



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL**

Ana Teresa Ferreira de Souza

**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO**

Rio de Janeiro

2016

Ana Teresa Ferreira de Souza

**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO**

Produto Acadêmico do Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, da linha de pesquisa: Políticas Públicas em Saúde e Gestão do Espaço Hospitalar, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Orientador: Prof. Dr^a Teresa Tonini

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

2016

S729 Souza, Ana Teresa Ferreira de.
Instrumento para avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) : construção e validação / Ana Teresa Ferreira de Souza, 2016.
168 f. ; 30 cm

Orientadora: Teresa Tonini.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Cuidados de enfermagem - Planejamento. 2. Processos de Enfermagem. 3. Estudos de Validação. I. Tonini, Teresa.
II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. III. Título.

CDD – 610.73

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, da linha de pesquisa: Políticas Públicas em Saúde e Gestão do Espaço Hospitalar,

Aprovado Em: 27/06/2016

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Teresa Tonini - Presidente

Doutora em Saúde Coletiva (2006) pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor Associado do Departamento de Enfermagem Fundamental; Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO), Gestão 2013-2016; Representante Institucional na Red Internacional Centros Colaboradores de la Fundación Index. Membro da Comissão Acadêmica do Colégio Doutoral de Enfermagem do Grupo Tordesilhas. Coordenadora do convênio interinstitucional com a Universidad Sur Colombiana - USCO (Neiva/Colômbia) e do convênio interinstitucional com a Universidade Estadual de Roraima (UERR). Assessora Internacional da USCO para Implantação do Curso de Doutorado em Ciências de La Salud. Conselheira Suplente do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RJ).

Dr^a Lucia Helena Silva Corrêa Lourenço – 1º Examinador

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1998). Professor Associado da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UF RJ). Graduação em Enfermagem (1984); Avaliadora Institucional e de Cursos do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP/MEC). Conselheira Titular do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (Coren-RJ) e Coordenadora das Câmaras Técnicas.

Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior – 2º Examinador

Doutor em Enfermagem UFRJ/2000. Estágio de Pós-doutorado no IMS/UERJ em 2003, Licenciado em História pelo Instituto Metodista Bennett/2008 e Mestre em Educação UNIRIO/2012; Professor Associado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Consultor ad hoc da Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental. Membro da Coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde HUGG/UNIRIO (2010-2014) e Coordenador do Curso de Especialização em Gestão em Saúde PNAP/CAPES/UNIRIO (2010-2012). Coordenador do PPGraduação Mestrado Profissional/UNIRIO (2014/16) Sócio Efetivo ABEn/RJ. Sócio Fundador e membro da diretoria da ABRADHENF.

Dr^a Nébia Maria de Figueiredo Almeida – Suplente

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1994. Professor titular da Universidade do Rio de Janeiro. Coordena 4 projetos de pesquisa. Consultora "ad hoc" de 11 periódicos. Coordena a Câmara Técnica de Educação e Pesquisa e a Comissão de Publicação do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro – Coren-RJ.

Dr^a Rosimere Ferreira Santana - Suplente

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2007) e pós-doutorado pela Universidade Federal do Ceará (2012). Professora adjunta da Universidade Federal Fluminense, atuando na graduação, na especialização em Enfermagem Gerontológica, no Mestrado Profissional (MPEA), no Mestrado e Doutorado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PPGCCS). Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG) e do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESAE). Atualmente é Vice-coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA). E Membro Titular do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP/UFF).

Dedico este trabalho aos Profissionais de Enfermagem
Conselheiros eleitos e enfermeiros fiscais do Sistema
Cofen e Conselhos Regionais de Enfermagem, que tão
dedicadamente buscam uma enfermagem melhor.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ser a minha luz e o meu guia.

Aos meus pais Antônio e Sonia que fizeram de mim um ser HUMANO.

À minha tia Irmã Júlia Ferreira, Enfermeira que inspirou a decisão de tornar-me ENFERMEIRA.

Às minhas filhas Camilla, Millena e Giulia, razões e motivações da minha vida, que compreendem as minhas ausências.

Ao meu marido e companheiro Alfredo, por todo suporte e inspiração de que tudo é possível em nossas vidas, basta acreditar.

À professora Nébia Maria de Almeida Figueiredo por vislumbrar e acreditar na possibilidade de tornar-me uma pesquisadora, por ser uma luz, despertou o sentimento de que “sou um golfinho em um mar com inúmeros tubarões”.

Ao Plenário do Cofen por compreender e viabilizar o desenvolvimento da pesquisa junto ao Conselho Federal.

Ao Plenário e enfermeiros fiscais do Coren-RJ, que incentivaram e contribuíram para a incessante busca do melhor e o mais ético.

E finalmente, à minha orientadora, Dr^a Teresa Tonini, pessoa que pude conviver e conhecer ao longo destes dois últimos anos, revelando um ser humano especial na arte de socializar e expandir conhecimento, que sempre me amparou e sempre teve “aquela palavra e aquela alternativa”, para as adversidades que vivenciei ao longo do desenvolvimento do estudo.

“Uma profissão que não conhece suas próprias correntes de pensamento se empobrece e dá a impressão que somente sabe fazer o seu trabalho pelo treinamento de fórmulas, rotinas e procedimentos padronizados (LEOPARDI, 1999)”.

RESUMO

Este estudo tem como finalidade a criação de indicadores, a construção e validação de um instrumento para a avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE, nas instituições onde há o exercício profissional da enfermagem, em cumprimento às normas legais do Sistema Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. Para compor o instrumento foram considerados os três eixos de organização do trabalho profissional dispostos na resolução Cofen nº 358/2009, como viabilizadores da operacionalização do processo de enfermagem: método, pessoal e instrumentos. Para cada eixo foram propostos indicadores afins a cada um, propostos nos “considerandos” da referida resolução, a saber: métodos – teorias de base, as cinco fases do processo de enfermagem e suas taxonomias; pessoas - profissionais habilitados na profissão, enfermeiro em todos os momentos e locais da assistência, dimensionamento (Resolução Cofen nº293/2004), profissionais capacitados/treinados, presença de especialistas (Lei do Exercício Profissional nº 7498/86) e instrumentos - regimento interno de enfermagem, manuais técnicos ou administrativos, procedimentos operacionais padrão - POP's, protocolos de cuidados, sistema de classificação de pacientes - SCP (Resolução Cofen nº293/2004), sistema registro paciente/procedimento impresso/ digital, sistema registro geral impresso/ digital, sistema de controle de indicadores impresso/ digital, escalas de horário de pessoal e escalas de atribuições ou atividades de pessoal. Estes “scores” são classificados em um dos três níveis (que variam entre 0; 0,5 e 1 pontos) de classificação destinados à levantamentos a nível setorial ou institucional, conforme o seu somatório. Para validação do conteúdo do sistema de classificação utilizou-se as técnicas de Grupo Nominal Modificado e Delphi Modificado em duas etapas. Os avaliadores foram enfermeiros da Câmara Técnica Federal de Fiscalização. O resultado da pesquisa constitui-se no instrumento validado por especialistas. Este instrumento destina-se a subsidiar as ações dos enfermeiros fiscais na avaliação da implantação da SAE, proporcionando ao processo de fiscalização do Sistema Cofen e Conselhos Regionais maior confiabilidade na aferição da implantação da SAE nas instituições fiscalizadas.

Palavras Chaves: processo de enfermagem, planejamento cuidado do paciente, estudos de validação

ABSTRACT

This study aims to create indicators, to construct and validate an instrument for assessing the implementation of the systematization of nursing care - SAE, in institutions where there is the professional nursing practice, in compliance with legal standards of Federal System and Regional Nursing Councils, which provides for the systematization of nursing care - SAE. To compose the instrument were considered the three axes of organization of professional work established in resolution COFEN number 358/2009, as enablers of the implementation of the nursing process: method, personnel and instruments. For each of the axes they were proposed indicators related to each of the three axes proposed in the "preamble" of the resolution, namely: methods - basic theories, the five phase of the nursing process and their taxonomies; people - skilled professionals in the profession, a nurse at all times and local assistance, sizing (Resolution COFEN # 293/2004), qualified / trained professionals, the presence of experts (the Professional Practice Law No. 7498/86) and instruments - bylaws nursing, technical or administrative manuals, standard operating procedures - SOPs, care protocols, patient classification system - SCP (Resolution COFEN # 293/2004), patient record system / print / digital procedure, system overall record printed / digital system control print / digital indicators, staff time scales and scales assignments or personal activities. These "scores" are classified into one of three levels (ranging from 0, 0.5 and 1 points) rating for the surveys sectoral or institutional level, according to their sum. For validation of the classification system content we used the Nominal Group and Delphi techniques Modified Modified in two stages. Evaluators were nurses from the Federal Chamber of Technical Supervision. The result of the research is constituted in the instrument validated by experts. This instrument is intended to support the actions of nurses in the tax assessment of the implementation of the NCS, providing the inspection process COFEN System and Regional Councils greater reliability in assessing the implementation of the NCS in supervised institutions.

Key words: nursing process, patient care planning, validation studies

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo crear indicadores, la construcción y validación de un instrumento para evaluar la aplicación de la sistematización de la asistencia de enfermería - SAE, en las instituciones donde existe la práctica profesional de enfermería, en cumplimiento de las normas legales del sistema y COFEN Consejos regionales, que prevé la sistematización de la asistencia de enfermería - SAE. Para componer el instrumento se consideraron los tres ejes de organización del trabajo profesional establecido en la resolución COFEN No 358/2009, como facilitadores de la implementación del proceso de enfermería: La forma, el personal y los instrumentos. Para cada uno de los ejes que se propusieron indicadores relacionados con cada uno de los tres ejes propuestos en el "preámbulo" de la resolución, a saber: - métodos teorías básicas, las cinco fases del proceso de enfermería y sus taxonomías; personas - profesionales calificados en la profesión, una enfermera en todo momento y asistencia local, el tamaño (resolución COFEN # 293/2004), / profesionales calificados y capacitados, la presencia de expertos (la Ley del Ejercicio Profesional N° 7498/86) e instrumentos - Estatutos enfermería, técnicos o administrativos manuales, procedimientos operativos estándar - SOP, protocolos de atención, el sistema de clasificación de pacientes - SCP (Resolución COFEN # 293/2004), sistema de registro de paciente / impresión / procedimiento digital, sistema de registro general imprimen sistema digital / control de impresión / indicadores digitales, el tiempo del personal escalas y escalas tareas o actividades personales. Estos "resultados" se clasifican en uno de tres niveles (que van de 0, 0,5 y 1 puntos) Valoración de las encuestas de ámbito sectorial o institucional, de acuerdo con su suma. Para la validación del contenido del sistema de clasificación se utilizaron las técnicas de grupo nominal y método Delphi Modificado Modificado en dos etapas. Los evaluadores son enfermeros de la Cámara Federal de Supervisión Técnica. El resultado de la investigación se constituye en el instrumento validado por los expertos. Este instrumento está diseñado para apoyar las acciones de las enfermeras en la determinación del impuesto de la aplicación de la NCS, que proporciona el Sistema COFEN y Consejos Regionales proceso de inspección de una mayor fiabilidad en la evaluación de la aplicación de la NCS en las instituciones supervisadas.

Palabras clave: proceso de enfermería, planificación de la atención al paciente, estudios de validación

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadro 01	Distribuição de artigos selecionados conforme a classificação “Análises, avaliações, reflexões e pesquisas de opinião sobre SAE”	53
Quadro 02	Distribuição de artigos selecionados conforme a classificação “Construção e validação de instrumentos afins à SAE”	56
Quadro 03	Distribuição de artigos selecionados conforme a classificação “Gestão e gerenciamento de serviços de enfermagem e a implantação e implementação da SAE”	59
Quadro 04	Distribuição de artigos selecionados conforme a classificação “Bases legais Brasileiras e do Sistema Cofen e Conselhos Regionais de fiscalização do exercício profissional”	60
Quadro 5	Indicadores referentes a Identificação do Instrumento – 1ª etapa Delphi	65
Quadro 6	Indicadores do Eixo Métodos, referente ao Histórico e Exame Físico – 1ª etapa Delphi	65
Quadro 7	Indicadores do Eixo Métodos referente ao Diagnóstico – 1ª etapa Delphi	69
Quadro 8	Indicadores do eixo Métodos referente ao Planejamento de Enfermagem – 1ª Etapa Delphi	69
Quadro 9	Indicadores do Eixo Métodos referente à Implementação – 1ª etapa Delphi	69
Quadro 10	Indicadores do Eixo Métodos referente à Avaliação – 1ª Etapa Delphi	70
Quadro 11	Indicadores do Eixo Métodos referente à Registros e Anotações – 1ª etapa Delphi	71
Quadro 12	Indicadores do Eixo Pessoas referente ao Dimensionamento de Pessoal – 1ª etapa Delphi	72
Quadro 13	Indicadores do Eixo Pessoas, referente às Habilitações, Capacitações e Atualizações – 1ª etapa Delphi	73
Quadro 14	Indicadores referentes ao Eixo Instrumentos – 1ª etapa Delphi	80
Tabela 01	Caracterização dos Juízes participantes do estudo Delphi	80
Tabela 02	Demonstração da classificação likert sobre o Instrumento de Avaliação da Implantação da SAE – 1ª etapa do Delphi Modificado	84
Tabela 03	Consolidado dos indicadores contidos no Instrumento de Avaliação da Implantação da SAE – 1ª etapa do Delphi Modificado conforme índice de validade de conteúdo (ICVi)	85
Quadro 15	Indicadores de Identificação do Instrumento – 2ª etapa Delphi	90
Quadro 16	Indicadores do Eixo Métodos referente à Implementação - 2ª etapa Delphi	91
Quadro 17	Indicadores do Eixo Pessoas referente ao Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem – 2ª etapa Delphi	92
Quadro 18	Indicadores do Eixo Pessoas referente às habilitações, capacitações e atualizações – 2ª etapa Delphi	92
Quadro 19	Tabela do Consolidado dos Scores das Avaliações – 2ª etapa Delphi	93

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	Proposta de Instrumento para Avaliação da SAE	113
Apêndice B	Carta aos Especialistas	119
Apêndice C	Instrumento de Coleta de Dados – 1ª Etapa Delphi	120
Apêndice D	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	141
Apêndice E	Ofício de Solicitação de Autorização par realização de pesquisa ao Cofen	143
Apêndice F	Instrumento de Coleta de Dados – 2º etapa do Delphi	144
Apêndice G	Instrumento para Avaliação da SAE após rodada do Delphi e Avaliação da Banca Examinadora – Produto Acadêmico	
Apêndice H	Tutorial de Orientações para preenchimento do Instrumento de Avaliação da SAE	156

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ACP	Ação Civil Pública
ANA	American Nursing Association
CCC	Classificação de Cuidados Clínicos
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE	Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTFIS	Câmara Técnica de Fiscalização
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DECS	Descritores de Saúde
HE	Histórico de Enfermagem
HHCC	Home Health Care Classification
IE	Intervenções de Enfermagem
ISO	International Organization for Standardization
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LEPE	Lei do Exercício Profissional de Enfermagem
MeSH	Medical Subjecting Headings
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	Nursing Intervention Classification
NMDS	Nursing Minimum Data Set
NOC	Nursing Outcomes Classification
NPJ	Notificação de Pessoa Jurídica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Processo Administrativo
PE	Processo de Enfermagem
PE	Planejamento de Enfermagem
PNDS	Perioperative Nursing Data Set

POP	Procedimento Operacional Padrão
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Paciente
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TGN	Técnica de Grupo Nominal

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	O TEMA E O PROBLEMA	14
1.1	OBJETIVO GERAL	20
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
1.3	JUSTIFICATIVA	21
CAPÍTULO 2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	A ENFERMAGEM	24
2.2	UMA BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO PROCESSO de ENFERMAGEM E DA SAE.....	26
2.3	AS TEORIAS DE ENFERMAGEM.....	33
2.4	AS TERMINOLOGIAS DE ENFERMAGEM.....	35
2.5	OS CENÁRIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL, DE IMPLANTAÇÃO E DE GESTÃO DA SAE	41
2.6	OS ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA SAE	45
CAPÍTULO 3	MATERIAIS E MÉTODOS	51
3.1	LOCAL DO ESTUDO	52
3.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO	52
3.3	MOMENTOS DA PESQUISA	52
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	79
CAPÍTULO 4	RESULTADOS	80
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES	80
4.2	JULGAMENTOS DO INSTRUMENTO PELOS JUÍZES – 1ª ETAPA DELPHI.....	81
CAPÍTULO 5	DISCUSSÃO	92
CAPÍTULO 6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICES	113

CAPÍTULO 1

O TEMA E O PROBLEMA

A Enfermagem pode ser descrita como uma profissão de cuidados e de ajuda, complexa e multifacetada, havendo ampla variedade de elementos em sua teorização e em sua prática. O cuidado de enfermagem é objeto de estudo e trabalho da profissão. A necessidade da enfermagem se manter como profissão tem demandando por referenciais teóricos e metodológicos que organizem a prática para atingir finalidades e metas no cuidado ao paciente (GARCIA, 2000).

Assim, ao se pensar em ciência na área de enfermagem, o processo de enfermagem (PE) surgiu para embasar suas ações de forma científica, possibilitando, a melhoria da assistência (FOSCHIEIRA e VIEIRA, 2006 apud LEONARD e GEORGE, 2000).

A implementação do PE envolve de um lado, diferentes fatores inter-relacionados: no campo da política, da normatização, e com objetivos de serviços que, normalmente são estabelecidos por outra categoria profissional. De outro lado, existem três áreas inter-relacionadas de cognição do profissional: o raciocínio clínico e o julgamento diagnóstico, o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio legal e julgamento ético. Envolve também, fatores que fazem parte do próprio cotidiano pessoal e de trabalho dos profissionais de Enfermagem (atitudes, crenças, valores, habilidades técnicas e intelectuais), para os quais muitas vezes, se busca explicação nas deficiências em sua formação e relação com a prática (FOSCHIEIRA e VIEIRA, 2006, apud LEONARD e GEORGE, 2000).

Quanto às suas origens, o PE foi implantado no Brasil por Wanda de Aguiar Horta na década de 1970, fundamentando o ensino e a prática da enfermagem. Todavia, somente em 2002, houve a sua regulamentação, por meio da Resolução nº 272 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2002). Esta norma determinou que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ocorresse em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras. Esta foi efetivamente, a primeira base legal específica, definindo a SAE como elemento integrativo à organização do trabalho da enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando-se possível a organização e a realização do Processo de Enfermagem na prática profissional.

Desse modo, a SAE prevê a natureza no trabalho da enfermagem a ser realizado e, as bases teórico-filosóficas, tipo de profissional, métodos assistenciais e resultados a serem

alcançados, bem como, os recursos materiais para a produção do cuidado (FULTON, 2008 *apud* LEOPARDI, 2006 BACKES e SCHARTZ, 2005).

A SAE foi introduzida nas décadas de 1920 e 30 nos cursos de Enfermagem dos Estados Unidos. Passou a ser utilizada como instrumento de planejamento e execução de sua prática, sendo denominada à época de Plano de Cuidados. Concomitantemente, havia a preocupação em introduzir os princípios científicos como fundamentação da prática de Enfermagem, desta forma a SAE passou a ser considerada como um método científico para organizar os cuidados na prática profissional (NEVES e SHIMIZU, 2010 *apud* HENDERSON, 1973).

No Brasil, a SAE começou a ser implantada com maior ênfase em alguns Serviços de Enfermagem nas décadas de 1970 e 80. A Teoria de Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Maslow, assumida por Wanda de Aguiar Horta, influenciou a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) nas instituições de saúde e o ensino na área de Enfermagem, deste modo, favoreceu a implantação das etapas da SAE na realidade brasileira (NEVES e SHIMIZU, 2010 *apud* MARLA, 1987 e SILVA, 2004).

No exercício da prática profissional, a SAE compreende todo o planejamento registrado da assistência que abrange desde a criação e implementação do manual de normas e rotinas das unidades, a descrição padronizada, até a adoção do PE. Como processo organizacional é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado (SANTOS, 2014 *apud* HERMIDA, 2007).

A SAE portanto, implica na definição da natureza e do modelo do trabalho e assistência a ser realizado e prestada, assim como na base teórico-filosófica, no tipo de profissional requerido, nas técnicas, nos procedimentos, nos métodos, nos objetivos e nos recursos materiais necessários para a produção do cuidado. Esta metodologia apresenta muitos aspectos fundamentais positivos como: segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, a individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro, diminuição do tempo de hospitalização e conseqüentemente economia de recursos (SANTOS, 2014).

Alguns requisitos são necessários para a implementação da SAE e estão relacionados com aspectos que envolvem o ensino em Enfermagem, a estrutura das organizações do trabalho de Enfermagem e elementos que envolvem a crença, os valores, o conhecimento, a habilidade e a prática do enfermeiro. Outras condições prévias que devem ser consideradas

são: a Política Institucional, o tipo de Liderança, a existência de Educação Continuada, o dimensionamento de Recursos Humanos de Enfermagem, o sistema de Comunicação, os Instrumentos e o desejo de Mudança (NEVES e SHIMIZU, 2010).

Tomando como referência a segunda Resolução que normalizou a SAE (COFEN, RESOLUÇÃO nº 358/2009), esta constitui-se de 5 etapas: Histórico de Enfermagem – HE constituído de Coleta de Dados e Exame Físico; Diagnóstico de Enfermagem – DE pautado nos problemas identificados na fase anterior; Planejamento de Enfermagem – PE; Implementação de Enfermagem – IE; Avaliação de Enfermagem. Este processo representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas (SANTOS, 2014).

A SAE, conforme definida na referida resolução, é uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença. Subsidiaria também ações de assistência de enfermagem e contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Assim a SAE favorece a qualidade da assistência prestada ao cliente, consolida e dá subsídio à ao cumprimento técnico-assistencial e ético da profissão (HERMIDA, 2007).

Para Barros e Lopes (2010), os artigos 3º e 4º da Resolução COFEN nº 358/2009, revestem-se de destaque na prática, por descreverem a necessidade de suporte teórico para orientação da coleta de dados, definição de diagnósticos de enfermagem e de planejamento das ações ou intervenções. Estas três etapas, para os autores, constituem os três pilares para proceder a realização da “avaliação dos resultados de enfermagem alcançados”, enfatizando nestes, a necessidade do uso de sistemas ou de taxonomias de classificações de diagnósticos, intervenções e resultados como estrutura teórica, o que possibilita a avaliação do cuidado de enfermagem e identificação, portanto, dos fenômenos evidenciados na prática assistencial.

A SAE mesmo oferecendo vantagens para o profissional e para o indivíduo, verificou-se no transcorrer dos anos, que a sua implantação, ainda não é uma realidade. Nesta assertiva, considera-se como fatores responsáveis pela ineficiência da implantação nos serviços de enfermagem: pouco reconhecimento de sua importância por parte da equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde; insuficiente número de enfermeiros nos serviços; pouco envolvimento com a prática do processo da referida metodologia; desvalorização por parte da administração da instituição; bem como a falta de controle por indicadores de resultado específicos para avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem (SANTOS, 2014).

Nessa mesma perspectiva de ineficiência da adoção da SAE na prática, Remizoski et al (2010) descrevem que outras dificuldades para sua implantação, estão relacionadas à falta de conhecimento e domínio da semiologia e da semiotécnica do exame físico, à falta de treinamento em serviço sobre a SAE; aos registros inadequados do plano e da assistência de enfermagem prestada; ao pouco valor atribuído ao processo baseado nos planejamentos organizacionais; aos conflitos de papéis entre os profissionais de enfermagem; sobre a dificuldade de aceitação de mudanças e à pouca credibilidade plano assistencial e da prescrição de enfermagem. Esses autores recomendam para sanar essas dificuldades, a realização de novos estudos nesta temática, afim de melhorar a percepção do enfermeiro em refletir quanto a importância da implantação da SAE para o exercício profissional.

Há diversos formulários e instrumentos facilitadores para implementação da SAE. Todavia, os enfermeiros utilizam, com pouca frequência, a prescrição e a evolução de enfermagem. Neves e Shimizu (2010) afirmam que a implementação da SAE ocorre de forma bastante fragmentada e apontam a necessidade de reorganização da metodologia, por meio da análise dos instrumentos utilizados, sobretudo, por meio de investimento na educação permanente de enfermeiros sobre o tema.

Essas dificuldades constantes nos estudos levantados, demonstram que, a Resolução Cofen 358/2009, não se configura como normativa para a implantação e implementação da SAE em instituições de saúde que buscam efetivá-la (HERMIDA; ARAÚJO, 2006). Barros e Lopes (2010) afirmam que mesmo sabendo-se que a aplicação de uma assistência de enfermagem sistematizada torna possível o enfermeiro atingir a autonomia profissional e constituir a diretriz básica de sua prática profissional prevista na Lei do Exercício profissional, o cumprimento parece estar bem distante da realidade.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEPE) nº 7498/1986 estabelece as competências dos profissionais de enfermagem e a responsabilidade no agir com base nas competências técnicas, éticas, políticas ou relacionais de cada um. Ademais, a Lei descreve as atividades privativas do enfermeiro, dentre elas a de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Com base nisso, Barros e Lopes (2010) afirmam que cabe ao enfermeiro o gerenciamento das ações de enfermagem ao planejar, executar, avaliar e discutir os resultados das condutas de enfermagem propostas com sua equipe.

O Sistema COFEN e Conselhos Regionais de Enfermagem – Corens é uma instituição criada para atender os interesses públicos e sociais, defender a legalidade e os princípios

éticos, promovendo a valorização e a moralização profissional (COSTA, GERMANO & MEDEIROS, 2014). Sua função precípua é a fiscalização e a regulação do exercício profissional da enfermagem, para assegurar o cumprimento da LEPE e, envolvem, fundamentalmente, a preservação de valores elementares como a vida, a integridade, a segurança física e social das pessoas (COFEN, LEI nº 5.905, 1976).

Nessa concepção a fiscalização do Exercício Profissional é entendida, precipuamente, como parte do processo educativo do Sistema de Fiscalização Profissional. Trata-se de atividade-fim dos Conselhos Regionais, constituindo-se em fundamental missão de prevenir as infrações éticas e legais com assunção de imprescindível papel social. Porém, pouco reconhecido pela sociedade brasileira e, mais gravemente, pelos próprios profissionais de enfermagem (COFEN, RESOLUÇÃO 374/2011).

O Cofen, em 2011, por meio da Resolução nº 374, normatizou o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e estabeleceu diretrizes nacionais de fiscalização, aprovando o Manual de Fiscalização, possibilitando a busca da eficiência e do exercício profissional com segurança para profissionais de enfermagem e usuários, em cumprimento aos preceitos éticos e legais da profissão.

A fiscalização nessa determinação exige dos profissionais que atuam como “enfermeiros fiscais” e como advogados da Autarquia, o constante exercício sobre as melhores práticas de assegurar o cuidado integral ao paciente, subsidiados pelas intervenções dos profissionais de enfermagem pautadas na SAE e na LEPE – Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (COREN-RJ, MANUAL DE FISCALIZAÇÃO, 2014).

Cabe mencionar que as funções de Enfermeiro Fiscal, legitimadas pela Resolução Cofen nr. 374/2011, prevê ao enfermeiro dentre diversas responsabilidades, o ofício de realizar inspeções do exercício profissional na circunscrição do Conselho Regional, de elaboração de relatório circunstanciado das verificações, notificações e outros elementos comprobatórios, integrantes do processo de fiscalização; de orientação aos profissionais de enfermagem a proceder a sua regularização perante o Conselho Regional, de notificação dos que estão em exercício irregular e de afastar das atividades de enfermagem aqueles que estiverem em exercício ilegal, além de, deterem Poder de Polícia Administrativa (COFEN, 2011).

O Poder de Polícia administrativa do Fiscal dos Conselhos de Fiscalização Profissionais, define-se como um conjunto de atribuições concedidas à Administração para disciplinar e restringir, em favor do interesse público, direitos e liberdades individuais. No

âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais é a faculdade de que dispõem os Conselhos Regionais para condicionar e restringir o uso e gozo de atividade que ponha em risco a segurança ou a Saúde Pública, em benefício da coletividade, podendo, inclusive, solicitar a garantia de força pública para assegurar suas ações (COFEN, 2011).

Também se faz importante definir o papel dos advogados da Autarquia Coren-RJ, no sentido de subsidiar as ações da mesma em prol da legalidade e do exercício profissional ético e no tema de estudo, a implantação da SAE nas instituições fiscalizadas. Destacam-se as defesas em juízo em processos decorrentes da ação fiscalizadora, assim como em processos ou expedientes originários da administração interna que o COREN-RJ figurar como Autor, Réu, Assistente, Oponente ou em que este for, de qualquer forma, interessado, inclusive aqueles de natureza trabalhista. Interpõe recursos e os acompanha até o fim do julgamento além de, exercer atividades jurídicas diversas com ênfase em administrativo, constitucional e tributário;

Nesse sentido, a SAE é uma das determinações ético-legais (COFEN, 2011), que devem ser observadas pelos fiscais e advogados dos Conselhos Profissionais e, se constatada a inexistência ou a parcial existência de planejamento e programação de enfermagem (SAE), o fiscal deve informar no relatório de inspeção circunstanciado, e estabelecer prazo de até 3 meses para que a situação se regularize, isto em que se pese as inadequadas condições de trabalho e o sub-dimensionamento dos profissionais de enfermagem e, o advogado interpor ações jurídicas cabíveis, quando esgotadas as possibilidades de ações educativas fiscais, administrativas afins ao processo em tramitação na Autarquia (COFEN, RESOLUÇÃO 374/2011).

A análise, a rigor sobre a implantação da SAE, apresenta-se limitada a poucos estudos sobre a temática. Os estudos existentes são restritos aos métodos ou indicadores que mensuram os aspectos quanti-qualitativos interferentes no planejamento e nas práticas assistenciais face à SAE implantada total ou parcialmente. É comum encontrar tipos de estudos nas modalidades de casos ou de relatos de experiências, mostrando com isto, as aplicações práticas das etapas da SAE em diferentes situações clínicas nos serviços de enfermagem, principalmente na área hospitalar (NEVES; SHIMIZU, 2010 apud MENDES, 2001).

A investigação desses estudos, apontam, também, para pesquisas com falta ou pouca elucidação sobre a construção e validação de instrumentos aplicados e utilizados para avaliação da implantação da SAE à luz da Resolução Cofen nº 358/2009, que sinalize o

detalhamento sobre um dos considerandos da referida resolução, que refere sobre a SAE como metodologia para organizar o trabalho profissional quanto aos “Métodos, Pessoas e Instrumentos” como o equivalente a três eixos ou linhas de organização.

Muitos são os estudos que tratam de análises em prontuários acerca da existência ou não de registros das etapas dos processos de enfermagem; outros tratam de levantamento bibliográfico sobre o tema; alguns abordam opiniões dos profissionais e acadêmicos sobre o tema; e outros tantos sobre validação de instrumentos para algumas das etapas do processo de enfermagem (REPPETTO e SOUZA, 2005; PIMPÃO *et al.*, 2010; FIGUEIREDO *et al.*, 2006; REMIZOSKI *et al.*, 2010; GUEDES *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2015). Não sendo encontrados estudos, a rigor científico, sobre validação e avaliação de instrumentos, referenciais teóricos e metodológicos que nos permitam ter evidências da pertinência e exequibilidade da utilidade técnico-científica e social sobre sua aplicabilidade.

Embora a institucionalidade da SAE pelo COFEN tenha sido fundamental para a qualidade do processo de trabalho e da assistência, não se tem encontrado na prática, condições favoráveis para sua implantação, segundo constatações pelo corpo de enfermeiros fiscais e advogados da Autarquia, em relação aos eixos métodos, pessoas e instrumentos. Por vezes, essa situação tem gerado alguns equívocos e desafios nas mensurações e interpretações, por vezes, tendo atribuídas à estas constatações, juízos pessoais de valores sobre das informações coletadas durante o ato fiscalizatório acerca da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições fiscalizadas.

Uma das razões para esses equívocos pode ser a indefinição de itens, critérios ou indicadores para a parametrização na avaliação da SAE em seus três eixos, de modo a se estabelecer nota ou conceito com equivalência à implantação de cada etapa como parcial ou total. Com base nesse pensamento, a hipótese deste estudo foi:

- Os indicadores estabelecidos na prática dos enfermeiros fiscais, relacionados com a SAE, não contemplam a avaliação dos eixos: métodos, pessoas e instrumentos.

Diante da problemática exposta, define-se como objeto de estudo, que critérios e indicadores contemplam a avaliação dos métodos, pessoas e instrumentos da SAE à luz da Lei nº 7498/86 e da Resolução Cofen nº 358/2009, devem ser aferidos por enfermeiros fiscais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais no ofício da fiscalização dos serviços de enfermagem.

Com base na proposta e nas reflexões sobre as considerações aqui apresentadas permitem estabelecer a questão norteadora:

- Que critérios e indicadores possibilitam mensurar a implantação da SAE, considerando a Lei nº 7498/86 e a Resolução Cofen nº 358/2009, nos serviços de enfermagem?

1.1 OBJETIVO GERAL

- Propor um instrumento para avaliar a implantação da SAE nos serviços de enfermagem.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.2.1 Criar critérios e indicadores para avaliar a implantação da SAE nos serviços de enfermagem.
- 1.2.2 Construir um instrumento para avaliar a implantação da SAE.
- 1.2.3 Validar o instrumento proposto.

1.3 JUSTIFICATIVA

O cenário atual da atuação do profissional enfermeiro encontra-se bastante diversificado e estimulante por força de políticas públicas, da regulamentação do exercício profissional e inovações tecnológicas. Pode-se objetivar com a gestão e auditoria de serviços; com a inovação da enfermagem offshore, de correlatos, de perfusão entre outras, com recente debate à regulamentação; com a ousadia e a eficiência da atuação dos enfermeiros dos serviços de urgência e emergência, especificamente na humanização do atendimento e classificação de risco dos clientes que buscam esses serviços. Novos nichos que vêm proporcionando ao enfermeiro a possibilidade de aflorar talentos, ora nunca percebidos ou valorizados, ampliando desta forma, o campo de atuação pelo mesmo, no plano das idéias e das ações.

Percebe-se, contudo, que as funções precípuas do enfermeiro dirigidas à investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados de forma sistemática, vem sendo negligenciadas na prática, na maioria das vezes por problemas que impedem sua efetivação no cotidiano da prática. Justifica-se em parte, porque os próprios enfermeiros,

agentes do cuidado e pacientes, familiares e comunidade (receptores do cuidado), não percebem a ausência de parte ou totalidade da assistência pautada na SAE, bem como, sequer conhecem a sua existência e conseqüentemente, não questionando a sua não realização.

A proposta do presente estudo possibilita adequar o campo de conhecimento e da metodologia de trabalho dos fiscais do Coren-RJ, no que concerne à avaliação da implantação e implementação da SAE pelos enfermeiros junto às instituições de saúde e seus serviços de enfermagem, e à atuação ética, legal e científica do profissional de enfermagem, como adjuvante da integralidade do cuidado ao cliente.

A diretriz de seleção e organização das ações ou etapas de trabalho afins aos eixos métodos, pessoas e instrumentos, previstos na Resolução 358/2009 permitiu que o Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Coren-RJ organizasse seus processos de trabalho. Durante a interpretação da Resolução Cofen nº 374/2011 e elaboração do manual de normas e rotinas, os fiscais, entre os quais a autora desta dissertação, idealizaram um instrumento embrião para o processo de gerenciamento do DEFIS. Esse momento rico serviu como esteio de reflexão de que conceitos, elementos, conteúdos deveriam, ainda, ser considerados ou incorporados no instrumento existente. O estabelecimento de descritores para as buscas em bases de dados de bibliotecas virtuais; a extensa e profunda leitura de inúmeros materiais bibliográficos como artigos, livros, legislação; o “mergulho” nas teorias e taxonomias de enfermagem; permitiram repensar as diretrizes, os eixos, critérios e indicadores da SAE, com conseqüente propositura do produto tecnológico desta dissertação.

Pretende-se, também, permitir que todos os profissionais, gestores institucionais e de esferas de governo imediata envolvidos com o processo de cuidar, ampliem entendimento e compreensão com mais propriedade científica, ética e legal, permitindo caracterizar a necessidade e a funcionalidade da atuação do enfermeiro. Também ampliará o foco para além da atuação de gestor e de executor de procedimentos técnicos de alta complexidade prescritos por outros profissionais. É imprescindível pensar que há que evitar prejuízos de sua competência ao cliente resultantes de negligência aos diagnósticos, intervenções e avaliações contínuas do enfermeiro, comprometendo a resolutividade dos problemas assistenciais da Enfermagem.

Como conseqüência surge um desafio, estimulador ao alcance dos resultados deste estudo, como subsídio científico e ético para as adequações do processo de trabalho dos enfermeiros fiscais e enfermeiros gestores no processo de avaliação da implantação da SAE.

Certamente, os resultados oriundos das avaliações realizadas pelos enfermeiros fiscais acerca da implantação da SAE, em um futuro próximo, subsidiarão futuros processos de reformulação e atualização de dispositivos legais, que legitimam as bases legais e éticas pelo Sistema Cofen e Conselhos Regionais para o contínuo desenvolvimento da SAE.

Portanto, urge consignar a relevância desta pesquisa junto aos serviços de enfermagem das instituições de saúde fiscalizadas, mediante as ações de fiscalização do Coren-RJ, considerando que o principal objetivo é obter dentre outras a adequação da não conformidade do exercício profissional do enfermeiro, constatada e não corrigida pelos gestores organizacionais e dos serviços de enfermagem.

Finalmente, há plena convicção de que a SAE se configura como grande conquista para os enfermeiros, pela exigência de se ter atenção e competência diária para enfrentarem e se adaptarem às demandas da contemporaneidade da Saúde, na redução de eventos adversos, na incorporação de novos modelos de gestão, métodos, instrumentos, atitudes e comportamentos necessários às mudanças e inovações, que impõe a dinâmica de processo de trabalho nas unidades de saúde da rede pública e privada.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ENFERMAGEM

Nada é tão instigante e motivador do que descobrir sua identidade profissional através de estudos das raízes ou origens. A Enfermagem atualmente se encontra mais reconhecida e respeitada pela sociedade, certamente porque construiu sua trajetória com força de pessoas pioneiras, que imprimiram marcas do desenvolvimento de tecnologias assistenciais e de pesquisas para o levantamento de conhecimentos e práticas da profissão. Contudo, ainda há muito a conquistar para que a enfermagem se torne mais valorizada e ocupe o espaço merecido na sociedade (OGUISSO, 2007).

Historicamente, as fontes do status e do prestígio da enfermagem estão na maneira como as atividades domésticas rudimentares e incipientes receberam o contorno de uma atividade técnica e científica, moderna e sistematizada, dentro ou fora de instituições hospitalares. Afirma-se que as qualidades típicas da mulher de alimentar, dar banho, limpar, confortar e orientar são a fonte da força da profissionalização (OGUISSO, 2007). Na prestação desses cuidados, os profissionais devem acolher o paciente, estabelecendo relação interpessoal e de apoio profissional com intervenções pautadas sob os princípios da humanidade.

Em perspectiva filosófica, esses princípios humanos têm sido preocupação das reflexões de Leonardo Boff. Fruto dessas reflexões, Boff defende o pensamento de que o “cuidado é algo mais que um ato e uma atitude”. Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori na raiz do ser humano, antes de toda a atitude e situação do ser humano (BOFF, 2014). Talvez, por isso, a profissionalização de cuidados para seres humanos tenha sido o grande desafio da enfermagem moderna.

Carvalho (2013) defende que a Enfermagem se constitui na relação de ajuda e na prática da profissão. Nesse sentido, afirma que a relação de ajuda no cuidado de enfermagem é a primeira e a última instância da totalidade de sua prática, tendo que demonstrar atitude responsável e cumprir competência aliada à empatia e à mutualidade. A objetivação da relação de ajuda ocorre por demanda de informação, conselho, compreensão, apoio ou tratamento que a outra parte pode oferecer de uma das partes.

Partindo dessa premissa, o papel do enfermeiro, como cuidador, ultrapassa o limite de identificar sinais e sintomas e executar procedimentos (visão tecnicista), considerando a necessidade de assistência como um todo, respeitando o querer, valores, hábitos e suas crenças, sempre avaliando a assistência prestada para garantia da eficiência e da eficácia do seu trabalho (CARVALHO 2013).

A visão tecnicista está ancorada em uma prática antiquada e despreparada de agir e pensar nas ações e no objeto da prática da enfermagem, justificado pelo modelo biomédico, o qual teve grande influência no desenvolvimento profissional. De acordo com esse modelo, a enfermagem é dependente do fazer médico, tornando a assistência do cliente negligenciada (CARVALHO 2013).

Ainda com base na trajetória histórica, assegura-se que o movimento propulsor da profissionalização da enfermagem surgiu na Inglaterra após a Guerra da Criméia (1853-1856), com Florence Nightingale e a fundação da escola de enfermagem no hospital Saint Thomas, em Londres, em 1860, sistematizando o ensino e a prática da enfermagem. A partir deste marco, o movimento atingiu os Estados Unidos e as diversas regiões onde o império Britânico exercia poder. (OGUISSO,2007).

Garcia e Egrý (2010) relatam que, ainda que as idéias de Florence tenham sido divulgadas na segunda metade do século XIX, somente a partir do ano de 1950, que as visões teórico-filosóficas acerca da enfermagem foram propagadas. Tendo neste período, a Enfermagem nos Estados Unidos, passado a fazer parte das profissões de nível superior, trazendo à tona, a necessidade de reflexões sistemáticas e organizadas da natureza e dos propósitos da profissão, formando um corpo de conhecimentos que a identificavam como ciência e que, sobretudo, viabilizavam a socialização dos mesmos.

Diante da ascensão da profissão, desenvolveu-se a necessidade de preencher a lacuna existente até então, da descrição, explicação, predição e controle dos fenômenos face aos domínios de interesses, a partir de referenciais próprios, passou-se a fomentar entre os enfermeiros à época, a necessidade do desenvolvimento de teorias sobre matéria de enfermagem. O início do desenvolvimento de referenciais teóricos da enfermagem, deu-se em 1952, com a dissertação de Hildegard Peplau, que abordava o relacionamento interpessoal da enfermagem (GARCIA e EGRY, 2010).

Apesar da profissionalização da enfermagem e do desenvolvimento de seus referenciais teóricos vir ocorrendo desde a década de 1950, em sua afirmação, Carvalho (2013) elucida que nos dias atuais, os enfermeiros continuam deixando as teorias de lado,

eximindo-se dos bons resultados da prática pautada nas mesmas, seguindo modelos práticos emergentes, experimentalmente, sem submetê-las, entretanto, ao controle de provas científicas.

Ainda no que tange ao desenvolvimento da enfermagem é fato a percepção dos enfermeiros da necessidade de se consolidar como profissão e, com isso desenvolver também, metodologias que organizem sua prática, e que proporcionem o alcance de resultados satisfatórios em relação ao cuidado prestado. Assim, ao pensar em ciência na área de enfermagem, o processo de enfermagem (PE), tem como pretensão embasar, de forma científica, suas ações, organizando-as metodologicamente e permitindo que estas possibilitem a melhoria da assistência (LEONARD e GEORGE, 2000).

O processo de cuidar em enfermagem ou processo de enfermagem (PE) é entendido por Garcia (2000), como instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como o paciente, família ou comunidade, respondem aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Afirma também que o PE determina que aspectos dessas respostas necessitam de intervenção profissional de enfermagem e de alguns elementos inerentes à mesma. A sua implementação envolve três áreas inter-relacionadas de cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio e julgamento ético.

2.2 UMA BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO PROCESSO de ENFERMAGEM E DA SAE

A expressão “Processo de Enfermagem” não era utilizada no exercício da profissão durante o século XIX e início do século XX, apesar de que, Florence já enfatizasse a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as condições dos pacientes, das observações feitas e das propostas de cuidados a serem prestados. A introdução formal no cenário profissional, ocorreu nos anos de 1950 do século XX, sob influência do método de solução de problemas, cujas raízes eram o método científico de observação, mensuração e análise de dados (GONÇALVES *et al*, 2007).

Mais precisamente entre os anos de 1960 a 1965, a enfermeira Faye Abdelah, listou os 21 problemas e afirmou que estes deveriam ser o foco do cuidado de enfermagem e Virginia Henderson, considerou que as 14 áreas de necessidades humanas básicas deveriam ser levantadas. E, Ida Orlando, explicou o cuidado de enfermagem. Fye Mc Cain, ainda na

descrição da trajetória do cuidado na história da enfermagem, descreveu vários exemplos de instrumentos de coleta de dados, como o modelo baseado em 13 áreas funcionais (HORTA, 1975 e GONÇALVES *et al*, 2007).

Paralelamente, no Brasil, foi a partir da segunda metade da década de 1960, que Wanda Aguiar Horta, apresentou um modelo de processo de enfermagem, com seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem e prognóstico de enfermagem. foi a partir de seus estudos, que a atenção dos enfermeiros brasileiros começou a ser direcionada para o PE e para o método, disseminado entre as escolas de enfermagem brasileira. A publicação “O Processo de Enfermagem”, passou a ser utilizada no ensino da enfermagem fundamental, sendo uma referência, ainda nos dias de hoje (LEOPARDI, 2006).

Em meados dos anos 1980, os autores Alfaro (1986), Kenney (1990), Doenges e Moorhouse (1991), Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1986), avançaram na implementação do PE, utilizando na fase de diagnóstico, a taxonomia de diagnósticos propostas pela North American Nursing Diagnoses Association – NANDA (NANDA, 1989). Ainda nesta década, teve início a pesquisa para elaboração da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Em 1991, surge a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), a partir das discussões sobre os resultados sensíveis à ciência da enfermagem (HERMIDA e ARAUJO, 2006).

Em paralelo a este movimento, em 1989, o Conselho Nacional de Representantes Internacionais de Enfermeiras (CNR-CIE), durante a realização do congresso quadrienal, ocorrido em Seul, na Coreia, aprovou a resolução que iria desenvolver o Sistema de Classificação Internacional dos elementos da prática da enfermagem. Este sistema visava padronizar a nomeação dos problemas e situações que a enfermagem lidava. Em 1996, foi publicada a versão alfa da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) (NEVES e SHIMIZU, 2010). Desde então, esta classificação passa por atualizações sendo a sua última versão publicada em 2013, a CIPE versão 2013.

Também com o objetivo de padronizar as classificações das práticas de enfermagem, no Brasil, a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, diante da constatação de que os sistemas de classificação de enfermagem utilizados mundialmente evidenciavam um direcionamento essencialmente à área hospitalar, assumiu o compromisso de desenvolver no País, um projeto de Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, tendo em 1996, desenvolvido a CIPESC – Classificação Internacional de Práticas

de Enfermagem em Saúde Coletiva, contribuição brasileira à Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem - CIPE(NEVES E SHIMIZU, 2010).

Posteriormente, em 2002 e em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio das Resoluções 272/2002 e 358/2009, respectivamente, dispôs sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, preconizando que a assistência de enfermagem deve ser pautada no Processo de Enfermagem (PE) de modo deliberado e sistemático. Definiu também que o PE deveria atender as fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, entre outras considerações, e estar baseado em suporte teórico que orientasse as referidas fases (SANTOS, 2014).

Em 2011, a ausência da SAE é considerada pelo Sistema de Fiscalização do Cofen e Corens, como infração ética e legal do exercício profissional, que ao ser constatada pelo enfermeiro fiscal, o enfermeiro responsável técnico e o representante legal da instituição fiscalizada, devem notificar ou intimar através de auto de infração, a adequar a não conformidade dentro do prazo de 90 dias. O caso de não cumprimento, providências administrativas ou judiciais serão adotadas (COFEN, RESOLUÇÃO 374/2011).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerada como um método para a prestação de cuidados e obtenção de resultados eficazes através da implementação da assistência, bem como a redução de complicações que facilitam a adaptação e recuperação do paciente. Sua utilização requer do profissional, pensamento crítico, exigindo constante atualização, habilidades e experiência, ética e padrões de conduta, constituindo um pilar para o exercício da profissão autônoma baseada nos conhecimentos técnico-científicos no qual a categoria vem se empenhando nas últimas décadas (LEFREVE, 2002).

No sentido amplo da palavra, sistematizar é reduzir vários elementos a um sistema, entre os quais se possa encontrar ou criar alguma relação. No decorrer de sua trajetória científica, a enfermagem buscou embasar o saber empírico correspondente às suas atividades práticas, criando os modelos de enfermagem que moldam as teorias da profissão. Estabelecer um modelo é pensar em conceitos aplicáveis na prática, que leva à sua credibilidade, já que a estrutura racionalmente e de forma sistematizada o desenvolvimento de suas atividades, conferindo segurança e cientificidade no fazer (CARRARO e WHESTFARO, 2001).

Sua implementação é fundamental por contribuir na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, na caracterização do conhecimento da profissão e por trazer implicações positivas para o cliente e para a equipe de enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 358/2009, preconiza que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada através do Processo de Enfermagem (PE), que por conseguinte deve ser guiado por uma teoria de enfermagem para conferir operacionalização dos resultados dessa assistência (TANNURE E PINHEIRO, 2011).

Neste sentido, Cianciarullo *et al* (2012) referem que os princípios, conceitos e etapas que fundamentam o processo de enfermagem (PE) tem sido formulado por diferentes autores. Elucidam que, para Horta (1979), constitui-se na dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas da assistência ao ser humano, por meio das fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Afirmam também que para Kenney (1990), o PE é uma atividade deliberada, lógica e racional por meio da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente, sendo composta pelas fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. E ainda, para Alfaro (1986), constitui em método sistemático e organizado de prestar cuidados individualizados enfocando nas respostas humanas a problemas de saúde reais ou potenciais.

As autoras também citam as definições dos autores Rines e Montag (1976), Field (1987), Doenges e Moorhouse (1991) que compreendem o PE como uma abordagem de solução de problemas. Assim como para Phaneuf (2001), trata-se de um processo intelectual deliberativo, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, para a planificação de cuidados. E ainda, para Smith (1991) e para Ford e Walsh (1995) trata-se de uma filosofia, valorizando a individualização do cuidado. E complementa que para Brandalize e Kalinowski (2005), permite ao enfermeiro a aplicação de marco teórico que direcionaria as ações na prática.

Ainda em acordo com a descrição sobre a evolução histórica do PE, Cianciarullo *et al* (2012) afirmam que seus momentos de evolução podem ser ordenados por gerações, constituindo-se a primeira geração entre os anos de 1950 a 1970, sendo caracterizada por quatro fases: investigação, planejamento, intervenção e avaliação, além do raciocínio clínico estruturado por meio de resolução de problemas. Nesta geração destacou-se a lista dos 21 problemas de Abdelah, elaborada em 1960 e a lista das 14 áreas de necessidades humanas básicas descritas por Henderson, em 1966.

A segunda geração do PE descrita, compreendeu os anos de 1970 a 1990 e explorou as dimensões e os processos dos diagnósticos e do raciocínio clínico, sendo adicionada mais uma etapa ao PE, constituindo a sigla em inglês ADPIE: *Assessment* (investigação), *Diagnoses* (Diagnóstico), *Planning* (Planejamento), *Implementing* (Implementação) e *Evaluation* (Avaliação), passando de quatro para cinco fases.

Na terceira geração do PE, compreendida entre os anos de 1990 a 2010, foi proposto um novo modelo, o *OPT Model* (The Outcome-Present State-Test Model), o qual inclui a participação do paciente e os processos de raciocínio clínico e pensamento crítico. Neste período foi incluída a ênfase nos resultados dos cuidados de enfermagem.

A quarta geração mencionada na citação de Pesut (1999), ainda segundo Cianciarullo *et al* (2012), descreve os dias atuais como a fase de construção do conhecimento, onde nos próximos 10 a 20 anos os hospitais e as agências de saúde incorporarão as linguagens de enfermagem padronizadas em sistemas de informação e em registros eletrônicos. O mesmo autor citado pelas autoras, presumem que a quinta geração, compreenderá os anos de 2020 a 2035 e será caracterizada pelos modelos de cuidados refinados de acordo com a ocorrência e a epidemiologia dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados para populações específicas de pacientes, por tipo de instituição e/ou nível de ensino.

Os princípios do PE ajudam ao enfermeiro a: organizar e priorizar os cuidados, manter o foco no que é importante, formar hábitos de pensamento que auxiliem na confiança e, nas habilidades necessárias ao pensar situações clínicas, teóricas e de teste e a usar sistemas de registros eletrônicos de saúde e de apoio decisório como devem ser usados (ALFARO-LEFREVE, 2014).

É por meio do PE que o modelo teórico escolhido (autocuidado, necessidades humanas básicas, estressores, sistema de adaptação, etc.) é aplicado à prática assistencial. E ainda, a escolha da linha teórica condiciona a coleta de dados e desenvolvimento das demais fases à conformidade da organização proposta teórica. A coleta de dados pode ser influenciada pelos fatores: visão de mundo, conhecimento e habilidades do enfermeiro (NOBREGA e SILVA, 2009).

Também é através do PE que o enfermeiro percebe a necessidade de desenvolver habilidades para colocar em prática o pensamento crítico e o raciocínio clínico. Destina a investigação ao controle dos problemas do paciente no local do atendimento, organizando o pensamento com foco nos resultados orientado por padrões, políticas, códigos de ética e leis, focalizando a segurança e a qualidade, e identificando os problemas-chave e os riscos

envolvidos. (ALFARO-LEFREVE, 2014). Ainda neste sentido, Garcia e Egry (2010) destacam que como estilo de pensamento que orienta julgamentos clínicos adequados, o PE é composto por incontáveis decisões, sendo fundamental o desenvolvimento de todas as suas etapas.

Na sua implementação, a coleta de dados é considerada uma fase imprescindível para que o PE seja realizado com sucesso. Entende-se que esta fase é também o momento para a interação entre dois seres que participam do processo e não apenas, obtenção de informações. O enfermeiro pode identificar dados em clientes específicos: o indivíduo, a família e a comunidade (NOBREGA e SILVA, 2009).

Esta etapa tem o propósito de dar ao profissional uma base de dados sobre o paciente como: história clínica, história da doença anterior, estado de bem-estar, práticas de saúde e a condição atual do paciente, propiciando informações que irão contribuir com as demais fases do PE, dando ao profissional a condição de realizar assistência individualizada através da minimização ou satisfação das necessidades, problemas, respostas ou situações apresentadas pelo paciente (POTTER e PERRY, 2002 *apud* NOBREGA e SILVA, 2009).

O diagnóstico é considerado um processo que requer do diagnosticador a submissão das observações – dados da entrevista e exame físico – as operações perceptivas e cognitivas complexas para chegar a explicações que formem um significado, envolvendo intuição e reconhecimento de padrões. Deve ser formulado com base em uma sequência de etapas que se inicia na obtenção de informações ou dados sobre o paciente, na inferência das relações entre eles e de seus agrupamentos. O processo continua com a busca de novas informações que possam incrementar ou anular hipóteses e, finaliza quando o enfermeiro considera que o grau de incerteza é tolerável, decidindo pelo diagnóstico que melhor explica as observações sob consideração (GARCIA E EGRY, 2010).

Ressalta-se que apesar da expressão “diagnóstico de enfermagem” tenha sido incorporada à terminologia da profissão há alguns anos atrás, as confusões e as dúvidas acerca da propriedade de significação, quanto ao seu uso e à sua definição ainda persistem. Algumas objeções apontadas referem-se ao fato de que, por tradição, os mesmos pertencem somente às atividades médicas, podendo implicar na invasão de campo próprio da profissão da medicina. Ou ainda, de que os diagnósticos só podem ter sentido para opiniões, julgamentos ou conclusões sobre as necessidades de enfermagem ou, quando tiver o propósito substanciado por um corpo de conhecimentos que pudesse garantir uma posição conceituada em termos de

ciência e de utilidade prática adquirida através da existência própria e relativa independência das atividades médicas (CARVALHO, 2013).

O seu uso, ampliou as possibilidades da prática sistematizada, do domínio de novos métodos e instrumentos de trabalho e do alcance de objetivos profissionais. Também estabeleceu a oportunidade de desempenho de uma enfermagem qualificada, marcando uma nova era para a enfermagem e avanço progressivo para a estrutura definitiva da ciência da enfermagem (CARVALHO, 2013).

O processo de enfermagem como já mencionado, possui em sua estrutura a fase de planejamento, a qual Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) *apud* Nobrega e Silva (2009) afirmam ser a fase que reforça as respostas saudáveis do paciente, previne e minimiza as não saudáveis detectadas no diagnóstico de enfermagem. Reforçam que esta fase inicia-se no momento em que há a formulação do título do diagnóstico e finaliza com a documentação do plano de cuidados.

O processo de planejamento do cuidado contempla três fases: a primeira constituindo-se do estabelecimento de diagnósticos prioritários, a segunda da definição dos resultados e metas de enfermagem e a terceira fase da prescrição das intervenções considera a existência de uma quarta fase, a de documentação ou registro (ALFARO-LEFREVE, 2000).

Para estabelecer os diagnósticos prioritários, Nobrega e Silva (2009) sugerem que sejam considerados os referenciais teóricos adotados, acrescido da satisfação das necessidades de nível mais básico para as de nível mais complexo. A definição dos resultados e metas de enfermagem baseia-se na definição da maneira pela qual o problema identificado e descrito no enunciado do diagnóstico foi prevenido, modificado ou corrigido. Para a sua elaboração Alfaro-Lefreve(2000) chama atenção para alguns pontos que precisam ser considerados: a relação com a teoria, ser centrado no cliente, ser claro e conciso, ser determinado conjuntamente com o cliente e ser possível de ser atingido.

As intervenções de enfermagem são definidas como estratégias utilizadas para o alcance dos resultados esperados. São focadas na promoção, na manutenção e na restauração da saúde, podendo ser do tipo dependentes (buscam implementar as recomendações médicas), interdependentes (descrevem as atividades de enfermagem realizadas conjuntamente com outros profissionais da equipe) e independentes (são realizadas pela enfermagem independentemente de recomendações de outros profissionais e visam o atendimento aos diagnósticos de enfermagem) NOBREGA E SILVA (2009).

As intervenções precisam atender a quatro características: ser coerente com o plano de cuidados, estar baseada em princípios científicos, ser individualizada para uma situação específica, proporcionar ambiente terapêutico e seguro, oportunizar o ensino e aprendizagem ao cliente e utilizar recursos apropriados. Exigem também respostas a quatro indagações: o que precisa ser feito para minimizar os riscos ou as causas do problema, o que deve ser feito para minimizar o problema, como adaptar as intervenções para os resultados esperados e como alcançar a redução de riscos e aumento de benefícios ao cliente (ALFARO-LEFREVE (2005).

A implementação constitui a quarta etapa do PE, significando colocar em prática e executar o que antes era uma proposta. Esta fase ocorre quando são realizadas as ações prescritas. Nesta etapa o enfermeiro deverá estar constantemente verificando as respostas do paciente devendo ser monitorado. Ao prescrever os cuidados, o enfermeiro deverá estar atento aos fatores relacionados e às características definidoras identificadas durante a fase diagnóstica. Este se deve à necessidade de reverter os fatores etiológicos associados aos diagnósticos e solução dos sinais e sintomas. Os enfermeiros devem ter conhecimento que não lhes compete a prescrição de ações que tratam as condições clínicas e sim, acerca dos cuidados para as reações às condições clínicas, tendo como foco o cuidado das esferas biopsicossocial e espiritual do comportamento humano (TANNURE E PINHEIRO, 2011).

A avaliação que constitui a quinta fase do PE, deve ser sistemática e planejada, visando comparar o estado de saúde do cliente com as metas e objetivos definidos. Ela deve estar presente em todas as fases do PE e deve proporcionar condições para a realização de um levantamento dos meios, procedimentos e resultados alcançados para o atendimento das respostas e necessidades humanas do cliente. O enfermeiro deve observar as evidências apresentadas pelo estado do cliente, as quais foram resultados de suas intervenções. Deverá julgar as habilidades adquiridas pelo cliente, mensurar o progresso do quadro de saúde e o conhecimento sobre sua patologia ou tratamento e condições de auto-cuidado (NOBREGA E SILVA, 2009).

O uso do PE é exigido pelos padrões internacionais de prática e avaliado por instituições de certificação, compreendendo-se como fundamento para o raciocínio clínico, que proporciona uma forma organizada e sistemática de pensar no atendimento ao paciente. Para a ANA – American Nurses Association, o PE é um modelo de pensamento crítico essencial para promover um cuidado competente, englobar todas ações importantes realizadas e compor a base de tomada de decisão (ALFARO-LEFREVE, 2014).

2.2 AS TEORIAS DE ENFERMAGEM

Existem várias definições para o termo teoria de enfermagem, constituindo de forma simplificada, a direção de como ver os fatos e os eventos, envolvendo vários componentes, entre eles a finalidade, os conceitos, as declarações teóricas ou proposições e pressupostos (McEWEN, 2009 e HICKMAN, 2000 *apud* CHAVES e SOLAI, 2013).

Os conceitos são utilizados para representar experiências e transmitir uma realidade, sendo considerados conceitos concretos (observados na realidade e limitados por tempo e espaço) ou abstratos (não são observáveis de forma direta ou indireta e independem de tempo e de espaço). Fazem referência à descrição e à classificação dos fenômenos que ocorrem na natureza ou no pensamento (CHAVES e SOLAI, 2013).

Os fenômenos dominantes na ciência da enfermagem são o indivíduo (que refere-se à pessoa, família ou comunidade que recebe a assistência), a saúde (que representa a meta do atendimento da enfermagem), o ambiente (situações ou condições que afetam o paciente e as necessidades do cuidado) e a enfermagem (que é a proteção, promoção e valorização da saúde e habilidades). Estes fenômenos são considerados os metaparadigmas da enfermagem (CHAVES e SOLAI, 2013).

As teorias de enfermagem permitem ao enfermeiro organizar a prática de enfermagem e estimar e compreender os resultados. Para sua aplicação na prática são necessários três componentes: o cenário clínico, utilização da teoria como base para definição e avaliação dos resultados (CHAVES e SOLAI, 2013).

Garcia e Egry (2010) explicam que a classificação das teorias de enfermagem é feita a partir da identificação do foco primário, que distingue em grupos: centradas no cliente, centradas nas interações entre enfermeiro e paciente, centradas no relacionamento cliente e ambiente e as centradas na terapêutica de enfermagem.

Outra linha de classificação das teorias de enfermagem citada pelas autoras acima, diz respeito ao papel do enfermeiro no desempenho da prática profissional e às escolas de pensamento a qual os teóricos estão ou estavam ligados, são elas: orientadas para as necessidades dos clientes ou “o quê” do cuidado de enfermagem (Faye Abdellah, Virginia Henderson e Dorothea Orem), orientadas para a interação enfermeiro-cliente ou o “como” do cuidado de enfermagem (Imogene King, Ida Jean Orlando, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Hidegard Peplau, Joice Travelbee e Ernestine Wiedenbach. E as orientadas para os

resultados das ações de enfermagem ou o porquê do cuidado de enfermagem (Dorothy Johnson, Martha Rogers, Myra Estrin Levine e Sister Callista Roy).

No Brasil a primeira enfermeira que desenvolveu uma teoria no campo profissional da enfermagem foi Wanda de Aguiar Horta em 1974, a teoria das necessidades humanas básicas, adaptada a partir dos pressupostos da Teoria de Abraham Maslow. Os trabalhos de Horta ainda estimulam as reflexões teórico-filosóficas de Rosalda Paim que desenvolveu a teoria Sistêmico-ecológica, a teoria do Modelo de Organização da Enfermagem proposto por Liliana F. Daniel, a do Referencial do Cuidado Holístico-ecológico de Zuleica Maria Patrício e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva proposto por Emiko Yoshikawa, entre outros (GARCIA E EGRY, 2010).

Cabe mencionar que para Almeida e Rocha (1989), as teorias de enfermagem ultrapassaram do nível discursivo, das técnicas e dos princípios científicos, indo centrar-se nos aspectos de adaptação psicológica do homem, ao ser operacionalizada pelo enfermeiro. Estas mesmas autoras indagam se as teorias tornariam possível a conquista da autonomia profissional nas suas concepções éticas e técnico-científicas como monopólio de um conhecimento específico para a enfermagem. Afirmam que o saber da enfermagem expresso pelas teorias, mais parecem uma proposta voltada para as dimensões científicas da prática sem contemplar a dimensão social, não levando em consideração as contradições do campo e da realidade do trabalho, concluindo que o saber da enfermagem expressos pelas teorias não tem respondido à crise atual da enfermagem brasileira.

Contudo, Garcia e Egry (2010) afirmam que em seu processo evolutivo, as teorias de enfermagem têm contribuído para a construção de uma base de conhecimento organizativo do mundo fenomenal da enfermagem em torno dos metaparadigmas enfermagem, indivíduo, ambiente e saúde. Em linhas gerais, as teorias de enfermagem têm nos disponibilizado a reflexão criativa e o domínio de nosso processo de trabalho, além de, uma possível ruptura com a tradicional execução de tarefas complementares ao ato médico. Reconhece-se que escolher uma teoria para guiar a prática profissional não é tarefa fácil e requer conhecimento aprofundado das diversas teorias disponíveis e das variáveis que definem a situação específica de cada cliente que receberá o cuidado.

Para Cianciarullo et al (2012) no processo de cuidar, os modelos teóricos muito têm contribuído quando utilizados como referencial para a sistematização da assistência, guiando e aprimorando a prática e direcionando a observação dos fenômenos, das intervenções e dos resultados. Consideram que o desenvolvimento teórico tem influenciado no nível de

conhecimento, nos processos de formação dos profissionais, na pesquisa e na prática em enfermagem. Afirmam também que a natureza da prática tem se modificado por força dos avanços científicos e tecnológicos, desta forma, o desenvolvimento das teorias deverão atender às mudanças socioculturais e políticas para que possam ter utilidade.

2.3 AS TERMINOLOGIAS DA ENFERMAGEM

O vocábulo terminologia é utilizado em várias disciplinas, embora não haja consenso acerca de seu significado. A Organização Internacional de Normalização (International Organization for Standardization – ISO) considera *terminologia* como “qualquer atividade relacionada com a sistematização e a representação de conceitos ou apresentação de termos baseados em princípios e métodos estabelecidos”. A terminologia fornece um método para a coleta e a organização de termos eliminando formas empíricas de seleção.

Para as terminologias biomédicas a definição de termos expressa a associação entre eles através da linguagem humana, sendo utilizada a ontologia (especificação formal e explícita de uma conceitualização compartilhada, ou seja, representados por modo processável por computadores). Esta ferramenta foi selecionada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses – ICN) como modelo para a organização hierárquica da Classificação Internacional para as práticas de enfermagem (CIPE). São várias as terminologias, ontologias e sistemas de código na área da saúde desenvolvidas, sendo exemplos familiares à enfermagem a Classificação Internacional de Doenças (CID) e Medical Subjecting Headings (MeSH) (GARCIA E EGRY, 2010).

Tem-se contextualizado a tendência mundial do desenvolvimento de um modelo integral de terminologia de referência para a Enfermagem, que reflita a mobilização em direção a uma terminologia mais compreensiva para o cuidado em saúde. Nesta perspectiva, também a ISO, em 2003, por meio do Grupo de Interesse da Associação de Informática em Enfermagem da Associação de Informática Médica Internacional (IMIANISIG) e do *International Council of Nurses – ICN* (Conselho Internacional de Enfermagem), elaborou o Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem, denominado ISSO. Este padrão visa acomodar as várias terminologias e classificações mais utilizadas pelos enfermeiros para a documentação/registo de dados dos pacientes e facilitar o mapeamento dos termos de Enfermagem com outros padrões/ terminologias de saúde (ex: SNOMED), promovendo, a integração necessária dos sistemas de informação (CARVALHO e DAL SASSO, 2011).

Na enfermagem o termo *terminologia* tem sido definido como universo dos termos clínicos e suas definições. As primeiras tentativas para desenvolvimento de uma classificação ocorreram através da identificação dos 21 problemas de Abdelah, que descrevia os objetivos terapêuticos e os problemas de enfermagem vigentes na década de 1950. Outra tentativa registrada foi a lista das 14 necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson, na década de 1960, que relacionava os cuidados que os indivíduos necessitavam independente do diagnóstico e tratamento médico (GARCIA E EGRY, 2010; NOBREGA E SILVA, 2009).

Também foi com o desenvolvimento das teorias de enfermagem que despertou o interesse dos enfermeiros e pesquisadores em classificar a prática da enfermagem. Nas décadas de 1980 e 1990 surgiram várias conferências destinadas a estabelecer um banco de dados mínimos de enfermagem (Nursing Minimum Data Set – NMDS). O NMDS inclui dados do paciente, coleta de dados, intervenções e resultados, elementos básicos para a classificação da enfermagem (TANNURE e PINHEIRO, 2011).

As primeiras motivações para o desenvolvimento das terminologias de enfermagem foram a identificação, a nomeação e a classificação dos maiores conceitos de domínio da disciplina que visavam atender vários propósitos, tais como a implementação de sistemas computacionais, reembolso dos serviços prestados pela enfermagem, ensino, documentação e desenvolvimento do conhecimento afim a profissão (GARCIA E EGRY, 2010).

No Brasil, a primeira tentativa de desenvolvimento de terminologia, segundo Garcia e Egrý (2010), foi o trabalho de Simões, que teve como objetivos a produção de um vocábulo técnico-científico para a delimitação da metalinguagem acerca das funções do enfermeiro. Também com a finalidade de padrão terminológico, menciona-se os estudos da Universidade Federal da Paraíba, com a construção dos bancos de termos da linguagem especial de enfermagem brasileira e os catálogos CIPESC aplicáveis à prática profissional por ambiente ou clientela específica.

Vários têm sido os sistemas de classificação desenvolvidos para a enfermagem e relacionados com alguma fase do PE, dentre eles são citados: North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) voltados para os diagnósticos de enfermagem, o Community Health System – Sistema Comunitário de de Saúde de Omaha, voltados para os problemas de enfermagem, o Nursing Intervention Classification (NIC) – Classificação das intervenções de enfermagem e o Nursing Outcomes Classification (NOC) – Classificação dos resultados de enfermagem, Home Health Care Classification (HHCC) – Classificação de Cuidados Domiciliares, Perioperative Nursing Data Set (PNDS) – Grupo de Dados de

Enfermagem Perioperatória e a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem - CIPE (NOBREGA E SILVA, 2009; TANNURE e PINHEIRO, 2011).

Em 1973, as enfermeiras norte-americanas Kristine Gebbie e Mary Ann Lavin, da universidade de Saint Louis (MO) nos Estados Unidos, organizaram a primeira Conferência Norte-Americana para classificação dos diagnósticos de enfermagem, dando início a formalização de identificação, desenvolvimento e classificação diagnósticas de enfermagem. Afirma-se que o sistema de classificação de diagnósticos de NANDA tem contribuído de forma significativa para o desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem (NOBREGA E SILVA, 2009).

A partir deste momento foram formados grupos de estudo que posteriormente se transformou no Comitê de Taxonomia que se concentrou na lista de diagnósticos existentes e nos Padrões do Homem Unitário. Posteriormente, na Sexta Conferência em 1984, foi modificada para os Padrões de Respostas Humanas. Na Sétima Conferência em 1986, a Taxonomia de NANDA foi aceita formalmente para desenvolvimento e testagem, com a apresentação por meio de título, definição, características definidoras e fatores relacionados. A partir deste, em 1988, na oitava conferência foi aprovada a Taxonomia I Revisada (NOBREGA;SILVA, 2009).

Na Oitava Conferência, houve participação da enfermagem brasileira para o desenvolvimento de diagnósticos em âmbito internacional. Desde então, investe-se em estudos sobre diagnósticos de enfermagem na Universidade da Paraíba e formação de grupo de estudos de Interesse (GIDE) com destaque para os grupos da Paraíba e de São Paulo (GIDE-PB e GIDE-SP). Em 2000, durante a décima quarta conferência da NANDA foi apresentada a nova estrutura taxonômica sendo publicada em 2001 a Taxonomia II, caracterizada pela multiaxialidade (NOBREGA; SILVA, 2009).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), segundo Nobrega e Silva (2009), foi elaborada a partir do Projeto de Intervenções de IOWA em 1987. A estruturação da NIC passou por quatro fases: Fase I: Construção da Classificação – Método Indutivo (1987-1992), Fase II: Construção da Taxonomia - Método Dedutivo (1990-1995), Fase III: Teste Clínico e Aperfeiçoamento – Etapas de Implementação NANDA, NIC, NOC (1993-1997) e Fase IV: Uso e Manutenção (1996, em desenvolvimento).

A primeira edição da NIC, apresentada em 1992, continha 366 intervenções de enfermagem, a segunda edição, publicada em 1996, tinha 433 intervenções e a terceira publicada era composta por 486 intervenções. Sua estrutura taxonômica e constituída por três

níveis. O primeiro nível é representado por sete domínios: Fisiológico básico, Fisiológico complexo, Comportamental, Segurança, Família, Sistema de Saúde, Comunidade. O segundo nível é representado por 30 classes organizadas dentro dos domínios. O terceiro nível era constituído pelas 486 intervenções, agrupadas por classes e domínios.

As intervenções de enfermagem da NIC possuem: título, definição e uma lista de atividades que descrevem as ações profissionais ao executar a intervenção de enfermagem. Segundo Garcia e Nobrega (2004) foram identificados por McCloskey e Bulechek em 1992 e por Johnson em 2002, seis fatores que devem ser considerados ao selecionar uma intervenção de enfermagem: o resultado desejado, as características definidoras do diagnóstico, a base da pesquisa associada com a intervenção, a viabilidade de execução da intervenção, a aceitação da intervenção pelo paciente e a capacidade física, intelectual e legal do profissional para executá-la.

Os princípios dos resultados esperados contemplam segundo Carpenito e Moyet (2007) e Alfaro-Lefreve (2005): resultados centralizados no cliente, elaboração para os problemas, possibilidade de mensuração, prazo determinado para obtenção e que seja atingível. Segundo Moorhead *et al* (2008) *apud* Chaves e Solai (2013), as medidas dos resultados validam se o paciente está respondendo ou não à intervenção de enfermagem fornecida e auxiliam a determinar a necessidade de mudanças no plano assistencial. Atualmente a taxonomia NOC é composta por 7 domínios, 31 classes e 385 resultados classificados para mensurar o impacto da assistência prestada, sendo os sete domínios: Saúde Funcional, Saúde Fisiológica, Saúde Psicossocial, Conhecimento em Saúde e Comportamento, Saúde Percebida, Saúde Familiar, Saúde Comunitária.

Cada resultado possui definições, indicadores e escalas de medidas para serem usados em nível individual, familiar e comunitário. Cada uma das escalas fornece modificadores para os escores de 1 a 5. Para a NOC, os resultados são: conceitos que refletem a real condição do cliente, mensurados em uma escala de cinco pontos do tipo Likert. O intervalo de avaliação deve ser determinado pelo enfermeiro com base nos julgamentos clínicos e deve variar de acordo com a característica do conceito do resultado. A documentação dos resultados avaliados deverá acontecer minimamente: na admissão do cliente, na alta e em caso de mudança significativa do estado geral do cliente (CHAVES; SOLAI, 2013).

Outra taxonomia muito utilizada no Brasil e no mundo é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, que constitui o programa do Conselho Internacional de

Enfermeiros (ICN), que é uma federação de associações nacionais de enfermeiros que possui mais de 120 países membros.

A CIPE teve origem no final da década de 1980, quando o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), devido a recomendações da organização Mundial de Saúde (OMS), decidiu acrescentar às Classificações de Diagnósticos e procedimentos médicos uma classificação de problemas, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (NOBREGA; SILVA, 2009).

Entre os objetivos da CIPE, destacam-se: 1) estabelecimento de linguagem comum da prática de enfermagem, 2) descrever cuidados de enfermagem por todo o mundo, 3) permitir comparação de dados de enfermagem mundialmente, 4) demonstrar e projetar tendências acerca de cuidados e recursos de enfermagem, 5) estimular a pesquisa de enfermagem por meio da integração de dados e 6) fornecer dados de enfermagem para influenciar nas políticas de saúde (CHAVES; SOLAI, 2013).

A CIPE é definida como um sistema unificado de linguagem de enfermagem que sustenta a padronização da documentação de Enfermagem no momento da prestação do cuidado. A informação resultante baseada nos dados, pode ser utilizada para o planejamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas (ICN, 2015). Uma característica da CIPE é poder ser utilizada em diferentes contextos (ambulatorial, hospitalar, domiciliar e ambientes sociais).

Os eixos que compõe o modelo CIPE Versão 1 (2007) Modelo 7-Eixos são: Foco (área de atenção), Julgamento (julgamento clínico ou questão relacionada à enfermagem), Cliente (sujeito que recebe a o diagnóstico e receptor da intervenção), Ação (processo intencional destinado ao cliente), Meios (método de desempenhar uma intervenção), Localização (orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenção) e Tempo (momento, período, intervalo ou duração de uma ocorrência) (CHAVES; SOLAI, 2013).

Segundo este modelo de 7 eixos, para definir as declarações de Diagnósticos e resultados de enfermagem são recomendadas as inclusões de um termo dos Eixos Foco e Julgamento. Caso necessário, podem ser incluídos termos adicionais de qualquer um dos eixos. Para definir as intervenções de enfermagem, são recomendadas as inclusões de termos dos Eixos Ação e de qualquer um dos eixos denominados Alvo (com exceção do eixo julgamento). Caso necessário, podem ser incluídos termos adicionais de qualquer um dos eixos (CHAVES; SOLAI, 2013).

Outras terminologias são pouco comuns no Brasil, a saber: Classificação dos Cuidados Clínicos (Clinical Care Classification – CCC), anteriormente denominada de Home Health Care Classification (HHCC) e o Sistema Omaha (Community Health System) originado de uma lista de problemas de clientes, diagnosticados por enfermeiros em uma comunidade de saúde nos Estados Unidos (NOBREGA *et al*, 2008).

A Classificação dos Cuidados Clínicos (Clinical Care Classification – CCC) foi desenvolvida, nos Estados Unidos, como parte de um projeto da Universidade de Georgetown, para codificação e categorização dos cuidados domiciliares de saúde prestados aos pacientes do Medicare, objetivando prover, tanto as necessidades de enfermagem e outros serviços domiciliares, quanto a mensuração dos resultados obtidos. A CCC consiste em duas terminologias inter-relacionadas: a de diagnósticos de enfermagem e a de intervenções de enfermagem. Essas duas terminologias usam uma estrutura de vinte componentes (conceitos) que representam quatro diferentes padrões de cuidado do paciente: funcional, comportamento de saúde, psicológico e fisiológico. A CCC tem 146 diagnósticos de enfermagem, baseados na NANDA-I, incluindo, também, diagnósticos específicos adicionais (NOBREGA *et al*, 2008).

O Sistema Omaha (Community Health System) é originado de uma lista de problemas de clientes, diagnosticados pelos enfermeiros em uma comunidade de saúde nos Estados Unidos. A proposta do sistema é oferecer um método para organizar, identificar e denominar o que é de interesse na prática da Enfermagem, e compreende três esquemas de classificação: de problemas, de intervenções e de resultados (NOBREGA *et al*, 2008).

O Esquema de Classificação de Problemas é uma taxonomia de diagnósticos que pode ser usada tanto por enfermeiros que atuam em serviços para a comunidade, quanto por outros profissionais de saúde. O referido esquema tem a seguinte estrutura: Domínio, Problema, Modificador e Sinal/Sintoma. O Esquema de Intervenções é um modelo sistematizado de atividades de enfermagem para auxiliar na decisão e na documentação dos planos e intervenções de enfermagem. Organiza-se em três níveis: categorias, metas e informação específica do cliente. A Escala dos Resultados foi desenvolvida para medir os progressos feitos pelo cliente/paciente com relação aos problemas previamente identificados pelo enfermeiro (NOBREGA *et al*, 2008).

Apesar de esforços desempenhados por enfermeiros para desenvolvidos de terminologias ou sistemas de classificação, nenhuma delas/deles representa o domínio da

Enfermagem, de forma abrangente. Além disso, há o problema de pouco uso em termos de universalização, visto que trazem consigo influências culturais específicas. Isso resultou na construção de uma terminologia com descrição da prática de enfermagem mundialmente – a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE).

2.4 OS CENÁRIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL, DA IMPLANTAÇÃO E DA GESTÃO DA SAE

Em um trabalho sobre a percepção dos docentes e discentes acerca do pensamento reflexivo na aplicabilidade do processo de enfermagem e elaboração da SAE, em campos de estágios, foi evidenciado que para gerar uma ação é necessário pensar e refletir. Como processo do ensino na prática do pensamento reflexivo, a SAE aprimora e qualifica as práticas de saúde frente ao compromisso na formação do profissional enfermeiro (MONTEIRO *et al*, 2015).

Os autores acima citados identificaram também que o planejamento da assistência, o uso da criatividade e o ato de refletir têm sido ressaltados como coadjuvantes favoráveis a uma assistência aprimorada. Por outro lado, o uso do pensamento reflexivo tem sua eficiência comprometida principalmente pela utilização de checklists e padrões pre-determinados, que limitam o raciocínio e dificultam em visualizar o paciente como um todo, distanciando-se de pensar sobre suas necessidades humanas básicas.

Desafios têm sido enfrentados para a execução da SAE nos espaços do ensino, haja vista a necessidade de professores capacitados e campos de prática que valorizem a ferramenta durante a assistência ao paciente. Isso tem gerado lacunas educativas, por vezes, destoadas da realidade e, conseqüentemente, a produção de um ensino ineficiente e precária implantação dessa sistematização. Considerando que a SAE é instrumento metodológico, científico e filosófico do cuidado, tal situação pode proporcionar sua fragmentação, mecanização, redução e despersonalização (CONCEIÇÃO *et al*, 2014).

Além de conhecer o PE, o enfermeiro precisa dominar o saber teórico, ter a habilidade crítico-reflexiva que permita criar um conjunto de valores, símbolos e ações a serem executadas, face ao julgamento das informações que foram coletadas, para que se possa atuar com qualidade no processo saúde/doença. Isso requer a reformulação das práticas docentes e

das atividades assistenciais dos enfermeiros por melhor formação e o compromisso mútuo dos docentes e das instituições dos campos de prática para esse fim (CONCEIÇÃO *et al* ,2014).

O conhecimento absorvido pela Sistematização da Assistência de Enfermagem é fundamental para a autonomia profissional. Contudo, o enfermeiro tem revelado através de sua competência assistencial e sua competência gerencial, a concentração do seu fazer na gestão técnica, hospitalar, da equipe, de recursos humanos, tomada de decisão, liderança, educação permanente, comunicação, entre outros, em detrimento da gestão do cuidado. Nesse sentido o enfermeiro torna-se um ser invisível e sem identidade profissional perante a equipe de saúde. Conseqüentemente, a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem acaba sendo frequentemente subestimada (PENEDO e SPIRI, 2014).

O déficit de conhecimento adquirido sobre o tema na graduação pelos enfermeiros, tem constituído fator dificultador para o processo de implantação da referida metodologia, relacionando-se diretamente com a prática fragmentada no processo de implantação e no desenvolvimento da SAE e das fases do PE. Destaca-se a ausência de referencial teórico-filosófico adequado e dificuldade para desprendimento do modelo biomédico/cartesiano (PENEDO E SPIRI, 2014)

Contudo, diante da evolução tecnológica, do incremento dos sistemas de informação e do empreendedorismo das instituições de saúde na tentativa de maximizar recursos, reduzir custos, promover a segurança e melhorar a qualidade da assistência, têm-se exigido cada vez mais do enfermeiro o aperfeiçoamento dos serviços, o planejamento, operacionalização e controle dos cuidados, reforçando a necessidade incontestável de se adotar e consolidar a SAE. Conformando a necessidade de modificar a prática e o papel do profissional enfermeiro no sentido de imprimir nova característica à sua atuação (SOARES *et al*, 2015).

Sabe-se que apesar de não conseguir implementar a SAE no cotidiano de trabalho, o enfermeiro tem consciência que por meio da mesma, tem o planejamento e a organização das atividades assistenciais e das funções da equipe de enfermagem direcionadas. Entretanto, por não terem a SAE concretizada, os enfermeiros acabam realizando suas ações de acordo com as prioridades do seu processo de trabalho (SOARES *et al*, 2015).

A implantação da SAE, atualmente, é considerada um desafio, principalmente, no que diz respeito à gerência da assistência, uma vez que em uma realidade complexa, multifacetada

e multidimensional, exige do enfermeiro gestor a elaboração e execução de estratégias empreendedoras, inovadoras e participativas. Faz-se necessário intermediar, promover e manter condições favoráveis ao processo de adoção da mesma, através do envolvimento dos gestores institucionais em níveis estratégicos, políticos, econômicos e financeiros (SOARES *et al*, 2015).

Em estudo pautado no interacionismo simbólico, Casafus *et al* (2013) identificam que deve haver convergência do momento em que concebem a SAE como um instrumento ideal para o gerenciamento da assistência com o reconhecimento social da profissão, mediante componentes facilitadores como dimensionamento ideal de recursos humanos e educação permanente.

Nesse mesmo estudo, constatou-se que auxiliares/técnicos não valoram enfermeiros insistentes em realizar uma SAE ilusória, desprovida de avaliação clínica para determinar uma prescrição de enfermagem; de não prescrever nos fins de semana; de antecipar as prescrições no dia anterior ou de não efetua-las para todos pacientes. Percebe-se que fazem a retomada do modelo de assistência de enfermagem funcional, amparados somente na prescrição médica. Estes profissionais têm para si que é possível cuidar sem o planejamento elaborado pelo enfermeiro, reforçado pela opção facultativa em realizar ou não a SAE.

Dessa forma, os auxiliares/técnicos acabam por não legitimar a SAE ilusória, demonstrando, simbolicamente, sua decisão por meio de seguintes atitudes: desconsiderá-la, checá-la sem fazer e não checá-la. Esses comportamentos advêm da tomada de decisão do enfermeiro divergente aos dos auxiliares/técnicos quanto ao enfrentamento das dificuldades que se têm em operacionalizar a SAE, contribuindo para a geração de conflitos entre os membros da equipe de enfermagem (CASAFUS *et al*, 2013).

A operacionalização da proposta da SAE por meio do processo de enfermagem tem esbarrado em muitas dificuldades, prevalecendo a organização do cuidado centrado em tarefas, com ênfase na realização da ação na prática clínica. Faz menção às dificuldades e incompatibilidades do ensino do P.E. nas escolas de graduação em enfermagem, que de certa forma, em sua opinião, pode refletir e justificar algumas dificuldades apresentadas posteriormente na atividade do profissional (HERMIDA, 2004).

Diferentes fatores interferem para aplicação do PE no âmbito da organização e cotidiano profissional. No primeiro âmbito, se tem as políticas, normas, objetivos dos

serviços, estabelecidos por médicos e administradores sem a participação dos enfermeiros. No segundo, as atitudes, crenças, valores, habilidades técnicas e intelectuais, e a maneira como o processo tem sido operacionalizado nos serviços (por exemplo, uma imposição da chefia de enfermagem que valoriza mais a documentação à implementação dessa metodologia de forma efetiva na prática).

Em seu estudo de reflexão teórica, Carvalho *et al* (2007) revelam que os principais obstáculos para utilização do PE na prática profissional se concentram em fatores inerentes a sua própria estrutura, tendo ênfase na abrangência da coleta de dados, na amplitude da declaração dos diagnósticos, na determinação das subfases do planejamento (determinação de meta e objetivos) e na falta de instrumentos operacionais para realizar a avaliação dos resultados alcançados mediante o cuidado prestado. Consideram, também, que o cenário de ensino e aprendizagem contribui para o incremento dessas dificuldades, pois não tem favorecido a aquisição de habilidades necessárias ao PE, em consequência da falta de padronização do ensino eficaz de suas etapas de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

No cenário da prática assistencial, existe a crença de que o Processo de Enfermagem é uma rotina sofisticada e que executá-lo implica em se afastar do paciente; a insegurança em realizar as atividades inerentes ao PE, por não dominá-las adequadamente; a prevalência de um modelo que se volta às ações prescritas pelo profissional médico, aliada ao fato de que na maioria das vezes, o número de enfermeiros é insuficiente em todos os setores de atendimento aos usuários (CARVALHO *et al*, 2007).

Muitos autores contribuem apontando as etapas do processo de implantação da SAE, afirmam Hermida e Araújo (2006), tendo as referidas autoras elaborado em seu estudo, uma sequência de ações baseadas em seus levantamentos bibliográficos e em suas experiências profissionais, tendo como premissas as seguintes ações:

- 1) Reconhecimento da realidade institucional, sendo relevante o levantamento do sistema acerca de a Estrutura política de gestão institucional, do interesse institucional pela proposta e sua viabilidade prática, da estrutura organizacional (missão, filosofia e objetivos), dos recursos disponíveis e clientela assistida (necessidades específicas/perfil dos pacientes).

- 2) A sensibilização de toda a equipe de enfermagem para a implantação da SAE.

- 3) A definição da missão, filosofia e objetivos do Serviço de Enfermagem da instituição.

- 4) O preparo intelectual (teórico) da equipe de enfermagem.

- 5) A definição do Referencial Teórico.
- 6) A elaboração dos instrumentos do Processo de Enfermagem
- 7) Preparo prático para a implementação da SAE.

Diferentes modelos de gestão exercem influência no processo de implantação/implementação da SAE. O modelo de Gestão Participativa envolve toda a equipe na elaboração de uma metodologia de assistência sistematizada. Essa estratégia de cogestão para a implantação da SAE segundo as autoras, é considerada um passo importante, na qual as pessoas se constituem enquanto sujeitos no processo, ou seja, todos os profissionais de enfermagem, têm a possibilidade de compreender o que fazem, de construir ou reconstruir o seu processo de trabalho (CASTILHO; RIBEIRO; CHIERELLI, 2009).

2.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA SAE

Embora o PE tenha sido introduzido no Brasil desde a década de 70, por Wanda de Aguiar Horta, o Conselho Federal de Enfermagem legitimou a implantação da SAE na Resolução nº 272, apenas em 2002, para instituições de saúde brasileiras. Hermida e Araújo (2006) afirmam que a referida Resolução, por si só, não ofereceu todo o apoio que a implantação do PE exige, haja vista que muitos fatores têm desencadeado dificuldades práticas na implantação ou na implementação dessa metodologia nas instituições de saúde.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), através de seus atos fiscalizatórios nas instituições de saúde do Estado, revela que 65% das instituições não souberam como implantar a SAE, 38% estavam em fase de implantação, em 15% houve relutância e/ou impedimento dos profissionais de saúde e em 10% houve impedimento por parte da instituição (Hermida; Araújo, 2006).

O COFEN, responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zela pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Com seus respectivos Conselhos Regionais (CORENs), criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905, formam o Sistema COFEN/Conselhos Regionais.

Cabe mencionar que, os conselhos de fiscalização profissional são entidades que

começaram se difundidos no direito brasileiro a partir da primeira metade do século XX. Trata-se de organizações de pessoas naturais de patrimônios para a consecução de determinados fins, aos quais as ordens jurídicas lhes conferem identidade própria, direitos e deveres (MAURIQUE et al, 2013).

Dentre as atividades da Administração Pública de agir em nome da coletividade, os Conselhos de Fiscalização profissional exercem por outorga do Estado:

“a seleção de profissionais que podem exercer a profissão, não podendo atuar no campo para o qual se qualificou sem a inscrição no mesmo. No art. 5 da Constituição Federal de 1988, estabelece que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer. O exercício ilegal de uma profissão ou atividade, está previsto no art. 47 da Lei de Contravenções Penais, “ Exercer profissão ou atividade econômica ou anunciar que a exerce sem preencher as condições a que por lei está subordinado o seu exercício” sob pena de prisão simples de 15 (quinze) a 3 (três) meses, ou multa”.

Outro atributo conferido aos conselhos de fiscalização é o de permitir que os profissionais desempenhem atividades profissionais, segundo a categoria de pertencimento – enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Atuam na fiscalização do cumprimento dos princípios éticos-legais e técnicos das instituições e dos profissionais (MAURIQUE et al, 2013).

Fiscalizar, portanto, é a atividade-fim dos conselhos profissionais. Importante missão que não é devidamente conhecida e reconhecida pela sociedade e mal compreendida pelos próprios profissionais. Essa realidade é preocupante, considerando-se que o trabalho tem repercussão direta sobre a vida humana (COSTA; GERMANO; MEDEIROS, 2014).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem (LEPE), determina em seus artigos (COFEN, 1986):

*“Art. 1º- É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.
Art. 2º- A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.
Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.
Art. 3º O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.
Art. 4º A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.”*

A LEPE estabelece as competências dos profissionais de enfermagem e a

responsabilidade no agir com base nas competências técnicas, éticas, políticas e relacionais de cada um. Assim, cabe ao enfermeiro o gerenciamento das ações de enfermagem ao planejar, executar, avaliar e discutir os resultados das condutas de enfermagem propostas com sua equipe. O enfermeiro é o responsável pelo planejamento, execução e delegação das ações de enfermagem e por toda a equipe de enfermagem.

Ao planejar e sistematizar a assistência de enfermagem, o enfermeiro deve observar os princípios previstos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), legitimado pela Resolução COFEN nº 311 de 08 de fevereiro de 2007. Define-se como responsabilidades e deveres de seus profissionais: *“Assegurar uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” e “proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde”*.

Na sequência de normas do Sistema Cofen e Corens afins à sistematização da assistência de enfermagem, o planejamento e avaliação do cuidado de enfermagem deve estar baseado na Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009, que 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.

Esta Resolução está ancorada na evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem que subsidia a organização do trabalho profissional da enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem. Afirma que o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, evidenciando a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando, portanto, a visibilidade e, o reconhecimento profissional. Em seus artigos e incisos delibera que:

“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.

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 e 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”.

Para Costa, Germano e Medeiros (2014), o maior desafio do sistema Cofen/Conselhos Regionais, como atribuição legal de disciplinar o exercício da Enfermagem, se relaciona à fiscalização da profissão, representando a operacionalização da autorregulação. Atualmente, regido pela Resolução COFEN nº 374/2011, o processo de fiscalização do exercício profissional traz, como base normativa, a concepção de processo educativo, de estímulo aos valores éticos e de valorização do processo de trabalho em Enfermagem, destacando o

processo de redemocratização do sistema de fiscalização da enfermagem e superando a visão meramente punitiva antes predominante em suas ações junto aos profissionais.

Com esta prerrogativa, Girardi e Seixas (2002) afirmam que a fiscalização das profissões educa as pessoas e combate a atuação ilegal e antiética, em favor do interesse público, direitos e liberdades individuais, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Neste sentido, ressalta-se que os procedimentos de fiscalização do exercício profissional da enfermagem estão devidamente descritos no manual do COFEN, anexo a Resolução 374/2011 e 516/2016, parametrizando as ações de seus agentes em nível nacional. As previsões fiscalizatórias são pautadas em planejamento anual aprovado pelos conselheiros regionais, por denúncias ou por ofício, oriundos do ministério público estadual ou federal e ainda, por solicitação de outros órgãos de gestão ou regulação. Os atos fiscalizatórios seguem um hall de procedimentos padrão, que são colocados em prática durante as inspeções realizadas nas dependências das instituições, sempre observadas e orientadas para o cumprimento da legislação da profissão. O fiscal elabora o relatório circunstanciado, faz notificação, quando constatadas irregularidades, instrui processo administrativo afim e faz diligências necessárias (COSTA; GERMANO; MEDEIROS, 2014 e COFEN, 2011).

Esse manual do Cofen preconiza que o enfermeiro fiscal deve avaliar se há SAE implantada nas instituições. Se avaliar como inexistência ou existência parcial, o enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem deve ser notificado de que a correta implantação deve ser feita em até três meses. Ademais, ajustes de condutas relacionados aos prazos podem ser estabelecidos por meios administrativos e jurídicos previstos pelos Conselhos Regionais.

A sistematização da assistência de enfermagem também está descrita em outras normas do sistema Cofen e Conselhos Regionais que regulamentam os cuidados assistenciais, as especialidades e inserções da enfermagem no desenvolvimento de políticas públicas de saúde do país. Destacam-se as resoluções que normatizam os procedimentos de cateterismo vesical, nutrição enteral, acolhimento e classificação de risco, procedimentos transfusionais, dentre outros.

Inserida nas ações e serviços públicos de saúde e privados contratados ou conveniados integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8080/90), a SAE deve ser desenvolvida igualmente às demais sistematizações assistenciais de outros profissionais da saúde. Obedece-se, assim, o princípio da integralidade de assistência entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para

cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e ainda, assegurando o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

CAPÍTULO 3

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa metodológica por ser um desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Em sua maioria, é não experimental e frequentemente está focada no desenvolvimento de novos instrumentos. Como estratégia, esse tipo de pesquisa utiliza de conhecimentos existentes de maneira sistemática, visando elaborar nova intervenção, melhorar uma intervenção, ou elaborar/melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição (POLIT E BECK, 2011).

Tem como característica o desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados, com vistas à definição de construto ou comportamento a ser medido, formulação de itens de ferramenta, desenvolvimento de instruções para respondentes, além de testagem de confiabilidade e de validade de instrumento (LO BIONDO-WOOD e HABER, 2001).

O aspecto mais significativo da pesquisa metodológica é a psicometria, para relacionar teoria e desenvolvimento de instrumentos de medição e técnicas de mensuração, trabalhando a medição de um conceito para torná-lo válido. O pesquisador define o constructo a ser medido, formula os itens do instrumento e testa a confiabilidade e a validade da ferramenta. Não estabelece relação e/ou efeito entre variáveis independentes e dependentes, mas torna um constructo impalpável em palpável ou em protocolos de observação e execução (idem).

Instrumentos, objetivo final deste estudo, têm como metas principais ser confiável, preciso e utilizável, podendo ser empregado por outros pesquisadores, além de buscar alcance de objetivos (ibidem).

As medidas, que visam validar estudos, descrevem os fenômenos para serem analisados estatisticamente. Sua validade depende da capacidade que suas variáveis delineadas têm de representar os fenômenos. A validade implica em dois atributos essenciais: a precisão também chamada de confiabilidade, ou seja, o quanto a medida é reprodutível e a acurácia, que é a capacidade que uma medida tem de representar o que realmente precisa representar (FERNANDES, 2005).

As técnicas mais comuns para a validação de instrumentos de medição são a validade de conteúdo, validade de aparência, validade de critério e validade de constructo. A validação de conteúdo, que foi a medida utilizada nesse estudo, é a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica. Ou seja, significa o quanto a medida incorpora o domínio do fenômeno sob estudo.

Ademais, determina se o conteúdo de um instrumento explora de maneira efetiva os quesitos para a mensuração de determinado fenômeno a ser investigado (FERNANDES, 2005).

3.1 LOCAL DO ESTUDO – ETAPA DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

A etapa de validação do instrumento por juízes foi desenvolvida presencialmente durante uma reunião da Câmara Técnica Federal de Fiscalização e à distância através de meio digital (endereço eletrônico) para o retorno e reenvio do instrumento de coleta de dados pelos juízes. A realização da TGN – Técnica de Grupo Nominal modificada ou Delphi modificada ocorreu em Brasília-DF na sede do Conselho Federal de Enfermagem. Obteve-se autorização da Presidência do COFEN para o desenvolvimento da análise do instrumento junto aos integrantes da Câmara Técnica Federal de Fiscalização.

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No Grupo Nominal Modificado ou Delphi modificado participaram cinco enfermeiros fiscais integrantes da Câmara Técnica Federal de Fiscalização do Sistema Cofen.

A escolha destes sujeitos juízes deu-se pela trajetória histórica vivenciada pelos mesmos conferida pela atividade de enfermeiro fiscal, de avaliar e constatar a existência total e parcial ou inexistência da SAE nas instituições fiscalizadas. A experiência conferida aos referidos profissionais é resultante do montante das visitas fiscalizatórias realizadas por eles e, também, pelas constatações e intimações expedidas aos enfermeiros responsáveis técnicos e responsáveis legais de instituições, face às irregularidades constatadas na implantação da SAE. A consolidação dos atos fiscalizatórios, através de relatórios circunstanciados afins às constatações das irregularidades, lhes confere expertise para a análise de tecnologias que subsidiem o alcance do objetivo principal deste estudo.

3.3 OS MOMENTOS DA PESQUISA

Para a construção e desenvolvimento do instrumento, adotou-se oito diferentes momentos, a saber:

- 3.3.1 1º Momento - Levantamento bibliográfico sobre o tema base do estudo – A SAE à luz das Normas Legais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais com os descritores da pesquisa e visando atender a questão norteadora.
- 3.3.2 2º Momento - Seleção de referências que tratam de análises, reflexões, opiniões, relato de experiências da implantação da SAE e validação de instrumentos de avaliação da implantação das etapas do processo de enfermagem (PE) e dos demais eixos para operacionalização da SAE e ainda sobre a normas legais que subsidiaram o desenvolvimento dos indicadores.
- 3.3.3 3º Momento - Definição de indicadores como conteúdo do instrumento de avaliação da implantação da SAE à luz da referida Resolução.
- 3.3.4 4º Momento - Construção da proposta de instrumento de aferição e medição da implantação da SAE.
- 3.3.5 5º Momento - Construção de instrumentos de pesquisa de validação de conteúdo dos indicadores pelos selecionados para o grupo focado e para juízes que participaram do Delphi modificado.
- 3.3.6 6º Momento - Definição de critérios de escolha dos componentes do grupo nominal simplificado e juízes.
- 3.3.7 7º Momento - Estabelecimento das medidas de validação.
- 3.3.8 8º Momento - Validação de conteúdo dos indicadores.

3.3.1 1º Momento - Levantamento bibliográfico sobre sistematização da assistência de enfermagem e que continham os descritores do estudo

Para Fernandes (2005), vários recursos são citados na literatura para fundamentar o conteúdo de medidas de avaliação em saúde. As principais são:

- ✓ A evidência científica que é considerado o principal recurso que é obtido por revisões sistemáticas e metanálises rigorosamente controlados e conduzidos.
- ✓ Guias ou guidelines elaborados por sociedades de especialistas e agências governamentais. Estes se referem às recomendações para a prática clínica desenvolvidos por especialistas ou peritos e com previsões de recomendações de órgãos governamentais e agências regulamentadoras.
- ✓ Revisão narrativa da literatura que compreende estudos mais recentes que ainda não estão considerados como evidência científica.

- ✓ Combinação de fundamentação teórico-científica e métodos de consenso muito utilizada para os casos de pouca evidência científica ou fraca para a avaliação e construção de novas tecnologias. Nestes casos os pesquisadores utilizam a estratégia de busca de opiniões de especialistas que validam o conteúdo dos indicadores tanto para a evidência de sua fundamentação quanto para a capacidade de avaliar o que se pretende avaliar. Grupos de julgamento são preferíveis em lugar de julgamento único com objetivo de evitar vieses pessoais.

Outros recursos são citados como subsidiários à construção de um indicador, a saber: estudos científicos isolados, indicadores não baseados em fundamentação científica, conjugação de medidas de qualidade e aperfeiçoamento de processos, sistemas integrados para elaboração de indicadores de qualidade e medidas previamente elaboradas e testadas (FERNANDES, 2005).

Realizou-se pesquisas nas bases Scopus, Pubmed, Medline, LILACS, SCIELO, BDENF e BVS, acerca de temas abaixo relacionados e que continham os descritores da pesquisa. Levantou-se os documentos e sites afins ao processo de fiscalização do exercício profissional do sistema Cofen e Conselhos Regionais de Enfermagem:

- ✓ Conceitos sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem e fiscalização do exercício profissional.
- ✓ Análises, reflexões e opiniões acerca da implantação da sistematização da assistência de enfermagem.
- ✓ Desenvolvimento, validação e aplicação de instrumentos de implantação da SAE e/ou do processo de enfermagem.
- ✓ Técnicas e métricas estatísticas para validação de instrumentos de avaliação da implantação da SAE.
- ✓ Normas legais e manuais de padronização de ações do País e do Sistema Cofen e Conselhos Regionais sobre implantação da SAE.

Os descritores das bases Decs e Mesh utilizados foram “*Nursing Process*” ou *Processo de Enfermagem*, “*Patient Care Planning*” ou *Planejamento do Cuidado ao Paciente* e “*Validation studies*” ou Estudos de Validação.

Considerando a escassez da conjugação do tema do estudo com normas legais que subsidiam os trabalhos desenvolvidos pelos enfermeiros fiscais no exercício de seus cargos,

os critérios de inclusão de artigos para análise e embasamento da construção e validação dos indicadores criados foram os acima descritos, com ênfase nas publicações após a publicação da primeira resolução brasileira que tornou a implantação da SAE obrigatória nas instituições onde haja o exercício profissional da enfermagem no ano de 2002; os publicados em todos os idiomas de indexação e sob todos os tipos de indexação (artigos, teses, dissertações, anais etc); e os que tivessem seus conteúdos na íntegra disponibilizados por meio digital.

Outro critério que subsidiou a pesquisa foi o resultado do estudo de cientometria sobre os autores brasileiros que desenvolveram trabalhos sobre o desenvolvimento do processo de enfermagem no Brasil. Incluiu-se, também, todas as normas legais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais, manuais e documentos relacionados ao tema, disponíveis à pesquisa, principalmente o manual de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, versão 2014.

A partir dessa busca, realizou-se leitura, análise e fichamento dos documentos selecionados a partir dos títulos, resumos e conteúdos, a fim de adequá-los com a questão norteadora da investigação.

3.3.2 2º Momento - Seleção de referências que tratavam de bases legais, análise, reflexões e opiniões, sobre relato de experiências sobre ensino, gestão e gerenciamento da implantação da SAE e validação de instrumentos de avaliação da implantação das etapas do processo de enfermagem (PE).

Os artigos foram selecionados e organizados segundo os critérios descritos no primeiro momento e classificados segundo a sua ênfase para melhor subsidiar o desenvolvimento da questão norteadora:

- ✓ Análises, avaliações, reflexões e pesquisas de opinião, com vistas a incrementar a justificativa de desenvolvimento do estudo e considerações acerca da implantação e implementação da SAE.
- ✓ Gestão, gerenciamento de serviços de enfermagem e a implantação e implementação da SAE, com vistas a identificar experiências publicadas.
- ✓ Construção e validação de instrumentos afins à SAE, com vistas ao levantamento de alternativas metodológicas para construção e validação de tecnologias, em especial, instrumentos de avaliação da implantação da SAE ou parte dela.

- ✓ Bases legais brasileiras e do Sistema Cofen e Conselhos Regionais de fiscalização do exercício profissional, com vistas a embasar a implantação da SAE e ainda, verificar a existência de estudos afins à questão norteadora.

Apresenta-se, a seguir, os quadros 1 a 4 com a relação dos artigos considerados como referência para a indicação dos indicadores e organização da proposta de instrumento.

Quadro 01 – Distribuição de artigos selecionados conforme a classificação “*Análises, avaliações, reflexões e pesquisas de opinião sobre SAE*”

Nº	Título do Artigo	Periódico	Autores	Ano
1	Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário	Reben	Maria Ângela Reppetto, Mariana Fernandes de Souza	2005
2	Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva	Rev Esc Enf USP	Debora Gomes Barros e Anna Maria Chiesa	2007
3	Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde	Acta Paul Enferm	Magda Santos Koerich, Dirce Stein Backes, Keyla Cristiane do Nascimento,	2007
4	Correntes de pensamento nacionais sobre rentes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem	Rev Bras Enferm	Patrícia dos Santos Claro Fuly, Josete Luzia Leite, Suzinara Beatriz Soares Lima	2008
5	Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional	Rev Latino-Amer. Enf	Dirce Stein Backes, Magda Santos Koerich, Keyla Cristiane do Nascimento, Alacoque Lorenzini Erdmann	2008
6	Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional	Rev Esc Enf USP	Keyla Cristiane do Nascimento, Dirce Stein Backes, Magda Santos Koerich, Alacoque Lorenzini Erdmann	2008
8	Processo de enfermagem: da literatura à prática: O quê de fato nós estamos fazendo?	Rev Latino-americana Enfermagem	Simoni Pokorski, Maria Antonieta Moraes, Régis Chiarelli, Angelita Paganin Costanzi, Eneida Rejane Rabelo	2009
9	Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem	Rev Enf. UERJ	Fernanda Demutti Pimpão Wilson Danilo Lunardi Filho, Helena Heidtmann Vaghetti, Valéria Lerch Lunardi	2010
10	Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem	Rev Esc Enf USP	Silvia Regina Tamae Menezes, Margarteh Rose Priel, Luciano Lucio Pereira	2011
11	O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática	Rev Esc Enf USP	Elisama Gomes Correia Silva, Viviane Carla de Oliveira, Giselda Bezerra Correia Neves, Tânia Maria Rocha Guimarães	2011

12	Sistematização da assistência de enfermagem – potencialidades reconhecidas pelos enfermeiros de um hospital público	Rev Enf. UFSM	Ivete Maroso Krauzer, Francine Lima Gelbcke	2011
13	Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso	Rev Esc Anna Nery	Érica Torres, Zenith Rosa Silvino, Bárbara Pompeu Christovam, Marilda Andrade, Patrícia Claro dos Santos Fuly	2011
14	Autonomia Profissional e Sistematização da Assistência de enfermagem: Percepção dos enfermeiros	Revista Mineira de Enfermagem	Fernanda de Oliveira Florentino dos Santos, Juliana Helena Montezeli, Aida Maris Peres	2012
15	Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada	Rev Gaúcha Enferm	Ana Lúcia de Medeiros, Sérgio Ribeiro dos Santos, Rômulo Wanderley de Lima Cabral	2012
16	Sistematização da Assistência de Enfermagem: Dificuldades de implantação na visão do enfermeiro	Perspectiva Erichment	Barbosa, E. P., de Biasi, L. S., Zago, V. L. P., Paini, J. P., Severo, C. M.	2012
17	Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem	Rev Escola Anna Nery	Karen Cristina Urtado Casafus, Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua, Silvia Cristina Mangini Bocchi	2013
18	Interface entre sistematização da assistência de enfermagem e processo de trabalho da enfermagem - abordagem reflexiva	Rev Enf UFPE	Mirelle Inácio Soares, Deusdete Inácio Souza Júnior, Karolina Vitorelli Diniz Lima, Zélia Marilda Rodrigues Resck	2013
19	Viabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem em serviço pediátrico: uma abordagem reflexiva	Rev Eletrônica de Gestão e Saúde	Vaneila Ferreira Martins, Leandra Ferreira Silva, Renata Tiago Souza, Vania Moraes Ferreira	2013
20	Fatores de Resistência na Implementação do Processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva	Investigação Qualitativa em Educação	Eryelg Moura Tomé, Bruno Bordin Pelazza, Carolina Sverzut, Renata Alessandra Evangelista	2014
21	Intervenções de Enfermagem no programa de gerenciamento de crônicos: mapeamento cruzado	Rev da Rede de Enf do Nordeste	Talita do Nascimento da Silva, Rosimere Ferreira Santana, George Luiz Alves Santos, Luana de França da Silva, Giselle Mota Bastos, Thais Diniz Garcia	2014
22	Percepções culturais de acadêmicos e enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem	Rev Enf UFSM	Vander Monteiro da Conceição, Jeferson Santos Araujo, Rafaela Azevedo Abrantes de Oliveira, Márcia Maria Fontão Zago, Ralrizônia Fernandes Souza, Mary Elizabeth de Santana, Maria Odeise da Paixão Monteiro, Aline Bento Neves, Viviane de Oliveira Gomes, Michelle Pena Nery Luz1	2014
23	Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes	Acta Paul Enferm	Rafaela Mossarelli Penedo, Wilza Carla Spiri1	2014

24	A Prática do Pensamento Reflexivo na Elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem - Visão perceptiva dos docentes e discentes	Investigação Qualitativa em Educação	Andreia Gomes Monteiro, Anselmo Amaro dos Santos, Vilanice Alves de Araújo Puschel, Denise Marques Lomenzo Buono	2015
25	Desafios da implementação da assistência de enfermagem no âmbito nacional: um estudo bibliométrico	Rev Rede de Cuidados em Saúde	Tanara Pio Pereira, Lohrana Duarte Nascimento Motta, Natalia Gonçalves Gomes, Jessica Alline Vilela, Aline Affonso	2015
26	Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência	Rev Esc Anna Nery	Mirelle Inácio Soares, Zélia Marilda Rodrigues, Resck, Fábio de Souza Terra, Silvia Helena Henriques Camelo	2015

Fonte: As fontes das referências estão citadas no próprio quadro

Quadro 02 – Distribuição de artigos selecionados conforme a classificação “*Construção e validação de instrumentos afins à SAE*”

Nº	Título do Artigo	Periódico	Autores	Ano
1	Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em horta	RevEletrônica de Enfermagem	Luciano Ramos de Lima, Marina Morato Stiva, Luciene Ramos de Lima, Cleydson Rodrigues de Oliveira, Tânia Couto Machado Chianca	2006
2	Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados	Texto Contexto Enferm	Daniela Borges Bittar, Lílian Varanda Pereira, Rejane Cussi Assunção Lemos	2006
3	Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica	Acta Paul Enferm	Ana Lucia Silva Miracondos da Cunha, Aparecida de Cássia Giani Peniche	2007
4	Validação de instrumentos de coleta de dados de enfermagem em unidade de tratamento intensivo de adultos	Rev Bras Enferm	Meire Chucre Tannure; Tânia Couto Machado Chianca; Tatiana Bedran; Andreza Werli; Caroline Rodrigues de Andrade	2008
5	Avaliação de um instrumento para classificação de pacientes pediátricos oncológicos	Rev Esc Enferm USP	Sandra de Andrade, Sérgio Vicente Serrano, Maria Salete de A. Nascimento, Stela Verzinhasse Peres, Allini Mafra da Costa, Regina Aparecida Garcia de Lima	2012

6	Adaptação e validação do instrumento sobre o Processo de Enfermagem	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Erika de Souza Guedes, Regina Marcia Cardoso de Sousa, Ruth Natalia Teresa Turrini, Valéria Troncoso Baltar, Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz	2013
7	Estudos sobre validação de conteúdo em interface com os sistemas de classificação de enfermagem - uma revisão da literatura	Rev Enf da UFPE	Daiane da Rosa Monteiro, Maria de Lourdes Rodrigues Pedroso, Amália de Fátima Lucena, Miriam de Abreu Almeida, Maria da Graça Corso da Motta	2013
8	Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura	Rev. enferm. UERJ	Ana Railka de Souza Oliveira, Alice Gabrielle de Sousa Costa, Julyana Gomes Freitas, Francisca Elizângela Teixeira Lima, Marta Maria Coelho Damascen, Thelma Leite de Araujo	2013
9	Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas	Rev Bras Enferm	Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Viviane Martins da Silva, Thelma Leite de Araujo	2013
1	Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada	Rev Bras Enferm	Leonardo Tadeu de Andrade, Tânia Couto Machado Chianca	2013
11	Validação de um instrumento para avaliação do cliente com afecções cutâneas	Acta Paul Enferm	Euzeli da Silva Brandão, Iraci dos Santos, Regina Serrão Lanzillotti	2013
12	Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas	Texto Contexto Enferm	Rafaella Pessoa Moreira, Nirla Gomes Guedes, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Tahissa Frota Cavalcante, Thelma Leite de Araújo	2014
13	Validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem	Rev Enferm Atenção Saúde [Online]	Vivian Oliveira Viana, Patrícia da Silva Pires	2014
14	Construção e validação de conteúdo do histórico de enfermagem guiado pelo referencial de orem	Rev Min Enferm	Camila Santana Domingos, Priscila Camara de Moura, Luciene Muniz Braga, Nayara Vilela Rodrigues, Marisa Dibbern Lopes Correia, Alessandra Montezano de Paula Carvalho	2015
15	Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada	Rev Esc Enferm USP	Luciana Gomes Furtado Nogueira, Maria Miriam Lima da Nóbrega	2015

16	Construção e validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em terapia intensiva	Rev REME.	Daniela Silva de Araújo, Andreza Freire França, João Kelvin da Silva Mendonça, Ana Rita de Cássia Bettencourt, Thatiana Lameira Maciel Amaral, Patricia Rezende do Prado	2015
17	Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem	RevEscola Enf Anna Nery	Raphael Dias de Mello Pereira, Neide Aparecida Titonelli Alvim	2015
18	Diagnóstico de enfermagem para centro de material e esterilização: análise do conceito	Rev enferm UFPE on line	Raquel Calado da Silva Gonçalves, Rosimere Ferreira Santana	2016
19	Análise do conteúdo de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico de enfermagem	Rev Bras Enferm	Alessandra Borges Brum Cleires, Marcos Antônio Gomes Brandão, Beatriz Fernandes Dias, Cândida Caniçali Primo	2015

Fonte: As fontes das referências estão citadas no próprio quadro

Quadro 03 – Distribuição de artigos selecionados conforme a classificação “*Gestão e gerenciamento de serviços de enfermagem e a implantação e implementação da SAE*”

Nº	Título do Artigo	Periódico	Autores	Ano
1	Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta	Rev Bras Enferm	Sandra Maria Botelho da Cunha/Alba Lúcia Botura Leite Barros	2005
2	Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial	Ciência, Cuidado e Saúde	Dirce Stein Backes Eda Schwartz	2005
3	Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização	Rev Bras Enferm	Joseilze Santos de Andrade/Maria Jésia Vieira	2005
4	Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico	Acta Sci. Health Sci	Dirce Stein Backes, Marilene Pereira Esperança, Arnaldo Madruga Amaro, Iva Ema Fonseca Campos, Andrea D' Oliveira da Cunha e Eda Schwartz	2005
5	O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo	Rev Esc Enferm USP	Antônio Fernandes Costa Lima, Paulina Kurcgant	2006
6	Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação	Rev Bras Enferm	Patrícia Madalena Vieira Hermida/Izilda Esmênia Muglia Araújo	2006
7	O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes	R Enferm	Lucimar Ramos Ribeiro Gonçalves Inez Sampaio Nery,Lídyia Tolstenko Nogueira Elisiane Gomes Bonfim	2007

8	Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil	Rev enferm UFPE on line	Emilia Campos de Carvalho, Maria Márcia Bachion, Maria Célia Barcellos Dalri, Cristine Alves da Costa de Jesus	2007
9	Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: estudo de caso de acordo com a Teoria de autocuidado de Orem	Arq Ciênc Saúde	theoryAnneliese D. Wysocki; Marisa S. Freschi1; Claudia B. Cesarino	2008
10	A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil	Texto Contexto Enferm,	Nadia Cecília Castilho, Pamela Cristine Ribeiro, Mara Quaglio Chirelli	2009
11	Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação	Rev Bras Enferm,	Rinaldo de Souza Neves, Helena Eri Shimizu	2010
12	Dificuldades na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE: Uma revisão Teórica	Cadernos de Escola de Saúde	Jucilene Remizoski, Mayra Moreira Rocha, Janaina Vall	2010
13	Sistematização da assistência de enfermagem: Dificuldades de implantação na visão do Enfermeiro	Perspectiva, Erechim	Barbosa, E. P. De Biasi, L. S. Zago, V. L. P. Paini, J. P. Severo, C. M.	2012
14	Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação	Rev Bras Enferm	Monica Antonio Maria, Fátima Alice Aguiar Quadros, Maria de Fátima Oliveira Grassi	2012
15	Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG	Revista de Enfermagem Referência	Karoline Faria de Oliveira; Helena Hemiko Iwamoto; Jacqueline Faria de Oliveira; Débora Vieira de Almeida	2012
16	Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem - uma revisão de literatura	Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI	Leopoldina Almeida Gomes e Davi Soares Brito	2012
17	Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem	Esc Anna Nery	Karen Cristina Urtado Casafus, Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua, Silvia Cristina Mangini Bocchi,	2013
18	Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação	J Manag Prim Health Care	Wenysson Noletodos Santos	2014

Fonte: As fontes das referências estão citadas no próprio quadro

Quadro 04 – Distribuição de artigos selecionados conforme a classificação “Bases legais Brasileiras e do Sistema Cofen e Conselhos Regionais de fiscalização do exercício profissional”

Nº	Título do Artigo	Periódico	Autores	Ano
1	A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem	Enfermagem em Foco	Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Juliana de Lima Lopes	2010

2	O Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional	Rev Bras Enferm,	Denise Faucz Kletemberaucz kletembergi, Márcia T. D. Siqueiraii, Maria de Fátima Mantovani, Maria Itayra Padilhai, Lúcia Nazareth Amantei, Jane Cristina Anders	2010
3	Sistematização da assistência de enfermagem: aspectos éticos legais e a importância na prática profissional do enfermeiro	Rev Cie Fac Edu Mei Amb	Damiana Guedes da Silva, Cíntia Rosa de Vargas	2011
4	A fiscalização do exercício profissional no conselho federal de enfermagem	Rev Min Enferm.	Edilma de Oliveira Costa, Raimunda Medeiros Germano, Soraya Maria de Medeiros	2014
5	Resultados da fiscalização ético-profissional de enfermagem nas instituições de longa permanência: estudo retrospectivo	Rev enferm UFPE on line	Maria Auxiliadora Rodrigues Almeida, Rosimere Ferreira Santana	2014

3.3.3 3º Momento - Definição e nomeação de indicadores a serem aferidos à luz da referida Resolução Cofen 358/2009 e demais normas do Sistema Cofen e Conselhos Regionais de Enfermagem

Esta etapa se constituiu na aplicação do conhecimento adquirido na fase da pesquisa bibliográfica. A definição dos indicadores correspondeu em constatações da pesquisadora sobre aspectos a serem avaliados para os três eixos (métodos, pessoas e instrumentos) descritos na resolução Cofen nº 358/2009 como subsidiadores para o desenvolvimento do processo de enfermagem de forma a auxiliar a identificação da implantação da SAE em conformidade legal e prática.

Para tal, foram adotados os seguintes critérios:

- a) objetividade e clareza do indicador;
- b) possibilidade de ser agrupado por eixo organizador;
- c) possibilidade de ser aplicado em todos os tipos serviços de enfermagem;
- d) relação com as práticas realizadas com maior frequência na maioria dos serviços de enfermagem e,
- e) maior consenso acerca de sua aplicabilidade apoiado nas evidências teórico-científicas, a partir do levantamento bibliográfico.

Para o eixo “Métodos”, foram considerados como indicadores: Linha teórica utilizada como diretriz; o processo de enfermagem (PE) nas cinco etapas preconizadas pela referida resolução; e as taxonomias empregadas e relacionadas às cinco fases do PE determinada na referida resolução.

No eixo “Pessoas”, foram considerados os indicadores: legalidade do exercício profissional ou seja, a assistência sendo desenvolvida por profissionais de enfermagem em conformidade com sua formação; dimensionamento de pessoal em conformidade com os critérios da resolução Cofen nº 293/2004 e da Lei 7498/86 e seu Decreto regulamentador de nº 94406/87; sistema de classificação de pacientes em conformidade com os critérios da resolução Cofen nº 293/2004; sistema de distribuição de horas de enfermagem em conformidade com o sistema de classificação de pacientes e variáveis do dimensionamento de enfermagem em conformidade com os critérios da resolução Cofen nº 293/2004; existências de programas de treinamento e capacitação; e a existência de especialistas ou profissionais habilitados nos serviços especializados em conformidade às normas do Sistema Cofen e Conselhos Regionais.

Em relação ao eixo “instrumentos”, os indicadores propostos foram a existência de: regimento interno do serviço de enfermagem com referência à SAE em conformidade com a resolução, válidos e vigentes; protocolos de enfermagem, considerando o eixo de métodos preconizado pela Resolução, válidos e vigentes; manuais técnicos e procedimentos operacionais padrão (POPS), considerando os três eixos preconizados pela Resolução, válidos e vigentes; indicadores afins ao dimensionamento de enfermagem; Sistema de registro da SAE escrito e digital, válidos e vigentes.

3.3.4 4º Momento - Organização dos indicadores e construção do instrumento de avaliação da implantação da SAE proposto

Por meio de referências selecionadas na segunda etapa, buscou-se organizar o instrumento quanto à disposição dos dados de identificação da instituição e do setor ou serviço de enfermagem a ser avaliado pelo enfermeiro fiscal; os dados de relevância acerca do referido setor/serviço, tais como, número de pacientes e de leitos, para definição da amostra de prontuários a serem avaliados, que pudessem ter variação de percentual conforme os critérios regimentais dos Conselhos Regionais de Fiscalização.

Dois outros dados de identificação considerados importantes se referem à cronologia da inspeção fiscal - inicial ou de diligência. Para a avaliação inicial e cada uma das reavaliações diligenciais, há um espaço correspondente à data e ao número do documento lavrado pelo enfermeiro fiscal avaliador e, se está sob a instrução de um processo administrativo de fiscalização (PADF) padrão ou técnica, de um termo de ajuste de conduta

(TAC) ou ação civil pública (ACP). Os indicadores estão dispostos, sequencialmente, em conformidade com os três eixos propostos pela resolução.

Ao final da sequência dos indicadores existe no instrumento proposto, espaço para identificação do profissional que colaborou com o levantamento dos dados e do enfermeiro fiscal avaliador. Há o quadro de consolidação dos valores medidos, denominados scores, que possibilita o acompanhamento da evolução dos valores medidos dos indicadores de avaliação da implantação da SAE, conforme a evolução das inspeções fiscais diligenciais.

Aos indicadores formulados para a avaliação dos eixos previstos na resolução, foram atribuídos o nível de medição nominal. Este tipo de medição utiliza números para categorizar atributos (POLIT; BECK, 2011). Assim, neste estudo, três valores foram creditados, conforme a constatação pelo avaliador da existência em completude, existência parcial ou inexistência do conteúdo do indicador. A variação dos valores atribuídos foi de 0; 0,5 e 1,0.

Cabe ressaltar que a medição nominal fornece apenas informações sobre a equivalência e a não equivalência entre categorias, por isso os números não poderão ser tratados matematicamente. O objetivo dessa medição é o somatório dos valores obtidos nos três eixos tendo como o valor máximo de 90, a ser obtido a partir dos somatórios de todos os indicadores aferidos. O instrumento proporciona a possibilidade de medição por até 5 pacientes e seus prontuários, com variação conforme o total de pacientes do setor ou serviço de enfermagem, considerando que foi estipulado um percentual mínimo a ser avaliado, a partir das sugestões dos juízes.

Ao resultado final da avaliação dos indicadores, ou seja, ao escore final encontrado, é possível calcular o percentual amostral de SAE implantada no setor ou instituição como um todo. A avaliação da implantação da SAE se compõe, então, do somatório de todos os percentuais divididos pelo número total de serviços/setores avaliados. Essa metodologia proporcionará ao enfermeiro fiscal demonstrar nos relatórios circunstanciados de fiscalização, a visão geral e detalhada do grau ou nível de implantação da SAE, proporcionando padrões numéricos de medição, evitando-se o juízo de valor subjetivo sobre o objeto de avaliação.

3.3.5 5º Momento - Construção dos instrumentos para validação dos indicadores pelos juízes selecionados para o grupo nominal modificado (MGN ou TGN – modificado) ou Delphi modificado.

Elaborou-se um questionário que foi validado por sujeitos juízes componentes do grupo nominal modificado ou Delphi modificado, constituído por três partes distintas. A

primeira parte apresentou os objetivos da pesquisa e orientou os especialistas quanto ao preenchimento do instrumento de coleta de dados. A segunda parte consistiu na caracterização dos especialistas com dados sobre sexo, idade, ocupação, local de trabalho, município de trabalho, tempo de formação, tempo de atuação como enfermeiro fiscal ou como coordenador de departamento de fiscalização e ainda, questões relativas à experiência profissional no ensino, na pesquisa e na assistência de enfermagem. A terceira compôs o Instrumento de Avaliação de Implantação da SAE em conformidade com os três eixos métodos, pessoas e instrumentos. Adicionalmente, se elaborou um quadro de consolidação dos scores a serem obtidos com a avaliação destes indicadores ao longo das diversas visitas de reavaliação da implantação, para testagem da compreensão do seu preenchimento (APÊNDICE I).

Esse questionário subsidiou a validação do conteúdo dos indicadores de avaliação da implantação da SAE, segundo os critérios de relevância, objetividade e clareza do indicador proposto em conformidade com as bases legais afins. Para isso, cada avaliador pontuou o grau de concordância a partir da escala de Likert de cinco pontos. Polit e Beck (2011) recomendam esse tipo de escala na validação de conteúdo para evitar ponto neutro. Essas escalas fornecem aos respondentes uma lista de questões e pede que o respondente estime o grau de sua resposta. A cada resposta foi atribuído um número de pontos. Os gradientes das respostas foram: 0 = discordo veemente, 1 = discordo, 2= não concordo, nem discordo, 4 = concordo, 5 = concordo inteiramente”.

Para a escolha das respostas deste estudo os especialistas foram guiados pelas seguintes orientações:

- ✓ Concordo inteiramente: informação/indicador extremamente relevante e indispensável ao instrumento;
- ✓ Concordo: informação/indicador relevante, mas confusa;
- ✓ Não concordo, nem discordo: quando não tiver opinião sobre o assunto. Ao selecionar esse gradiente de resposta, emitir uma justificativa;
- ✓ Discordo: informação/indicador pouco relevante para temática, mas se sofrer alterações pode ser relevante;
- ✓ Discordo veementemente: item dispensável no instrumento ou indisponível.

Cabe ressaltar, que após a avaliação do grupo nominal modificado e Delphi modificado, foram realizados os ajustes propostos nos campos de sugestões, independentemente do valor obtido para o indicador.

Abaixo são apresentados os quadros a 5 a 14, contendo os indicadores propostos para identificação do instrumento e para os três eixos de avaliação propostos e suas justificativas legais existentes no Sistema Cofen e Conselhos Regionais.

Quadro 05 – Indicadores de Identificação do Instrumento Proposto

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA
IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DA RES. COFEN Nº 358/2009**

- 9.Quanto ao título: “INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM”, este representa do conteúdo do instrumento apresentado?
- 10.Quanto aos campos de identificação, o item “INSTITUIÇÃO”, este representa conteúdo para identificação da instituição que está sendo avaliada?
- 11.Quanto ao campo de identificação, no item “SETOR/SERVIÇO”, este representa conteúdo para identificação do local que está sendo avaliado?
- 12.Quanto ao campo de identificação, no item “TOTAL DE PACIENTES”, este representa conteúdo para identificação do quantitativo de pacientes internados no local que está sendo avaliado?
- 13.Quanto ao campo de identificação, no item “Nº DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS”, este representa conteúdo para identificação do quantitativo de prontuários avaliados acerca da presença de registros da SAE?
- 14.Quanto ao campo de identificação, no item “TIPO DE AVALIAÇÃO: INICIAL OU DILIGÊNCIA”, este representa conteúdo para identificação se trata-se da primeira avaliação ou de avaliações subsequentes?
- 15.Quanto ao campo de identificação, no item “PADF Nº/ TACF Nº/ACPF Nº”, este representa conteúdo para identificação dos números do processo administrativo de fiscalização/ do termo de ajuste de conduta de fiscalização/da ação civil pública de fiscalização ao qual se destina a avaliação?
- 16.Quanto aos campos de identificação, nos itens “1ª, 2ª 3ª, 4ª e 5ª AVALIAÇÕES”, estes representam conteúdo para identificação da cronologia das avaliações?
- 17.Quanto aos campos de identificação, nos itens “NPJ Nº”, estes representam conteúdo para identificação do número das notificações de pessoa jurídica lavrados nas avaliações?
- 18.Quanto aos campos de identificação, nos itens identificados como “NÃO/INC/SIM”, estes representam conteúdo para constatação da ausência, presença incompleta e presença dos itens avaliados?
- 19.Quanto aos campos de Identificação, no item identificado como “PONTUAÇÃO: NÃO – 0/ INC – 0,5/ SIM – 1,0”, este representa conteúdo para preenchimento dos valores conforme avaliação dos itens arrolados nos três eixos?

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

Quadro 06 - Indicadores do Eixo Métodos, correspondendo ao Histórico e Exame Físico, 1ª etapa Delphi

Indicador	Conteúdo legal representado
20. Realização do histórico de enfermagem	Resol 358/09
21. Realização do histórico na admissão e sempre que necessário baseado em teoria de enfermagem preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;
22. Realização do registro do histórico em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	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
23. Possui identificação e dados relevantes do paciente?	Art. 1º§2º 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.
24. O instrumento está preenchido/descrito com a metodologia prevista pela teoria proposta e/ou proposta institucional?	Art. 3º o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados...
25. São considerados dados coletados da equipe multi-profissional tais como: diagnóstico médico, exames complementares, pareceres	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
26. Os problemas de enfermagem levantados estão descritos	Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:
27. Possui observações de enfermagem?	a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
28. Os enfermeiros se responsabilizam pelo histórico, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?	
29. O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?	
30. É realizado o exame físico na admissão, diariamente e sempre que necessário?	
31. É realizado exame físico baseado em teoria de enfermagem preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade na admissão e diariamente?	
32. É realizado o registro do exame físico em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	
33. Possui identificação e dados relevantes do paciente?	
34. O instrumento está preenchido/descrito completamente	

<p>com a metodologia prevista pela teoria e/ou proposta institucional?</p> <p>35. Os enfermeiros se responsabilizam pelo histórico, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?</p> <p>36. O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?</p> <p>37. Justificativa de não realizar ou realizar parcialmente:</p>	
---	--

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

Quadro 07 - Indicadores do Eixo Métodos, correspondendo ao Diagnóstico – 1ª etapa Delphi

Indicador	Conteúdo legal representado
38. É realizado diagnóstico de enfermagem?	Resol 358/09
39. É realizado diagnóstico de enfermagem baseado em taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;
40. É realizado o diagnóstico de enfermagem em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	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
41. Possui identificação e dados relevantes do paciente?	Art. 1º§2º 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.
42. Os diagnósticos de enfermagem são compatíveis com os problemas levantados na coleta de dados?	Art. 3º o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem;
43. Os títulos dos diagnósticos seguem a linguagem taxonômica preconizada pela instituição/serviço/especialidade?	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, 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.
44. Os enfermeiros se responsabilizam pelo diagnóstico, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?	Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:
45. O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?	b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença.

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

Quadro 08 - Indicadores do Eixo Métodos, correspondendo ao Planejamento da Assistência – 1ª etapa Delphi

Indicador	Conteúdo legal representado
46. É realizado planejamento de enfermagem na admissão, diariamente e sempre que necessário?	Lei 7498/86 Art. 3º o planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem
47. O planejamento de enfermagem é realizado segundo a taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	Resol 358/09 ...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;
48. É realizado o planejamento de enfermagem em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	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
49. Possui identificação e dados relevantes do paciente?	Art. 1º§2º 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.
50. São determinados os resultados esperados conforme taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	Art. 3º - o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.
51. São determinados os prazos para resolução dos problemas encontrados?	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 esperado
52. Os resultados esperados são compatíveis com os problemas levantados e diagnósticos de enfermagem?	Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.
53. É realizada reavaliação diária dos diagnósticos de enfermagem encontrados e do planejamento de enfermagem?	
54. Os enfermeiros se responsabilizam, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?	
55. O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente?	

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

Quadro 09 - Indicadores do Eixo Métodos, correspondendo à Implementação – 1ª etapa Delphi

Indicador	Conteúdo legal representado
56. São elaboradas as prescrições de enfermagem na admissão, diariamente e sempre que necessário?	Lei nº 7498/86 Art. 4º a programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem. Art. 11. o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:
57. As prescrições são elaboradas segundo a taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	i - privativamente: c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
58. As prescrições de enfermagem estão	

<p>descritas em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>59. Possui identificação e dados relevantes do paciente?</p> <p>60. As prescrições de enfermagem são compatíveis com os problemas levantados, diagnósticos de enfermagem e resultados esperados?</p> <p>61. As prescrições de enfermagem são aprazadas adequadamente?</p> <p>62. As prescrições de enfermagem são checadas nos horários aprazados e feitas anotações do profissional de enfermagem assistente?</p> <p>63. Os enfermeiros e os demais profissionais de enfermagem se responsabilizam, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?</p> <p>64. O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?</p> <p>65. É realizada reavaliação diária e sempre que necessário das prescrições de enfermagem?</p>	<p>j) prescrição da assistência de enfermagem;</p> <p>Resol 358/09 ...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>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</p> <p>Art. 1º§2º iv - implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem.</p> <p>Art. 3º - o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados;</p> <p>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, a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.</p> <p>Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;</p>
---	--

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

Quadro 10- Indicadores do Eixo Métodos, correspondendo à Avaliação – 1ª etapa Delphi

Indicador	Conteúdo legal representado
<p>66. São realizadas avaliações diárias e sempre que necessário dos resultados esperados para o paciente?</p> <p>67. Os resultados são avaliados segundo a taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>68. Os resultados estão descritos em instrumento e ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>69. Os resultados avaliados são compatíveis com os problemas levantados, diagnósticos,</p>	<p>Resol 358/09 ...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>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</p> <p>Art. 1º§2º 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</p>

planejamento de enfermagem e resultados esperados?	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 ... e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados;
--	--

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

Quadro 11 - Indicadores do Eixo Métodos, correspondendo à Registros e Anotações – 1ª etapa Delphi

Indicador	Conteúdo legal representado
70. São elaboradas evoluções diárias e sempre que necessário de enfermagem do paciente desde a sua admissão até a alta?	Res 191/1996: “Dispõe sobre a forma de anotação e uso do número de inscrição ou autorização, pelo pessoal de Enfermagem
71. As evoluções dispõem da descrição de dados de relevância da coleta de dados, diagnóstico, planejamento assistencial, procedimentos realizados, intercorrências e não conformidades durante o período da assistência?	Res 311/2007 Art. 25 - Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar; Art. 54 - Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.
72. As evoluções dispõem de avaliação do estado geral e da evolução clínica e resposta ao PA do paciente?	Art. 68 - Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.
73. Possui identificação e dados de relevância do paciente?	Art. 71 - Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.
74. Os enfermeiros datam, assinam e informam o número do registro profissional na evolução de enfermagem?	Art. 72 - Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa
75. São elaboradas anotações de enfermagem?	Resol 358/09
76. São descritas anotações de enfermagem diária em instrumento ou sistema de informação padronizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos , tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;
77. Possui identificação e dados de relevância do paciente?	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.
78. As anotações de enfermagem descrevem as intercorrências, condutas e cuidados prestado com coerência e ordem cronológica?	Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:
79. A equipe técnica assistencial assina e informa o número do registro profissional?	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

	<p>identificados;</p> <p>d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.</p> <p>Resolução 429/2015: 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 eletrônico, define em seu artigo 1º “<i>É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência</i>”.</p>
--	--

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

Quadro 12 - Indicadores do Eixo Pessoas, correspondendo ao Dimensionamento de Pessoal – 1ª etapa Delphi

Indicador	Conteúdo legal representado
<p>80. Nº enfermeiros compatível com a Lei nº 7498/86 e Res Cofen nº 293/04?</p> <p>81. Nº técnicos ou auxiliares de enfermagem nas 24 horas compatível com a Res Cofen nº 293/04?</p> <p>82. Os enfermeiros classificam pacientes conforme SCP previsto na Res. Cofen 293/04?</p> <p>83. A classificação de pacientes está descrita em instrumento preconizado pela instituição?</p> <p>84. O dimensionamento/distribuição das horas de cuidados de enfermagem é baseado na classificação dos pacientes em conformidade com a Res Cofen nº 293/04?</p>	<p>Res Cofen nº 293/04</p> <p>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;</p> <p>§ 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;</p> <p>Art. 2º – O dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:</p> <p>I – à instituição/empresa;</p> <p>II – ao serviço de Enfermagem;</p> <p>III – à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sócio-cultural e econômica.</p> <p>Art. 4º – Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>§ 1º – Tais quantitativos devem adequar-se aos</p>

	<p>elementos contidos no Art. 2º desta Resolução.</p> <p>§ 2º – O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total.</p> <p>§ 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).</p> <p>Art. 5º – A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o SCP:</p> <p>1 – Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;</p> <p>2 – Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;</p> <p>3 – Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.</p> <p>Parágrafo único – A distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência.</p>
--	--

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

Quadro 13 - Indicadores do Eixo Pessoas, correspondendo às habilitações, Capacitações e Atualizações – 1ª etapa Delphi

Indicador	Conteúdo legal representado
85. Possui especialistas afins aos serviços, setores e especialidades?	Res. 311/07
86. Possui serviço de educação ou desenvolvimento de pessoal?	Art. 14 - Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.
87. Os profissionais são capacitados para as atividades dos serviços, setores, especialidades?	Art. 69 - Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão.
88. São promovidos cursos, capacitações, atualizações, pesquisas regularmente?	Art. 70 - Estimular, facilitar e promover o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovadas nas instâncias deliberativas da instituição.
89. São promovidos rounds clínicos, discussões de casos, protocolos assistenciais e passagem de plantão?	Art. 86 - Realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais.
90. Os profissionais de enfermagem conhecem as rotinas da SAE ?	Art. 87 - Ter conhecimento acerca do ensino e da pesquisa a serem desenvolvidos com as pessoas sob sua responsabilidade profissional ou em seu local de trabalho. Art. 88 - Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico-científica. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas.
	Res 477/2015

	<p>Art. 1º – O Enfermeiro Obstetra e a Obstetriz exercem todas as atividades de Enfermagem na área de obstetrícia, cabendo-lhes Privativamente:</p> <p>a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem, relacionado à área da obstetrícia;</p> <p>b) Organização e direção dos serviços da assistência de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares em empresas prestadoras desses serviços relacionados à área de obstetrícia;</p> <p>c) Planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem na área de obstetrícia;</p> <p>d) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem obstétrica;</p> <p>e) Consulta de enfermagem obstétrica;</p> <p>f) Prescrição de assistência de enfermagem obstétrica;</p> <p>g) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes obstétricas graves, com risco de vida;</p> <p>h) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.</p> <p>Res. 389/11</p> <p>Art. 1º Ao Enfermeiro detentor de títulos de pós graduação (lato e stricto sensu) é assegurado o direito de registrá-los no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, conferindo legalidade para atuação na área específica do exercício profissional</p>
--	---

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

Quadro 14 - Indicadores do Eixo Instrumentos – 1ª etapa Delphi

Indicador	Conteúdo representado
91. Possui regimento interno do serviço de enfermagem contendo a 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 válido e vigente?	<p>Resol 358/09</p> <p>...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>Res 293/04</p> <p>Art. 2º – O dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:</p> <p>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</p>
92. Possui manuais técnicos/administrativos válidos e vigentes?	
93. Possui protocolos de enfermagem válidos e vigentes?	
94. Possui procedimentos operacionais padrão - pop's válidos e vigentes?	
95. Possui instrumento de coleta de dados - histórico de enfermagem válidos e vigentes?	

<p>96. Possui instrumento de coleta de dados - exame físico de enfermagem válido e vigente?</p> <p>97. Possui instrumento de diagnóstico de enfermagem preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>98. Possui instrumento do planejamento de enfermagem preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>99. Possui instrumento de prescrição de enfermagem preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>100. Possui instrumento de avaliação de resultados preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>101. Possui instrumento para evolução do enfermeiro preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>102. Possui instrumento para anotações de enfermagem preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>103. Possui instrumento de avaliação de resultados preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>104. Possui instrumento de classificação de pacientes - SCP preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>105. Possui instrumento de controle de indicadores de enfermagem preconizado pela Res Cofen nº 293/04, tais como: <i>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</i> e pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>106. Possui instrumento de</p>	<p>médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.</p> <p>III – à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sócio-cultural e econômica.</p> <p>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.</p> <p>Art. 5º – A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observare o SCP.</p> <p>Art. 7º – Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.</p> <p>§ 1º – O responsável técnico de enfermagem da instituição de saúde deve gerenciar os indicadores de performance do pessoal de enfermagem.</p> <p>§ 2º – Os indicadores de performance devem ter como base a infraestrutura institucional e os dados nacionais e internacionais obtidos por “benchmarking”.</p> <p>§ 3º – Os índices máximo e mínimo de performance devem ser de domínio público.</p> <p>Res. 429/15</p> <p>Considerando que o prontuário do paciente e outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional (papel) ou eletrônico -, como uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, e um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde e Considerando os avanços e disponibilidade de soluções tecnológicas de processamento de dados e de recursos das telecomunicações para guarda e manuseio de documentos da área de saúde, e a tendência na informática para a construção e implantação do prontuário eletrônico do paciente nos serviços de saúde;</p> <p>Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.</p> <p>Art. 3º Relativo ao gerenciamento dos processos de trabalho, devem ser registradas, em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais, visando à produção de um resultado esperado – um cuidado de Enfermagem digno, sensível, competente e resolutivo.</p> <p>Art. 4º Caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos a que se refere esta Resolução,</p>
---	---

<p>satisfação do cliente preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>107. Possui instrumento avaliação de desempenho profissional preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>108. Os instrumentos acima listados são atualizados anualmente?</p> <p>109. Os instrumentos acima listados são legitimados ou possuem aprovação institucional?</p> <p>110. Os instrumentos acima listados são distribuídos por todos serviços/setores da instituição?</p> <p>111. Os instrumentos acima listados são divulgados por todos os meios de comunicação da instituição?</p>	<p>para guarda e manuseio por quem de direito.</p>
---	--

Fonte: Instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016

3.3.6 6º Momento - Definição dos critérios de escolha dos juízes componentes do grupo nominal modificado

Antes de apresentar o instrumento de avaliação da implantação da SAE, houve uma reunião, com a finalidade de apresentar aos juízes a diretriz proposta e embasada na resolução Cofen nº 358/2009, que afirma que a SAE é sustentada por métodos, pessoas e instrumentos para a operacionalização do processo de enfermagem. Havendo a compreensão e concordância geral com a diretriz, prosseguiu-se com a apresentação e distribuição do instrumento de análise para todos os juízes do estudo. Procurar feedback sobre a diretriz proposta garante aos predispostos a oportunidade de revisar o documento e identificar as potenciais dificuldades para sua implantação antes da finalização (O'BRIANT *et al*, 2010).

A forma de realizar o painel de consenso inicial sobre a diretriz proposta foi através do Método ou Técnica de Grupo Nominal Modificado (MGN ou TGN-modificado), às vezes denominado Delphi-modificado ou Delphi-Rand, desenvolvido pela RAND Corporation. Basicamente, é a combinação da técnica Delphi com a do Grupo Nominal, e que passou a ser mais utilizado na realização de diretrizes clínicas (RIBEIRO, 2010).

A técnica do grupo nominal (TGN) ou método Delbecq é um processo que recorre a um grupo de cinco a nove peritos que permite selecionar, fazer julgamentos e fomentar a

criatividade de sugestões para a resolução de um problema complexo. A limitação desse tipo de técnica é que por vezes, há pouca facilidade em reunir um grupo desse porte com pessoas profundamente conhecedoras de um assunto (ESCOVAL, 2006).

Os juízes do grupo nominal modificado para validação deste estudo foram os cinco componentes da Câmara Técnica de Fiscalização do Cofen (CTFIS). A opção de submeter aos membros desta Câmara, ora descrito no item de sujeitos do estudo, se justifica por estes serem os representantes nacionais pelo desenvolvimento das diretrizes de fiscalização do sistema Cofen e Conselhos Regionais, que tenham concordado em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A vantagem da escolha deste grupo é que apesar desses enfermeiros serem de diferentes Estados, eles reúnem-se, mensalmente e quando necessário, por ocasião da agenda eletiva e extraordinária de reuniões da referida Câmara.

3.3.7 7º Momento: Estabelecimento das medidas de validação

A análise dos dados obtidos se deu pela estratégia de Validação de Conteúdo, sendo utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index - CVI*).

O CVI destinado a avaliar o conteúdo dos itens e do instrumento em relação à representatividade da medida foi considerado válido se, ao computar as avaliações dos juízes, se obtivesse o índice de aprovação de acima de 90% (0,90). Para se calcular o CVI dos itens do instrumento do estudo, foi dividido o número total de juízes que atribuíram escore de 3 ou 4 em uma escala ordinal de quatro pontos com concordância de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, pelo total de juízes que avaliaram ou que tiveram válidas as avaliações do item.

Os indicadores que tiveram um índice de concordância abaixo de 90% a partir das avaliações do grupo nominal modificado e do estudo Delphi pelos sujeitos juízes da análise foram reformulados. Os indicadores, que persistiram com um índice de concordância abaixo de 90 % na fase do Delphi, foram censurados e excluídos do instrumento.

Os juízes avaliaram a objetividade, simplicidade, clareza, pertinência precisão, variedade e credibilidade do indicador, sendo considerados seus respectivos CVIs. Também foram analisadas as sugestões descritas para os itens com CVI acima de 0,90. Todas as sugestões consideradas ou não, tiveram suas justificativas descritas no capítulo de resultados.

3.3.8 8º Momento - Validação do Instrumento

Esse momento compreendeu a submissão do instrumento aos sujeitos juízes selecionados para avaliação do conteúdo do instrumento. Após essa avaliação, a pesquisadora fez a tabulação, análise e validação dos dados em planilha de Excel[®] 2010. Posteriormente, ajustes nos itens do instrumento foram feitos, conforme os dados validados e sugestões propostas.

O instrumento em sua 1ª versão, a carta convite, o termo de consentimento livre e esclarecido e o questionário de coleta de dados da 1ª etapa do Delphi (APÊNDICES A, B, C e D) foram apresentados e analisados conjuntamente com os cinco integrantes da CTFIS, na reunião do grupo nominal de apresentação do projeto. Após a explicação da metodologia Delphi, solicitou-se a devolução desses documentos preenchidos, no prazo de 20 dias, por meio de digital.

O instrumento de coleta de dados denominado “Análise do Instrumento de Avaliação da implantação da SAE” conteve as instruções sobre o preenchimento e colunas de avaliação com os termos: concordo inteiramente; concordo; não concordo, nem discordo; discordo e discordo veementemente (APÊNDICE C).

Os juízes assinalaram X para cada termo escolhido, segundo a pertinência de conteúdo julgada para cada indicador. Alguns justificaram suas respostas no espaço destinado para observações/sugestões.

Após avaliação dos juízes, organizou-se os dados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel[®] 2010, possibilitando o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (CVI) para avaliar a extensão da concordância entre os especialistas do grupo nominal modificado e do Delphi (POLIT e BECK, 2011). O cálculo do IVC foi baseado em S-CVI/Ave (média dos IVC para todos os itens do instrumento), S-CVI/UA (proporção de itens que atingiram os escores 3 e 4, por todos os especialistas) e o I-CVI (Proporção de especialistas que avaliaram um item de relevância de 3 ou 4). A fórmula de cálculo foi a seguinte:

- $S-CVI/Ave = total\ de\ item\ com\ I-CVI \geq 0,90 / n^\circ\ de\ itens\ do\ instrumento.$
- $S-CVI/UA = n^\circ\ dos\ itens\ classificados\ em\ 3\ e\ 4\ por\ todos\ os\ especialistas / n^\circ\ de\ itens\ do\ instrumento.$
- $I-CVI = n^\circ\ de\ especialistas\ que\ valoraram\ 3\ ou\ 4 / n^\circ\ especialistas.$

Considerou-se concordância quando os valores para o I-CVI eram maior ou igual a 0,90 e para S-CVI maior ou igual a 0,90 (POLIT e BECK, 2011).

A partir de tabulações dos dados e análises estatísticas das avaliações dos juízes, ajustes foram necessários aos itens que não obtiveram CVI acima de 90% e consideradas as sugestões descritas pelos juízes, condicionando a formatação de um novo instrumento a partir das avaliações desta fase do estudo.

Além dessa aplicação estatística para validação dos itens, houve preocupação com as proposituras do conteúdo, em si. Essas foram incorporadas com base no conjunto de artigos publicados, a partir de 2002, conforme determinado no segundo momento já descrito.

A segunda fase do Delphi modificado proposta inicialmente para avaliação do instrumento corrigido após a primeira opinião dos juízes, não ocorreu, considerando que os índices de aceitação e de validade de conteúdo legal do instrumento acima de 0,90, apurados na primeira rodada foi superior a 90%, e considerado como satisfatório pela autora e pela banca examinadora.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Cumriu-se as determinações da Resolução nº 466/2012 e seguindo os princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. (BRASIL, 2012). Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, CAAE nº 55267716.5.0000.5285 e parecer de aprovação nº 1.621.840.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em dois subcapítulos. O primeiro caracteriza os juízes quanto à experiência profissional e dados sócio-demográficos. O segundo apresenta os resultados sobre o julgamento dos juízes sobre os critérios e indicadores do instrumento proposto.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Dos cinco integrantes do grupo de juízes, quatro possuem experiência como enfermeiro fiscal relataram um período entre oito e vinte anos de experiência na função. Dois integrantes relataram o compartilhamento de suas funções de membro da CTFIS com as funções de docência e assistência, respectivamente e dois com as funções de enfermeiros fiscais. Os locais de trabalho registrados foram o Conselho Federal de Enfermagem, os Conselhos Regionais e instituições de ensino e assistenciais, nos casos dos dois integrantes que acumulam funções. Os membros que compõem a Câmara são oriundos das regiões nordeste (40%), sudeste (40%) e norte (10%).

Em relação à formação, dois integrantes informaram o curso de mestrado como maior titulação e dois em especialização em auditoria de serviços de saúde, sendo o intervalo de tempo de graduação entre dez a quarenta e dois anos.

Em relação a experiência e atuação profissional, os juízes possuem as seguintes características:

- 80% possuem experiência como enfermeiro fiscal entre 8 a 20 anos na função;
- 80% possuem acima de 11 anos de experiência profissional como enfermeiro;
- 40% atuam na região sudeste, 40% na região nordeste e 20% na região norte.

A tabela 01 demonstra os principais aspectos analisados dos sujeitos juízes que participaram do Delphi modificado.

Tabela 01 - Caracterização dos Juízes participantes do estudo Delphi, Rio de Janeiro, 2016.

Ocupação	Fa	Fr
Fiscal	4	80
Docência	1	20
Assistência	1	20
Local de Trabalho	Fa	Fr
Cofen	5	100

Coren	3	60
Instituição Ensino	1	20
Instituição Assistencial	1	20
Trabalha como enfermeiro fiscal	Fa	Fr
Sim	3	60
Não	1	20
já atuou	1	20
Se a resposta anterior for positiva, há quanto tempo?	Fa	Fr
até 10 anos	2	50
entre 11 a 20 anos	2	50
acima de 21 anos	0	0
Estado onde trabalha	Fa	Fr
Sul	0	0
Sudeste	2	40
centro-oeste	0	0
Nordeste	2	40
Norte	1	20
Tempo de graduação	Fa	Fr
até 10 anos	1	20
entre 11 a 20 anos	2	40
acima de 21 anos	2	40
Possui pós-graduação	Fa	Fr
Sim	4	80
Não	1	20

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados da 1ª Etapa do Estudo Delphi modificado, Rio de Janeiro, 2016.

4.2 JULGAMENTO DOS INDICADORES PELOS JUÍZES NA 1ª ETAPA DO DELPHI

O instrumento elaborado totalizou 104 itens distribuídos em dados de identificação do setor ou instituição avaliada, indicadores dos três eixos da SAE e tabela de consolidação dos dados coletados. Os indicadores correspondentes à *IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO* foram distribuídos em 11 itens. Os três eixos do construto Avaliação da Implantação da SAE foram desmembrados em 92 itens, sendo 60 indicadores do *EIXO MÉTODOS*, distribuídos em 18 correspondentes ao subitem *COLETA DE DADOS: HISTÓRICO E EXAME FÍSICO*; 8 correspondentes ao subitem *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM*; 10 correspondentes ao subitem *PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM*; 10 correspondentes ao subitem *IMPLEMENTAÇÃO* e 9 correspondentes ao subitem *AVALIAÇÃO* e 5 correspondentes ao subitem *REGISTROS E ANOTAÇÕES*. Para o *EIXO PESSOAS*, foram propostos 11 itens distribuídos entre 5 para o subitem *DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL*

DE ENFERMAGEM e 6 para o subitem *HABILITAÇÕES, CAPACITAÇÕES E ATUALIZAÇÕES DO PESSOAL DE ENFERMAGEM*. Para o *EIXO INSTRUMENTOS* foram propostos 21 indicadores e para 1 item composto com uma *TABELA DE CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS COLETADOS*.

Os itens supracitados foram submetidos ao processo de validação de conteúdo. O painel consolidado dos eixos e seus respectivos Índices de Validação de Conteúdo (CVI) estão apresentados na tabela 02, obtidos conforme o julgamento dos juízes de cada indicador em concordância ou discordância com o conteúdo legal definido pela autora na 1ª etapa do Delphi.

Todos os indicadores propostos no instrumento inicial foram analisados pelos juízes. Para esse julgamento, 94 itens apresentaram IVCi excelentes ($IVCi \geq 0,90$), tendo como média o valor 1. Apenas 10 itens ficaram com $IVCi \leq 0,90$, sendo 7 itens com IVCi de 0,80; 2 itens com IVCi de 0,60 e 1 item com IVCi 0,40.

Quanto aos itens com IVCi de 0,80, o de nº 12, correspondente ao “*TOTAL DE PACIENTES*”, dois juízes sugeriram que fosse especificado que o total dos pacientes referidos seria relativo ao setor em avaliação, passando a ser nomeado como “*TOTAL DE PACIENTES DO SETOR*”, para identificação do quantitativo de pacientes internados no serviço/setor avaliado. Houve a sugestão, também, que cada impresso de avaliação correspondesse a um setor a ser avaliado. Assim, esse setor passou a ser identificado nos campos anteriormente destinados à identificação da notificação de pessoa jurídica (NPJ).

Na sequência dos itens de IVCi de 0,80, as sugestões propostas pelos juízes para o item nº 13, correspondente ao campo de identificação do “*Nº DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS*”, destinado a representar o quantitativo de prontuários avaliados, foram para estabelecer um quantitativo mínimo de pacientes e prontuários a serem avaliados. A autora propôs um percentual amostral intencional de 20%. Ou seja, considerando seus conhecimentos sobre o ato fiscalizatório, o enfermeiro fiscal selecionará um quantitativo correspondente a 20% do total de pacientes e seus prontuários para serem analisados.

O item nº 14, correspondente ao campo de identificação referente ao “*TIPO DE AVALIAÇÃO: INICIAL OU DILIGÊNCIA*”, foi destinado, inicialmente para representar a ordem da avaliação: se primeira ou subsequente. Conforme sugestões, a autora alterou o enunciado “*DILIGÊNCIA*” para “*SUBSEQUENTE*”. Com a sugestão de que fosse incluído o tipo “*DENÚNCIA*”, se criou um campo para identificação da origem ou instrumentalização da

visita fiscalizatória em conformidade com o MANUAL DE FISCALIZAÇÃO do Sistema Cofen e Conselhos Regionais, "*DENÚNCIA, REPRESENTAÇÃO E EX-OFÍCIO*".

Nos campos de Identificação, o item nº 19, destinado à marcação da equivalência encontrada para a implantação da SAE, "*PONTUAÇÃO: NÃO – 0/ INC – 0,5/ SIM – 1,0*", foi destinado a representar o conteúdo para preenchimento dos valores conforme avaliação da existência, existência parcial ou inexistência dos indicadores propostos para os três eixos. Realizou-se alterações para o valor de "0,5" a opção "*PARCIAL*" em substituição à opção "*INCOMPLETA*" ou "*INC*" e criada uma legenda com a descrição afim aos termos "*NÃO, PARCIAL e SIM*".

Nos campos do Eixo Pessoas, relativo ao dimensionamento de pessoal também obtiveram um IVCi de 0,80, os seguintes itens: de nº 80, correspondente ao "*número de enfermeiros é compatível com a Lei nº 7498/86 e Resolução Cofen nº 293/04*"; de nº 81, correspondente à identificação "*se o número de técnicos ou auxiliares de enfermagem nas 24 horas é compatível com a Resolução Cofen nº 293/04*", de nº 82, correspondente à verificação se "*os enfermeiros classificam pacientes conforme Sistema de Classificação de Pacientes previsto na Resolução Cofen nº 293/04*"; de nº 83, correspondente à verificação se "*a classificação de pacientes está documentada em instrumento preconizado pela instituição*"; de nº 84, correspondente à "*identificação da distribuição das horas de cuidados de enfermagem ser baseada na classificação dos pacientes em conformidade com a Resolução Cofen nº 293/04*". Em todos esses itens, foram propostas algumas alterações.

Um dos juízes propôs a inclusão da avaliação quanto à distribuição adequada de enfermeiros durante todo o período em que ocorrer a assistência de enfermagem e a inclusão de termo que sugerisse a possibilidade de outras normas legais afins a presença de enfermeiro em todos os momentos da assistência. Um segundo juiz sugeriu que o cálculo de dimensionamento não fosse realizado neste instrumento de avaliação da SAE, considerando que as variáveis a serem analisadas não podem ser de um recorte temporal do momento do ato fiscalizatório, mas sim, de um levantamento consolidado de um período de tempo previsto na Resolução Cofen nº 293/2004, atualmente revogada pela 527/16. Ambas as sugestões foram consideradas pela autora, contudo, tendo sido destinados indicadores de avaliação da presença do Enfermeiro em todos os momentos e locais da assistência. Desta forma, os itens nº 80 e 81 passaram a ter os respectivos enunciados: "*Distribuição de enfermeiros em todo o período que houver assistência de enfermagem compatível com a Lei nº 7498/86, Decreto 94406/87 e Resolução Cofen nº 293/04 ou a que sobrevir*" e "*Distribuição de técnicos ou auxiliares de*

enfermagem compatível com o que preconiza a Lei nº 7498/86 e o Decreto 94406/87 e a Resolução Cofen nº 293/04”, tendo sido excluído, neste instrumento, o indicador que tratava da avaliação do cálculo de dimensionamento conforme resolução Cofen nº 293/2004, atualmente revogada pela Resolução nº 527/16.

No item nº 112, correspondente à “*tabela do consolidado dos scores das avaliações*”, foi comentado que o item "Habilitações, capacitações, atualizações" pertencente ao eixo II encontra-se no quadro no Eixo 3. Considerando o erro de aparência e a necessidade de alteração, o consolidado não deverá mais ser equivalente ao somatório de scores de várias visitas, mas ao número de prontuários avaliados em uma única visita em um único setor.

Em relação aos itens que obtiveram um ICVi de 0,60, o item nº 15, situado no campo de identificação, correspondente à identificação do número do processo administrativo de fiscalização, termo de ajuste de conduta ou ação civil pública (“*PADF Nº/ TACF Nº/ACPF Nº*”) que destinava a representar o conteúdo para identificação dos números dos respectivos procedimentos administrativos ou judiciais de fiscalização, ao fim à visita de avaliação. Houve sugestão que de que fossem acrescentadas legendas e apenas o uso da sigla PAD – processo administrativo de fiscalização, considerando que os termos podem ser desconhecidos e o instrumento terá aplicabilidade em todo Brasil.

E ainda nos campos de identificação, mais um enunciado obteve um ICVi com valor de 0,40, foi no campo “*NPJ Nº*”, que destinava-se a representar o espaço para identificação do número da notificação de pessoa jurídica lavrado nas avaliações. Como o termo não é padronizado a nível nacional, ponderou-se que poderia ser desconhecido por alguns fiscais, havendo sugestões de alteração do enunciado. Ademais, considerando que a notificação de ausência da SAE só pode ser notificada uma única vez para cada setor visitado, não poderá haver um segundo ato de notificar pela mesma infração à norma que prevê a obrigatoriedade de implantação da SAE.

Tabela 02: Demonstração da pontuação por juiz sobre o Instrumento de Avaliação da Implantação da SAE – 1ª etapa do Delphi Modificado, Rio de Janeiro, 2016.

Nº	INDICADOR	PONTUAÇÃO POR JUIZ ESCALA LIKERT					I-CVI
		J1	J2	J3	J4	J5	
Dados de Identificação do Instrumento							
9	O título “ <i>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM</i> ” representa o conteúdo do instrumento apresentado?	3	4	4	3	3	1

10	No campo de identificação, o item “ <i>INSTITUIÇÃO</i> ” representa o conteúdo para identificação da instituição que está sendo avaliado?	4	4	4	4	4	1
11	No campo de identificação, o item “ <i>SETOR/SERVIÇO</i> ” representa o conteúdo para identificação do serviço/setor avaliado?	4	4	4	3	4	1
12	No campo de identificação, o item “ <i>TOTAL DE PACIENTES</i> ” representa o conteúdo para identificação do quantitativo de pacientes internados no serviço/setor avaliado?	3	4	4	4	2	<u>0,8</u>
13	No campo de identificação, o item “ <i>Nº DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS</i> ” representa o conteúdo para identificação do quantitativo de prontuários avaliados?	4	4	3	3	2	<u>0,8</u>
14	No campo de identificação, no item “ <i>TIPO DE AVALIAÇÃO: INICIAL OU DILIGÊNCIA</i> ”, representa conteúdo para identificação trata-se da primeira avaliação ou de avaliações subsequentes?	3	4	3	3	1	<u>0,8</u>
15	No campo de identificação, o item “ <i>PADF Nº/ TACF Nº/ACPF Nº</i> ”, representa conteúdo para identificação dos números do processo administrativo de fiscalização/ do termo de ajuste de conduta de fiscalização/da ação civil pública de fiscalização ao qual se destina a avaliação?	1	4	4	3	1	<u>0,6</u>
16	Nos campos de identificação, os itens “ <i>1ª, 2ª 3ª, 4ª e 5ª AVALIAÇÕES</i> ”, representam conteúdo para identificação da cronologia das avaliações?	4	4	4	4	3	1
17	Nos campos de identificação, os itens “ <i>NPJ Nº</i> ”, representam conteúdo para identificação do número das notificações de pessoa jurídica lavrados nas avaliações?	1	4	4	2	1	<u>0,4</u>
18	Nos campos de identificação, os itens identificados como “ <i>NÃO/INC/SIM</i> ”, representam conteúdo para constatação da ausência, presença incompleta e presença dos itens avaliados?	2	4	3	2	3	<u>0,6</u>
19	Nos campos de Identificação, o item identificado como “ <i>PONTUAÇÃO: NÃO – 0/ INC – 0,5/ SIM – 1,0</i> ”, representa conteúdo para preenchimento dos valores conforme avaliação dos itens arrolados nos três eixos?	2	4	4	3	3	<u>0,8</u>
Indicadores do Campo do Eixo Métodos, correspondendo ao Histórico e Exame Físico							
20	Realização do histórico de enfermagem	4	3	4	3	4	1
21	Realização do histórico na admissão e sempre que necessário baseado em teoria de enfermagem preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	4	1
22	Realização do registro do histórico em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	4	1
23	Possui identificação e dados relevantes do paciente?	4	3	4	3	4	1
24	O instrumento está preenchido/descrito com a metodologia prevista pela teoria proposta e/ou proposta institucional?	4	3	4	3	4	1
25	São considerados dados coletados da equipe multiprofissional tais como: diagnóstico médico, exames complementares, pareceres	4	3	4	3	4	1
26	Os problemas de enfermagem levantados estão descritos	4	3	4	3	4	1
27	Possui observações de enfermagem?	4	3	4	3	4	1
28	Os enfermeiros se responsabilizam pelo histórico, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?	4	3	4	3	4	1
29	O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?	4	3	4	3	4	1

30	É realizado o exame físico na admissão, diariamente e sempre que necessário?	4	3	4	3	4	1
31	É realizado exame físico baseado em teoria de enfermagem preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade na admissão e diariamente?	4	3	4	3	4	1
32	É realizado o registro do exame físico em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	4	1
33	Possui identificação e dados relevantes do paciente?	4	3	4	3	4	1
34	O instrumento está preenchido/descrito completamente com a metodologia prevista pela teoria e/ou proposta institucional?	4	3	4	3	4	1
35	Os enfermeiros se responsabilizam pelo histórico, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?	4	3	4	3	4	1
36	O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?	4	3	4	3	4	1
Indicadores do Campo do Eixo Métodos, correspondendo ao Diagnóstico de Enfermagem							
37	É realizado diagnóstico de enfermagem?	4	3	4	3	3	1
38	É realizado diagnóstico de enfermagem baseado em taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
39	É realizado o diagnóstico de enfermagem em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
40	Possui identificação e dados relevantes do paciente?	4	3	4	3	3	1
41	Os diagnósticos de enfermagem são compatíveis com os problemas levantados na coleta de dados?	4	3	4	3	3	1
42	Os títulos dos diagnósticos seguem a linguagem taxonômica preconizada pela instituição/serviço/especialidade?	4	3	4	3	3	1
43	Os enfermeiros se responsabilizam pelo diagnóstico, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?	4	3	4	3	3	1
44	O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?	4	3	4	3	3	1
Indicadores do Campo do Eixo Métodos, correspondendo ao Planejamento da Assistência de Enfermagem							
45	É realizado planejamento de enfermagem na admissão, diariamente e sempre que necessário?	4	3	4	3	3	1
46	O planejamento de enfermagem é realizado segundo a taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
47	É realizado o planejamento de enfermagem em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
48	Possui identificação e dados relevantes do paciente?	4	3	4	3	3	1
49	São determinados os resultados esperados conforme taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
50	São determinados os prazos para resolução dos problemas encontrados?	4	3	4	3	3	1
51	Os resultados esperados são compatíveis com os problemas levantados e diagnósticos de enfermagem?	4	3	4	3	3	1
52	É realizada reavaliação diária dos diagnósticos de enfermagem encontrados e do planejamento de enfermagem?	4	3	4	3	3	1
53	Os enfermeiros se responsabilizam, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?	4	3	4	3	3	1
54	O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente?	4	3	4	3	3	1
Indicadores do Campo do Eixo Métodos, correspondendo à Implementação							

55	São elaboradas as prescrições de enfermagem na admissão, diariamente e sempre que necessário?	4	3	4	4	3	1
56	As prescrições são elaboradas segundo a taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	4	3	1
57	As prescrições de enfermagem estão descritas em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	4	3	1
58	Possui identificação e dados relevantes do paciente?	4	3	4	4	3	1
59	As prescrições de enfermagem são compatíveis com os problemas levantados, diagnósticos de enfermagem e resultados esperados?	4	3	4	4	3	1
60	As prescrições de enfermagem são apazadas adequadamente?	4	3	4	4	3	1
61	As prescrições de enfermagem são cheçadas nos horários apazados e feitas anotações do profissional de enfermagem assistente?	4	3	4	4	3	1
62	Os enfermeiros e os demais profissionais de enfermagem se responsabilizam, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?	4	3	4	4	3	1
63	O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?	4	3	4	4	3	1
64	É realizada reavaliação diária e sempre que necessário das prescrições de enfermagem?	4	3	4	4	3	1
Indicadores do Campo do Eixo Métodos, correspondendo à Avaliação							
65	São realizadas avaliações diárias e sempre que necessário dos resultados esperados para o paciente?	4	3	4	3	3	1
66	Os resultados são avaliados segundo a taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
67	Os resultados estão descritos em instrumento e ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
68	Os resultados avaliados são compatíveis com os problemas levantados, diagnósticos, planejamento de enfermagem e resultados esperados?	4	3	4	3	3	1
69	São elaboradas evoluções diárias e sempre que necessário de enfermagem do paciente desde a sua admissão até a alta?	4	3	4	3	4	1
70	As evoluções dispõem da descrição de dados de relevância da coleta de dados, diagnóstico, planejamento assistencial, procedimentos realizados, intercorrências e não conformidades durante o período da assistência?	4	3	4	3	4	1
71	As evoluções dispõem de avaliação do estado geral e da evolução clínica e resposta ao PA do paciente?	4	3	4	3	4	1
72	Possui identificação e dados de relevância do paciente?	4	3	4	3	4	1
73	Os enfermeiros datam, assinam e informam o número do registro profissional na evolução de enfermagem?	4	3	4	3	4	1
Indicadores do Campo do Eixo Métodos, correspondendo aos Registros e Anotações							
74	São elaboradas anotações de enfermagem?	4	3	4	3	4	1
75	São descritas anotações de enfermagem diária em instrumento ou sistema de informação padronizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	4	1
76	Possui identificação e dados de relevância do paciente?	4	3	4	3	4	1
77	As anotações de enfermagem descrevem as intercorrências, condutas e cuidados prestado com coerência e ordem cronológica?	4	3	4	3	4	1
78	A equipe técnica assistencial assina e informa o número do registro profissional?	4	3	4	3	4	1

Indicadores do Campo do Eixo Pessoas, correspondendo ao Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem							
79	Nº enfermeiros compatível com a Lei nº 7498/86 e Res Cofen nº 293/04?	4	3	4	3	2	1
80	Nº técnicos ou auxiliares de enfermagem nas 24 horas compatível com a Res Cofen nº 293/04?	4	3	4	3	2	1
81	Os enfermeiros classificam pacientes conforme SCP previsto na Res. Cofen 293/04?	4	3	4	3	2	1
82	A classificação de pacientes está documentada em instrumento preconizado pela instituição?	4	3	4	3	2	<u>0,8</u>
83	A distribuição das horas de cuidados de enfermagem é baseado na classificação dos pacientes em conformidade com a Res Cofen nº 293/04?	4	3	4	3	2	<u>0,8</u>
Indicadores do Campo do Eixo Pessoas, correspondendo a Habilitações, Capacitações e Atualizações de Pessoal de Enfermagem							
84	Possui especialistas de enfermagem afins ao serviço, setor e especialidade?	4	3	4	3	3	1
85	Possui serviço de educação ou desenvolvimento de pessoal?	4	3	4	3	3	1
86	Os profissionais são capacitados para as atividades dos serviços, setores, especialidades?	4	3	4	3	3	1
87	São promovidos cursos, capacitações, atualizações, pesquisas regularmente?	4	3	4	3	3	1
88	São promovidos rounds clínicos, discussões de casos, protocolos assistenciais e passagem de plantão?	4	3	4	3	3	1
89	Os profissionais de enfermagem conhecem as rotinas da SAE ?	4	3	4	3	3	1
Indicadores do Campo do Eixo Instrumentos							
90	Possui regimento interno do serviço de enfermagem contendo a 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 válido e vigente?	4	3	4	3	3	1
91	Possui manuais técnicos/administrativos válidos e vigentes?	4	3	4	3	3	1
92	Possui protocolos de enfermagem válidos e vigentes?	4	3	4	3	3	1
93	Possui procedimentos operacionais padrão - pop's válidos e vigentes?	4	3	4	3	3	1
94	Possui instrumento de coleta de dados - histórico de enfermagem válidos e vigentes?	4	3	4	3	3	1
95	Possui instrumento de coleta de dados - exame físico de enfermagem válido e vigente?	4	3	4	3	3	1
96	Possui instrumento de diagnóstico de enfermagem preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
97	Possui instrumento do planejamento de enfermagem preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
98	Possui instrumento de prescrição de enfermagem preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
99	Possui instrumento de avaliação de resultados preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
100	Possui instrumento para evolução do enfermeiro preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
	Possui instrumento para anotações de enfermagem						

101	preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
102	Possui instrumento de avaliação de resultados preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
103	Possui instrumento de classificação de pacientes - SCP preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
104	Possui instrumento de controle de indicadores de enfermagem preconizado pela Res Cofen nº 293/04, tais como: <i>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 e pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</i>	4	3	4	3	3	1
105	Possui instrumento de satisfação do cliente preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
106	Possui instrumento avaliação de desempenho profissional preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	4	3	4	3	3	1
107	Os instrumentos acima listados são atualizados anualmente?	4	3	4	3	3	1
108	Os instrumentos acima listados são legitimados ou possuem aprovação institucional?	4	3	4	3	3	1
109	Os instrumentos acima listados são distribuídos por todos serviços/setores da instituição?	4	3	4	3	3	1
110	Os instrumentos acima listados são divulgados por todos os meios de comunicação da instituição?	4	3	4	3	3	1
111	Tabela - CONSOLIDADO DOS SCORES DAS AVALIAÇÕES	4	3	4	2	3	<u>0,8</u>

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados da 1ª Etapa do Estudo Delphi modificado, Rio de Janeiro, 2016

Tabela 03: Consolidado dos indicadores contidos no Instrumento de Avaliação da Implantação da SAE – 1ª etapa do Delphi Modificado conforme índice de validade de conteúdo (ICVi), Rio de Janeiro, 2016

Indicador	Total	ICVi >/=0,9	ICVi <1,0
Dados de Identificação da Instituição e do Ato Fiscalizatório	11	04	7
Eixo Métodos: Coleta de Dados (Histórico e Exame Físico)	17	17	0
Eixo Métodos: Diagnóstico de Enfermagem	08	08	0
Eixo Métodos: Planejamento da Assistência de Enfermagem	10	10	0
Eixo Métodos: Implementação	10	10	0
Eixo Métodos: Avaliação	09	09	0
Eixo Métodos: Registros e Anotações	05	05	0

Eixo Pessoas: Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem	05	03	02
Eixo Pessoas: Habilitações, Capacitações e Atualizações	06	06	0
Eixo Instrumentos: Sistemas de Regulamentação, Controle e Avaliação de Enfermagem	21	21	0
Tabela de Consolidação dos Dados Coletados	01	0	01
Total	103	93	10
Percentual (%)	100	90,29	9,71

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados da 1ª Etapa do Estudo Delphi modificado, Rio de Janeiro, 2016

Os resultados obtidos na primeira etapa do Delphi foram considerados satisfatórios, tendo em vista que 90,29 dos itens obtiveram um ICVi acima de 0,90, concentrados nos itens de identificação do instrumento, fato que demonstra que os indicadores e seus conteúdos legais apresentados para os eixos descritos na Resolução Cofen 358/2009 para a sistematização da assistência de enfermagem foram compreendidos e bem aceitos para os sujeitos juízes. A segunda rodada do Delphi foi descartada pela autora considerando os resultados obtidos acerca da proposta.

O APÊNDICE G representa o instrumento para avaliação da Sistematização da Assistência de Enfermagem após validação pelo método Delphi Modificado de Consenso de sujeitos juízes experts em conteúdo legal, para cada um dos indicadores propostos aos eixos método, pessoal e instrumentos, considerados como fundamentais para organização do trabalho profissional, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem.

Resultado que elucidou mais uma ainda mais que o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional e que sua operacionalização e documentação, evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

Também foram realizados ajustes na metodologia de aferição dos indicadores e aparência das demonstrações dos mesmos. O consolidado foi alvo de importante debate entre os juízes tendo sido acatado pela autora a sugestão de demonstrar os indicadores aferidos a partir dos 20% dos prontuários avaliados.

Outra sugestão considerada fundamental para a conclusão da dissertação em tela, foi a necessidade de elaboração de um tutorial com orientações de preenchimento do produto

acadêmico - o instrumento, bem como o desenvolvimento de um sistema de Excel para otimização dos procedimentos de análise. O tutorial de orientações encontra-se detalhado no Apêndice H e o sistema em CD entregue à coordenação da Universidade, juntamente com a versão em PDF do instrumento e relatório de pesquisa concluído.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

A partir do levantamento bibliográfico realizado, a seleção e organização de referências segundo sua ênfase, resultaram na categorização de artigos que focavam em análises, reflexões e opiniões; sobre relato de experiências, gestão e gerenciamento da implantação da SAE , sobre construção e validação de instrumentos de avaliação da implantação das etapas do processo de enfermagem (PE) e o desenvolvimento científico acerca da prática da regulamentação e fiscalização da SAE no contexto da enfermagem brasileira.

Nesses estudos, a sistematização da assistência de enfermagem e seus conceitos associados têm sido identificados em correntes de pensamento distintas para definição de termos associados. Tal fato aponta para a dificuldade de articulação teórico-prática, evidenciada pelos conflitos existentes na literatura.

Há também a percepção de que para os profissionais da equipe multiprofissional, à luz das relações, interações e associações do pensamento complexo, a SAE compreende a interatividade e complementaridade profissional, revelando a importância da dialogicidade e circularidade entre a academia, as práticas de saúde e os órgãos legisladores a partir de novos referenciais para a organização das práticas em saúde.

A SAE é parte de um processo que vem sendo desenvolvido ao longo do tempo por enfermeiros comprometidos em melhorar cada vez mais o cuidado prestado ao paciente, considerando a necessidade do cuidar interativo, complementar e multiprofissional. Para os enfermeiros gerentes, a SAE atende aos aspectos legais da prática profissional, ao trabalho em equipe, ao dimensionamento adequado de recursos humano.

Compreende-se que apesar de ser um fenômeno interativo e complexo, que possibilita um cuidado complementar e multiprofissional, há a desarticulação entre o saber fazer e o legislar em SAE. Percebe-se a incipiência de sua implementação, apesar das recomendações teóricas, orientações do ensino formal e a exigência da legislação profissional. Sugere-se a sua inovação à luz do pensamento complexo e da interdisciplinaridade, que poderá trazer novas possibilidades.

Nesse compasso, a percepção de docentes e discentes sobre a aplicabilidade do processo de enfermagem e a elaboração da SAE em campos de estágios, como processo do

ensino na prática do pensamento reflexivo. Compreende-se que a SAE aprimora e qualifica as práticas de saúde frente ao compromisso na formação do profissional enfermeiro.

Em serviços especializados, a percepção dos enfermeiros acerca da SAE é de que se trata de um método de trabalho que organiza, direciona e melhora a qualidade da assistência, trazendo visibilidade e proporcionando segurança para a equipe de enfermagem. Consideraram o processo de enfermagem como um processo decisório, que norteia o raciocínio do enfermeiro no planejamento da assistência de enfermagem. Percebem a SAE como um instrumento de articulação teórico-prática que conduz para uma assistência personalizada.

No que tange à compreensão do processo de planejamento-implementação da SAE, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem revelam o êxito e a frustração face à operacionalização, constatando que os recursos humanos são um componente determinante para a visibilidade do enfermeiro no processo de trabalho. O modelo revela que o déficit de recursos humanos impulsiona o enfermeiro a realizar uma SAE ilusória, perpetuando um processo cíclico de sofrimento, por vivenciar a invisibilidade de suas práxis no processo de trabalho.

Em linhas gerais, as avaliações, reflexões e opiniões acerca da SAE são impulsionadoras para o desenvolvimento de estudos que continuem a subsidiar a formação de “neoconceitos”, a viabilizar o alinhamento da compreensão de seu significado e importância para a enfermagem brasileira, constituindo, uma identificação contemporânea do profissional de enfermagem, em especial, do enfermeiro.

A gestão de serviços e o gerenciamento dos cuidados de enfermagem encontram, no processo de implantação e implementação da SAE, um grande desafio para a sua conquista. Enfermeiros, que vivenciam projetos e programas de planejamento, implantação e implementação da SAE, revelam suas potencialidades e dificuldades diante do atual cenário dos serviços de saúde. Eles declaram que a SAE passou a se integrar como elemento vital à reorganização e sistematização das práticas em saúde.

Mudanças nas ações do enfermeiro são percebidas em função das necessidades dos serviços de saúde, determinadas por suas políticas, havendo o afastamento gradativo desse profissional do cuidado direto ao paciente, e sua inserção nas atividades de gerenciamento do cuidado e da unidade no cotidiano do trabalho. Assim, o cuidado direto passa a ser desempenhado mais frequentemente pelas demais categorias de enfermagem, independentemente de sua complexidade e grau de dependência.

Esse fato pode representar grande mudança no saber-fazer dos enfermeiros, em que o enfermeiro se assume como protagonista do cuidado, além de ser gerente das demandas oriundas do processo de cuidar e assistir. Outro aspecto diz respeito à prática integral na realização dos cuidados em enfermagem.

Como princípio norteador das ações e dos serviços de saúde, a construção da integralidade da atenção no SUS tem como finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, e os serviços de enfermagem não podem ficar excluídos desse cenário. A mudança dessas práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis, o institucional que trata da organização e articulação dos serviços de saúde e o das práticas dos profissionais de saúde. A SAE se constitui uma das formas de reorganizar os serviços e as práticas de Enfermagem e conseqüentemente, os serviços de saúde.

A forma de gerir os serviços de enfermagem e, concomitantemente, implantar e implementar a SAE, passou a constituir um grande desafio, uma vez que os estudos sobre o tema são escassos. Eles respondem a alguns questionamentos tais como: Como tem ocorrido o processo de implantação da SAE nos serviços de saúde do Brasil? Quais propostas de gestão dessa implantação foram viabilizadas? Quais as potencialidades e dificuldades encontradas durante a implantação da SAE? O que pode ser viabilizado pelo órgão de fiscalização profissional para que a implantação ocorra de fato e de direito?

Nas instituições de saúde têm sido utilizados para a implantação da SAE diferentes modelos de gestão que exercem influência no processo. Um dos modelos que tem sido adotado é o de Gestão Participativa, havendo envolvimento de toda a equipe na definição dos paradigmas da realidade da enfermagem local, na seleção de linhas teóricas e linguagens taxonômicas, no planejamento e desenvolvimento de projetos afins à metodologia de assistência sistematizada, na elaboração de tecnologias, entre outros.

Outra forma percebida de organizar o trabalho, que tem influenciado a implantação da SAE, é a formação de grupos responsáveis para a coordenação, elaboração, sensibilização, divulgação, capacitação e auditoria dos modelos desenvolvidos. O processo de implantação pode ocorrer a partir de um único setor da instituição, como observado em algumas instituições. Outras instituições começam sua utilização envolvendo todos os pacientes de uma unidade, como, por exemplo, um serviço de radioterapia. Sendo ampliado gradativamente para outras unidades, linhas de cuidados, entre outros.

Percebe-se que ter bem delimitada a estratégia de implantação da SAE é um passo importante, e pode ser potencializada pela adoção institucional de um modelo, na qual as

pessoas se constituem enquanto sujeitos no processo. Isso significa que todos os trabalhadores, incluindo todos os enfermeiros e profissionais de nível médio, por meio desse processo, têm a possibilidade de compreender o que fazem, de construir ou reconstruir o seu trabalho em parceria com os gestores, modificando as relações de poder. No entanto, o que é encontrado na realidade, são movimentos fragmentados e centralizados, em que grupos de chefias pensam os processos a serem executados por outros profissionais.

Desta forma, percebe-se que o desafio para o sistema de fiscalização profissional está em socializar modos de empoderar a subjetividade dos sujeitos, de construir e articular autonomia, criatividade e capacidade com responsabilidade profissional ética e legal, para contratar compromisso com a Sociedade e demais profissionais da saúde, em garantir uma assistência de enfermagem comprometida com o cuidado holístico e humanizado.

Estudos relacionados à construção e validação de instrumentos afins à SAE descrevem o crescimento de pesquisas de validação de instrumentos para a prática assistencial e gerencial da enfermagem, visto que se comprova que a existência destes, sistematiza e direciona o cuidado de forma segura e eficaz. A validade, relacionada à precisão do instrumento em mensurar o que se propõe a fazê-lo, tem na validação de conteúdo o seu tipo mais comum, sendo compreendida como o julgamento por especialistas, com ampla experiência profissional no tema e nos itens contidos no instrumento, para avaliar se os mesmos são representativos do que se pretende medir.

A vantagem comprovada da construção e validação de instrumentos, é a possibilidade de identificar, estabelecer e definir ações especificamente dirigidas aos aspectos mais problemáticos, fator que permite buscar continuamente melhorias na qualidade do serviço. A enfermagem, área que está em constante desenvolvimento e transformação, necessita de instrumentos validados que viabilizem e organize sua dinâmica de trabalho, diante das profundas e importantes transformações nas relações sociais, interpessoais e políticas, na área tecnológica e no modo de organizar as atividades e atender às demandas assistenciais e gerenciais do cuidado.

Apesar da crescente necessidade de aprimorar as tecnologias subsidiárias ao cuidado de enfermagem, observa-se uma carência em estudos de elaboração e validação de tecnologias de apoio ao desenvolvimento dos três eixos subsidiadores à implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, em conformidade com a norma legal prevista pelo Sistema Cofen e Conselhos Regionais, a Resolução 358/2009. Tanto para o eixo “Métodos” compreendendo as cinco etapas do processo de enfermagem e incluindo-se,

metodologias para a identificação de linhas teóricas compatíveis aos paradigmas da realidade vivenciada pelo profissional, para o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico em enfermagem e o julgamento clínico, e ainda, para a identificação e aplicação de linguagens taxonômicas viáveis e afins.

Os eixos “Pessoas” e “Instrumentos” se encontram aparentemente desconexos do conceito composto e legal da SAE. Percebe-se a concentração de estudos na classificação de pacientes segundo grau de dependência de cuidados de enfermagem e dimensionamento de horas de enfermagem utilizadas para a realização desses cuidados e de validação de protocolos assistenciais, de instrumentos de registros e documentação de enfermagem e ainda de validação de escalas de mensuração e avaliação de um determinado evento afim aos cuidados de enfermagem.

A concentração dos estudos existentes para construção e validação de tecnologias afins à SAE, encontra na pesquisa metodológica, o caminho predominante para o desenvolvimento de métodos de obtenção, organização e análise de dados para o desenvolvimento dos constructos e, na elaboração, validação e avaliação dos conteúdos destes constructos e na aparência de instrumentos, tecnologias e técnicas de pesquisa, para que se tornem confiáveis para posterior utilização por outros estudiosos e praticantes da profissão.

Os estudos de validação têm almejado resultados que possam se tornar uma ferramenta de ensino teórico-prático de fácil utilização nos campos da prática. Em especial, o diagnóstico de enfermagem por ser a etapa propulsora das demais do PE, que possibilita melhor articulação com o raciocínio clínico e a linguagem taxonômica e orientação do planejamento assistencial. Permite, assim, identificar estratégias coerentes para o cuidado, evitando possíveis caminhos incorretos, aumentando o domínio dos cuidados e procedimentos habituais dos alunos, profissionais assistenciais e gestores de enfermagem.

Todos esses estudos analisados apontam que a existência de instrumentos validados de Sistematização da Assistência de Enfermagem possibilita identificar as necessidades de cuidados de enfermagem requeridas pelo cliente, observando a sua individualidade e proporcionando a segurança de um serviço de excelência.

A regulamentação e conseqüente implementação da prática da prescrição e da consulta de enfermagem tem sido desenvolvida com esforços, reflexões, críticas e indiferenças, com a inclusão da sistematização da assistência na lei do exercício profissional. A aprovação desses instrumentos retratou o reconhecimento da Sociedade da necessidade de implantação do método científico e holístico no processo de cuidar pelo enfermeiro.

O trabalho do enfermeiro fiscal tem como finalidade realizar inspeções do exercício profissional e representar os Conselhos Regionais, na função de promover a ética e a legalidade da prática. A ação de fiscalizar é considerada um poderoso instrumento de combate aos profissionais e instituições que atuam em desrespeito à legislação pátria e do Sistema. A atuação dos agentes exige obediência aos princípios fundamentais do direito administrativo brasileiro, da legislação ética e legal, fazendo com que os enfermeiros fiscais sejam um dos principais coadjuvantes do cuidado sistematizado. O processo de fiscalização é amparado em definições teórico-conceituais permitindo um completo conhecimento da causa de agir, proporcionando maior envolvimento do agente fiscalizador com a atividade laboral de fiscalizar (BRASIL, 2011).

Há o entendimento de que a estratégia de orientar se constitui em uma ação fundamental dentro do processo de trabalho do enfermeiro fiscal. Entende-se estas ações proporcionam as transformações dentro dos espaços ocupados pelos profissionais de enfermagem nos serviços de saúde e na Sociedade. Um dos seus maiores desafios é fazer com que as leis sejam conhecidas e aplicadas durante o exercício profissional.

Percebe-se cada vez mais que o profissional fiscal busca formas de agir mais formais, menos suscetíveis às interferências individuais. Segundo sua percepção, a falta de padrões em seu processo de trabalho pode acarretar em soluções diferentes para problemas semelhantes. Diante deste cenário, estima-se que o instrumento proposto neste estudo e validado pelos juízes pode preencher lacunas na padronização dos procedimentos de fiscalização.

Constatou-se pouquíssimos estudos científicos referentes à fiscalização do exercício profissional da enfermagem, em especial, à implantação da SAE nas instituições onde há o exercício profissional. Este fato ratifica a afirmativa da necessidade de maior aprofundamento nas pesquisas relacionadas ao tema e do desenvolvimento de propostas para uma maior eficácia dos procedimentos fiscalizatórios do Sistema Cofen e Conselhos Regionais.

O instrumento desenvolvido neste estudo traz uma proposta de sistematização da avaliação da implantação da SAE para ser aplicada pelos enfermeiros fiscais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais no contexto das ações fiscalizatórias do exercício profissional da enfermagem. No decorrer das considerações de alguns especialistas obtidas na primeira etapa do Delphi, houve críticas sugestões ao instrumento elaborado que foram fundamentais à conclusão desta dissertação. Essas críticas se concentraram nos enunciados de identificação do instrumento e no eixo pessoas relacionado ao dimensionamento de pessoal de enfermagem.

A compreensão dos juízes de que o instrumento poderia ser utilizado para várias inspeções em único setor condicionou a criação de uma tabela para consolidação de dados coletados a partir de todos os setores, serviços, unidades de uma determinada instituição fiscalizada.

Outro item importante sugerido foi a necessidade de estabelecer um quantitativo mínimo amostral, acrescentando uma parametrização do quantitativo de pacientes assistidos e avaliados nas suas sistematizações da assistência, evitando-se a opção aleatória pelo enfermeiro fiscal.

O termo diligência se encontra no Manual de Fiscalização do Sistema Cofen como:

“Medida Administrativa realizada para que sejam cumpridas exigências ainda não atendidas, esclarecimento de fatos, levantamento de provas ou juntadas aos processos administrativos ou éticos constituídos, com objetivo de enriquecer o conteúdo do material informativo necessário à tomada de decisão pela autoridade competente. Caso em que deverá ser efetuada:

•Para atender a representação ou denúncia, buscando esclarecimentos, à luz dos fatos, para o encaminhamento das devidas providências;

•Para esclarecer dúvidas e colher detalhes, visando o enriquecimento do conteúdo;

•Por ocasião das diligências será lavrado o Termo de inspeção, que será preenchido em 02 (duas) vias, assinadas pelo fiscal e por representante da Instituição que prestar a informação, ficando a 1ª (primeira) via em poder da Instituição e a 2ª (segunda) via será devolvida ao Conselho Regional.” (BRASIL, 2011)

Embora se tenha essa descrição, esse termo foi alterado para subsequente, por se entender que o conteúdo a ser avaliado da visita é a sua ordem cronológica, cuja definição “*é um adjetivo de dois gêneros que classifica alguma coisa que vem depois, ou que se segue. É sinônimo de imediato, ulterior e seguinte*”.

Outra sugestão se deu nos campos de identificação do instrumento. Estabeleceu-se a origem da visita fiscalizatória “*DENÚNCIA*” em conformidade com o preconizado pelo Manual de Fiscalização, que define esse termo como:

“Descreve condutas que ofendem a legislação regulamentadora da profissão de enfermagem e a legislação sanitária brasileira (todas encontradas na realidade dos Conselhos Regionais), e a indicação de ações que poderão ser adotadas pelo órgão fiscalizador, objetivando a apuração processual da(s) conduta(s) ou prática(s) adversas detectada(s) no dia-a-dia da fiscalização.

Onde DENÚNCIA é definido como: Ato pelo qual a pessoa física imputa a alguém indícios de autoria de infração à legislação de enfermagem, isto é, é a comunicação feita ao Conselho Regional sobre conduta antiética praticada por profissional de Enfermagem e/ou descumprimento da legislação vigente.

Para que a denúncia possa deflagrar um processo ou interdição ética pelo Conselho Regional, deverá ser feita por escrito

ou de forma verbal. Nos casos de denúncia anônima, o Regional deverá investigar o fato e, havendo elementos que indiquem a existência de infração, adotar as medidas administrativas exigidas.

Se escrita, deverá ser dirigida ao Presidente, com as seguintes informações: a qualificação do denunciante (nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, número do RG, CPF, endereço), assinatura do mesmo, narração do fato ocorrido, esclarecendo as circunstâncias em que foi cometido, com local, dia e hora da ocorrência, rol de testemunhas e local de trabalho do profissional de enfermagem denunciado.

Procedimento idêntico deverá ser adotado quando a denúncia for referente à pessoa jurídica. Quando feita de forma verbal, deverá ser reduzida à termo por funcionário do Conselho Regional ou Conselheiro, observando-se os elementos constantes da denúncia escrita.

A denúncia é irretroatável e irrenunciável (a partir do momento em que é protocolada não pode o denunciante desistir do procedimento), visto que o interesse público prevalece sobre o interesse particular.

Admite-se a conciliação no curso do processo, quando se tratar de direitos disponíveis de acordo com a previsão contida na Resolução que trata do Código de Processo Ético dos profissionais de enfermagem” (BRASIL, 2011).

A autora acatou, ainda, as sugestões de inclusão dos demais termos previstos no Manual de Fiscalização, a saber:

“Representação: Comunicação oficial realizada por pessoa jurídica, a qual deve obedecer ao integral cumprimento dos elementos constitutivos da denúncia feita por pessoa física. Não se confunde o termo representação aqui descrito, com a mera outorga de poderes, como é o caso das procurações, onde o representante realiza atos em nome de quem lhe outorgou os poderes, sem, contudo, figurar como parte no processo. Tanto a denúncia quanto a representação, podem ser feitas diretamente ou por procurador legalmente habilitado.

Ex ofício: Ato privativo do Presidente do Conselho Federal de Enfermagem e do Presidente do Conselho Regional de Enfermagem, resultante do conhecimento por parte do Cofen ou do Conselho Regional, respectivamente, através da divulgação por quaisquer veículos de comunicação, de fatos que tipifiquem infração às normas legais, éticas, disciplinar e sanitária” (BRASIL, 2011).

Ainda nos campos de identificação, acatou-se a sugestão de se identificar o número do processo administrativo (PAD), que instrui as ações fiscalizatórias de uma determinada instituição, pela intenção de que o instrumento estará disponível para ser aplicado em todo o país. Assim, a prática do ajuizamento de Ação Civil pública (ACP) e Termo de Ajuste de Conduta (TAC) é uma conduta utilizada por todos os departamentos jurídicos dos Conselhos Regionais para os ajustes das não conformidades constatadas. Outro ponto é que este dado deve ser parte integrante dos autos do PAD de fiscalização quando praticados pelos departamentos jurídicos dos Conselhos Regionais. Este procedimento é descrito tal como (BRASIL, 2011):

“O procedimento relativo à apuração das infrações aos atos legais do exercício da enfermagem tem início mediante instauração do processo administrativo, acompanhados de elementos e documentos existentes em seu poder e mediante denúncia ou representação.

Recebida a denúncia ou representação, o Conselho Regional verificará a veracidade da mesma, tomando as medidas administrativas e jurídicas previstas na lei.

Na infração cometida por pessoa jurídica contra disposição das leis e regulamentos pertinentes ao exercício profissional ou às condições em que este é exercido, se for o caso, instruído com sindicância, será encaminhado às autoridades competentes.

Antes de todas as inspeções, o Processo Administrativo será instaurado conforme metodologia recomendada em anexo.

Ao término dos prazos estabelecidos nas notificações, o Conselho Regional tem autonomia para estabelecer prorrogação dos mesmos mediante instrumento formal, observando para isso o princípio da razoabilidade”.

Na sequência dos itens de identificação com sugestões de alteração, o campo destinado à identificação do número da “Notificação de Pessoa Jurídica – NPJ N°” sofreu modificações, visto que o termo não é padronizado em nível nacional. Considera-se que o termo utilizado para a identificação do documento lavrado pelos enfermeiros fiscais ao constatarem uma irregularidade ou uma ilegalidade é a “*Notificação*”, que é descrita como:

“Procedimento administrativo processual mediante o qual é dado conhecimento ao profissional, pessoa física, ou a(s) empresa(s), pessoa jurídica, de despacho ou decisão que ordena fazer ou deixar de fazer algo, indicando a infração e sua respectiva fundamentação legal ou ética, estabelecendo prazo de cumprimento para as providências necessárias.

A notificação é feita por escrito, em documento próprio, dirigida ao profissional de enfermagem ou ao representante legal da instituição que assinará as 2 (duas) vias datadas, ficando a 1ª (primeira) via em poder do notificado e a 2ª (segunda) via será devolvida ao Conselho de Enfermagem.

Caso o notificado se recuse a assinar, o fiscal certificará este fato nas duas vias, com assinatura de testemunha(s), caso haja, com nome completo, RG e CPF, encaminhando ao coordenador do departamento de fiscalização para adoção das medidas administrativas cabíveis”.

Para os campos de marcação do escore compatível com a análise de existência, existência incompleta ou inexistência da SAE, considerou-se que a forma original poderia gerar falta de compreensão de como preencher. Assim, foi alterado o termo para parcial, descrito por extenso e incluído uma legenda para esclarecimento do termo, sendo proposta os seguintes termos: “*AVALIAÇÃO (LEGENDA): NÃO (N): AUSÊNCIA TOTAL DO ITEM O EQUIVALENTE A 0 PONTO; PARCIAL (P): PRESENÇA DO ITEM COM LIMITAÇÕES OU PENDÊNCIAS O EQUIVALENTE A 0,5 PONTO; SIM (S): PRESENÇA TOTAL DO ITEM O EQUIVALENTE A 1 PONTO*”. Este item de identificação está previsto no manual de

fiscalização no item de “*Situações previsíveis e condutas a serem adotadas*” para a constatação da “*Inexistência de planejamento e programação de enfermagem (SAE)*”.

No eixo dos métodos relacionado à implementação, houve a sugestão de inclusão de termo que avalie a validade das prescrições pelo período de 24hs. Nesse sentido, alterou-se o termo do indicador para “*É mantida a validade de 24 horas da prescrição, através de reavaliações diária e sempre que necessário das prescrições de enfermagem?*”, segundo preconiza a Resolução Cofen 487/2015:

“Art. 3º É vedado aos profissionais de Enfermagem a execução de prescrição médica fora da validade.

§ 1º – Para efeitos do caput deste artigo, consideram-se válidas as seguintes prescrições médicas:

I – Nos serviços hospitalares, prescrições pelo período de 24 horas;II – Nos demais serviços, as receitas e prescrições com a indicação do tipo de medicamento, procedimentos, doses e período de tratamento definidos pelo médico;

III – Protocolos de quimioterapia, com quantidade de doses e período de tratamento definidos pelo médico”.

Em relação ao item 60 “*As prescrições de enfermagem são compatíveis com os problemas levantados, diagnósticos de enfermagem e resultados esperados?*” e ao item 68 “*Os resultados estão descritos em instrumento e ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?*”, os juízes avaliaram que não devam ser de avaliação do fiscal, pois não compete ao mesmo fazer correlações. Contudo, as referências legais afins ao item preveem que uma das atribuições do enfermeiro fiscal é “*Apoiar o Enfermeiro Responsável Técnico, quanto à organização do serviço e suas atividades*” (BRASIL, 2011), segundo descrição na instrumentalização do processo de fiscalização:

“A ação de fiscalizar, assim constituída, torna-se um instrumento poderoso de combate à profissionais e instituições que atuam em desrespeito à legislação pátria e, por conseguinte, pode provocar melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, na medida que teremos profissionais e serviços de saúde obedecendo às normas legais que regulamentam o funcionamento do setor”.

Em relação à prescrição de enfermagem, integrante de uma das etapas do processo de enfermagem (PE), a Resolução Cofen nº 358/2009 descreve que:

“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”.

Define-se como uma das atribuições do fiscal a percepção de que dados de pacientes estejam sendo coletados do ponto de vista da disciplina de enfermagem com acurácia para diagnosticar e oferecer cuidados eficientes. Dessa forma, não basta se basear apenas no diagnóstico médico ou em informações médicas. Uma intervenção simplificada ou restrita a apenas dados médicos ou de outros profissionais não é um processo diagnóstico recomendado e seguro. Então, torna-se imprescindível que o enfermeiro fiscal tenha habilidades para a percepção de planos assistenciais de enfermagem sejam compatíveis com as respostas humanas reais ou potenciais às condições de saúde e processos de vida ou uma vulnerabilidade a essas respostas.

A orientação do juiz em não incluir no hall de atribuições do enfermeiro fiscal a análise da execução da metodologia de forma adequada, ou melhor exemplificando, não incluir procedimentos avaliativos acerca do levantamento de todos os problemas do paciente, uma vez que o mesmo não realizou a coleta de dados. Contudo, considera-se factível a análise dos diagnósticos apontados, a compatibilidade do plano assistencial, intervenções afins aos diagnósticos e resultados esperados e a observação da vinculação dos registros realizados acerca do processo plano de assistência e respostas apresentadas.

No Eixo Pessoas, houve considerações importantes dos juízes, sugerindo que fosse avaliado pelo enfermeiro fiscal a presença de enfermeiro em todos os momentos em que houver de manda de assistência e cuidado e que a análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem, propriamente dita, não estivesse incluída neste instrumento proposto, uma vez que esta análise é tão complexa quanto a análise da existência da SAE.

Cabe informar que de acordo com manual de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro – Coren-RJ, o dimensionamento de pessoal de enfermagem é um dos quatro pilares do processo de trabalho dos enfermeiros fiscais locais, pois é realmente entendido como um processo complexo, trabalhoso, com procedimentos administrativos e jurídicos diferenciados dos da ausência de planejamento de enfermagem – SAE.

Considerando estas observações foram alteradas as propostas de análises a serem realizadas, para a constatação do que é preconizado pela lei e pelo decreto regulamentados do exercício profissional, que prevê como responsabilidade do profissional enfermeiro a supervisão das atividades desenvolvidas pelos profissionais de nível técnico e auxiliar, conforme prevê a lei 7498/1986 e o Decreto lei 94406/87:

“Art. 15. As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro”.

Em relação ao cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, já se dispõe de medidas parametrizadas de avaliação preconizadas pela Resolução Cofen nº 293/2004 que *“Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados”*. Essa resolução serve como matéria regulamentadora sobre as unidades de medida e a relação de horas de enfermagem por leito ocupado, para estabelecer o quadro de profissionais de enfermagem. Este pilar do processo de trabalho do enfermeiro fiscal, baseia-se no caráter disciplinador e fiscalizador dos Conselhos de Enfermagem sobre o exercício das atividades nos Serviços de Enfermagem do país, aplicando-se aos quantitativos de profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde.

Nesse contexto do processo de avaliação de dimensionamento de pessoal de enfermagem, deve-se assegurar que 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. Compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro quantiqualitativo de profissionais necessário para a prestação da assistência de enfermagem, porém é indispensável que o enfermeiro fiscal tenha corresponsabilidade de subsidiá-lo e aos gestores com conhecimentos para a realização deste cálculo adequadamente.

Na tabela de consolidação dos dados coletados pelo fiscal após uma visita fiscalizatória, houve a necessidade de ajuste à nova proposta de que não mais ser o somatório

de várias inspeções, mas ser o de várias análises de pacientes e seus prontuários para um único setor. Importante esclarecer que com esta nova proposta, uma única unidade pode ter vários resultados oriundos dos diversos setores, serviços, unidades em que haja o cuidado de enfermagem. Outro ponto importante de ser esclarecido é que houve a necessidade de criar uma tabela de consolidação dos dados coletados dos setores, serviços ou unidades fiscalizadas, com o objetivo de se estabelecer o percentual geral de existência e de implantação da SAE em uma determinada instituição.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos envolvendo o processo de elaboração e validação de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Implantação da SAE pode-se concluir que de uma maneira geral, através das opiniões dos juízes especialistas, houve aceitação da proposta de instrumento com enfoque em três eixos preconizados na resolução Cofen nº 358/2009 que define 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.

Importante destacar que apesar do levantamento bibliográfico não ter sido pautado em uma revisão sistemática, pode-se construir um arcabouço científico que proporcionasse subsídios para justificar a importância do estudo sobre o tema e seu conceito geral agregado à opiniões de discentes, docentes, profissionais assistencialistas e gestores de enfermagem. Também pode-se identificar os esforços de estudiosos do tema em desenvolver e validar tecnologias que possam sustentar a cientificidade e a legalidade prevista pela SAE, com vista a proporcionar maior autonomia ao profissional enfermeiro e sensibilizar gestores e a Sociedade assistida da importância da aplicabilidade dos mesmos.

Na gestão de serviços e no gerenciamento do cuidado é fático que a SAE vem sendo compreendida como fundamental ao processo de excelência, qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente, familiar e comunidade. Contudo, poucos são os relatos de modelos de sucesso ou de insucesso no planejamento da sua implantação.

No que diz respeito a legalização e fiscalização da prática, também é escassa a socialização científica das práticas vivenciadas ou aplicadas. Outro ponto inexistente e que para a autora é fundamental, é a ausência de estudos sobre as jurisprudências nas esferas administrativas, civis e penais sobre o tema. Estudos científicos sobre a fiscalização do exercício profissional ainda é muito pouco debatido, fato que merece maior atenção dos estudiosos e praticantes do ofício.

A construção de indicadores que subsidiaram a organização do instrumento, considerada efetiva para os juízes, foi ratificada pelo levantamento bibliográfico científico e legal sobre o tema, mas também, a partir da vivência experimentada pela autora junto ao corpo de fiscais do Coren-RJ, como coordenadora do departamento de fiscalização da referida Autarquia. Acredita-se que a consolidação dos conteúdos, não teriam tido eficácia sem essa

prerrogativa, considerando que muitos dos conteúdos agregados, originam a partir dos princípios do sistema de Fiscalização, da Administração Pública e do Direito Administrativo.

Algumas constatações a partir dos estudos levantados suscitaram a perpetuação de questões norteadoras para fóruns de discussões sobre o tema, que deveriam constar em todos os planejamentos da pesquisa, formação, da prática e gestão dos serviços profissionais, da fiscalização do exercício profissional, das relações trabalhistas e das políticas profissionais relacionadas à saúde.

Os destaques compreendidos pela autora que poderão nortear futuros estudos complementares, concentram-se no campo da conceituação e definições sobre a SAE compatíveis com a prática e a fiscalização do exercício profissional, das reformulações das políticas e normatizações pedagógicas e de fiscalização do exercício profissional com ênfase na SAE, da formação e do ensino estendendo-se para a ampliação das pesquisas relacionadas às teorias de enfermagem e a SAE com a integração dos conceitos científicos, legais e políticos, dos processos de definição de perfil, seleção e educação permanente para os diversos campos do exercício profissional da enfermagem, no campo das associações e sociedades afins à profissão, para o desenvolvimento e aprimoramento de teorias, diagnósticos e linguagens taxonômicas de enfermagem.

Uma condução importante a ser implementada pelos gestores das entidades da classe de enfermagem, refere-se à ampliação das participações das mesmas nas formulações e reformulações de políticas de saúde, sociais e tecnológicas, considerando que o cenário vivenciado é de descompasso das políticas atuais e as normas legais do exercício profissional. Um ponto importante, que contribuirá fundamentalmente para políticas de acreditação, de segurança e qualidade é a observação das funções precípuas dos profissionais de enfermagem que se enquadram totalmente nas propostas atualmente desenvolvidas. Este fato poderia significar melhora da eficácia, da efetividade e eficiência dessas políticas.

E finalmente, em relação ao sistema de fiscalização considera-se importante para melhor utilização do estudo o desenvolvimento de um tutorial para os procedimentos de fiscalização da existência ou não do planejamento da assistência de enfermagem – SAE nas instituições fiscalizadas bem como, um sistema informatizado para contribuir com a qualidade e celeridade do processo. No ramo da auditoria de serviços de saúde, muito é utilizado aplicativos em dispositivos móveis que facilitam, otimizam e padronizam eficazmente o processo.

Torna-se importante observar o dimensionamento de horas despendidas para o procedimento de fiscalização da SAE, considerando que o processo faticamente se tornará mais qualitativo, o que poderá comprometer o quantitativo, devendo os gestores atentar para as metas de gestão dos departamentos de fiscalização dos Conselhos Regionais.

Diante do cenário constatado acerca da diversidade de tecnologias validadas e não validadas para o desenvolvimento, implantação e implementação da SAE, ratifica-se a necessidade de que o Sistema Cofen e Conselhos Regionais, através de seus enfermeiros fiscais, padronize seus procedimentos de avaliação da existência ou não da metodologia proposta pela norma legal afim à mesma e demais que façam menção à sua utilização.

Um desfecho necessário é a validação do instrumento por representantes de todos os departamentos de fiscalização dos Conselhos Regionais e a testagem do mesmo junto às enfermeiras responsáveis técnicas de instituições de saúde de vários níveis de atenção e tipos de prestação de serviços de saúde de todos os estados.

Acredita-se que este instrumento proporcionará ao enfermeiro fiscal e ao enfermeiro gestor uma noção do nível do desenvolvimento da implantação da SAE, através das medições cronológicas, estabelecidas pelos prazos da resolução Cofen nº 374/2011 e pelos termos de ajustes de condutas – TAC ou pelas sentenças ou antecipações destas, estabelecidas pelas ações civis públicas ou procedimentos jurídicos e judiciais afins ao objeto “Inexistência de planejamento da assistência de enfermagem – SAE”.

Ao final acredita-se que este estudo apontou a necessidade de ampliar os debates acerca da forma de como fiscalizar a implantação da SAE, bem como sua implementação nas instituições onde há o exercício profissional da enfermagem e ainda, a sua projeção nas atuais políticas públicas do país.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4ed. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- ALFARO LEFREVE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: Promoção do Cuidado Colaborativo**. 5.ed. Porto Alegre. ARTMED, 2005, 284p.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: Fundamentos para o Raciocínio Clínico**. 8 ed. Artmed. São Paulo, 2014. 271p.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O Saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2ed. Editora Cortez. São Paulo. 1989. 127p.
- ARAÚJO, D.S. et al. Construção e Validação de um Instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva. **Rev REME**. Belo Horizonte, v.16, n.4, p. 461-9. Jul-Ago, 2015.
- BARROS, A.L.B.L.; LOPES, J.L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v.1, n.2, p. 65-67. 2010.
- BACKES DS, SCHWARTZ E. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Desafios e Conquistas do Ponto de Vista Gerencial. **Rev. Ciência Cuidado Saúde**. Maringá, v.4, n.2, p.182-8. 2005
- BRASIL, Lei 5905/73; Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>.
- BRASIL, Lei 7498/86; Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>.
- BRASIL, Resolução Conselho Nacional de Saúde 196/96; Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
- BRASIL, 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. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>.
- BRASIL, Resolução Cofen 293/2004; Dispõe sobre o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>.
- BRASIL, Resolução Cofen 374/2011. Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>.

BRASIL. Coren-RJ. Manual de Normas e procedimentos Operacionais Padrão do Departamento de Fiscalização. 3ª edição. Rio de Janeiro, 2014.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CARRARO, E.T.; WESTPHALEN, M.E.A. **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB; 2001.

CARVALHO, D. C.; DAL SASSO, G.T.M. Padrões de Dados, Terminologias e Sistemas de Classificação para o cuidado em Saúde. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.64, n.6, p.1141-9.

CASAFUS, K.C.U; DELL'ACQUA, M.C.Q.; BOCCHI, S.C.M. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Esc Enf Ana Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2; p. 313-21, abr-jun, 2013.

CASTILHO, N.C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M.Q. A Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Saúde Hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 280-9, Abr-Jun.2009.

CARVALHO, E.C. *et al.* Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Rev enferm UFPE on line**. Pernambuco, v.1, n.1; p. 95-9, jul-set, 2007.

CHAVES, L. D.; SOLAI, C.A. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações Teóricas e Aplicabilidade**. 2 ed. Ed. Martinari. São Paulo. 2013. 160p.

CIANCIARULLO, T.I. *et al.* **Sistema de Assistência de Enfermagem: Evolução e Tendências**. 5 ed. Editora Ícone. São Paulo. 2012. 318p.

CONCEIÇÃO, V.M.; ARAUJO, J.S.; OLIVEIRA, R.A.A.; ZAGO, M.M.F.; SOUZA, R.F.; SANTANA, M.E.; MONTEIRO, M.O.P.; NEVES, A.B.; GOMES, V.O.; LUZ, M.P.N. Percepções culturais de acadêmicos e enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v.4, n. 2, p. 378-88, Abr-Jun, 2014.

ESCOVAL, A. Técnica de Grupo Nominal. Observatório português dos Sistemas de Saúde. Lisboa, 2006. Acesso em 10/03/2016 <http://www.opss.pt/node/160>.

EUFLOSINO, A.R. *et al.* O Método Delphi como ferramenta de apoio à pesquisa prospectiva. Trabalho de Conclusão de Curso. UFES. Espírito Santo, 2014.

FERNANDES, M.V.L. – Indicadores de Avaliação de Indicadores de práticas de controle e prevenção de infecções do trato urinário associada a cateter: construção e validação. 2005. Dissertação de Mestrado – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.

- FIGUEIREDO, R.M. *et al.* Caracterização da Produção do Conhecimento sobre sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v.40, n.2, p.299-303, 2006.
- FOSCHIEIRA, F; VIEIRA, C.S. Utilização do Processo de Enfermagem Por Enfermeiros Docentes e Assistenciais. **Rev Varia Scientia**. Paraná, v.6, n.11, p. 163-176. 2006
- FULY, P.S.C.; LEITE, J.L. LIMA, S.B.S. Correntes de Pensamentos Nacionais sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enf**. Brasília, v. 61, n. 6, p. 883-7, nov-dez, 2008.
- GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M. L. Sistematização Da Assistência De Enfermagem: Reflexões Sobre O Processo. **In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.
- GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Artmed. Porto Alegre; 2010. 336p.
- GARCIA, TR, NÓBREGA, MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Rev Enferm Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p.188-191. 2009.
- GIRARDI SN, SEIXAS PH. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Formação*. v.5, p.29-43, 2002.
- GONÇALVES, LRR, NERY, IS, NOGUEIRA, LT, BONFIM, EG. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. **Rev Enf. Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.459-65. 2007.
- GUEDES, E.S. *et al.* Adaptação e Validação do instrumento: posições sobre o Processo de Enfermagem. *Rev Lat Am Enf*. São Paulo, v.21, n.1. Jan-Fev, 2010.
- HERMIDA, P.M.V.; ARAUJO, I. E.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.59, n. 5, p. 675-9, set-out, 2006.
- HERMIDA, P.M.V. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 57, n.6, p. 733-7, 2007.
- HENDERSON, V. On nursing care plane and their history. **Nursing Outlook**, USA, v. 21, n. 6, p.378-9,1973.
- HORTA, WA. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.
- ICN – INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o Governo Escocês e Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classifica*

ção Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE). Edição Portuguesa, maio, 2015.

LEFEVRE, R.A. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

LEOPARDI, MT. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2ªed. Florianópolis: Soldasof; 2006

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MAURIQUE, J.A. et al. **Conselhos de Fiscalização Profissional – Doutrina e Jurisprudência**. 3 ed. Ed. Thompson Reuters – Revistas dos Tribunais – São Paulo, 2013

MEDEIROS, AL. Superando os fatores que dificultam a operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem: experiência de enfermeiros em um serviço de obstetrícia 2011 (dissertação). João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba.

MONTEIRO, A.G.; SANTOS, A. A.; PÜSCHEL, V.A.A.; BUONO, D.M.L. A Prática do Pensamento Reflexivo na Elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem Visão perceptiva dos docentes e discentes. **Atas CIAIQ – Investigação Qualitativa em Educação**, v. 2, pgs.537-41, 2015.

MUNARETTO, L.F.; CORRÊA, H.L.; CUNHA, J.A.C. Um Estudo sobre as características do Método Delphi e de grupo Focal como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev Adm. UFSM**. Santa Maria, v.6, n.1, p.19-24, jan/mar, 2013.

NEVES, R.S.; SHIMIZU, H.E. Análise da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Reabilitação. **Rev Bras Enf**. Brasília, v. 63, n.2, p. 222-9, mar-abr ,2010.

NOBREGA, M.M.L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. ABEn, 2008/2009. Belo Horizonte. 232p.

NOBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R.; FURTADO, L.G.; ALBUQUERQUE, C.C.; LIMA, C.L.H. Terminologias de Enfermagem: Da taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para as práticas de enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**. Pernambuco, v.2, n.4, p.454-61, out-dez, 2008.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. São Paulo: Malore; 2007.

O'BRIANT, S.E. et al. Validation of the New Interpretive Guidelines for the Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes Score in the National Alzheimer's Coordinating Center Database. **Arch Neurol.** USA, v. 67, n. 6., p. 746-9. Jun, 2010.

PENEDO, R.M.; SPIRI, W.C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.27, n.1, p. 86-92, 2014.

PERROCA MG, GAIDIZINSKI RR. Sistema de Classificação de pacientes: construção e validação de instrumento. **Rev Esc Enf USP.** São Paulo, v.32, n.2, p. 153-68, 1998.

PIMPÃO, F.D.; FILHO, W.D.L.; VAGHETTI, H.H. LUNARDI, V.L. Percepção da Equipe de Enfermagem sobre seus registros buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enf. UERJ,** Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.405-10. Jun/set, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem.** 7ª Edição, Editora: Artmed, 2011

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

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M.M.; VALE, J. Dificuldades na Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: Uma Revisão Teórica. **Cadernos da Escola de Saúde.** Paraná, v.03, p. 1-10. 2010.

REPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. Avaliação da Realização e do Registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Hospital Universitário. **Ver. Bras. Enf. Brasília,** v.58, n.3, p.325-9, 2005.

SANTOS, W.N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J Manag Prim Health Care.** Pernambuco, v. 5, n. 2, p. 153-8. 2014.

SOARES, M.I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Rev de Enf Esc Anna Nery.** Rio de Janeiro, v.19, n.1, Jan-Mar, 2015.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** 2 ed. Guanabara Koogan Ltda. Rio de Janeiro, 2011, 298p.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. DELPHI – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisa em Administração,** São Paulo, v.1, n. 12. 2000.

**APÊNDICE A: Proposta de instrumento de avaliação da implantação da SAE – 1ª etapa
Delphi**

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM														
INSTITUIÇÃO:			TOTAL DE PACIENTES:						Nº DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS:					
SETOR:			() 1ª AVALIAÇÃO		() 2ª AVALIAÇÃO		() 3ª AVALIAÇÃO		() 4ª AVALIAÇÃO		() 5ª AVALIAÇÃO			
TIPO DE AVALIAÇÃO: () INICIAL () DILIGÊNCIA			DATA:		DATA:		DATA:		DATA:		DATA:			
PADF Nº:	TACF Nº:	ACPF Nº:	NPJNº		NPJNº		NPJNº		NPJNº		NPJNº			
I EIXO – MÉTODOS														
PONTUAÇÃO: NÃO – 0; INC – 0,5 SIM – 1,0			NÃO	INC	SIM	NÃO	INC	SIM	NÃO	INC	SIM	NÃO	INC	SIM
1 - COLETA DADOS														
1.1 – HISTÓRICO (10 PONTOS)														
1.1.1 - É REALIZADO O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM?														
1.1.2 - É REALIZADO HISTÓRICO NA ADMISSÃO E SEMPRE QUE NECESSÁRIO BASEADO EM TEORIA DE ENFERMAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?														
1.1.3 - É REALIZADO O REGISTRO DO HISTÓRICO EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?														
1.1.4 - POSSUI IDENTIFICAÇÃO E DADOS RELEVANTES DO PACIENTE?														
1.1.5 - O INSTRUMENTO ESTÁ PREENCHIDO/DESCRITO COM A METODOLOGIA PREVISTA PELA TEORIA PROPOSTA E/OU PROPOSTA INSTITUCIONAL?														
1.1.6 - SÃO CONSIDERADOS DADOS COLETADOS DA EQUIPE MULTI-PROFISSIONAL TAIS COMO: DIAGNÓSTICO MÉDICO, EXAMES COMPLEMENTARES, PARECERES.														
1.1.7 - OS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM LEVANTADOS ESTÃO DESCRITOS?														
1.1.8 - POSSUI OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM?														
1.1.9 - OS ENFERMEIROS SE RESPONSABILIZAM PELO HISTÓRICO, ASSINAM E INFORMAM O NÚMERO DO REGISTRO PROFISSIONAL NO INSTRUMENTO?														
1.1.10 - O INSTRUMENTO ESTÁ DISPOSTO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE EM ORDEM COERENTE E CRONOLÓGICA?														
JUSTIFICATIVA DE NÃO REALIZAR OU REALIZAR PARCIALMENTE:			() INTERCORRÊNCIAS			() INST/ROTINAS DESCONHECIDAS			() DÚVIDAS NO INSTRUMENTO/ROTINA					
			() DIMENS INADEQUADO			() INSTITUIÇÃO NÃO PRECONIZA			() OUTROS					
1.2 - EXAME FÍSICO (7 PONTOS)														
1.2.1 - É REALIZADO O EXAME FÍSICO NA ADMISSÃO, DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO?														
1.2.2 - É REALIZADO EXAME FÍSICO BASEADO EM TEORIA DE ENFERMAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE NA ADMISSÃO E DIARIAMENTE?														
1.2.3 - É REALIZADO O REGISTRO DO EXAME FÍSICO EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?														
1.2.4 - POSSUI IDENTIFICAÇÃO E DADOS RELEVANTES DO PACIENTE?														
1.2.5 - O INSTRUMENTO ESTÁ PREENCHIDO/DESCRITO COMPLETAMENTE COM A METODOLOGIA PREVISTA PELA TEORIA E/OU PROPOSTA INSTITUCIONAL?														

1.2.6 - OS ENFERMEIROS SE RESPONSABILIZAM PELO HISTÓRICO, ASSINAM E INFORMAM O NÚMERO DO REGISTRO PROFISSIONAL NO INSTRUMENTO?																				
1.2.7 - O INSTRUMENTO ESTÁ DISPOSTO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE EM ORDEM COERENTE E CRONOLÓGICA?																				
JUSTIFICATIVA DE NÃO REALIZAR OU REALIZAR PARCIALMENTE:	<input type="checkbox"/> INTERCORRÊNCIAS		<input type="checkbox"/> INST/ROT DESCONHECIDAS					<input type="checkbox"/> DÚVIDAS NO INSTO/ROTINA												
	<input type="checkbox"/> DIMENS INADEQUADO		<input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO NÃO PRECONIZA					<input type="checkbox"/> OUTROS												
2 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (8 PONTOS)																				
2.1 - É REALIZADO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM?																				
2.2 - É REALIZADO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM BASEADO EM TAXONOMIA PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?																				
2.3 - É REALIZADO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?																				
2.4 - POSSUI IDENTIFICAÇÃO E DADOS RELEVANTES DO PACIENTE?																				
2.5 - OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS NA COLETA DE DADOS?																				
2.6 - OS TÍTULOS DOS DIAGNÓSTICOS SEGUEM A LINGUAGEM TAXONÔMICA PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO/ESPECIALIDADE?																				
2.7 - OS ENFERMEIROS ASSINAM E INFORMAM O NÚMERO DO REGISTRO PROFISSIONAL NO INSTRUMENTO?																				
2.8 - O INSTRUMENTO ESTÁ DISPOSTO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE EM ORDEM COERENTE E CRONOLÓGICA?																				
JUSTIFICATIVA DE NÃO REALIZAR OU REALIZAR PARCIALMENTE:	<input type="checkbox"/> INTERCORRÊNCIAS		<input type="checkbox"/> INST/ROTINAS DESCONHECIDAS					<input type="checkbox"/> DÚVIDAS NO INSTRUMENTO/ROTINA												
	<input type="checkbox"/> DIMENS INADEQUADO		<input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO NÃO PRECONIZA					<input type="checkbox"/> OUTROS												
3 - PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM (10 PONTOS)																				
3.1 - É REALIZADO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO, DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO?																				
3.2 - O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM É REALIZADO SEGUNDO A TAXONOMIA PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?																				
3.3 - É REALIZADO O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?																				
3.4 - POSSUI IDENTIFICAÇÃO E DADOS RELEVANTES DO PACIENTE?																				
3.5 - SÃO DETERMINADOS OS RESULTADOS ESPERADOS CONFORME TAXONOMIA PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?																				
3.6 - SÃO DETERMINADOS OS PRAZOS PARA RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS ENCONTRADOS?																				
3.7 - OS RESULTADOS ESPERADOS SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM?																				
3.8 - É REALIZADA REAVALIAÇÃO DIÁRIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ENCONTRADOS E DO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM?																				

APÊNDICE B: CARTA AO ESPECIALISTA

Prezado especialista,

Eu, Ana Teresa Ferreira de Souza, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, venho desenvolvendo uma dissertação intitulada de **“AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009 E DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM”** e por sua experiência e conhecimento reconhecidos no tema em estudo, que visa a construção do instrumento, convido-o a participar do mesmo, na qualidade de consultor (juiz), através da técnica denominada Grupo nominal modificado ou Delphi modificado.

Como tal, o(a) senhor (a) está recebendo em anexo a esta carta convite, o instrumento proposto em sua versão original em PDF, o questionário de coleta de dados e suas instruções de como proceder a análise e preenchimento, o qual solicito que seja devolvido por via digital em dez (10) dias consecutivos. Outrossim, se possível e/ou caso necessário, estabeleceremos contato à distância através do Skype, durante algum momento da próxima reunião eletiva da Câmara, a ser definido pelo seu coordenador, Dr. Walkírio de Almeida, para que seja esclarecidos objetivos e metodologia do estudo diretamente com esta pesquisadora.

Reconheço que esta tarefa lhe tomará tempo, contudo considero de extrema importância para a atuação dos enfermeiros fiscais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais na avaliação da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE e na construção e validação de um instrumento que subsidie nas medições dos indicadores apontados pelo estudo como ideais ao processo. Por este motivo agradeço-lhe antecipadamente sua atenção e colaboração.

Informo que, em caso de dúvidas, o(a) senhor(a) poderá fazer contato comigo nos celulares (21) 99179-0560 e 99837-0858 e pelo email antefeso@yahoo.com.br.

APÊNDICE C: Instrumento de coleta de dados -1ª etapa delphi

ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE

Prezado especialista,

Gostaria de agradecer pela disponibilidade em participar desta pesquisa. Este texto inicial é para fornecer informações básicas sobre o desenvolvimento da pesquisa, intitulada “*AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE - SAE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO À LUZ DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009 E DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM*”. Essa etapa corresponde à coleta de opiniões de especialistas, por meio de um questionário com estrutura de Escala Likert de medição.

Antes de preencher as informações neste instrumento de coleta de dados, solicito que leia, atentamente e na íntegra, o *INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009 E DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM* e suas orientações de preenchimento e somente quando se sentir seguro inicie a responder os itens.

Este questionário destina-se à validação do conteúdo do *INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009 E DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM* e visa avaliar a relevância e clareza do instrumento desenvolvido. Para isso cada avaliador terá que pontuar o grau de concordância a partir de uma escala de Likert de cinco pontos. Polit e Beck (2011) recomendam esse tipo de escala na validação de conteúdo para evitar um ponto neutro. Essas escalas fornecem aos respondentes uma lista de questões e pede que o respondente estime o grau de sua resposta.

A cada resposta é atribuído um número de pontos. Os gradientes das respostas serão: 0 = discordo veemente, 1 = discordo, 2= não concordo, nem discordo, 4 = concordo, 5 = concordo inteiramente”.

A escolha das respostas dos senhores deverá ser guiada, conforme legenda abaixo:

<p>Concordo inteiramente: informação/indicador extremamente relevante e indispensável ao instrumento;</p> <p>Concordo: informação/indicador relevante, mas confusa;</p> <p>Não concordo, nem discordo: quando não tiver opinião sobre o assunto. Ao selecionar esse gradiente de resposta, emitir uma justificativa;</p> <p>Discordo: informação/indicador pouco relevante para temática, mas se sofrer alterações pode ser relevante;</p> <p>Discordo veementemente: item dispensável no instrumento ou indisponível.</p>

Após cada questão, há um quadro no qual você poderá sugerir alguma alteração no instrumento.

Atenciosamente,

CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Ocupação: () Docência () Assistência () Fiscal () Outros _____
3. Local de Trabalho: () Coren () Instituição Hospitalar () Atenção Básica () Diagnóstico () Reabilitação () Ensino e Pesquisa () Outros _____
4. Trabalha como enfermeiro fiscal? () SIM () NÃO
5. Se a resposta anterior for positiva, há quanto tempo? _____
6. Estado onde trabalha: _____
7. Tempo de graduação: _____
8. Possui pós-graduação: () SIM () NÃO Especifique: _____

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM

9. Quanto ao título: “*INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009 E DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM*”, este representa do conteúdo do instrumento apresentado?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

10. Quanto aos campos de identificação, o item “*INSTITUIÇÃO*”, este representa conteúdo para identificação da instituição que está sendo avaliada?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

11. Quanto ao campo de identificação, no item “*SETOR/SERVIÇO*”, este representa conteúdo para identificação do local que está sendo avaliado?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

12. Quanto ao campo de identificação, no item “**TOTAL DE PACIENTES**”, este representa conteúdo para identificação do quantitativo de pacientes internados no local que está sendo avaliado?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

13. Quanto ao campo de identificação, no item “**Nº DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS**”, este representa conteúdo para identificação do quantitativo de prontuários avaliados acerca da presença de registros da SAE?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

14. Quanto ao campo de identificação, no item “**TIPO DE AVALIAÇÃO: INICIAL OU DILIGÊNCIA**”, este representa conteúdo para identificação se trata-se da primeira avaliação ou de avaliações subsequentes?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

15. Quanto ao campo de identificação, no item “**PADF Nº/ TACF Nº/ACPF Nº**”, este representa conteúdo para identificação dos números do processo administrativo de fiscalização/ do termo de ajuste de conduta de fiscalização/da ação civil pública de fiscalização ao qual se destina a avaliação?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

16. Quanto aos campos de identificação, nos itens “1ª, 2ª 3ª, 4ª e 5ª AVALIAÇÕES”, estes representam conteúdo para identificação da cronologia das avaliações?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

17. Quanto aos campos de identificação, nos itens “NPJ N””, estes representam conteúdo para identificação do número das notificações de pessoa jurídica lavrados nas avaliações?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

18. Quanto aos campos de identificação, nos itens identificados como “NÃO/INC/SIM”, estes representam conteúdo para constatação da ausência, presença incompleta e presença dos itens avaliados?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

19. Quanto aos campos de Identificação, no item identificado como “PONTUAÇÃO: NÃO – 0/ INC – 0,5/ SIM – 1,0”, este representa conteúdo para preenchimento dos valores conforme avaliação dos itens arrolados nos três eixos?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente
-----------------------	----------	----------------------------	----------	------------------------

--	--	--	--	--

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Métodos**, correspondendo ao **Histórico e Exame Físico** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
<p>Realização do histórico de enfermagem</p> <p>Realização do histórico na admissão e sempre que necessário baseado em teoria de enfermagem preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Realização do registro do histórico em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui identificação e dados relevantes do paciente?</p> <p>O instrumento está preenchido/descrito com a metodologia prevista pela teoria proposta e/ou proposta institucional?</p> <p>São considerados dados coletados da equipe multiprofissional tais como: diagnóstico médico, exames complementares, pareceres</p> <p>Os problemas de enfermagem levantados estão descritos</p> <p>Possui observações de enfermagem?</p> <p>Os enfermeiros se responsabilizam pelo histórico, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?</p> <p>O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?</p> <p>É realizado o exame físico na admissão, diariamente e sempre que necessário?</p>	<p>Resolução 358/09</p> <p>...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>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</p> <p>Art. 1º§2º 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.</p> <p>Art. 3º o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados...</p> <p>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</p>

<p>É realizado exame físico baseado em teoria de enfermagem preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade na admissão e diariamente?</p> <p>É realizado o registro do exame físico em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui identificação e dados relevantes do paciente?</p> <p>O instrumento está preenchido/descrito completamente com a metodologia prevista pela teoria e/ou proposta institucional?</p> <p>Os enfermeiros se responsabilizam pelo histórico, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?</p> <p>O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?</p> <p>Justificativa de não realizar ou realizar parcialmente:</p>			<p>regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados</p> <p>Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:</p> <p>a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;</p>	
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Coleta de dados**, correspondendo ao **Diagnóstico**, tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
<p>É realizado diagnóstico de enfermagem?</p> <p>É realizado diagnóstico de enfermagem baseado em taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>É realizado o diagnóstico de enfermagem em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p>	<p>Resol 358/09</p> <p>...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>Art. 1º o processo de enfermagem deve ser</p>

<p>Possui identificação e dados relevantes do paciente?</p> <p>Os diagnósticos de enfermagem são compatíveis com os problemas levantados na coleta de dados?</p> <p>Os títulos dos diagnósticos seguem a linguagem taxonômica preconizada pela instituição/serviço/especialidade?</p> <p>Os enfermeiros se responsabilizam pelo diagnóstico, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?</p> <p>O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?</p>	<p>realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem</p> <p>Art. 1º§2º 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.</p> <p>Art. 3º o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem;</p> <p>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, 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.</p> <p>Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:</p> <p>b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença.</p>
---	---

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Métodos**, correspondendo ao **Planejamento de Enfermagem** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
<p>É realizado planejamento de enfermagem na admissão, diariamente e sempre que necessário?</p> <p>O planejamento de enfermagem é realizado segundo a taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>É realizado o planejamento de enfermagem em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui identificação e dados relevantes do paciente?</p> <p>São determinados os resultados esperados conforme taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>São determinados os prazos para resolução dos problemas encontrados?</p> <p>Os resultados esperados são compatíveis com os problemas levantados e diagnósticos de enfermagem?</p> <p>É realizada reavaliação diária dos diagnósticos de enfermagem encontrados e do planejamento de enfermagem?</p> <p>Os enfermeiros se responsabilizam, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?</p> <p>O instrumento está disposto no prontuário do paciente</p>	<p>Lei 7498/86</p> <p>Art. 3º o planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem</p> <p>Resol 358/09</p> <p>...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>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</p> <p>Art. 1º§2º 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.</p>

em ordem coerente?			<p>Art. 3º - o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.</p> <p>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 esperado</p> <p>Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.</p>	
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Métodos**, correspondendo à **Implementação** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
São elaboradas as prescrições de enfermagem na admissão, diariamente e sempre que necessário?	Lei nº 7498/86
As prescrições são elaboradas segundo a taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	Art. 4º a programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.
As prescrições de enfermagem estão descritas em instrumento ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	Art. 11. o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: i - privativamente: c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência

<p>Possui identificação e dados relevantes do paciente?</p> <p>As prescrições de enfermagem são compatíveis com os problemas levantados, diagnósticos de enfermagem e resultados esperados?</p> <p>As prescrições de enfermagem são aprazadas adequadamente?</p> <p>As prescrições de enfermagem são checadas nos horários aprazados e feitas anotações do profissional de enfermagem assistente?</p> <p>Os enfermeiros e os demais profissionais de enfermagem se responsabilizam, assinam e informam o número do registro profissional no instrumento?</p> <p>O instrumento está disposto no prontuário do paciente em ordem coerente e cronológica?</p> <p>É realizada reavaliação diária e sempre que necessário das prescrições de enfermagem?</p>	<p>de enfermagem;</p> <p>j) prescrição da assistência de enfermagem;</p> <p>Resol 358/09</p> <p>...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>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</p> <p>Art. 1º§2º IV - implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem.</p> <p>Art. 3º - o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados;</p> <p>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, a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.</p> <p>Art. 6º a execução do processo de enfermagem</p>
---	---

			deve ser registrada formalmente, envolvendo: c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;	
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Métodos**, correspondendo à **Avaliação** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
<p>São realizadas avaliações diárias e sempre que necessário dos resultados esperados para o paciente?</p> <p>Os resultados são avaliados segundo a taxonomia preconizada pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Os resultados estão descritos em instrumento e ou sistema de informação preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Os resultados avaliados são compatíveis com os problemas levantados, diagnósticos, planejamento de enfermagem e resultados esperados?</p>	<p>Resol 358/09</p> <p>...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>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</p> <p>Art. 1º§2º 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</p>

			enfermagem. Art. 3º - o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico ... e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados;	
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Métodos**, correspondendo aos **Registros e Anotações** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
São elaboradas evoluções diárias e sempre que necessário de enfermagem do paciente desde a sua admissão até a alta?	Res 191/1996: “Dispõe sobre a forma de anotação e uso do número de inscrição ou autorização, pelo pessoal de Enfermagem
Ss evoluções dispõem da descrição de dados de relevância da coleta de dados, diagnóstico, planejamento assistencial, procedimentos realizados, intercorrências e não conformidades durante o período da assistência?	Res 311/2007 Art. 25 - Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar;
Ss evoluções dispõem de avaliação do estado geral e da evolução clínica e resposta ao pa do paciente?	Art. 54 - Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.
Possui identificação e dados de relevânciado paciente?	Art. 68 - Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações
Os enfermeiros datam, assinam e informam o número do registro profissional na evolução de enfermagem?	referentes ao processo de cuidar da pessoa. Art. 71 - Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao
São elaboradas anotações de enfermagem?	
São descritas anotações de enfermagem diária em instrumento ou sistema de informação padronizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	
Possui identificação e dados de relevância do paciente?	

<p>As anotações de enfermagem descrevem as intercorrências, condutas e cuidados prestado com coerência e ordem cronológica?</p> <p>A equipe técnica assistencial assina e informa o número do registro profissional?</p>			<p>processo de cuidar.</p> <p>Art. 72 - Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa</p> <p>Resol 358/09</p> <p>...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>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.</p> <p>Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:</p> <p>a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;</p> <p>b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;</p> <p>c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;</p> <p>d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.</p>	
<p>Concordo inteiramente</p>	<p>Concordo</p>	<p>Não concordo, nem discordo</p>	<p>Discordo</p>	<p>Discordo veementemente</p>

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Pessoas**, correspondendo ao **Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
<p>Nº enfermeiros compatível com a Lei nº 7498/86 e Res Cofen nº 293/04?</p> <p>Nº técnicos ou auxiliares de enfermagem nas 24 horas compatível com a Res Cofen nº 293/04?</p> <p>Os enfermeiros classificam pacientes conforme SCP previsto na Res. Cofen 293/04?</p> <p>A classificação de pacientes está descrita em instrumento preconizado pela instituição?</p> <p>O dimensionamento/distribuição das horas de cuidados de enfermagem é baseado na classificação dos pacientes em conformidade com a Res Cofen nº 293/04?</p>	<p>Res Cofen nº 293/04</p> <p>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;</p> <p>§ 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;</p> <p>Art. 2º – O dimensionamento e a adequação quantiqualitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:</p> <p>I – à instituição/empresa;</p> <p>II – ao serviço de Enfermagem;</p> <p>III – à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sócio-cultural e econômica.</p> <p>Art. 4º – Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:</p> <ul style="list-style-type: none">– 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;– 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na

			<p>assistência intermediária;</p> <p>– 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;</p> <p>– 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.</p> <p>§ 1º – Tais quantitativos devem adequar-se aos elementos contidos no Art. 2º desta Resolução.</p> <p>§ 2º – O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total.</p> <p>§ 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).</p> <p>Art. 5º – A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o SCP:</p> <p>1 – Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;</p> <p>2 – Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;</p> <p>3 – Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.</p> <p>Parágrafo único – A distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência.</p>	
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Pessoas**, correspondendo às **HABILITAÇÕES, CAPACITAÇÕES E ATUALIZAÇÕES** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
Possui especialistas afins aos serviços, setores e especialidades?	Res. 311/07
Possui serviço de educação ou desenvolvimento de pessoal?	Art. 14 - Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.
Os profissionais são capacitados para as atividades dos serviços, setores, especialidades?	Art. 69 - Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão.
São promovidos cursos, capacitações, atualizações, pesquisas regularmente?	Art. 70 - Estimular, facilitar e promover o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovadas nas instâncias deliberativas da instituição.
São promovidos rounds clínicos, discussões de casos, protocolos assistenciais e passagem de plantão?	Art. 86 - Realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais.
Os profissionais de enfermagem conhecem as rotinas da SAE ?	Art. 87 - Ter conhecimento acerca do ensino e da pesquisa a serem desenvolvidos com as pessoas sob sua responsabilidade profissional ou em seu local de trabalho. Art. 88 - Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico-científica. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas.
	Res 477/2015

			<p>Art. 1º – O Enfermeiro Obstetra e a Obstetriz exercem todas as atividades de Enfermagem na área de obstetrícia, cabendo-lhes Privativamente:</p> <p>a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem, relacionado à área da obstetrícia;</p> <p>b) Organização e direção dos serviços da assistência de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares em empresas prestadoras desses serviços relacionados à área de obstetrícia;</p> <p>c) Planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem na área de obstetrícia;</p> <p>d) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem obstétrica;</p> <p>e) Consulta de enfermagem obstétrica;</p> <p>f) Prescrição de assistência de enfermagem obstétrica;</p> <p>g) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes obstétricas graves, com risco de vida;</p> <p>h) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.</p> <p>Res. 389/11</p> <p>Art. 1º Ao Enfermeiro detentor de títulos de pós graduação (lato e stricto sensu) é assegurado o direito de registrá-los no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, conferindo legalidade para atuação na área específica do exercício profissional</p>	
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo,	Discordo	Discordo veementemente

		nem discordo		

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Pessoas**, correspondendo às **HABILITAÇÕES, CAPACITAÇÕES E ATUALIZAÇÕES** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
Possui regimento interno do serviço de enfermagem contendo a 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 válido e vigente?	Resol 358/09 ...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos , tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;
Possui manuais técnicos/administrativos válidos e vigentes?	Res 293/04 Art. 2º – O dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:
Possui protocolos de enfermagem válidos e vigentes?	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;
Possui procedimentos operacionais padrão - pop's válidos e vigentes?	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;
Possui instrumento de coleta de dados - histórico de enfermagem válidos e vigentes?	
Possui instrumento de coleta de dados - exame físico de enfermagem válido e vigente?	
Possui instrumento de diagnóstico de enfermagem preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?	
Possui instrumento do planejamento de enfermagem preconizado para o serviço pela	

<p>instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui instrumento de prescrição de enfermagem preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui instrumento de avaliação de resultados preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui instrumento para evolução do enfermeiro preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui instrumento para anotações de enfermagem preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui instrumento de avaliação de resultados preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui instrumento de classificação de pacientes - SCP preconizado pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui instrumento de controle de indicadores de enfermagem preconizado pela Res Cofen nº 293/04, tais como: <i>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</i> e pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui instrumento de satisfação do cliente preconizado para o serviço pela instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Possui instrumento avaliação de desempenho profissional preconizado para o serviço pela</p>	<p>proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.</p> <p>III – à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sócio-cultural e econômica.</p> <p>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.</p> <p>Art. 5º – A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observare o SCP.</p> <p>Art. 7º – Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.</p> <p>§ 1º – O responsável técnico de enfermagem da instituição de saúde deve gerenciar os indicadores de performance do pessoal de enfermagem.</p> <p>§ 2º – Os indicadores de performance devem ter como base a infraestrutura institucional e os dados nacionais e internacionais obtidos por “benchmarking”.</p> <p>§ 3º – Os índices máximo e mínimo de performance devem ser de domínio público.</p> <p>Res. 429/15</p> <p>Considerando que o prontuário do paciente e outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional (papel) ou eletrônico -, como uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, e um meio de</p>
---	---

<p>instituição para o serviço/setor/especialidade?</p> <p>Os instrumentos acima listados são atualizados anualmente?</p> <p>Os instrumentos acima listados são legitimados ou possuem aprovação institucional?</p> <p>Os instrumentos acima listados são distribuídos por todos serviços/setores da instituição?</p> <p>Os instrumentos acima listados são divulgados por todos os meios de comunicação da instituição?</p>			<p>comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde e</p> <p>Considerando os avanços e disponibilidade de soluções tecnológicas de processamento de dados e de recursos das telecomunicações para guarda e manuseio de documentos da área de saúde, e a tendência na informática para a construção e implantação do prontuário eletrônico do paciente nos serviços de saúde;</p> <p>Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.</p> <p>Art. 3º Relativo ao gerenciamento dos processos de trabalho, devem ser registradas, em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais, visando à produção de um resultado esperado – um cuidado de Enfermagem digno, sensível, competente e resolutivo.</p> <p>Art. 4º Caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos a que se refere esta Resolução, para guarda e manuseio por quem de direito.</p>	
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

--	--	--	--	--

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos destinados ao **Consolidado dos Scores das Avaliações**, este representa a possibilidade de efetuar o somatório dos scores obtidos a partir dos indicadores listados nos três eixos **Métodos, Pessoas e Instrumentos** previstos na Resolução Cofen nº 358/09?

10 – CONSOLIDADO DOS SCORES DAS AVALIAÇÕES									
ITENS AVALIADOS			SC. MÁX	A1	A2	A3	A4	A5	SCTOTAL
EIXO 1	COLETA DADOS	HISTÓRICO	10						
		EX. FÍSICO	7						
	DIAGNÓSTICO		8						
	PLANEJAMENTO ENFERMAGEM		10						
	IMPLEMENTAÇÃO/PRESCRIÇÃO		10						
	AVALIAÇÃO		4						
	REGISTROS	EVOLUÇÃO	5						
ANOTAÇÕES		5							
EIXO 2	DIMENSIONAMENTO ENFERMAGEM		5						
EIXO 3	HABILITAÇÕES, CAPACITAÇÕES, ATUALIZAÇÕES		6						
	SISTEMAS/INSTRUMENTOS DE DOCUMENTAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO		20						
TOTAL DE SCORES			90						
PERCENTUAL DE SCORES			100						

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Você finalizou a análise do *INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM*

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO À LUZ DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009 E DAS NORMAS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é construir e validar um instrumento para avaliação da implantação e implementação da SAE em serviços de enfermagem à luz das normas legais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais;

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estaremos coletando o produto das análises dos sujeitos juízes deste estudo para validar o instrumento de avaliação da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições onde há o exercício profissional da enfermagem. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, junto a este termo, você receberá orientações acerca dos procedimentos que envolverão as análises individuais de conteúdo do instrumento, conforme os métodos de validação grupo nominal modificado e Delphi, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas não tem pertinência responder e poderá escolher não respondê-las.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a conclusão da dissertação de mestrado profissional e consequente produção de tecnologia inovadora em saúde, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas análises revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa foi autorizada e está sendo realizada no Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar do Mestrado profissional, sendo a aluna Ana Teresa Ferreira de Souza a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Dr^a Teresa Tonini. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate com Ana Teresa Ferreira de Souza no cel. 21-99179- 0560/2199837-0858 ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço eletrônico e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador):

Nome: Ana Teresa Ferreira de Souza

Data: ___/04/2016

APÊNDICE E: OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO
DE PESQUISA AO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

OFÍCIO Nº /2016

Rio de Janeiro, 17 de março de 2016

De: Dr^a Teresa Tonini

Professora Orientadora do Mestrado Profissional, para a linha de pesquisa de Políticas Públicas em Saúde e Gestão e do Espaço Hospitalar.- Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar

Para: Dr. Manoel Carlos Neri da Silva

Presidente do Conselho Federal de Enfermagem

Assunto: Solicitação de autorização para realização de pesquisa científica

Ilmo Sr. Presidente,

Eu, Teresa Tonini, orientadora e a mestranda Ana Teresa Ferreira de Souza, responsável principal pelo projeto de pesquisa, do Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas Públicas em Saúde e Gestão e do Espaço Hospitalar do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, vimos *mui respeitosamente*, pelo presente, solicitar autorização ao Conselho Federal de Enfermagem para apresentar aos enfermeiros membros da Câmara Técnica de Fiscalização, o instrumento de avaliação de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE à luz da Resolução Cofen nº 358/2009 e das normas legais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais para ser analisado o seu conteúdo pelos mesmos, através da técnicas de grupo nominal modificado ou Delphi modificado.

A proposta é distribuir e recolher em uma fase apenas os instrumentos através do endereço eletrônico do coordenador da respectiva Câmara, Sr. Walkírio de Almeida, para encaminhamento aos demais membros, sujeitos da pesquisa no mês de abril deste ano.

Os resultados das análises obtidas irão subsidiar o trabalho de pesquisa sob o título “Instrumento de Avaliação da Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: Construção e Validação de um Instrumento à Luz das Normas Legais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais”. Contando com a autorização desta instituição, agradeço antecipadamente a contribuição e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento no cels. 21-9919-0560/21-9983-70560.

Ana Teresa Ferreira de Souza
Mestranda Coren-RJ nº 52304

Teresa Tonini
Orientadora Coren-RJ nº

APÊNDICE F: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - 2ª RODADA DO ESTUDO DELPHI

ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE

Prezado especialista,

Gostaria de agradecer novamente pela disponibilidade em continuar participando desta pesquisa. Este texto é para fornecer algumas informações básicas sobre como será a segunda etapa do estudo Delphi modificado, metodologia que está sendo utilizada para validação do instrumento proposto. Esta etapa da pesquisa também corresponde à coleta de opiniões de especialistas acerca dos ajustes realizados no instrumento proposto no Delphi 1. Este também será avaliado através de um questionário que conta com uma escala likert de medição.

Antes de preencher as informações contidas neste instrumento de coleta de dados, solicito que leia atentamente os itens que sofreram ajustes e que estão sinalizados em vermelho na versão 2 da proposta de *INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DA RESOLUÇÃO COFEN 358/2009*.

Este questionário também destina-se à validação do conteúdo do *INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DA RESOLUÇÃO COFEN 358/2009* que visa avaliar a relevância e clareza dos itens ajustado às opiniões e sugestões dos juízes. Para isso cada avaliador terá que pontuar o grau de concordância a partir de uma escala de Likert de cinco pontos. Polit e Beck (2011) recomendam esse tipo de escala na validação de conteúdo para evitar um ponto neutro. Essas escalas fornecem aos respondentes uma lista de questões e pede que o respondente estime o grau de sua resposta.

A cada resposta é atribuído um número de pontos. Os gradientes das respostas serão: 0 = discordo veemente, 1 = discordo, 2= não concordo, nem discordo, 3 = concordo, 4 = concordo inteiramente”. A escolha das respostas para este estudo os senhores deverão guiar-se pela legenda abaixo:

- **Concordo inteiramente:** informação/indicador extremamente relevante e indispensável ao instrumento;
- **Concordo:** informação/indicador relevante, mas confusa;
- **Não concordo, nem discordo:** quando não tiver opinião sobre o assunto. Ao selecionar esse gradiente de resposta, emitir uma justificativa;
- **Discordo:** informação/indicador pouco relevante para temática, mas se sofrer alterações pode ser relevante;
- **Discordo veementemente:** item dispensável no instrumento ou indisponível.

Após cada questão ajustada, há um quadro no qual você poderá sugerir uma nova alteração no instrumento. Cabe ressaltar, que após 2ª etapa do Delphi Modificado serão realizados os ajustes finais propostos pelos sujeitos juízes participantes ao instrumento em desenvolvimento.

Cabe ressaltar que os ajustes no *lay out* do instrumento serão realizados após a segunda rodada avaliação pelos juízes do estudo Delphi. Outra sugestão incorporada ao trabalho, foi a criação de um tutorial para orientação do preenchimento do instrumento para esclarecer como realizá-lo e minimizar as possibilidades de análises subjetivas e farão parte do escopo da dissertação que terá seu conteúdo disponibilizado na íntegra após a defesa do produto tecnológico criado. Importante esclarecer que o tutorial criado não terá conteúdo validado neste momento.

Não há necessidade de identificação do instrumento, considerando que o pesquisador o fará através do retorno do instrumento pelo correio eletrônico.

Atenciosamente,

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE

2. Quanto ao campo de identificação, no item “**SETOR AVALIADO**”, este representa conteúdo para identificação do setor que está sendo avaliado pelo ato fiscalizatório?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma nova alteração caso julgue necessário

3. Quanto aos campos de identificação, no item “**NOTIFICAÇÃO N^o**”, este representa conteúdo para identificação do número da notificação de pessoa jurídica lavrados na constatação de irregularidades com a implantação da SAE?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

4. Quanto ao campo de identificação, no item “**TOTAL DE PACIENTES DO SETOR**”, este representa conteúdo para identificação do quantitativo de pacientes internados no local que está sendo avaliado?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma nova alteração caso julgue necessário

5. Quanto ao campo de identificação, no item “**TIPO DE AVALIAÇÃO: INICIAL OU SUBSEQUENTE**”, este representa conteúdo para identificação se trata-se da primeira avaliação ou de avaliações subsequentes?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

6. Quanto ao campo de identificação, no item “**N^o DE PRONTUÁRIOS DO SETOR AVALIADOS (20%)**”, este representa conteúdo para identificação do quantitativo de prontuários avaliados acerca da presença de registros da SAE?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

7. Quanto ao campo criado para identificação da **ORIGEM DA INSPEÇÃO**: () **DENÚNCIA** () **REPRESENTAÇÃO** () **EX-OFÍCIO** () **OUTROS**, este representa conteúdo para identificação da motivação da inspeção fiscalizatória?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

8. Quanto aos campos de identificação, nos itens “**PRONTUÁRIO N°**”, estes representam conteúdo para identificação dos prontuários analisados no setor fiscalizado?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

9. Quanto aos campos de identificação, no item identificado como “**AValiação (LEGENDA): NÃO (N): AUSÊNCIA TOTAL DO ITEM O EQUIVALENTE A 0 PONTO; PARCIAL (P): PRESENÇA DO ITEM COM LIMITAÇÕES OU PENDÊNCIAS O EQUIVALENTE A 0,5 PONTO; SIM (S): PRESENÇA TOTAL DO ITEM O EQUIVALENTE A 1 PONTO**”, este representa conteúdo para constatação da ausência, presença incompleta e presença dos itens avaliados e sua respectiva valoração?

Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Métodos**, correspondendo à **Implementação** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
4.10 - É mantida a validade de 24 horas da prescrição, através de reavaliações diária e sempre que necessário das prescrições de enfermagem?	Lei nº 7498/86 Art. 4º a programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem. Art. 11. o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: i - privativamente: c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; j) prescrição da assistência de enfermagem; Resol 358/09 ...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos,

<p>tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>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</p> <p>Art. 1º§2º iv - implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem.</p> <p>Art. 3º - o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados;</p> <p>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, a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.</p> <p>Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:</p> <p>c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;</p>				
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos do **Eixo Pessoas**, correspondendo ao **Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
7.1 - Distribuição de enfermeiros em todo o período que houver assistência de enfermagem compatível com a lei nº 7498/86, decreto 94406/87 e res cofen nº 293/04 ou afins?	Res Cofen nº 293/04 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;
7.2 - Distribuição de técnicos ou auxiliares de enfermagem compatível com o que preconiza a lei nº 7498/86 e o decreto 94406/87 e a resolução cofen nº	

293/04?

§ 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;

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

I – à instituição/empresa;

II – ao serviço de Enfermagem;

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

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).

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.	
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente
Sugira uma alteração caso julgue necessário				

Quanto aos campos do **Eixo Pessoas**, correspondendo às **HABILITAÇÕES, CAPACITAÇÕES E ATUALIZAÇÕES** tem seus itens relacionados abaixo para que sejam classificados no conjunto de indicadores:

Indicador	Conteúdo representado
8.2 - Possui serviço de educação ou desenvolvimento de pessoal de enfermagem, com programação afim à sae e controles eletivos e efetivos?	Res. 311/07 Art. 14 - Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.
8.3 - Os profissionais de enfermagem são capacitados/treinados conforme normas e manuais vigentes afins à assistência prestada no serviço, setor ou especialidade?	Art. 69 - Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão. Art. 70 - Estimular, facilitar e promover o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovadas nas instâncias deliberativas da instituição.
8.4 - São promovidos cursos, capacitações, atualizações, pesquisas em atualidades afins à assistência regularmente?	Art. 86 - Realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais. Art. 87 - Ter conhecimento acerca do ensino e da pesquisa a serem desenvolvidos com as pessoas sob sua responsabilidade profissional ou em seu local de trabalho. Art. 88 - Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico-científica.
8.6 - Os profissionais de enfermagem conhecem as normas e rotinas da SAE?	Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas. Res 477/2015 Art. 1º – O Enfermeiro Obstetra e a Obstetrix exercem todas as atividades de Enfermagem na área de obstetrícia, cabendo-lhes Privativamente: a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem, relacionado à área da obstetrícia; b) Organização e direção dos serviços da assistência de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares em empresas prestadoras desses serviços relacionados

			<p>à área de obstetrícia;</p> <p>c) Planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem na área de obstetrícia;</p> <p>d) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem obstétrica;</p> <p>e) Consulta de enfermagem obstétrica;</p> <p>f) Prescrição de assistência de enfermagem obstétrica;</p> <p>g) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes obstétricas graves, com risco de vida;</p> <p>h) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.</p> <p>Res. 389/11</p> <p>Art. 1º Ao Enfermeiro detentor de títulos de pós graduação (lato e stricto sensu) é assegurado o direito de registrá-los no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, conferindo legalidade para atuação na área específica do exercício profissional</p>	
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo veementemente

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Quanto aos campos destinados ao **Consolidado dos Scores das Avaliações**, este representa a possibilidade de efetuar o somatório dos scores obtidos a partir dos indicadores listados nos três eixos **Métodos, Pessoas e Instrumentos** previstos na Resolução Cofen nº 358/09?

10 – CONSOLIDADO DOS SCORES DAS AVALIAÇÕES									
ITENS AVALIADOS			SC. MÁX POR PAC	P1	P2	P3	P4	P5	SCTOTAL / PERCENTUAL
EI X O 1	COLETA DADOS	HISTÓRICO	10						
		EX. FÍSICO	7						
	DIAGNÓSTICO		8						
	PLANEJAMENTO ENFERMAGEM		10						
	IMPLEMENTAÇÃO/PRESCRIÇÃO		10						
	AVALIAÇÃO		4						
EI X O 2	REGISTROS	EVOLUÇÃO	5						
		ANOTAÇÕES	5						
DIMENSIONAMENTO ENFERMAGEM		5							
HABILITAÇÕES, CAPACITAÇÕES, ATUALIZAÇÕES		6							
EI X O 3	SISTEMAS/INSTRUMENTOS DE DOCUMENTAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO		20						
TOTAL DE SCORES			90						
PERCENTUAL DE SCORES			100						
Concordo inteiramente	Concordo	Não concordo,	Discordo			Discordo veementemente			

		nem discordo		

Sugira uma alteração caso julgue necessário

Você finalizou a segunda rodada do estudo Delphi para análise do *INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA SAE À LUZ DAS NORMAS LEGAIS DO SISTEMA COFEN E CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM*

Obrigada pela sua participação!

Ana Teresa Ferreira de Souza

APÊNDICE G: Instrumento de avaliação da implantação da SAE após Delphi e Avaliação da Banca Examinadora – Produto Acadêmico

AVALIAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM																
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DA INSPEÇÃO FISCALIZATÓRIA																
INSTITUIÇÃO:				UNIDADE/SERVIÇO/SETOR:				TOTAL DE PAC.:								
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO:				ENFERMEIRO COORDENADOR:				TOTAL DE PAC./PRONT. AVALIADOS (20%):								
TIPO DE AVALIAÇÃO: () INICIAL () SEQUENCIAL () PONTUAL				PROCESSO ADMINIST. DE				NOTIFICAÇÃO/AUTO DE INFRAÇÃO Nº:								
ORIGEM DA INSPEÇÃO/VISITA FISCALIZATÓRIA DE AVALIAÇÃO DA SAE: () DENÚNCIA () REPRESENTAÇÃO () EX-OFFÍCIO () OUTROS																
EIXO MÉTODOS																
AVALIAÇÃO (A): NÃO (N) - AUSÊNCIA TOTAL = VALOR DO INDICADOR (VI) 0; PARCIAL (P) - PRESENÇA COM PEDÊNCIAS, LIMITAÇÕES E/OU INADEQUAÇÕES = 0,5; SIM (S) - PRESENÇA TOTAL E ADEQUADA; VCG (VALOR CONSOLIDADO DO GRUPO DE INDICADORES); VCEU (VALOR CONSOLIDADO DO EIXO POR UNIDADE/SERVIÇO/SETOR)				IDENT. PRON/PAC.		IDENT. PRON/PAC.		IDENT. PRON/PAC.		IDENT. PRON/PAC.		IDENT. PRON/PAC.		VCEU		
				A		VI		A		VI		A		VI		SOMA DOS VCG
				A		VI		A		VI		A		VI		VCG
1 INVESTIGAÇÃO																
1.1 COLETA DADOS: HISTÓRICO											VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100					
1.1.1 É REALIZADO O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (HE)?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.1.2 É REALIZADO HE BASEADO EM TEORIA(S) DE ENFERMAGEM PRECONIZADA(S) PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR, ESPECIALIDADE, LINHA DE CUIDADO ETC?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.1.3 É REALIZADO O REGISTRO DO HE EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.1.4 O INSTRUMENTO ESTÁ PREENCHIDO/DESCRITO EM CONFORMIDADE COM A TEORIA PROPOSTA PELA INSTITUIÇÃO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.1.5 SÃO CONSIDERADOS DADOS DA EQUIPE MULTI-PROFISSIONAL E DE DIAGNOSE, TAIS COMO: DIAGNÓSTICO MÉDICO E DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E AINDA, EXAMES COMPLEMENTARES, PARECERES, ETC.													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.1.6 OS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM LEVANTADOS ESTÃO DESCRITOS NO HE?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.1.7 POSSUI OBSERVAÇÕES, ANÁLISES E OPINIÕES DE ENFERMEIRO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.2 COLETA DADOS: EXAME FÍSICO											VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100					
1.2.1 É REALIZADO O EXAME FÍSICO NA ADMISSÃO, DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.2.2 É REALIZADO EXAME FÍSICO BASEADO EM TEORIA DE ENFERMAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO NA ADMISSÃO E DIARIAMENTE?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.2.3 É REALIZADO O REGISTRO DO EXAME FÍSICO EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
1.2.4 O INSTRUMENTO ESTÁ PREENCHIDO/DESCRITO EM CONFORMIDADE E COERÊNCIA COM A TEORIA PROPOSTA PELA INSTITUIÇÃO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																
2.1 É REALIZADO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM?											VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100					
2.2 É REALIZADO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM BASEADO EM TAXONOMIA/LINGUAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO ?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
2.3 É REALIZADO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
2.4 OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS E PRIORIZADOS NA COLETA DE DADOS?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
2.5 OS TÍTULOS DOS DIAGNÓSTICOS SEGUEM A LINGUAGEM TAXONÔMICA PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
3 PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM											VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100					
3.1 É REALIZADO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO, DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO? CONFORME METODOLOGIA GERENCIAL, ASSISTENCIAL E DE TRABALHO PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
3.2 O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM É REALIZADO SEGUNDO A TAXONOMIA/LINGUAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
3.3 É REALIZADO O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
3.4 SÃO DETERMINADOS OS RESULTADOS ESPERADOS CONFORME TAXONOMIA/LINGUAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
3.5 SÃO DETERMINADAS AS INTERVENÇÕES E OS PRAZOS PARA RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS ENCONTRADOS E PRIORIZADOS?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
3.6 OS RESULTADOS ESPERADOS SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			
3.7 É REALIZADO REAVALIAÇÃO DIÁRIA E SEMPRE QUE NECESSÁRIO DO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM?													SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS			

4	IMPLEMENTAÇÃO - PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
4.1	SÃO ELABORADAS AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO, DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.2	AS PRESCRIÇÕES SÃO ELABORADAS SEGUNDO A TAXONOMIA/LINGUAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADOS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.3	AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM ESTÃO DESCRITAS EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.4	AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.5	AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SÃO APRAZADAS EM CONFORMIDADE COM OS RESULTADOS ESPERADOS E ROTINAS INSTITUCIONAIS AFINS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.6	AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SÃO CHECADAS NOS HORÁRIOS APRAZADOS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.7	É MANTIDA A VALIDADE DE 24 HORAS DA PRESCRIÇÃO, ATRAVÉS DE REAVALIAÇÕES DIÁRIA E SEMPRE QUE NECESSÁRIO DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
5	AVALIAÇÃO										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
5.1	SÃO REALIZADAS AVALIAÇÕES DIÁRIAS E SEMPRE QUE NECESSÁRIO DOS RESULTADOS ESPERADOS PARA O PACIENTE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
5.2	OS RESULTADOS SÃO AVALIADOS SEGUNDO A TAXONOMIA PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHAS DE CUIDADO?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
5.3	OS RESULTADOS ESTÃO DESCRITOS EM INSTRUMENTO E OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHAS DE CUIDADO?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
5.4	OS RESULTADOS AVALIADOS SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS E PRIORIZADOS, DIAGNÓSTICOS, PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
6	REGISTROS - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
6.1	SÃO ELABORADAS EVOLUÇÕES DIÁRIAS E SEMPRE QUE NECESSÁRIO DE ENFERMAGEM DO PACIENTE DESDE A SUA ADMISSÃO ATÉ A ALTA?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
6.2	AS EVOLUÇÕES DISPÕEM DA DESCRIÇÃO DE DADOS DE RELEVÂNCIA DA COLETA DE DADOS, DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM, PROCEDIMENTOS REALIZADOS, INTERCORRÊNCIAS E NÃO CONFORMIDADES DURANTE O PERÍODO DA ASSISTÊNCIA?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
6.3	AS EVOLUÇÕES DISPÕEM DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS E DA EVOLUÇÃO DA RESPOSTA AO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
7	REGISTROS - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
7.1	SÃO ELABORADAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
7.2	SÃO DESCRITAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DIÁRIA EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PADRONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHAS DE CUIDADO?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
7.3	AS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DESCRIVEM AS INTERCORRÊNCIAS, CONDUTAS E CUIDADOS PRESTADOS COM COERÊNCIA, ORDEM CRONOLÓGICA E COMPATÍVEL COM AS AÇÕES DO PE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
8	INFORMAÇÕES COMUNS ÀS ETAPAS DO PE										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
8.1	OS INSTRUMENTOS/SISTEMAS DE REGISTROS E INFORMAÇÃO POSSUEM DADOS MÍNIMOS DO PACIENTE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
8.2	OS ENFERMEIROS E OS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM ASSINAM E INFORMAM O NÚMERO DO REGISTRO PROFISSIONAL NOS INSTRUMENTOS/SISTEMAS DE REGISTROS E INFORMAÇÃO AFINS AO PE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
8.3	OS INSTRUMENTOS/SISTEMAS DE REGISTROS E INFORMAÇÃO AFINS AO PE ESTÃO DISPOSTO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE EM ORDEM COERENTE E CRONOLÓGICA?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
JUSTIFICATIVAS DE NÃO REALIZAR OU REALIZAR PARCIALMENTE:		() INSTITUIÇÃO NÃO PRECONIZA			() ROTINA DESCONHECIDA			() DUVIDAS/DIFICULDADES COM A ROTINA			
		() DE INADEQUADO			() INTERCORRÊNCIAS			() OUTROS			

		II EIXO - PESSOAS				VCEU		UMA DOS VCG	
9- DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM (5 PONTOS)		VCG	VCG = SOMA DOS Vis / N° TOTAL DE INDICADOR	- HABILITAÇÕES, CAPACITAÇÕES E ATUALIZAÇÕES (6 PONTOS)		VCG	VCG = SOMA DOS Vis / N° TOTAL DE INDICADOR		
		A	VI			A	VI		
9.1	DISTRIBUIÇÃO DE ENFERMEIROS EM TODO O PERÍODO QUE HOUVER ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMPATÍVEL COM A LEI Nº 7498/86, DECRETO 94406/87?			10.1	POSSUI PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM HABILITADOS E ESPECIALIZADOS AFINS AO SERVIÇO, SETOR, ESPECIALIDADE E LINHA DE CUIDADO?				
9.2	DISTRIBUIÇÃO DE TÉCNICOS OU AUXILIARES DE ENFERMAGEM COMPATÍVEL COM A COMPETÊNCIA QUE PRECONIZA A LEI Nº 7498/86 E O DECRETO 94406/87?			10.2	POSSUI SERVIÇO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE OU DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM, COM PROGRAMAÇÃO AFIM À SAE COM CONTROLES ELETIVOS E EFETIVOS?				
9.3	OS ENFERMEIROS DEFINEM GRAU DE DEPENDÊNCIA EM RELAÇÃO À EQUIPE DE ENFERMAGEM, CLASSIFICANDO OS PACIENTES CONFORME SCP PREVISTO NA RES. COFEN 527/16?			10.3	OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SÃO CAPACITADOS/TREINADOS CONFORME NORMAS E MANUAIS VIGENTES AFINS À ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA PARA O SERVIÇO, SETOR, ESPECIALIDADE OU LINHA DE CUIDADO?				
9.4	A CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES ESTÁ DESCRITA EM INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMPATÍVELS COM AS RESOLUÇÃO COFEN 527/16?			10.4	SÃO PROMOVIDOS REGULARMENTE CURSOS, CAPACITAÇÕES, ATUALIZAÇÕES, PESQUISAS EM ATUALIDADES AFINS À ASSISTÊNCIA E À SAE CONFORME PRECONIZADO PELA RESOLUÇÃO COFEN 527/16?				
9.5	O CÁLCULO E DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TOTAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E A PROPORÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE É BASEADO NOS CRITÉRIOS E METODOLOGIA PREVISTAS NA RES COFEN Nº 527/16?			10.5	SÃO PROMOVIDOS REUNIÕES TÉCNICAS, DISCUSSÕES DE CASOS, PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS, PASSAGEM DE PLANTÃO E OUTRAS METODOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM?				
JUSTIFICATIVA DE NÃO REALIZAR OU REALIZAR PARCIALMENTE:				10.6	OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM CONHECEM AS NORMAS E ROTINAS DA SAE?				
<input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO NÃO PRECONIZA/VALORIZA A NORMA/ROTINA				<input type="checkbox"/> DÚVIDAS/DIFICULDADES COM A NORMA/ ROTINA					
<input type="checkbox"/> NORMA/ROTINA DESCONHECIDA/POUCO DIVULGADA				<input type="checkbox"/> INTERCORRÊNCIAS/FALTA DE TEMPO/FALTA DE PESSOAL					
III EIXO - INSTRUMENTOS									
11 - SISTEMAS E/OU INSTRUMENTOS REGULAMENTAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO (20 PONTOS)						VCG	VCG = SOMA DOS Vis / N° TOTAL DE		
11.1	POSSUI PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM VÁLIDOS E VIGENTES?			11.11	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO?				
11.2	POSSUI REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM?			11.12	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM?				
11.3	POSSUI MANUAIS TÉCNICOS/ADMINISTRATIVOS?			11.13	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS?				
11.4	POSSUI PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POP'S?			11.14	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - SCP?				
11.5	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DA COLETA DE DADOS - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM?			11.15	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE CONTROLE DE INDICADORES DE ENFERMAGEM?				
11.6	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DA COLETA DE DADOS - EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM?			11.16	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE?				
11.7	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM?			11.17	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DE AVALIAÇÃO DE DADOS E DESEMPENHO PROFISSIONAL?				
11.8	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM?			11.18	OS INSTRUMENTOS/SISTEMA DE REGISTROS ACIMA LISTADOS SÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE?				
11.9	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM?			11.19	OS INSTRUMENTOS ACIMA LISTADOS SÃO LEGITIMADOS OU POSSUEM APROVAÇÃO INSTITUCIONAL?				
11.10	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS?		0	11.20	OS INSTRUMENTOS ACIMA LISTADOS SÃO DIVULGADOS E SOCIALIZADOS POR TODOS OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO?				
JUSTIFICATIVA DE NÃO REALIZAR OU REALIZAR PARCIALMENTE:									
<input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO NÃO PRECONIZA/VALORIZA A NORMA/ROTINA				<input type="checkbox"/> DÚVIDAS/DIFICULDADES COM A NORMA/ ROTINA					
<input type="checkbox"/> NORMA/ROTINA DESCONHECIDA/POUCO DIVULGADA				<input type="checkbox"/> INTERCORRÊNCIAS/FALTA DE TEMPO/FALTA DE PESSOAL					

CONSOLIDADO DOS EIXOS POR UNIDADE/SERVIÇO/SETOR	VCEU
VALOR CONSOLIDADO EIXO MÉTODOS - VCEM (%)	SOMA DOS VCGs
VALOR CONSOLIDADO EIXO PESSOAS - VCEP (%)	SOMA DOS VCGs
VALOR CONSOLIDADO EIXO INSTRUMENTOS - VCEI (%)	VCG
VALOR CONSOLIDADO DA UNIDADE/SERVIÇO/SETOR - VCU (%)	SOMA DOS VCEUs

CONSOLIDADO DA INSTITUIÇÃO	VCI
SERVIÇO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA	VCU
SERVIÇO DE TRATAMENTO INTENSIVO	VCU
SERVIÇO N	VCU
VALOR CONSOLIDADO DA INSTITUIÇÃO EM %	SOMA DOS VCUs

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

APRESENTAÇÃO

O presente instrumento tem a finalidade de viabilizar uma metodologia de avaliação e/ou auditoria de indicadores que mensuram a existência da sistematização da assistência de enfermagem – SAE em serviços de saúde onde há o exercício profissional de enfermagem, em conformidade com normas legais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais de Fiscalização Profissional afins ao tema e vigentes.

A sua elaboração foi baseada em referências bibliográficas afins ao tema e conteúdos legais que normatizam o Exercício Profissional da Enfermagem ética e legalmente (Lei 7904/86 e Decreto Lei 94406/87), no Código de Ética Profissional (Resolução Cofen 311/08), a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE (Resolução Cofen 358/09), as Resoluções que normatizam a fiscalização do Exercício Profissional (Resoluções 374/2011 e 527/2016), bem como nas que normatizam temas específicos à prática profissional tais como, a consulta de enfermagem, as prescrições de medicamentos, solicitações de exames diagnósticos, registros de enfermagem e assistência de enfermagem especializadas.

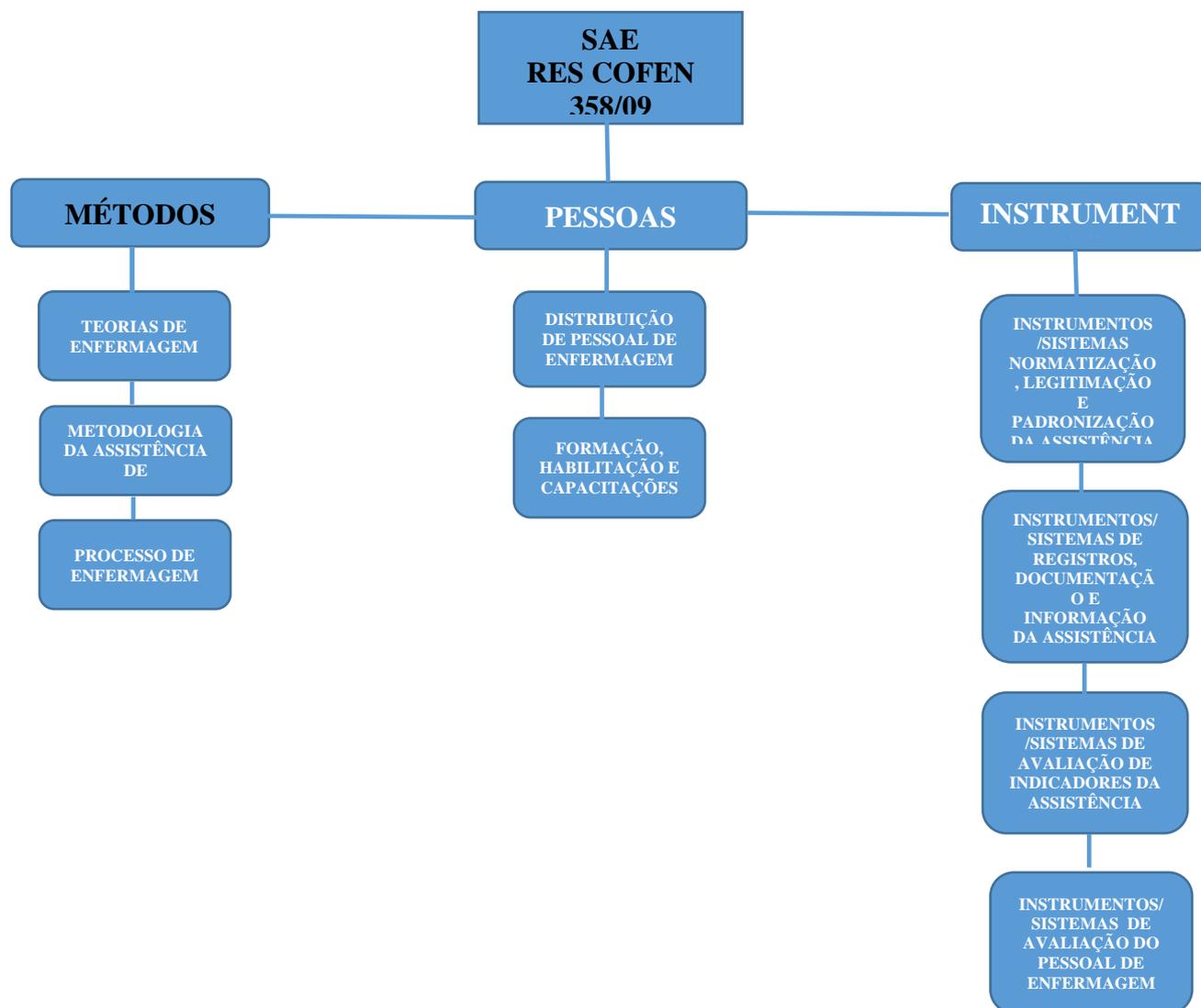
Para a construção do instrumento foram considerados como eixos da organização do trabalho profissional e viabilizadores da operacionalização do PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE), indicadores que avaliassem a implantação da SAE quanto ao: MÉTODO, PESSOAS e INSTRUMENTOS.

O instrumento de avaliação da Sistematização da Assistência de Enfermagem obteve validação pelo método Delphi Modificado de Consenso de sujeitos juízes, do conteúdo legal para cada um dos indicadores propostos aos eixos método, pessoal e instrumentos, considerados como fundamentais para organização do trabalho profissional, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem.

Cabe ressaltar que o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional e que sua operacionalização e documentação, evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

Outrossim, torna-se importante mencionar que estudos de desenvolvimento de tecnologias para aferição, avaliação e auditoria da sistematização da assistência da enfermagem necessitam de mais pesquisas científicas que possam subsidiar a cientificidade do procedimento e constatação de que a SAE encontra-se implantada ou não em conformidade com a LEPE e a Resolução Cofen 358/09, em instituições onde há o exercício profissional da enfermagem.

**SÍNTESE ESQUEMÁTICA DA SAE, SEUS EIXOS E LINHAS DE INDICADORES
SEGUNDO RESOLUÇÃO COFEN 358/2009 E SOUZA,2016**



DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento apresenta-se distribuído de forma a facilitar a visualização e consolidação dos valores atribuídos pelo enfermeiro avaliador aos indicadores de cada Eixo. Fazem parte da apresentação estética campos distribuídos entre dados de identificação da instituição e da inspeção fiscalizatória, do Eixo Métodos distribuídos nas cinco fases do PE, do Eixo Pessoas, do Eixo Instrumentos, de Consolidado da Unidade/Serviço/Setor avaliado e de Consolidado Geral da Instituição avaliada.

A distribuição do quantitativo de indicadores encontra-se conforme tabela a seguir:

Campos	Total
Dados de Identificação da Instituição e do Ato Fiscalizatório	10
Eixo Métodos: Coleta de Dados (Histórico e Exame Físico)	17
Eixo Métodos: Diagnóstico de Enfermagem	08
Eixo Métodos: Planejamento da Assistência de Enfermagem	10
Eixo Métodos: Implementação	10
Eixo Métodos: Avaliação	09
Eixo Métodos: Registros e Anotações	05
Eixo Pessoas: Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem	05
Eixo Pessoas: Habilitações, Capacitações e Atualizações	06
Eixo Instrumentos: Sistemas de Regulamentação, Controle e Avaliação de Enfermagem	21
Tabelas de Consolidação dos Dados Coletados por Unidade/Serviço/Setor	01
Tabela de Consolidação de Dados Coletados da Instituição	01

ORIENTAÇÕES GERAIS DE PREENCHIMENTO

1. Campos de Identificação da Instituição e do Ato Fiscalizatório

- 1.1 Deverão ser consideradas para o preenchimento do instrumento, informações obtidas através de entrevistas realizadas com profissionais de enfermagem, pacientes e análise de documental (prontuários de pacientes).
- 1.2 Preencher com nome da instituição e unidades, serviços ou setores avaliados, quantitativo total de pacientes internados e/ou atendidos e definido o valor em número absoluto do percentual de 20% do total de pacientes das referidas unidades, serviços ou setores avaliados.
- 1.3 Também deverá ser descrito o nome e o registro do enfermeiro responsável técnico pela instituição e das Unidades, Serviços e Setores avaliados.
- 1.4 Em relação aos itens de identificação da origem da Inspeção deverá ser informado a origem ou motivação da visita fiscalizatória para a avaliação da SAE, o tipo da inspeção se é inicial, sequencial/eletiva ou pontual, bem como número do processo administrativo afim à instituição e da notificação ou auto de infração afim à SAE.

AVALIAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DA INSPEÇÃO FISCALIZATÓRIA		
INSTITUIÇÃO:	UNIDADE/SERVIÇO/SETOR:	TOTAL DE PAC.:
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO:	ENFERMEIRO COORDENADOR:	TOTAL DE PAC./PRONT. AVALIADOS (20%):
TIPO DE AVALIAÇÃO: () INICIAL () SEQUENCIAL () PONTUAL	PROCESSO ADMINIST. DE FISCALIZAÇÃO (PADF) Nº:	NOTIFICAÇÃO/AUTO DE INFRAÇÃO Nº:
ORIGEM DA INSPEÇÃO/VISITA FISCALIZATÓRIA DE AVALIAÇÃO DA SAE: () DENÚNCIA () REPRESENTAÇÃO () EX-OFÍCIO () OUTROS _____		

2. Campos do Eixo dos Métodos

- 2.1 Neste Eixo foram agrupados indicadores em grupos e subgrupos que contemplavam avaliações da existência de linhas teóricas, taxonômicas e metodológicas que subsidiam as cinco etapas do PE.
- 2.2 Deverá ser utilizado mais de um instrumento para unidades, serviços ou setores avaliados que ultrapassar ao total disposto em instrumento impresso, considerando que por questões estéticas o instrumento contempla avaliações de até cinco pacientes/prontuários, o equivalente a unidades, serviços ou setores com total de até 25 pacientes.
- 2.3 Nos casos de utilização de sistemas de informação, poderão ser adicionados quantos campos de preenchimento de dados que se fizerem necessários;
- 2.4 Antes do início das avaliações dos indicadores está disposto um campo com a legenda dos valores atribuídos e validados no estudo de Souza, 2016. A Avaliação do Fiscal compreenderá os valores de:
 - **Zero (0)** para o termo **NÃO (N)** que equivale a inexistência do indicador;
 - **Meio ponto (0,5)** para o termo **EXISTÊNCIA PARCIAL (P)** que equivale a existência com pendências, limitações e/ou inadequações do item, sendo:
 - **Hum ponto (1)** para o termo **SIM (S)** que equivale a existência adequada do item.

- **Item com Pendências** – equivale a item incompleto
- **Item com Limitações** – equivale a item com limitações de conteúdo legal e científico
- **Item com Inadequações** – equivale a item com equívocos de conteúdo legal e científico

- 2.5 Nos campos **PAC/PRONT** deverão ser identificado com iniciais do paciente e/ou número do prontuário avaliado.
- 2.6 Nos campos destinados à **AVALIAÇÃO (A)** deverão ser registrados ao longo dos itens contendo a sigla do valor atribuído pelo avaliador aos indicadores do Eixo.
- 2.7 Nos campos destinados ao **VALOR ATRIBUÍDO AO INDICADOR (VI)** deverão ser registrados ao longo dos itens contendo o valor atribuído pelo avaliador aos indicadores do Eixo.
- 2.8 Para cada indicador deverá ter ao final da análise dos 20% do total de pacientes/prontuários, o **VALOR CONSOLIDADO DO INDICADOR (VCI)** que representa o somatório dos valores atribuídos para cada uma das análises do indicador;
- 2.9 No campo localizado ao lado do nome do grupo/subgrupo de indicadores do Eixo deverá constar o **VALOR CONSOLIDADO DE GRUPO - VCGs** que corresponde à **SOMA DOS VALORES CONSOLIDADOS DOS INDICADORES DE CADA GRUPO - VCI DIVIDIDO PELO NÚMERO DE GRUPOS OU SUBGRUPOS MULTIPLICADO POR 100**. Este cálculo irá demonstrar o **VALOR PERCENTUAL DE ALCANCE DOS INDICADORES DO GRUPO OU SUBGRUPO NA UNIDADE/SERVIÇO/SETOR AVALIADO**.
- 2.10 No Campo localizado acima do campo destinado aos **VCGs**, deverá ser calculado o **VCEU – VALOR CONSOLIDADO DO EIXO NA UNIDADE**, que será obtido a partir da soma dos **VCGs** de cada eixo.
- 2.11 No campo destinado às justificativas de não realizar ou realizar parcialmente, poderão ser sinalizadas mais uma justificativa.

A = AVALIAÇÃO OBTIDA PELA ANÁLISE CADA INDICADOR DE CADA GRUPO/SUBGRUPO DOS TRÊS EIXOS DE 20% DOS PRONTUÁRIOS DE UMA UNIDADE/SERVIÇO/SETOR

VI = VALOR DO INDICADOR OBTIDO A PARTIR DA ANÁLISE DO INDICADOR SEGUNDO OS VALORES ATRIBUÍDOS POR SOUZA, 2016 PARA EXISTÊNCIA TOTAL, PARCIAL OU INEXISTÊNCIA DA SAE

VCI = VALOR CONSOLIDADO DO INDICADOR OBTIDO A PARTIR DA SOMA DOS VALORES DOS INDICADORES DOS 20% DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS NA UNIDADE/SERVIÇO/SETOR

VCG = VALOR CONSOLIDADO DO GRUPO OBTIDO A PARTIR DA SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100

VCEU = VALOR CONSOLIDADO DO EIXO POR UNIDADE OBTIDO A PARTIR SOMA DOS VCG

VCEM = VALOR CONSOLIDADO DO EIXO MÉTODOS OBTIDO A PARTIR DA SOMA DOS VCGs DO EIXO

VCEP = VALOR CONSOLIDADO DO EIXO PESSOAS OBTIDO A PARTIR DA SOMA DOS VCGs DO EIXO

VCEI = VALOR CONSOLIDADO DO EIXO INSTRUMENTOS OBTIDO A PARTIR DOS VCGs DO EIXO

VCI = VALOR CONSOLIDADO DA INSTITUIÇÃO OBTIDO A PARTIR DA SOMA DOS VCU_s

EIXO MÉTODOS												
AVALIAÇÃO (A): NÃO (N) - AUSÊNCIA TOTAL = VALOR DO INDICADOR (VI) 0; PARCIAL (P) - PRESENÇA COM PEDÊNCIAS, LIMITAÇÕES E/OU INADEQUAÇÕES = 0,5; SIM (S) - PRESENÇA TOTAL E ADEQUADA; VCG (VALOR CONSOLIDADO DO GRUPO DE INDICADORES); VCEU (VALOR CONSOLIDADO DO EIXO POR UNIDADE/SERVICO/SETOR)	IDENT. PRON/PAC.		IDENT. PRON/PAC.		IDENT. PRON/PAC.		IDENT. PRON/PAC.		IDENT. PRON/PAC.		VCEU	
	A	VI	A	VI	A	VI	A	VI	A	VI	SOMA DOS VCG	
												VCG
1	INVESTIGAÇÃO											
1.1	COLETA DADOS: HISTÓRICO											VCG = SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO
1.1.1	É REALIZADO O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (HE)?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.1.2	É REALIZADO HE BASEADO EM TEORIA(S) DE ENFERMAGEM PRECONIZADA(S) PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR, ESPECIALIDADE, LINHA DE CUIDADO ETC?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.1.3	É REALIZADO O REGISTRO DO HE EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.1.4	O INSTRUMENTO ESTÁ PREENCHIDO/DESCRITO EM CONFORMIDADE COM A TEORIA PROPOSTA PELA INSTITUIÇÃO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.1.5	SÃO CONSIDERADOS DADOS DA EQUIPE MULTI-PROFISSIONAL E DE DIAGNOSE, TAIS COMO: DIAGNÓSTICO MÉDICO E DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E AINDA, EXAMES COMPLEMENTARES, PARECERES, ETC.											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.1.6	OS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM LEVANTADOS ESTÃO DESCRITOS NO HE?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.1.7	POSSUI OBSERVAÇÕES, ANÁLISES E OPINIÕES DE ENFERMEIRO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.2	COLETA DADOS: EXAME FÍSICO											VCG = SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE
1.2.1	É REALIZADO O EXAME FÍSICO NA ADMISSÃO, DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.2.2	É REALIZADO EXAME FÍSICO BASEADO EM TEORIA DE ENFERMAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO NA ADMISSÃO E DIARIAMENTE?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.2.3	É REALIZADO O REGISTRO DO EXAME FÍSICO EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
1.2.4	O INSTRUMENTO ESTÁ PREENCHIDO/DESCRITO EM CONFORMIDADE E COERÊNCIA COM A TEORIA PROPOSTA PELA INSTITUIÇÃO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
2	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM											VCG = SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE
2.1	É REALIZADO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
2.2	É REALIZADO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM BASEADO EM TAXONOMIA/LINGUAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO ?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
2.3	É REALIZADO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
2.4	OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS E PRIORIZADOS NA COLETA DE DADOS?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
2.5	OS TÍTULOS DOS DIAGNÓSTICOS SEGUEM A LINGUAGEM TAXONÔMICA PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
3	PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM											VCG = SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE
3.1	É REALIZADO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO, DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO? CONFORME METODOLOGIA GERENCIAL, ASSISTENCIAL E DE TRABALHO PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
3.2	O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM É REALIZADO SEGUNDO A TAXONOMIA/LINGUAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
3.3	É REALIZADO O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
3.4	SÃO DETERMINADOS OS RESULTADOS ESPERADOS CONFORME TAXONOMIA/LINGUAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADO?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
3.5	SÃO DETERMINADAS AS INTERVENÇÕES E OS PRAZOS PARA RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS ENCONTRADOS E PRIORIZADOS?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
3.6	OS RESULTADOS ESPERADOS SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS
3.7	É REALIZADO REAVALIAÇÃO DIÁRIA E SEMPRE QUE NECESSÁRIO DO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM?											SOMA DOS Vls DOS 20% PRONT ANALISADOS

4	IMPLEMENTAÇÃO - PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
4.1	SÃO ELABORADAS AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO, DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.2	AS PRESCRIÇÕES SÃO ELABORADAS SEGUNDO A TAXONOMIA/LINGUAGEM PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHA DE CUIDADOS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.3	AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM ESTÃO DESCRITAS EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.4	AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.5	AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SÃO APRAZADAS EM CONFORMIDADE COM OS RESULTADOS ESPERADOS E ROTINAS INSTITUCIONAIS AFINS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.6	AS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SÃO CHECADAS NOS HORÁRIOS APRAZADOS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
4.7	É MANTIDA A VALIDADE DE 24 HORAS DA PRESCRIÇÃO, ATRAVÉS DE REAVALIAÇÕES DIÁRIA E SEMPRE QUE NECESSÁRIO DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
5	AVALIAÇÃO										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
5.1	SÃO REALIZADAS AVALIAÇÕES DIÁRIAS E SEMPRE QUE NECESSÁRIO DOS RESULTADOS ESPERADOS PARA O PACIENTE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
5.2	OS RESULTADOS SÃO AVALIADOS SEGUNDO A TAXONOMIA PRECONIZADA PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHAS DE CUIDADO?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
5.3	OS RESULTADOS ESTÃO DESCRITOS EM INSTRUMENTO E OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PRECONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHAS DE CUIDADO?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
5.4	OS RESULTADOS AVALIADOS SÃO COMPATÍVEIS COM OS PROBLEMAS LEVANTADOS E PRIORIZADOS, DIAGNÓSTICOS, PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
6	REGISTROS - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
6.1	SÃO ELABORADAS EVOLUÇÕES DIÁRIAS E SEMPRE QUE NECESSÁRIO DE ENFERMAGEM DO PACIENTE DESDE A SUA ADMISSÃO ATÉ A ALTA?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
6.2	AS EVOLUÇÕES DISPÕEM DA DESCRIÇÃO DE DADOS DE RELEVÂNCIA DA COLETA DE DADOS, DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM, PROCEDIMENTOS REALIZADOS, INTERCORRÊNCIAS E NÃO CONFORMIDADES DURANTE O PERÍODO DA ASSISTÊNCIA?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
6.3	AS EVOLUÇÕES DISPÕEM DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS E DA EVOLUÇÃO DA RESPOSTA AO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
7	REGISTROS - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
7.1	SÃO ELABORADAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
7.2	SÃO DESCRITAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DIÁRIA EM INSTRUMENTO OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PADRONIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA O SERVIÇO/SETOR/ESPECIALIDADE E/OU LINHAS DE CUIDADO?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
7.3	AS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DESCREVEM AS INTERCORRÊNCIAS, CONDUTAS E CUIDADOS PRESTADOS COM COERÊNCIA, ORDEM CRONOLÓGICA E COMPATÍVEL COM AS AÇÕES DO PE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
8	INFORMAÇÕES COMUNS ÀS ETAPAS DO PE										VCG = SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS/Nº TOTAL DE INDICADORES DO GRUPO*100
8.1	OS INSTRUMENTOS/SISTEMAS DE REGISTROS E INFORMAÇÃO POSSUEM DADOS MÍNIMOS DO PACIENTE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
8.2	OS ENFERMEIROS E OS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM ASSINAM E INFORMAM O NÚMERO DO REGISTRO PROFISSIONAL NOS INSTRUMENTOS/SISTEMAS DE REGISTROS E INFORMAÇÃO AFINS AO PE?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
8.3	OS INSTRUMENTOS/SISTEMAS DE REGISTROS E INFORMAÇÃO AFINS AO PE ESTÃO DISPOSTO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE EM ORDEM COERENTE E CRONOLÓGICA?										SOMA DOS VIs DOS 20% PRONT ANALISADOS
JUSTIFICATIVAS DE NÃO REALIZAR OU REALIZAR PARCIALMENTE:		() INSTITUIÇÃO NAO PRECONIZA			() ROTINA DESCONHECIDA			() DUVIDAS/DIFICULDADES COM A ROTINA			
		() DE INADEQUADO			() INTERCORRÊNCIAS			() OUTROS			

3. Campos dos Eixos Pessoas e Instrumentos

3.1 Nestes dois Eixos foram agrupados os indicadores que contemplavam normas legais e conteúdos científicos relacionadas aos profissionais de enfermagem que prestam o cuidado profissional bem como, a normatização, documentação e registros gerenciais e assistenciais da prática profissional e sua operacionalização.

3.2 Nestes dois Eixos não são avaliados a cada prontuário e sim em entrevista com o enfermeiro responsável técnico, coordenadores, assistenciais e equipe técnica.

3.3 Na linha de cada indicador, está disposto ao final, espaços para a **AVALIAÇÃO (A) E VALOR ATRIBUÍDO AO INDICADOR (VI)** também compreendendo os valores e interpretações de:

- **Zero (0)** para o termo **NÃO (N)** que equivale a inexistência do indicador;
- **Meio ponto (0,5)** para o termo **EXISTÊNCIA PARCIAL (P)** que equivale a existência com pendências, limitações e/ou inadequações do item, sendo:
- **Um ponto (1)** para o termo **SIM (S)** que equivale a existência adequada do item.

- **Item com Pendências** – equivale a item incompleto
- **Item com Limitações** – equivale a item com limitações de conteúdo legal e científico
- **Item com Inadequações** – equivale a item com equívocos de conteúdo legal e científico

3.4 No campo localizado ao lado do nome do grupo/subgrupo de indicadores do Eixo deverão constar o **VALOR CONSOLIDADO DO GRUPO/SUBGRUPO DIVIDIDO PELO NÚMERO DE INDICADORES DO GRUPO OU SUBGRUPO MULTIPLICADO POR 100**. Este cálculo irá demonstrar o **VALOR PERCENTUAL DE ALCANCE DOS INDICADORES DO GRUPO OU SUBGRUPO NA UNIDADE/SERVIÇO/SETOR AVALIADO**.

3.5 No Campo localizado acima do campo destinado aos **VCGs**, deverá ser calculado o **VCEU – VALOR CONSOLIDADO DO EIXO NA UNIDADE**, que será obtido a partir da soma dos **VCGs** de cada eixo.

3.6 No campo destinado às justificativas de não realizar ou realizar parcialmente, poderão ser sinalizadas mais uma justificativa.

II EIXO - PESSOAS				VCEU/DMA DOS VCG	
9- DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM (5 PONTOS)		VCG	VCG = SOMA DOS Vis / N° TOTAL DE INDICADOR	- HABILITAÇÕES, CAPACITAÇÕES E ATUALIZAÇÕES (6 PONTOS)	
		A	VI	A	VI
9.1	DISTRIBUIÇÃO DE ENFERMEIROS EM TODO O PERÍODO QUE HOUVER ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMPATÍVEL COM A LEI Nº 7498/86, DECRETO 94406/87?			10.1	POSSUI PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM HABILITADOS E ESPECIALIZADOS AFINS AO SERVIÇO, SETOR, ESPECIALIDADE E LINHA DE CUIDADO?
9.2	DISTRIBUIÇÃO DE TÉCNICOS OU AUXILIARES DE ENFERMAGEM COMPATÍVEL COM A COMPETÊNCIA QUE PRECONIZA A LEI Nº 7498/86 E O DECRETO 94406/87?			10.2	POSSUI SERVIÇO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE OU DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM, COM PROGRAMAÇÃO AFIM À SAE COM CONTROLES ELETIVOS E EFETIVOS?
9.3	OS ENFERMEIROS DEFINEM GRAU DE DEPENDÊNCIA EM RELAÇÃO À EQUIPE DE ENFERMAGEM, CLASSIFICANDO OS PACIENTES CONFORME SCP PREVISTO NA RES. COFEN 527/16?			10.3	OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SÃO CAPACITADOS/TREINADOS CONFORME NORMAS E MANUAIS VIGENTES AFINS À ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA PARA O SERVIÇO, SETOR, ESPECIALIDADE OU LINHA DE CUIDADO?
9.4	A CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES ESTÁ DESCRITA EM INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMPATÍVELS COM AS RESOLUÇÃO COFEN 527/16?			10.4	SÃO PROMOVIDOS REGULARMENTE CURSOS, CAPACITAÇÕES, ATUALIZAÇÕES, PESQUISAS EM ATUALIDADES AFINS À ASSISTÊNCIA E À SAE CONFORME PRECONIZADO PELA RESOLUÇÃO COFEN 527/16?
9.5	O CÁLCULO E DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TOTAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E A PROPORÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE É BASEADO NOS CRITÉRIOS E METODOLOGIA PREVISTAS NA RES COFEN Nº 527/16?			10.5	SÃO PROMOVIDOS REUNIÕES CLÍNICAS, DISCUSSÕES DE CASOS, PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS, PASSAGEM DE PLANTÃO E OUTRAS METODOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM?
JUSTIFICATIVA DE NÃO REALIZAR OU REALIZAR PARCIALMENTE:				10.6	OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM CONHECEM AS NORMAS E ROTINAS DA SAE?
<input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO NÃO PRECONIZA/VALORIZA A NORMA/ROTINA				<input type="checkbox"/> DÚVIDAS/DIFICULDADES COM A NORMA/ ROTINA	
<input type="checkbox"/> NORMA/ROTINA DESCONHECIDA/POUCO DIVULGADA				<input type="checkbox"/> INTERCORRÊNCIAS/FALTA DE TEMPO/FALTA DE PESSOAL	
III EIXO - INSTRUMENTOS					
11 - SISTEMAS E/OU INSTRUMENTOS REGULAMENTAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO (20 PONTOS)				VCEU/DMA DOS VCG	
				VCG	VCG = SOMA DOS Vis / N° TOTAL DE INDICADOR
11.1	POSSUI PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM VÁLIDOS E VIGENTES?			11.11	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO?
11.2	POSSUI REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM?			11.12	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM?
11.3	POSSUI MANUAIS TÉCNICOS/ADMINISTRATIVOS?			11.13	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS?
11.4	POSSUI PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POP'S?			11.14	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - SCP?
11.5	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DA COLETA DE DADOS - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM?			11.15	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE CONTROLE DE INDICADORES DE ENFERMAGEM?
11.6	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DA COLETA DE DADOS - EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM?			11.16	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE?
11.7	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM?			11.17	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DE AVALIAÇÃO DE DADOS E DESEMPENHO PROFISSIONAL?
11.8	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE REGISTROS DO PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM?			11.18	OS INSTRUMENTOS/SISTEMA DE REGISTROS ACIMA LISTADOS SÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE?
11.9	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM?			11.19	OS INSTRUMENTOS ACIMA LISTADOS SÃO LEGITIMADOS OU POSSUEM APROVAÇÃO INSTITUCIONAL?
11.10	POSSUI INSTRUMENTO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS?		0	11.20	OS INSTRUMENTOS ACIMA LISTADOS SÃO DIVULGADOS E SOCIALIZADOS POR TODOS OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO?
JUSTIFICATIVA DE NÃO REALIZAR OU REALIZAR PARCIALMENTE:					
<input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO NÃO PRECONIZA/VALORIZA A NORMA/ROTINA				<input type="checkbox"/> DÚVIDAS/DIFICULDADES COM A NORMA/ ROTINA	
<input type="checkbox"/> NORMA/ROTINA DESCONHECIDA/POUCO DIVULGADA				<input type="checkbox"/> INTERCORRÊNCIAS/FALTA DE TEMPO/FALTA DE PESSOAL	

4. Tabela de Consolidação dos Eixos por Unidade/Serviço/Setor

4.1 Esta tabela para consolidação dos indicadores do instrumento de avaliação da SAE foi idealizada para que o avaliador obtenha um Índice Geral da existência da SAE nos moldes da Resolução Cofen 358/09 por Unidade/Serviço/Setor avaliado. Ela contempla os valores do somatório dos indicadores percentuais contidos nos grupos e subgrupos de cada Eixo de organização da SAE.

4.2 No eixo Métodos deverão ser contemplados os valores obtidos nos **VI**s dos 20% do total de prontuários avaliados e consequentemente a obtenção do **VCG**.

4.3 Neste Eixo o **VALOR CONSOLIDADO DA UNIDADE/SERVIÇO/SETOR - VCU** será o somatório dos **VCGs**.

4.4 Nos Eixos Pessoas e Instrumentos deverão ser contemplados os **VALORES ATRIBUÍDOS AOS INDICADORES - VI**s e dos **VCGs**. Nestes dois eixos não são contemplados avaliações de prontuários e sim as entrevistas com enfermeiro responsável técnico, coordenadores, assistenciais e equipe técnica da **UNIDADE/SERVIÇO/SETOR**.

4.5 Cada um dos eixos deverão ter consolidados os somatórios dos indicadores avaliados.

4.6 Para a definição do valor consolidado do Eixo Métodos e Pessoas deverá ser realizado a **SOMA DOS VALORES CONSOLIDADOS DOS GRUPOS - VCGs** do Eixo.

$$\text{VCEM E VCEP} = \text{SOMA DOS VCGs}$$

4.7 Para a definição do **VALOR CONSOLIDADO DOS EIXO INSTRUMENTOS - VCEI** deverá ser realizada a **SOMA DOS VALORES CONSOLIDADOS DOS INDICADORES - VCI**s do Eixo.

$$\text{VCEI} = \text{SOMA DOS VCIs DO}$$

4.8 Para a definição dos valores percentuais de existência dos indicadores por Eixo da SAE, o **VALOR CONSOLIDADO DO EIXO - VCE** deverá ser dividido pelo **TOTAL DE GRUPOS DO EIXO E MULTIPLICADO POR 100**.

4.9 Para a definição do **VALOR CONSOLIDADO DOS TRÊS EIXOS DA SAE DA UNIDADE/SERVIÇO/SETOR - VCEU**, deverão ser somados os três **VCEs**.

CONSOLIDADO DOS EIXOS POR UNIDADE/SERVIÇO/SETOR	VCEU
VALOR CONSOLIDADO EIXO MÉTODOS - VCEM (%)	SOMA DOS VCGs
VALOR CONSOLIDADO EIXO PESSOAS - VCEP (%)	SOMA DOS VCGs
VALOR CONSOLIDADO EIXO INSTRUMENTOS - VCEI (%)	VCG
VALOR CONSOLIDADO DA UNIDADE/SERVIÇO/SETOR - VCU (%)	SOMA DOS VCEUs

5. Tabela de Consolidação dos Valores Consolidados das Unidades/Serviços/Setores de uma Instituição

CONSOLIDADO DA INSTITUIÇÃO	VCI
SERVIÇO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA	VCU
SERVIÇO DE TRATAMENTO INTENSIVO	VCU
SERVIÇO N	VCU
VALOR CONSOLIDADO DA INSTITUIÇÃO EM %	SOMA DOS VCUs

5.1 Esta tabela para consolidação dos indicadores do instrumento de avaliação da SAE foi idealizada para que o avaliador obtenha um Índice Geral da existência da SAE nos moldes da Resolução Cofen 358/09 na Instituição. Ela contempla os valores do **SOMATÓRIO DOS VCUs** das Unidades/Serviços/Setores da Instituição.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo de Souza (2016) o Instrumento de Avaliação da SAE pode-se inferir que de uma maneira geral, que o instrumento com enfoque em três eixos Métodos, Pessoas e Instrumentos, preconizados na resolução Cofen nº 358/2009 viabilizará a organização do método de avaliar a SAE, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem.

Contudo, também de acordo com o estudo da autora, será necessário avaliar sua aplicabilidade prática nos processos de trabalho de enfermeiros fiscais do Sistema Cofen e Conselhos Regionais de Fiscalização profissional da Enfermagem.

Urge consignar a necessidade de novas metodologias de avaliação e validação do instrumento, fato que ratifica sua importância científica no campo do cuidado de enfermagem.