão sobre o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial no âmbito da enfermagem, que possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gerentes das instituições de saúde, na sua formulação, através da Consulta Pública COFEN nº 01/2003, e a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem;

CONSIDERANDO que o caráter disciplinador e fiscalizador dos Conselhos de Enfermagem sobre o exercício das atividades nos Serviços de Enfermagem do país, aplicam-se também, aos quantitativos de profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde;

CONSIDERANDO que, para garantir a segurança e a qualidade da assistência ao cliente, o quadro de profissionais de Enfermagem, pela continuidade ininterrupta e a diversidade de atuação depende, para seu dimensionamento, de parâmetros específicos; CONSIDERANDO os avanços tecnológicos e a complexidade dos cuidados ao cliente, quanto

às necessidades físicas, psicossomáticas, terapêuticas, ambientais e de reabilitação; CONSIDERANDO que compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais, necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem, RESOLVE:

Art. 1º – Estabelecer, na forma desta Resolução e de seus anexos I, II, III e IV, os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde.

§ 1º – Os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores e gerentes das instituições de saúde no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas;

§ 2º – Esses parâmetros podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem e, posteriormente, referendados pelo COFEN.

Art. 2º – O dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:

I – à instituição/empresa: missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

II – ao serviço de Enfermagem: – Fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87); – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENS; – Aspectos técnico- administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); taxa de absenteísmo (TA) e taxa ausência de benefícios (TB) da unidade assistencial; proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.

III – à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sócio-cultural e econômica.

Art. 3º – O referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada Unidade de Internação, considera o SCP, as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Art. 4º – Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

– 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;

– 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;

- 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

§ 1º – Tais quantitativos devem adequar-se aos elementos contidos no Art. 2º desta Resolução.

§ 2º – O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total.

§ 3º – Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leito-dia, a unidade de medida será o sítio funcional, com um significado tridimensional: atividade(s), local ou área operacional e o período de tempo (4, 5 ou 6 horas).

§ 4º – Para efeito de cálculo deverá ser observada a cláusula contratual quanto à carga horária.

§ 5º – Para unidades especializadas como psiquiatria e oncologia, deve-se classificar o cliente tomando como base as características assistenciais específicas, adaptando-as ao SCP.

§ 6º – O cliente especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários.

§ 7º – Para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de seis anos e o recém nascido devem ser classificados com necessidades de cuidados intermediários.

§ 8º – O cliente com demanda de cuidados intensivos deverá ser assistido em unidade com infraestrutura adequada e especializada para este fim.

§ 9º – Ao cliente crônico com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva deverá ser acrescido de 0,5 às horas de Enfermagem especificadas no Art.4º.

Art. 5º – A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o SCP:

- 1 – Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;
- 2 – Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- 3 – Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

Parágrafo único – A distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência.

Art. 6º – Cabe ao Enfermeiro o registro diário da(s) ausências ao serviço de profissionais de enfermagem; presença de crianças menores de 06 (seis) anos e de clientes crônicos, com mais de 60 (sessenta) anos, sem acompanhantes; e classificação dos

clientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades assistenciais.

Art. 7º – Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.

§ 1º – O responsável técnico de enfermagem da instituição de saúde deve gerenciar os indicadores de performance do pessoal de enfermagem.

§ 2º – Os indicadores de performance devem ter como base a infraestrutura institucional e os dados nacionais e internacionais obtidos por “benchmarking”.

§ 3º – Os índices máximo e mínimo de performance devem ser de domínio público.

Art. 8º – O responsável técnico de enfermagem deve dispor de 3 a 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação de programas de educação continuada.

Parágrafo único – O quantitativo de Enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educação continuada e comissões permanentes, deverá ser dimensionado de acordo com a estrutura da organização/empresa.

Art. 9º – O quadro de profissionais de enfermagem da unidade de internação composto por 60% ou mais de pessoas com idade superior a 50 (cinquenta) anos, deve ser acrescido de 10% ao IST.

Art. 10 – O Atendente de Enfermagem não foi incluído na presente Resolução, por executar atividades elementares de Enfermagem não ligadas à assistência direta ao paciente, conforme disposto na Resolução COFEN nº 186/1995.

Art. 11 – O disposto nesta Resolução aplica-se a todas as instituições de saúde e, no que couber, às outras instituições.

Art. 12 – Esta Resolução entra em vigor após sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução 189 de 25 de março de 1996.

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2004.

Gilberto Linhares Teixeira | Presidente - COREN-RJ Nº 2.380
Carmem de Almeida da Silva | Primeira-Secretaria - COREN SP Nº 2254

TERMINOLOGIAS

ÁREA OPERACIONAL: consultório, sala de exame, sala de tratamento, sala de trauma, sala de emergência, sala de pronto-atendimento, sala de imunização, sala de diálise/hemodiálise, sala de cirurgia, sala de pré e pós-parto, sala de parto, sala de preparo de material, sala de esterilização, sala de ultrassom, sala de eletrocardiograma etc.

ATIVIDADE: pré – consulta, consulta, tratamento (curativo, quimioterapia, hemodiálise, diálise, instrumentação e circulação de cirurgias, atendimento/assistência), preparo de material, esterilização, chefia, coordenação ou supervisão etc.

BENCHMARKING: é uma ferramenta prática de melhoria para a realização de comparações da empresa ou outras organizações que são reconhecidas pelas melhores práticas administrativas, para avaliar produtos, serviços e métodos de trabalho. Pode ser aplicado a qualquer nível da organização, em qualquer sítio funcional (SF).

COMPLEXIDADE: é o que abrange ou encerra elementos ou partes, segundo Mário Chaves, os Hospitais, pela sua complexidade, caracterizam-se como secundários terciários e quaternários, de acordo com a assistência prestada, tecnologia utilizada e serviços desenvolvidos.

GRAU DE DEPENDÊNCIA: é o nível de atenção quantiquantitativa requerida pela situação de saúde em que o cliente se encontra, exigindo demandas de cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos.

INDICADORES: instrumentos que permitem quantificar os resultados das ações. São indicadores que devem nortear o dimensionamento de pessoal do Hospital, quanto a: número de leitos, número de atendimentos, taxa de ocupação, média de permanência, paciente/dia, relação empregado/leito, dentre outros.

INDICADORES DE QUALIDADE: instrumentos que permitem a avaliação da assistência de Enfermagem, tais como: sistematização da assistência de Enfermagem; taxa de ocorrência de incidentes (iatrogenias); anotações de Enfermagem quanto à frequência e qualidade; taxa de absenteísmo; existência de normas e padrões da assistência de Enfermagem, entre outros.

ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA: é um valor percentual que se destina a cobertura das taxas de absenteísmo e de ausências de benefícios. Ela destina-se à cobertura das ausências do trabalho, previstas ou não, estabelecidas ou não em Lei.

14 – A SAE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

As questões associadas à segurança do paciente são um grave problema de saúde pública em todo mundo, uma vez que o risco e a ocorrência de eventos adversos/iatrogenias têm aumentado em todos os ambientes da saúde, fatos estes relacionados principalmente ao maior número de opções terapêuticas e diagnósticas. Observa-se ainda que, mesmo em instituições de saúde mais bem estruturadas, os pacientes e familiares estão em constante risco de serem vítimas de erros e/ou eventos adversos evitáveis²².

Desta forma, como recurso para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, além da implantação do Processo de Enfermagem, se faz necessário a adoção de medidas sistematizadas, visando a prevenção dos riscos e a segurança dos usuários dos serviços de saúde. A seguir, citamos alguns critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, definidos para este fim. Para melhor compreensão, recomendamos a leitura na íntegra da resolução específica. (VIDE LINK: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html).

RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências / Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro

15 – ANEXOS

I - DECISÃO COREN-BA Nº 01/2010

Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado da Bahia.

O Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, no uso de suas atribuições a que alude a Lei 5.905 de 12 de julho de 1973 e a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, e tendo em vista a deliberação do Plenário em sua 389ª reunião ordinária, realizada em 04 de fevereiro de 2010;

CONSIDERANDO a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988 no Artigo 5º, inciso XIII, e Artigo 196;

CONSIDERANDO os preceitos da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, e o Decreto Lei nº 94.406 de 28 de junho de 1987;

CONSIDERANDO o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, nos termos que dispõe a Resolução COFEN 311, de 08 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – utiliza método e estratégia de trabalho científico, subsidiando a prescrição e implementação de ações para a Assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa, família e coletividade;

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

CONSIDERANDO que o Processo de Enfermagem é um instrumento que sistematiza o desenvolvimento de uma Teoria de Enfermagem direcionando os julgamentos clínicos necessários ao Cuidado Profissional de Enfermagem e a documentação da prática de Enfermagem.

CONSIDERANDO que a importância do Processo de Enfermagem é guiar, orientar o pensamento clínico de enfermagem contribuindo para a autonomia e o reconhecimento profissional.

CONSIDERANDO os estudos realizados pela Câmara Técnica de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CTSAE) do COREN-Ba.

DECIDEM:

Artigo 1º - O processo de Enfermagem, uma dinâmica das ações sistematizadas em busca de um cuidado individualizado, deve ser implementado em todos os ambientes públicos ou privados onde ocorra o Cuidado Profissional de Enfermagem,

Parágrafo único - Os ambientes de que tratam o caput deste artigo referem-se as instituições prestadoras de serviço, tanto no nível hospitalar, ambulatorial, domiciliar e no de Saúde Coletiva.

Artigo 2º - O Processo de Enfermagem deve assegurar que as intervenções sejam elaboradas para a pessoa, família ou coletividade e não para a doença.

Artigo 3º - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem cabendo-lhe, privativamente, a Consulta de Enfermagem, o Diagnóstico de Enfermagem, e o Planejamento do Cuidado de Enfermagem/Prescrição de Enfermagem.

Artigo 4º - O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhe couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Artigo 5º - O Processo de Enfermagem deve estar baseado em um marco teórico com o objetivo de guiar e aprimorar a prática, direcionando a observação dos fenômenos, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados. A teoria e a prática precisam estar interligadas para que as ações de enfermagem transcorram de modo congruente.

Artigo 6º - O Processo de Enfermagem apresenta cinco fases articuladas entre si, que se complementam, podendo ocorrer simultaneamente ou não, como seguem:

I – Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem – didaticamente, se caracteriza como a primeira fase, configurando o início do relacionamento com a pessoa, família ou coletividade, objetivando conhecer e obter informações que possibilitem a continuidade do processo. Tem como técnicas mais utilizadas a entrevista, a observação e o exame físico.

II – Diagnóstico de Enfermagem – fase que se caracteriza pela reflexão sobre as informações obtidas na etapa anterior. Representa um processo dinâmico, como é o processo saúde e doença, assim sendo não ocorre de forma estanque, exigindo o

desenvolvimento de habilidades cognitivas, experiências e conhecimentos científicos. As afirmações diagnósticas darão subsídio ao planejamento do cuidado.

III – Planejamento do Cuidado de Enfermagem – caracteriza-se pela definição dos resultados e metas esperados para os cuidados de enfermagem prestados a partir de ações que visem o atendimento das necessidades específicas da pessoa, família ou coletividade; elaboração das intervenções de enfermagem a partir da interação enfermeiro/paciente em prol de uma melhor resposta ao cuidado dispensado.

IV – Implementação – consiste na realização das intervenções, determinadas no planejamento, pelos profissionais de enfermagem de acordo com suas competências e protocolos institucionais; em conjunto com o paciente, família e demais membros da equipe multiprofissional.

V – Avaliação do Cuidado de Enfermagem – fase sistemática, planejada e contínua, visando comparar o processo saúde doença com as metas e objetivos anteriormente definidos; momento também para refletir sobre a qualidade da assistência.

Artigo 7º - Os registros referentes ao Processo de Enfermagem devem constar no prontuário do paciente; tratando-se de um documento legal diante de futuros questionamentos sobre a adequação e qualidade dos cuidados prestados.

Parágrafo único – Nos casos de assistência domiciliar o prontuário deverá permanecer junto ao paciente assistido de acordo com o disposto no Código de Defesa do Consumidor.

Artigo 8º - Os casos omissos no presente ato decisório serão resolvidos pelo COREN-BA;

Artigo 9º - A presente decisão entrará em vigor após homologação pelo COFEN e devida publicação no órgão de Imprensa Oficial, revogando-se as disposições contrárias, em especial, a Decisão 007/2000.

Salvador, 04 de fevereiro de 2010

Gícele Dórea | Conselheira Presidente - COREN-BA 031
Marilaine Matos de Menezes Ferreira | Conselheira Primeira Secretária - COREN-BA 32591

II - PORTARIA Nº 1.709 de 15 de dezembro de 2014

Regulamenta e estabelecem as atribuições dos Gestores, Trabalhadores de Referência, Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) e Apoiadores Institucionais da EESP envolvidos na Implantação de Práticas que garantam a Segurança do Paciente e da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos Estabelecimentos de Saúde da Rede SESAB.

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, no uso das suas atribuições legais e: Considerando as ações propostas pelo Ministério da Saúde com vistas à garantia da melhoria da qualidade da assistência;

A necessidade de garantir práticas multidisciplinares seguras para a assistência de qualidade nos Estabelecimentos de Saúde (ES):

Que os usuários dos hospitais da Rede estão 24 (vinte e quatro) horas sob a assistência direta da equipe de enfermagem;

A Portaria 529/ANVISA de 01/04/13 - que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e determina a obrigatoriedade da constituição de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde públicos e privados;

A Portaria 1.377/ANVISA de 09/07/13 que aprova os protocolos de segurança do paciente;

A Portaria 2.095/MS de 24/09/13 que aprova os protocolos de segurança do paciente;

A RDC 36/ANVISA de 25/07/13 que institui ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade, através da implantação dos NSP e de prática da notificação e análise de eventos adversos associados à assistência aos usuários nos serviços de saúde;

A prorrogação dos prazos determinados pela RDC 53/ANVISA de 14/11/13 para o cumprimento da RDC 36;

A Resolução COFEN nº 358/09, que obriga a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes onde ocorra o cuidado profissional de Enfermagem e dispõe sobre a assistência de enfermagem sistematizada. Visando, através de implantação de suas etapas, a garantia de práticas seguras, sistemáticas e de qualidade;

Os termos da Lei nº 6.437 de 20/08/77 que prevê que o não cumprimento de legislação sanitária federal constitui-se em uma infração sanitária sujeita a sanções;

Que práticas seguras e assistência de qualidade são garantidas através de gerenciamento de riscos, de processos seguros e bem definidos, do monitoramento de indicadores, de processos formativos constantes e problematizados pelos trabalhadores;

Que alinhamento estratégico dentro de uma política nacional e institucional com as ações a serem desenvolvidas pelos trabalhadores qualificados, torna-se necessário e pode mudar práticas e trazer satisfação à comunidade, usuários e profissionais.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a criação de um Comitê Local de Apoio a Implantação da Política Nacional de Segurança do Paciente com composição que contemple representações

de setores estratégicos da SESAB (trabalhadores qualificados pelos cursos de Segurança do Paciente e da Sistematização da Assistência de Enfermagem promovidos pela SUPERH/EESP, bem como os discentes do Curso de Especialização em Segurança do Paciente promovido pela ENSP/FIOCRUZ lotados nos Estabelecimentos de Saúde da Rede, referências dos NUGTES, Apoiadores Institucionais da EESP, técnicos da DGTES, técnicos da EFTS e DGRP) e Conselhos Profissionais;

Art. 2º - Estabelecer as atribuições dos gestores, trabalhadores de referência, referências dos NUGTES e Apoiadores Institucionais da EESP;

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

WASHINGTON LUIS SILVA COUTO - Secretário de Saúde

16 - REFERÊNCIAS

1. Decreto 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial. Brasília, 23-12-1996. Seção I, fls 27833-41.
2. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. Resolução No 4 de 22 Dez 1999: diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico [acesso em 2015 Jul 18]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CEB04991.pdf>
3. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. Resolução No 3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 Nov 2001. Seção 1. p.37.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. [citado em 2015 Jun 15]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. [citado em 2015 Jun 15]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
6. Lei 7.498, de 25 de junho 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, 26-06-1986. Seção I, fls 9.273-5.
7. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. Decisão 001/2010. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem no estado da Bahia. COREN-BA. 04 de fevereiro de 2010.
8. Ministério da Saúde (BR), Ministério de Estado da Saúde. Portaria No 1.970, de 25 de outubro de 2001. Aprovar o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. [Internet]. [citado em 2015 Jun 15]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf
9. Sesab. Portaria 1.709, de 15 de dezembro 2015. Regulamenta e estabelece as atribuições dos gestores, Trabalhadores de referências, Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) e apoiadores institucionais da EESP envolvidos na implantação de práticas que garantam a Segurança do Paciente e da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos estabelecimentos de saúde da Rede-SESAB. Diário Oficial do Estado. Bahia, 16-12-2014. fls 33.
10. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. Artmed: Porto Alegre; 2010.
11. Garcia TR. CIPE®: Aplicação a realidade brasileira. Artmed: Porto Alegre; 2015.
12. Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2 ed. Belo Horizonte: ABEN; 2009.
13. Westphalen MEA, Carraro TE. Metodologias para a Assistência de Enfermagem:

- teorizações, modelos e subsídios para a prática. AB Editora: Goiânia; 2001.
14. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.
 15. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
 16. Rouquayrol MZ, Silva MGC. Epidemiologia & Saúde. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013.
 17. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2015/2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
 18. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5. ed. São Paulo: Elsevier; 2010.
 19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
 20. CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 2.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Algor; 2011.
 21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 393/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas [Internet]. [citado em 2015 Jun 15]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
 22. Sousa PAF, Sasso GTMD, Barra DCC. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. Texto contexto-enferm. 2012; 21(4): 971-979.



PRAÇA ALMIRANTE COELHO NETO, 2 - BARRIS | SALVADOR-BA - CEP: 40.070-140
TELEFONES: (71) 2104-3888 - 2104-3857 | E-MAIL: FALECONOSCO@COREN-BA.GOV.BR