
Guia de Boas Práticas de Enfermagem na Atenção Básica: **NORTEANDO A GESTÃO E A ASSISTÊNCIA**



Guia de Boas Práticas
de Enfermagem
na Atenção Básica:
**NORTEANDO A GESTÃO
E A ASSISTÊNCIA**

GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: norteando a gestão e a assistência

Projeto gráfico, capa e editoração
Gerência de Comunicação - Coren-SP

Revisão ortográfica/gramatical
Gerência de Comunicação - Coren-SP
Simone Ribeiro Spinetti

Fotos da capa
Peoplecreations e Mrsiraphol - Freepik.com

Todos os direitos reservados. Reprodução e difusão desse conteúdo de qualquer forma, impressa ou eletrônica, é livre, desde que citada a fonte.

Distribuição gratuita
junho/2017

Garcia, Rosana Aparecida
Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica: norteando a gestão e a assistência / Rosana Aparecida Garcia ... [et al.]. – São Paulo: Coren-SP, 2017.

ISBN 978-85-68720-06-6

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Atenção primária à saúde.
3. Administração de serviços de saúde. 4. Liderança. 5. Processo de enfermagem. 6. Registros de enfermagem. 7. Visita domiciliar.
8. Política de saúde. 9. Planejamento em saúde. 10. Administração em saúde.

Ivonete Barbosa
Luciana Patriota G. S. dos Santos
Marisa Beraldo
Patrícia Luna Torres
Rosana Aparecida Garcia
Vanessa Naomi Oshiro

**GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA:
norteando a gestão e a assistência**

**São Paulo
Coren-SP
2017**

Gestão Coren-SP 2015-2017

Presidente

Fabiola Campos

Vice-presidente

Mauro Antônio Pires Dias da Silva

Primeiro-secretário

Marcus Vinicius de Lima Oliveira

Segunda-secretária

Rosangela de Mello

Primeiro-tesoureiro

Vagner Urias

Segundo-tesoureiro

Jefferson Erecy Santos

Conselheiros titulares

Andrea Bernardinelli Stornioli, Claudio Luiz da Silveira, Demerson Gabriel Bussoni, Edinildo Magalhães dos Santos, Iraci Campos, Luciano André Rodrigues, Marcelo da Silva Felipe, Marcel Willan Lobato, Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves, Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, Paulo Cobellis Gomes, Paulo Roberto Natividade de Paula, Renata Andréa Pietro Pereira Viana, Silvio Menezes da Silva e Vilani Sousa Micheletti.

Conselheiros suplentes

Alessandro Correia da Rocha, Alessandro Lopes Andrighetto, Ana Márcia Moreira Donnabella, Antonio Carlos Siqueira Júnior, Consuelo Garcia Corrêa, Denilson Cardoso, Denis Fiorezi, Edir Kleber Bôas Gonsaga, Evandro Rafael Pinto Lira, Ildefonso Márcio Oliveira da Silva, João Batista de Freitas, João Carlos Rosa, Lourdes Maria Werner Pereira Koepl, Luiz Gonzaga Zuquim, Marcia Regina Costa de Brito, Matheus de Sousa Arci, Osvaldo de Lima Júnior, Rorinei dos Santos Leal, Rosemeire Aparecida de Oliveira de Carvalho, Vanessa Maria Nunes Roque e Vera Lúcia Francisco.

Autoria

Ivonete Barbosa

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva (FMUSP). Especialista em Gerenciamento de Unidade Básica de Saúde no SUS (FSPUSP). Especialista em Educação Permanente (FioCruz). Coordenadora Técnica UBS de São Bernardo do Campo (SP). Componente do Grupo Técnico de Práticas Assistenciais da Atenção Básica (GT-PAAB) do Coren-SP.

Luciana Patriota G. S. dos Santos

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva (EEUSP). Especialização em Saúde Pública (UNAERP). Referência técnica de Enfermagem do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado/SMS de São Bernardo do Campo (SP). Componente do Grupo Técnico de Práticas Assistenciais da Atenção Básica (GT-PAAB) do Coren-SP.

Marisa Beraldo

Enfermeira. Mestre em Administração (Universidade Metodista de São Bernardo do Campo). Especialista em Saúde Pública (CEDAS). Especialista em Administração Hospitalar (CEDAS). Professora Pós-Graduação Administração Hospitalar e Saúde Pública com enfoque na ESF (Centro Universitário São Camilo). Assessora/Coordenação Gestão de Pessoas/SMS/SP. Componente do Grupo Técnico de Práticas Assistenciais da Atenção Básica (GT-PAAB) do Coren-SP.

Patrícia Luna Torres

Enfermeira Sanitarista (FSPUSP). Especialista em Saúde Coletiva e da Família (UNIFESP). Especialista em Práticas Integrativas e Complementares (CEATA). Interlocutora de Enfermagem da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste - SMS/SP. Componente do Grupo Técnico de Práticas Assistenciais da Atenção Básica (GT-PAAB) do Coren-SP.

Rosana Aparecida Garcia

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva/Ciências Sociais na Saúde (UNICAMP). Mestre em Saúde Coletiva / Planejamento e Gestão (UNICAMP). Especialista em Saúde Pública (UNICAMP). Especialista em Educação/Metodologia de Ensino (UNICAMP). Especialista em Direito Sanitário (IDISA). Professora Orientadora Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (UNICAMP). Coordenação da Área Técnica de Enfermagem/Departamento de Saúde/SMS/Campinas (SP). Coordenação do Grupo Técnico de Práticas Assistenciais da Atenção Básica (GT-PAAB) do Coren-SP.

Vanessa Naomi Oshiro

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família UNASUS (UNIFESP). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família em Praia Grande (SP). Componente do Grupo Técnico de Práticas Assistenciais da Atenção Básica (GT-PAAB) do Coren-SP.

Colaboração e Revisão Técnica

Simone Oliveira Sierra

Enfermeira. Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)/SMS de São Bernardo do Campo (SP). Mestre em Ciências da Reabilitação (UNINOVE). Especialista em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS (Instituto Sírio Libanês de Pesquisa). Especialista em Formação de Docentes para a Educação Profissional (FESL). Especialista em Saúde Pública com Ênfase em PSF (UNICSUL). Especialista em Enfermagem Pediátrica (UNIBAN). Componente da Câmara Técnica de Atenção à Saúde do Coren-SP. Participou no capítulo 3 escrevendo acerca do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) e SOAP.

Revisores Técnicos

Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves

Enfermeira, Mestre e Doutora pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP. Enfermeira do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Professora tutora na Disciplina Inserção Instituição - Universidade - Serviço - Comunidade I (IUSC I). Preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ GraduaSUS, do Ministério da Saúde. Conselheira Efetiva do Coren-SP. Coordenadora geral das Câmaras Técnicas do Coren-SP.

Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Enfermeira, Mestre, Doutora e Livre Docente pela Universidade de São Paulo. Conselheira efetiva do Coren-SP. Coordenadora da Câmara Técnica de Educação e Pesquisa do Coren-SP.

Renata Andréa Pietro Pereira Viana

Doutora em Ciências da Saúde e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Saúde e Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela UNIFESP. Diretora do Núcleo de Terapia Intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPE. Conselheira Titular do COREN-SP gestão 2015 – 2017.

APRESENTAÇÃO

O Coren-SP, gestão 2015-2017, apresenta aos profissionais o Guia de Boas Práticas de Enfermagem na Atenção Básica: Norteador a Gestão e a Assistência.

Esta publicação é fruto dos debates e conclusões do Grupo de Trabalho de Práticas Assistenciais na Atenção Básica (GT-PAAB) e visa incentivar a categoria a se empoderar dos processos de gestão e apresentar ferramentas que proporcionem melhores condições de trabalho e uma assistência mais segura.

A Enfermagem é uma peça fundamental na Atenção Básica e assume diversas frentes nessa área do cuidado, desde o acolhimento até a gestão dos procedimentos e das equipes. Para isso, é importante que se aproprie dos instrumentos gerenciais como o Processo e os Registros de Enfermagem, descritos neste Guia e voltados, sobretudo, aos Enfermeiros Responsáveis Técnicos, que têm sob sua responsabilidade o planejamento e a organização dos serviços.

A consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) exige um protagonismo ainda maior da enfermagem na Atenção Básica. Um exemplo dessa realidade são as visitas domiciliárias, evidenciadas pela presente publicação por meio de casos práticos. Elas demandam grande integração entre a equipe de enfermagem, na qual Técnicos, Auxiliares e Enfermeiros desempenham papel essencial dentro de suas atribuições, garantindo que o atendimento adequado chegue ao usuário do SUS.

Esperamos que este Guia possa servir de estímulo ao aprimoramento dos processos de trabalho dos profissionais de enfermagem e à conquista de novos espaços de gestão nas instituições, empoderamento e valorização.

Fabiola de Campos Braga Mattozinho
Presidente do Coren-SP

SUMÁRIO

1. Algumas reflexões acerca da profissão e sua trajetória e inserção sócio-histórica.....	9
2. Gerência da equipe de Enfermagem.....	20
3. Processo de Enfermagem na Atenção Básica.....	28
4. A importância da Responsabilidade Técnica de Enfermagem	36
5. Registros de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde	44
6. Visita domiciliária na Atenção Básica e Supervisão do Enfermeiro	52

1. Algumas reflexões acerca da profissão e sua trajetória e inserção sócio-histórica

Neste capítulo faremos uma discussão com relação à Enfermagem como profissão sócio-historicamente construída e que participa de políticas públicas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), ao mesmo tempo em que conta com legislação própria e com órgãos disciplinadores por meio do Sistema Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) / Conselhos Regionais, que normatiza e fiscaliza o exercício profissional. Muitas vezes essas relações são conflituosas devido aos diferentes lugares ocupados pelos sujeitos (gestor, conselho, trabalhador, usuário). Acreditamos, no entanto, que essas diferenças são fundamentais para maior visibilidade e reconhecimento social da profissão.

QUAL FOI O MARCO FUNDADOR DA ENFERMAGEM MODERNA?

Os estudos desenvolvidos por Florence Nigthingale na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, são considerados o marco fundador da Enfermagem moderna. No Brasil, mais especificamente, a Enfermagem desenvolveu-se a partir de um modelo modificado pela origem norte-americana, no início do século XX (PORTO, 2004).



O Enfermeiro que desconhece a origem de sua profissão, que não lê e não está atento às condições culturais, econômicas, sociais, políticas, dentre outras, que atravessam e determinam a profissão e que interferem na dinâmica do cotidiano do seu trabalho, terá dificuldades em gerenciar adequadamente sua equipe.

Atentarmos para a história de como se formou nossa identidade profissional é importante, pois, segundo Baremlitt (2012):

[...] História não é, apenas, a reconstrução do que já aconteceu e que já está de alguma maneira, morto, obsoleto, definido [...] consiste em uma localização daquilo que, de alguma forma começou, teve início em um passado [...] enquanto ele está vivo no presente, ele está atuante e pode determinar ou já está determinando o futuro (p.38).

Um Enfermeiro competente sabe dialogar com a equipe de Enfermagem e/ou equipe multiprofissional, não aderindo a posturas vitimizadoras, mas sim sendo protagonista de processos de mudança. Afinal, nossa identidade profissional preexistente sofreu várias rupturas como no pré-saber da profissão (momento empírico), com a influência religiosa, as práticas subalternas à profissão médica, dentre outras.

O QUE É PROFISSÃO?

Há diferença entre profissão e ocupação. A Revolução Industrial do século XIX impulsionou o surgimento de algumas profissões, levando a um grande aumento da economia. Nas Ciências Sociais, existe um campo de conhecimento sistematizado em disciplina, iniciado na Inglaterra em 1933 - a Sociologia das Profissões. Segundo Bonelli (1993) essa é “[...] sustentada teoricamente por modelos analíticos com concepções distintas sobre os processos de profissionalização” (p.31).

Não é objeto deste Guia o aprofundamento da Sociologia da Profissão, mas é fundamental que se saiba que uma profissão, para existir, tem de ser regulamentada legalmente, ter um corpo de conhecimentos que a defina e delimite, de forma que haja a coesão dos grupos profissionais.

VocêSabia?

Até 1955 a Lei que regulamentava o Exercício da Enfermagem determinava que a fiscalização ficasse sob a responsabilidade do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (LORENZETTI, 1987).

COMO SE INSERE ESSA PROFISSÃO DENTRO DO SUS?

Nesse esboço histórico da Enfermagem brasileira, cabe destacar que, desde 1945, a antiga Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas (ABED), atual ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), lutava para que fosse criado um órgão específico para todos que exercessem a profissão, encaminhando um anteprojeto ao Ministério de Educação e Saúde, para criação do Conselho de Enfermagem, uma vez que há muito se discutia sobre a necessidade de um órgão com atribuições para fiscalizar o exercício profissional.

O Conselho Federal de Enfermagem e os Conselhos Regionais de Enfermagem foram criados a partir da Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973, conceituando-se como autarquias de fiscalização profissional vinculados ao Ministério do Trabalho, por força das normas do Decreto 60.900/69 e Decreto 74.000/74, passando a disciplinar e fiscalizar o exercício profissional da Enfermagem.

Em outubro de 1975, instituiu-se o Código de Deontologia de Enfermagem, hoje Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o qual enumera os direitos, deveres, responsabilidades, proibições e penalidades a serem aplicadas diante de infração ética cometida pelos profissionais da categoria.

Apesar de muitas mudanças em curto período de tempo, essas eram intensas e o contexto exigia que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem também sofresse alterações.



Mudar uma lei não é algo simples e requer muita disposição, luta e sinergia entre os que buscam a mudança.

Precisamos analisar o contexto sócio-político-econômico, verificando se a mudança é exigida pela própria sociedade, bem como promover muitas discussões prévias com a categoria profissional, com outras categorias, com a sociedade, assim como buscar alianças no sentido de fazer valer o direito à mudança proposta. Foi nesta luta que tivemos a aprovação da atual Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Lei nº 7.498 de 1986, sendo regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 1987. Mas você acha que ela foi aprovada sem vetos?

Muitas questões causaram polêmica, não sendo contempladas ou foram vetadas.

Por que estamos nos referindo a isto? Porque, mesmo com vetos, essa Lei significou um grande avanço para a Enfermagem no Brasil, pois introduziu programas de saúde pública, a prescrição de medicamentos, a consulta de Enfermagem, a participação do Enfermeiro no planejamento, execução e avaliação da programação da assistência de Enfermagem, dentre outros avanços.

Além disto, essa lei vem ao encontro de um movimento político sanitário nacional – Movimento da Reforma Sanitária no Brasil –, que lutava por resgate de direitos perdidos durante a ditadura militar e, em especial, pela saúde como direito de cidadania, sendo garantida por políticas públicas. Essa luta resultou na Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS.

Desta forma, é previsto no artigo 196 da Constituição Federal que “[...] *saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (BRASIL, 1988).

Você Sabia?

O SUS possui:

1. Princípios Doutrinários

- Universalidade de acesso
- Equidade na assistência à saúde
- Integralidade da assistência

2. Princípios Organizativos

- Controle social (participação da comunidade)
- Descentralização político-administrativa
- Regionalização/hierarquização

(BRASIL, 1988)

A ATENÇÃO BÁSICA: ESPECIFICIDADE, COMPLEXIDADE E DINÂMICA

Em 1978, ocorreu na cidade de Alma Ata, localizada na República do Cazaquistão, na antiga União Soviética, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Essa Conferência é considerada a primeira a produzir uma declaração internacional (Declaração de Alma Ata) que enfatizou a Atenção Primária em Saúde (APS), importante para promoção de saúde de caráter universal.

Abaixo destacamos alguns trechos da Declaração de Alma Ata:



I. [...] Intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde [...];
IV. a população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações de saúde;
VII-1. a atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades;
VII-4. inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário [...] (BRASIL, 2002, p.9-10).

MELLO, *et al* (2009), no artigo intitulado “Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais”, fazem um debate com relação à terminologia utilizada para nomear o primeiro nível da atenção à saúde. Os autores descrevem que, apesar de a expressão “Atenção Básica” ter sido oficializada pelo Governo Federal no Brasil, é crescente a utilização de “Atenção Primária à Saúde” nos documentos oficiais brasileiros. Entendemos que existem diferentes origens históricas e conceituais dessas expressões, não sendo, entretanto, objeto deste trabalho o aprofundamento do tema.

A Atenção Básica possui princípios e diretrizes que estão descritos na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, conhecida como Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2011. Alguns destes princípios e diretrizes são:

- I. [...] *ter território adstrito: planejamento, programação descentralizada, ações setoriais e intersetoriais;*
- II. [...] *acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade para a efetivação como porta de entrada preferencial da rede de atenção;*
- IV. [...] *continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Integração das ações programáticas e demanda espontânea;*
- IV. [...] *articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão;*
- V. *estimular a participação dos usuários [...].* (BRASIL, 2012, p. 20-3).

Apesar de a Atenção Básica utilizar baixa densidade tecnológica (equipamentos), sua dinâmica exige tecnologias de elevada complexidade (conhecimento), requerendo do profissional de Enfermagem não somente a competência técnico-científica, mas o desenvolvimento das competências socioeducativas e ético-políticas (MEIRA, KURCGANT, 2013).

QUAIS AS RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO RT DENTRO DO SUS?

É importante que a Enfermagem esteja consciente de sua inserção neste sistema de saúde, que contempla o público e o privado (por complementariedade). Tendo esta compreensão, não estará alienada dos processos político-sociais que atravessam a profissão a cada momento. Destacamos ainda que na Pesquisa Nacional efetuada pela FIOCRUZ para traçar o perfil da Enfermagem no Brasil (2013), no quesito mercado de trabalho, 59,3% da equipe de Enfermagem encontra-se no setor público; 31,8% no privado; 14,6% no filantrópico e 8,2% nas atividades de ensino. Por isso, é fundamental você conhecer a característica da instituição onde trabalha e o sistema de saúde que nos rege com seus princípios e diretrizes.

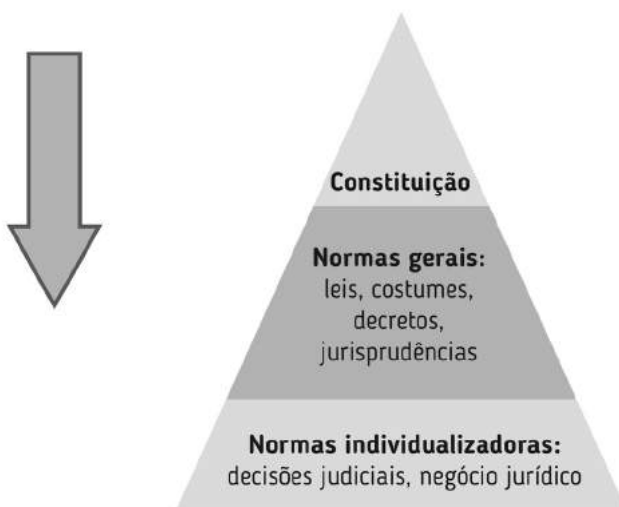
QUAIS LEIS DEVO SEGUIR? COFEN/COREN/SUS?

Essa é uma dúvida muito comum para todo profissional de Enfermagem e o Enfermeiro RT tem que atentar para essa questão. Apesar de, muitas vezes, haver diferentes compreensões entre as leis, portarias, decretos, resoluções, e outros, estas seguem regramento jurídico – escalonamento - chamado por Kelsen de hierarquia das normas.



Hans Kelsen foi um jurista e filósofo austríaco, que criou a Teoria Pura do Direito em 1934, propondo um conjunto de normas jurídicas, no formato de uma pirâmide, mediante a ideia de escalonamento entre estas normas.

Em seguida, temos a figura que representa a pirâmide de Kelsen:



Como percebemos, a pirâmide é formada por níveis. Kelsen (1987) descreve:

A ordem jurídica não é um sistema de normas ordenadas no mesmo plano, situadas umas ao lado das outras, mas é uma construção escalonada de diferentes camadas ou níveis de normas jurídicas. A sua unidade é produto da conexão de dependência que resulta do fato de a validade de uma norma, que foi produzida de acordo com outra norma, se apoiar sobre essa outra norma, cuja produção, por sua vez, é determinada por outra; e assim por diante, até abicar finalmente na norma fundamental – pressuposta (p. 240).

Dessa forma, percebemos que há uma conexão entre as normas jurídicas, o que pressupõe que não devam ser concorrentes exatamente para que não haja contradições entre elas. O profissional de Enfermagem deve sempre seguir este raciocínio das normas jurídicas quando estiver frente a situações que exijam decisões legais.

O ENFERMEIRO RT E A FISCALIZAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM



A Resolução Cofen nº 518/2016 normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. Em seu artigo 9º trata dos procedimentos fiscalizatórios e a expedição das notificações e autos de infração, diligências e sindicâncias.



QUER SABER +?

NOTIFICAÇÃO

[...] procedimento administrativo processual mediante o qual é dado conhecimento ao profissional, pessoa física, ou à(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 efetuada por escrito, em documento próprio, dirigida ao Enfermeiro RT e ao representante legal da instituição que assinará as duas vias datadas, ficando a primeira em poder do notificado e a segunda será devolvida ao Conselho de Enfermagem.

De acordo com a Resolução Cofen 518/2016 (p.26), 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.

As irregularidades apontadas no relatório deverão ser discutidas pelo Enfermeiro RT com a equipe de Enfermagem para que haja a correção e, ao mesmo tempo, sirva de reflexão sobre a prática. É importante que seja elaborado um relatório, devidamente assinado e encaminhado ao Coren dentro dos prazos legais estipulados, e indicando quais medidas foram tomadas para correção das irregularidades.



***O Coren pode marcar
horário para fiscalizar?***

Nenhum órgão fiscalizatório realiza agendamento prévio, mas isso não deve acarretar prejuízo ou danos na assistência prestada. Na perspectiva do respeito entre os envolvidos, poderá haver uma pactuação prévia, tornando a fiscalização mais produtiva.

Durante a leitura deste Guia de Boas Práticas, você verificará a importância e o significado de ser/estar Enfermeiro RT, dos instrumentos e dispositivos disponíveis, da necessidade de repensar as ações consideradas “irregulares” em uma perspectiva educativa, que promova práticas que qualifiquem a assistência e, conseqüentemente, garantam a segurança dos profissionais de Enfermagem e dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. BONELLI, M. G. “As Ciências Sociais no Sistema Profissional Brasileiro”. BIB, Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, n. 36, 1993, pp. 31-61.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas de promoção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Último acesso: 13/05/2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 204, p. 48, 24 out. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 12/06/2017.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz e Conselho Federal de Enfermagem: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>. Último acesso: 13/05/2017.
5. BAREMBLITT, G. Compêndio de Análise Institucional: teoria e prática. 6 ed. Belo Horizonte: Fundação Gregório Barenblitt/Instituição Félix Guattari, 2012.
6. BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - Cofen. Resolução nº 518 de 2016. Altera o Item XII - “Situações previsíveis e condutas a serem adotadas” do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se “Quadro de Irregularidades e Ilegalidades”, anexo da Resolução Cofen nº 374/2011. 2016.
7. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.
8. BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Último acesso em: 13/05/2017.

9. BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ decreto/1980-1989/D94406.htm>. Último acesso em: 13/05/2017.
10. BRASIL. Decreto nº 60.900, de 26 de junho de 1967. EMENTA: Dispõe sobre a vinculação das entidades da Administração Indireta e dá outras providências.
11. BRASIL. Decreto no. 74.000, de 30 de abril de 1974: Dispõe sobre a vinculação de entidades e dá outras providências.
12. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – Cofen. RESOLUÇÃO Nº 374/2011. Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências.
13. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma Ata, 1978.
14. KELSEN, Hans. Teoria Pura do Direito, Martins Fontes, São Paulo, 1987, p. 240.
15. LORENZETTI, J. A nova lei do exercício profissional da Enfermagem: uma análise crítica. In: Rev. bras. enferm. v.40 n.2-3 Brasília Abr./Set. 1987.
16. MEIRA, M.D; KURCGANT, P. O desenvolvimento de competências ético-políticas segundo egressos de um Curso de Graduação em Enfermagem. In: Rev Esc Enferm USP 47(5):1211. 2013.
17. MELLO, G. A. et al. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. In: Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009
18. PORTO, A.R. O empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar. Dissertação de Mestrado apresentado a Universidade Federal de Pelotas. 2011.

2. GERÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Neste capítulo, abordaremos questões que envolvem gerência, supervisão de Enfermagem e planejamento como ferramentas de organização do processo de trabalho, bem como, os instrumentos que oferecem suporte operacional.

GERENCIAR: QUEM? COMO? O QUÊ?

Para falar em gerenciamento, é importante relembrar o que é administração. Grandes nomes estão relacionados a essa ciência e muitas variáveis foram utilizadas com base em cada teoria. Aqui selecionamos as contribuições de Frederick Winslow Taylor, por meio da Administração Científica com ênfase nas tarefas, e Henri Fayol, por meio da Administração Clássica, com destaque na estrutura. Suas preocupações foram definir o conceito de Administração (prever, organizar, comandar, coordenar e controlar) e os princípios gerais como procedimentos universais a serem aplicados a qualquer tipo de organização ou empresa (CHIAVENATO, 2003).



Por que Administração é uma importante ciência para a Enfermagem?

Não é nosso objetivo o aprofundamento da Teoria Geral de Administração, mas cabe aqui um destaque importante de que o Enfermeiro deve utilizar instrumentos da Administração, bem como ter em mãos os recursos físicos, materiais, humanos, tecnológicos e informações e transformá-los utilizando do ciclo organizacional de planejamento, organização, direção e controle para atingir resultados. A partir dos planos de trabalhos desenhados, os profissionais da Enfermagem traçam seus passos de ação conduzindo as técnicas da melhor forma possível para cada usuário.



O que é gerenciamento?

Apesar da importância destes instrumentos, há uma crise desse paradigma gerencial tradicional (modelo racional), o que gera estruturas fixas, permanentes e rígidas.

Segundo Motta (1998), gerenciar é pensar, decidir, agir, fazer acontecer para obter resultados. Para Willig & Lenardt (2002), gerenciar é,

Estar com as pessoas. O processo relacional acontece na interação chefia-equipe, no qual o gerente atua como mediador, compartilha e estimula a participação do pessoal de Enfermagem nos processos decisórios, propõe desafios e não respostas prontas, e divide o poder e o status. Estes comportamentos geram o comprometimento da equipe e, conseqüentemente, a melhoria do cuidado ao paciente (p. 24).

A gerência é inerente ao trabalho do Enfermeiro. Ela não é aplicada somente no serviço burocrático; aplica-se, também, na assistência individual e coletiva.

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem devem ser considerados sujeitos sociais em ação. Alguns autores consideram que essa equipe é um coletivo organizado que presta assistência integral à população, mas, para tal, essa equipe necessita ser planejada, estruturada, organizada, atingindo sua finalidade.

Notamos que as teorias clássicas da administração não satisfazem as reais necessidades da gerência da Enfermagem. Hoje, o diálogo, a participação nas decisões, com debates e críticas construtivas, apresenta tendência de uma gerência ética e transparente.

Dessa forma, a utilização do gerenciamento participativo busca a descentralização do poder decisório. O advogar da descentralização do poder decisório é uma estratégia a ser adotada pelo Enfermeiro, na busca pela transformação do processo gerencial. Exemplo: escala de trabalho compartilhado com a equipe de Enfermagem denota a valorização dos profissionais e o resultado gera satisfação.

QUAIS SÃO AS NOVAS LINHAS CIENTÍFICAS QUE NOS LEVAM AO RACIOCÍNIO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO?

Segundo Cecílio (2009, p. 548), a gestão do cuidado envolve seis dimensões, dentre as quais destacaremos três, a saber:

1- A **dimensão profissional do cuidado** é aquela que se dá no encontro entre profissionais e usuários (dinâmica de relacionamento).

Segundo o autor, esta dimensão é regida por três elementos principais:

- a. Competência técnica profissional
- b. Postura ética profissional
- c. Capacidade de construir vínculos com quem precisa de seus cuidados

2- A **dimensão organizacional do cuidado** é aquela que se realiza nos serviços de saúde e evidencia novos elementos como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial (dinâmica em equipe).

3- A **dimensão sistêmica do cuidado** é aquela que trata de construir conexões formais regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado no sentido de garantir a integralidade do cuidado (dinâmica em rede).

QUAIS SÃO OS INSTRUMENTOS PARA GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM?

Vários são os instrumentos que podem ser utilizados pelo Enfermeiro, os quais destacamos: realização de diagnóstico, liderança da equipe, comunicação, realização do plano de ação, dentre outros.

Outros instrumentos indispensáveis para toda a equipe são: planejamento, avaliação do método científico ou de problema, observação, trabalho em equipe, destreza manual e criatividade.

Salientamos, ainda, a importância da comunicação para assistência de qualidade e para proteção do profissional.

- Como se faz comunicação na Enfermagem?
- Qual sua importância?
- O que pode resultar com uma comunicação mal realizada?
- A comunicação na Enfermagem é registrada?



Comunicação adequada é uma contribuição importante para o cuidado de Enfermagem

COMUNICAÇÃO ESCRITA

Segundo Santos e Bernardes (2010), a comunicação escrita deve ser exata e descrever a realidade em que o fato ocorreu e/ou foi percebido/sentido.

Registros ou anotações são formas de comunicação escrita, de informações pertinentes ao cliente e aos cuidados realizados. Os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado. É necessário que os registros sejam redigidos de forma a retratar a realidade, possibilitando uma comunicação fidedigna e a continuidade do cuidado com facilidade, constituindo registros adequados para pesquisa, auditorias, processos jurídicos e planejamentos futuros.



- **Clareza e objetividade para que a mensagem implique uma resposta**
- **Precisão para que o outro compreenda o que se está pensando**
- **Persuasão para obter a colaboração e respeito esperados**

ONDE REGISTRAR?	O QUE REGISTRAR?
Livros de ocorrências	<ol style="list-style-type: none"> 1. As intercorrências do período; 2. aspectos relevantes para continuidade do serviço.
Livro de reuniões de equipe de Enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reuniões mensais, semanais etc.
Livro registro de ações coletivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reuniões na comunidade, escolas, e outros equipamentos.
Escala de Enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escala de atribuições (mensal, diária); 2. escala de sítios funcionais.
Prontuário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Do usuário: todo atendimento prestado; 2. do funcionário: da vida funcional relacionada à Enfermagem.

Fichas de produção	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sala de vacina: estoques, vencimento imunobiológicos, ficha espelho, faltosos; 2. vigilância em Saúde: notificações realizadas, dados da visita domiciliária, dados das campanhas; 3. grupos em creche, em escolas, na unidade; 4. atendimentos: consultas campanhas; supervisões, procedimentos, visita domiciliária, outros.
Materiais de consumo da Enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controle de utilização dos materiais/insumos utilizados pela Enfermagem; 2. débitos e necessidades.
Obs.: hoje todos esses dados podem ser inseridos em memória eletrônica	

COMUNICAÇÃO ORGANIZADORA DE PROCESSOS

Esses instrumentos são de grande valia para o processo educativo e de formação, qualificando o serviço são instruções formativas, pertinentes aos objetivos do serviço, para que as tarefas e processos de trabalho sejam executados garantindo boa supervisão, treinamentos e, conseqüentemente, bons resultados.

INSTRUMENTOS

Manuais	<p>Reúnem informações sistematizadas sobre normas, rotinas, procedimentos e outros documentos necessários para execução das atividades de Enfermagem. São informações escritas que orientam os profissionais no desempenho de suas funções e devem servir como instrumento facilitador das ações.</p> <p>Como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manual de normas → administrativas e disciplinares;• manual de procedimentos técnicos;• manual de rotinas dos setores.
Protocolos	<p>Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.</p> <p>Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes da Enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.</p> <p>Um protocolo contém vários procedimentos. (Coren-SP, 2015).</p>

<p>Procedimentos Operacionais Padrão (POP)</p>	<p>São descrições minuciosas da execução de um cuidado de Enfermagem direto (assistencial) ou indireto.</p> <p>Detalham os passos a serem executados e os materiais a serem utilizados.</p> <p>Devem ser elaborados dentro dos princípios da prática baseada em evidências.</p> <p>O POP deve ser de fácil entendimento para que todos possam saber o que, como e quando fazer. (Coren-SP, 2015.)</p>
--	---

REFERÊNCIAS

1. CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Llitch, por Leon Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. In: Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.545-55, 2009.
2. CHIAVENATO, I. Teoria Geral da Administração. 7ª Ed. São Paulo: Editora Campus, 2003.
3. CONSELHO REGIONAL DE Enfermagem-SP. Guia para construção de protocolos assistenciais de Enfermagem. 2015.
4. MOTTA, P. R. Gestão Contemporânea: a ciência e arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1998.
5. SANTOS, M.C, BERNARDES, A. Comunicação da equipe de Enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. In: Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS), 2010.
6. WILLIG, M. H.; LENARDT M. H. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. In: Cogitare Enfermagem, v.7, n.1, 2002.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Neste capítulo abordaremos o Processo de Enfermagem (PE) para a prática clínica do Enfermeiro na Atenção Básica. É importante destacar a utilização da clínica ampliada para nortear a atuação do Enfermeiro, não somente na abordagem do cuidado centrado no indivíduo, mas também, no âmbito familiar e coletivo.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM PODE SER UTILIZADO NA ATENÇÃO BÁSICA?

Segundo Barros et al, 2015, uma das dificuldades de operacionalizar o PE é [...] *a visão de que o Processo de Enfermagem só pode ser bem desenvolvido em ambientes hospitalares* (p. 55). Aliado a esta compreensão e à especificidade do papel do Enfermeiro na Atenção Básica, muitos poderão afirmar que não é possível realizar o PE nesse espaço.

Qual
a diferença
entre...

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): [...]

organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem [...]

Processo de Enfermagem (PE): [...]

ferramenta metodológica que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.



Para saber mais sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, leia a Resolução COFEN nº 358 de 2009.

A Resolução Cofen nº 358 de 2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências.

Aqui, mais precisamente, queremos reiterar o que será tratado no Capítulo 5 - Registros de Enfermagem – quando se apresentarão as particularidades do atendimento na Atenção Básica. Estas particularidades são consideradas por nós como determinantes das diferenças do PE a ser desenvolvido pelo Enfermeiro na Atenção Básica.



Quais são as especificidades do atendimento na Atenção Básica?

Na Atenção Básica, não se atende somente um indivíduo doente (órgãos biologicamente adoecidos). O processo saúde-doença tem outra complexidade, que envolve o social e o subjetivo, e exige outras ferramentas, como a escuta qualificada e a clínica ampliada.

Por essa razão, o atendimento não se esgota em uma única vez (é um processo longitudinal) e não há uma alta programada no serviço. Os registros são de uma equipe multiprofissional e o Enfermeiro é um dos componentes dessa equipe, havendo uma interdependência entre os mesmos para ações coletivas e realizações de planos de cuidados, que não são, necessariamente, individuais.

Assim a abordagem será orientada por projetos terapêuticos (individuais e coletivos), uma assistência que é longitudinal (não contempla um momento único de encontro que se “faz o PE, evolui e prescreve”), além, de um trabalho realizado em equipe multiprofissional, discutido e articulado com outros setores que não somente a saúde.

Essa especificidade, no entanto, não pode ser um fator que limita o olhar deste profissional para sua utilização, como ferramenta intelectual, facilitadora do desenvolvimento do raciocínio clínico, pensamento crítico e reflexivo do Enfermeiro. Dessa forma, realizar o PE requer olhar para tal especificidade, considerar a Clínica Ampliada (BRASIL, 2016) desenvolvida pelo Enfermeiro e ser propositivo em relação ao PE na Atenção Básica.

Ao realizar o PE envolvendo abordagens de projetos terapêuticos coletivos para usuários e comunidade, é importante salientar que grupos que têm a mesma característica clínica (sem a perda da singularidade dos sujeitos) podem ser contemplados com o PE coletivo (ex: grupo de hipertensos, diabéticos, ações em território, etc.).

DE QUE CLÍNICA ESTAMOS FALANDO?

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um profissional prescrevendo algum remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese de o usuário ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isto, pois todos nós sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras.

De acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2007), a Clínica Ampliada é:

- *um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular;*
- *assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde;*
- *buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade;*
- *reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, [...];*
- *assumir um compromisso ético profundo.* (BRASIL, 2017, p. 12-13).

O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, as causalidades externas que o levaram à condição de doença.

QUAIS AS ESPECIFICIDADES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA?

O Histórico de Enfermagem na Atenção Básica, foge do tradicional *checklist* de dados do usuário, realizado em todas as consultas. Ex: onde mora, se é tabagista, se mora sozinho, etc.

Entende-se, também, que não há necessidade de que todos os dados sejam coletados no primeiro contato, como, por exemplo, dados sobre a vida sexual, pois várias informações podem ser coletadas ao longo do acompanhamento do usuário, uma vez que o cuidado é longitudinal.

Uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do sujeito e proporciona a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que os determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura: autonomia. (BRASIL, 2007)

O exame físico na Atenção Básica também não acontece de forma completa a cada consulta e nem são abordados todos os sistemas na primeira consulta, uma vez que a clínica não é direcionada aos órgãos (corpo biológico). Por isto, o Enfermeiro trabalha outras referências para além do biológico como o social e o subjetivo, o que requer outras competências clínicas e não prioriza o exame físico necessariamente, que embasa um adoecimento físico.

*Não é estranho falarmos e identificarmos no cotidiano do mundo do trabalho em saúde as práticas de cuidado orientadas pela **clínica do corpo de órgãos**, e a maneira com que cada uma das profissões de saúde – algumas desenhadas já no século XIX, nas sociedades ocidentais – as praticam. [...] seja na medicina, Enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, odontologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, e até na recente educação física, vemos que o modo como as diferentes profissões da saúde olham o campo do cuidado, onde atuam, é fundamentado pela compreensão de que a doença, enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico de órgãos, disfuncionalizando-o como normal, é uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo. (MERHY, 2009, p. 282). Grifos nossos.*

Muitas vezes, é necessário construir vínculo para realização de exames mais invasivos, respeitando a individualidade e o direito a não exposição do usuário.

Por essa especificidade, também o diagnóstico de Enfermagem na Atenção Básica direciona o cuidado à pessoa, família ou comunidade e não somente a um indivíduo doente. Ele pode ser descrito a curto, médio e longo prazo, não havendo um número mínimo ou máximo de diagnóstico a ser anotado. Recomendamos que, preferencialmente, sejam apontados os diagnósticos de curto prazo e, conforme a evolução do caso, o Enfermeiro deverá avançar para os diagnósticos de médio e longo prazo.

A prescrição de Enfermagem na Atenção Básica nada mais é do que o planejamento e implementação do cuidado, necessitando para sua descrição pactuar com o usuário as metas a serem alcançadas por ele. A prescrição não deve ser algo passivo e robotizado (esse é o momento mais ativo do Processo de Enfermagem), pois quanto mais consciência o usuário tiver do objetivo a ser alcançado, melhores serão os resultados.

A evolução ou avaliação de Enfermagem na Atenção Básica é o momento de reavaliação da efetividade do cuidado e não existe um período fechado de 24 horas para este procedimento, como no caso do hospital. O usuário é reavaliado conforme as metas pactuadas no seu último atendimento com o Enfermeiro, dentro da longitudinalidade da assistência.

Essa evolução não necessariamente é continuada pelo mesmo Enfermeiro, podendo estar intercalada com uma consulta médica e, neste caso, a evolução será a partir da consulta médica realizada, entendendo que existe uma continuidade do cuidado, independente do profissional que dará sequência ao acompanhamento.



Por que devemos conhecer as Teorias de Enfermagem?

Segundo Cubas e Santos (2012), as Teorias de Enfermagem são consideradas como instrumentos de trabalho e devem ser articuladas com as realidades nas quais são construídas, elaboradas e aplicadas.

Além de ser um produto que leva à reflexão profissional e melhora da qualidade da assistência, representa também a intersecção com o conhecimento científico, podendo estar conectado entre elas.

O QUE É REGISTRO CLÍNICO ORIENTADO POR PROBLEMAS (RCOP)?

Uma forma de registro considerada bastante efetiva para a prática clínica em Atenção Primária à Saúde (APS) é o “Registro Clínico Orientado por Problemas’ (RCOP), uma adaptação do ‘Registro Médico Orientado por Problemas’ (originalmente criado para o ambiente hospitalar) e seu componente denominado ‘SOAP’ (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano), divulgado em 1968-69 a partir dos trabalhos de Lawrence Weed” (RAMOS, 2008, p. 126).

O **RCOP**, apesar de ter origens na área médica, pode ser adaptado e utilizado por todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, permitindo a padronização das notas clínicas e potencializando o trabalho e a comunicação em equipe.

O **RCOP** possui três áreas fundamentais para registro das informações clínicas: a base de dados da pessoa a lista de problemas e as notas de evolução clínica (notas SOAP). Se bem utilizado, é um método eficiente para a recuperação rápida das informações clínicas de uma pessoa, garantindo continuidade articulada de cuidados em equipe dentro da APS (RAMOS, 2008, p. 126).

O QUE SÃO AS NOTAS DE EVOLUÇÃO “SOAP”?

A estrutura das notas de evolução no **RCOP** é formada por quatro partes detalhadas a seguir, conhecidas por **“SOAP”**, que corresponde à sigla (originalmente em inglês) para “Subjetivo”, “Objetivo”, “Avaliação” e “Plano” (CANTALE, 2003):

“Subjetivo” (S)

Nesta parte, anota-se informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema/necessidade de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressas pela pessoa que está sendo cuidada.

“Objetivo” (O)

Aqui anota-se dados positivos e negativos (que se configurarem importantes) do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis.

“Avaliação” (A)

Após a coleta e o registro organizado dos dados e informações subjetivas (S) e objetivas (O), o profissional de saúde faz uma avaliação (A) mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o. Nesta parte poderá, se for o caso, utilizar algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo, o CIAP (WONCA, 2009).

“Plano” (P)

A parte final da nota de evolução SOAP é o plano (P) de cuidados ou condutas, que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada.

O parecer Coren-SP nº 056/2013 dispõe sobre a utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem e considera que o método SOAP baseia-se num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de Enfermagem, assim sendo, contempla o Processo de Enfermagem e pode ser utilizado para registro no prontuário (Coren-SP, 2013).



Para saber mais sobre o Registro Clínico Orientado por Problemas, pesquise:

Gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: DEMARZO, M.M.P. et al. Gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde. UNASUS/UNIFESP. Biblioteca virtual. Modulo politico gestor/Unidade_10. P. 169-193.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – Material de apoio, 2007. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Último acesso: 13/05/2017.
2. _____, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO nº 358 de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009.
3. CANTALE, C.R. História Clínica Orientada a Problemas. University of Southern California, 2003, p.7.
4. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer Coren-SP nº 056/2013. Dispõe sobre a utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_056.pdf. Último acesso: 13/05/2017.
5. CUBAS, M.R; SANTOS, A.S. Saúde Coletiva: linhas de cuidado e consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
6. De BARROS A.L.B.L. et al. Processo de Enfermagem: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: Coren-SP. 2015.
7. MERHY, E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. LUGAR COMUM Nº27, 2009. pp. 281- 306.
8. RAMOS, V.A. Consulta em 7 Passos. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda., 2008, p.126.
9. WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians*). Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2009, p.200.

4. A IMPORTÂNCIA DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA DE ENFERMAGEM

Neste capítulo trataremos sobre a importância da responsabilidade técnica exercida pelo Enfermeiro Responsável Técnico (RT), que, dentre outras atribuições, possui o dever ético de cumprir com a qualidade do cuidado prestado, mas, sobretudo, com o dever de zelar pela imagem da profissão, caso exista algum tipo de infração que prejudique a assistência ao usuário.

QUEM É RESPONSÁVEL TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO?

De acordo com a Lei nº 7.498/86, todos os Enfermeiros possuem responsabilidade técnica dos serviços de Enfermagem, sendo a responsabilidade técnica uma atribuição específica e inerente ao profissional Enfermeiro. É ele quem responde tecnicamente pela qualidade da assistência de serviços prestados por toda a sua equipe.

E QUEM SÃO OS ENFERMEIROS RTs PERANTE O COREN?

São os Enfermeiros que possuem Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) no Coren-SP. Ele representará todos os outros responsáveis técnicos da instituição.

O artigo II, inciso IV da Resolução Cofen nº 458/2014 preconiza Enfermeiro Responsável Técnico (ERT):

[...] profissional de Enfermagem de nível superior, nos termos da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem, a ART.

O ART representará todos os outros responsáveis técnicos da instituição.

Qual a diferença entre...

RT (Responsável Técnico): qualquer Enfermeiro, mas geralmente designa àquele que possui ART.

ART (Anotação de Responsabilidade Técnica): documento oficial emitido pelo Coren, que se encarrega de definir quem são os responsáveis técnicos por determinado serviço.

O ENFERMEIRO COM ART RESPONDE PELOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR OUTROS PROFISSIONAIS DA SUA EQUIPE?

Não. Toda a equipe é responsável pelo cuidado prestado, mas cada um responderá pela sua participação na assistência realizada. Assim sendo, se houver negligência, imprudência e/ou imperícia nas ações desenvolvidas pelo profissional, ele responderá individualmente pelas suas consequências. Cabe aos Enfermeiros a responsabilidade de supervisionar a conduta de cada membro da equipe.

CASO EU NÃO FAÇA MAIS PARTE DA INSTITUIÇÃO, PRECISO DAR BAIXA NA ART?

Sim. É necessário dar baixa para não responder civilmente e penalmente pelos atos praticados na instituição, nos quais ainda conste seu nome como Enfermeiro ART.

O Enfermeiro que deixar de exercer a atividade como Responsável Técnico na instituição deverá comunicar seu afastamento ao Coren-SP, seguindo orientações contidas no respectivo site.

OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PODEM ATUAR COM AS INSCRIÇÕES VENCIDAS OU CANCELADAS?

Não. Os Enfermeiros – que são também responsáveis técnicos - devem comunicar imediatamente o Responsável Legal da instituição para providências imediatas e manter esse profissional afastado das atividades de Enfermagem até a sua regularização, tendo o cuidado de não o desviar da sua função (cargo).

COMO ENFERMEIRO GESTOR DEVO TER ART?

Não. O objetivo da ART é representar a categoria profissional diante do Coren-SP, pois está ligada diretamente à assistência prestada, o que não ocorre com o gestor de Enfermagem. Não obstante, isso não é impeditivo de um gestor ter a ART.

COMO O ENFERMEIRO RT PODE AUXILIAR NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM?

O Enfermeiro RT deverá elaborar em conjunto com os demais envolvidos na assistência ao usuário as rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na instituição. É necessário que essas normas sejam revisadas sempre que necessário, e disponibilizadas a todos os profissionais da instituição.

O ENFERMEIRO RT É REPONSÁVEL POR REALIZAR O DIMENSIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO?

Os Enfermeiros RT, em conjunto com os demais Enfermeiros, devem realizar o dimensionamento da sua instituição/serviço conforme Resolução Cofen 509/2016. O dimensionamento tem por objetivo garantir a segurança e a qualidade de assistência ao usuário.

No caso de déficit no número de profissionais, o Enfermeiro RT deverá descrever as providências tomadas e/ou apresentar a proposta de adequação diferenciada por categoria profissional, encaminhando ao Responsável Legal.

É importante que o dimensionamento seja mantido sempre atualizado.

O ENFERMEIRO RT É O ÚNICO RESPONSÁVEL PELA IMPLANTAÇÃO DA SAE DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO?

Não. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem são atividades privativas do Enfermeiro, conforme a Resolução Cofen 358/2009, que deve utilizar método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando

ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Sendo assim, cabe a todos os Enfermeiros a implantação da SAE, como um instrumento de garantia da qualidade da assistência de Enfermagem.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE É RESPONSABILIDADE SOMENTE DO ENFERMEIRO RT?

Não. O Enfermeiro RT, em conjunto com os outros Enfermeiros da instituição/ serviços, deve promover a capacitação constante dos membros da equipe. As capacitações devem ser registradas contendo datas, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e formação/capacitação profissional do instrutor e lista de participantes.

A SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DEVE SER GARANTIDA SOMENTE PELO ENFERMEIRO RT?

Não. O responsável pela instituição em conjunto com os Enfermeiros e Enfermeiro RT deve oportunizar a imunização preconizada e outros imunobiológicos, bem como os equipamentos de proteção individual (EPI), conforme a NR 32. A falta da proteção dos profissionais de Enfermagem deverá ser informada e documentada aos responsáveis legais pela instituição/ serviços.

O ENFERMEIRO RT É O ÚNICO RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS PELA EQUIPE?

Não. Todo Enfermeiro RT tem o dever de fazer cumprir as Anotações de Enfermagem de forma clara, objetiva e precisa, com letra legível e sem rasuras.

A Resolução Cofen nº 514/2016 apresenta um Guia de Recomendação para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de Enfermagem, discutindo partilha das informações, garantia da qualidade, relatório permanente, evidência legal, ensino e pesquisa e auditoria.

CABE SOMENTE AO ENFERMEIRO RT CONHECER A LEGISLAÇÃO DE ENFERMAGEM?

Não. Compete a todos os profissionais (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) conhecer a legislação da Enfermagem, como as Resoluções do Cofen, Decisões, Pareceres, Orientações fundamentadas do Coren-SP, dentre outros, e cumpri-las.

O QUE O ENFERMEIRO RT DEVE FAZER APÓS RECEBER A AUTUAÇÃO DO COREN?

O Enfermeiro RT deverá compartilhar com todos os Enfermeiros da instituição a notificação do Coren-SP e, em conjunto, desenvolver um plano de ação para resolução das inconformidades apontadas.

Para o plano de ação, recomenda-se as seguintes informações, com base na Resolução Cofen nº 518/2016:

PLANO DE AÇÃO PARA CORREÇÃO DAS IRREGULARIDADES					
O QUÊ	POR QUÊ	COMO	ONDE	QUEM	QUANDO
Descrição da ação a ser implantada para a correção de uma determinada irregularidade	Razão do desenvolvimento da ação	Procedimentos para o desenvolvimento da ação	Em qual local será desenvolvida a ação	Quem será responsável pela ação	Prazo para a execução da ação

Modificado a partir do item II – Situações previsíveis e condutas a serem adotadas do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, XII – Quadro de irregularidades e ilegalidades da Resolução nº 518/2016.

A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO RT QUANTO AO SEU PAPEL

Exemplo: A *Unidade Básica de Saúde no interior de São Paulo* conta com quatro equipes de Saúde da Família e mais uma Enfermeira Responsável Técnica, totalizando cinco. No início do mês passado, a Enfermeira Maria (RT) foi procurada pela gestora da unidade, pois recebeu uma ficha de sífilis congênita do Hospital da Cidade e pediu que ela verificasse.

Enfermeira Maria levanta o prontuário e verifica que: a senhora RSG, primigesta, iniciou o pré-natal na Unidade com 24 semanas, realizou os exames e tinha um resultado de VDRL positivo, anotado no prontuário pela Enfermeira Regina, a qual realizou o pré-natal. Maria elaborou o relatório e encaminhou para a gestora. Esta, após alguns dias, chega para Maria com uma advertência e coloca na justificativa que a Secretária de Saúde mandou punir o responsável, pois tinha sido descaso e, como ela era RT, seria a responsável pela Enfermeira Regina.

Enfermeira Maria calmamente explica para a gestora qual é sua responsabilidade, mostra a legislação do exercício profissional e o papel do RT e explica claramente que todos os profissionais de Enfermagem são responsáveis diretos pelos seus atos e esclarece que a Enfermeira Regina passou pelo treinamento realizado pela unidade sobre sífilis congênita, ministrado pela própria RT, e mostrou a documentação.

Depois dessa conversa, a gestora compreende melhor o papel da Enfermeira RT e agenda com a Enfermeira Maria para que esta apresente na próxima reunião geral da Unidade o papel de responsabilidade técnica de todos os profissionais de Enfermagem e pedirá à SMS que faça o mesmo na próxima reunião de gerente.

Como verificamos no caso acima, a falta de esclarecimento da função do Enfermeiro RT não é só da equipe de Enfermagem, sendo também dos níveis centrais de gestão.

Qual poderia ter sido o desdobramento deste caso se a Enfermeira Maria não conhecesse e tivesse toda a legislação sobre o papel da Enfermagem? Você, no lugar dela, agiria de forma diferente?

O empoderamento da Enfermeira Maria sobre sua função na Unidade propiciou não só que ela pudesse se respaldar e esclarecer que não tem função punitiva, mas sim educativa e solidária, uma vez que a gestão de recursos humanos visa garantir assistência segura e de qualidade para os usuários.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 518 de 2016. Altera o Item XII - “Situações previsíveis e condutas a serem adotadas” do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se “Quadro de Irregularidades e Ilegalidades”, anexo da Resolução Cofen n° 374/2011. 2016.
2. BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO n° 514 de 2016. Guia de Recomendação para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de Enfermagem. 2016.
3. BRASIL CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO n° 458 de 2014. Normatiza as condições para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico. 2014.
4. BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO n° 509 de 2009. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico. 2009.
5. BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO n° 358 de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009.
6. RESOLUÇÃO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM N° 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
7. BRASIL. Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <[http:// www.planalto.gov. br/ccivil_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm)>. Último acesso em: 13/05/2017.

8. BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Último acesso em: 13/05/2017.
9. BRASIL, COREN – DF. Manual de normas e Procedimentos de Responsabilidade Técnica. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2014/02/manualrt.pdf>. Acesso em 11.05.2017.
10. BRASIL, COREN - MG. Enfermeiro Responsável Técnico (RT): Legislações, orientações e informações básicas em Minas Gerais. Disponível em: http://www.corenmg.gov.br/anexos/enfermeiro_rt.pdf Último acesso: 13/05/2017.

5. REGISTROS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Neste capítulo trataremos sobre a importância do registro adequado no prontuário do usuário e outros documentos de Enfermagem, não apenas na perspectiva da fiscalização, mas, sobretudo, no que diz respeito à segurança do paciente e ao desdobramento para continuidade da assistência.

POR QUE DOCUMENTAR?

Os registros realizados pela equipe de Enfermagem (Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre os atendimentos e cuidados prestados aos usuários, família e comunidade, mantendo assim uma boa comunicação com os demais membros da equipe de saúde, direcionando os cuidados a serem prestados.

Além disso, segundo a Resolução Cofen 514/2016, os registros realizados no prontuário do paciente é documento legal de defesa dos profissionais, [...] *pois refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de Enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente* (p. 9).

TUDO O QUE É REGISTRADO TEM VALIDADE LEGAL?

Para ser considerada autêntica e válida, a documentação de Enfermagem deverá estar legalmente constituída, ou seja, possuir assinatura do autor do registro e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental. As declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou, fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos (Cofen, 2016; Coren-SP, 2009).

O QUE É PRONTUÁRIO?

A palavra prontuário deriva do latim *promptuariu* que significa lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento (Cofen, 2016, p. 9).

Segundo Mesquita e Deslandes (2010), prontuário é uma construção coletiva em um universo de linguagens e de relações complexas entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram as equipes de saúde, no sentido de dar transparência aos procedimentos realizados na assistência aos usuários dos serviços, melhorando a qualidade e a eficácia da atenção ao usuário, família e comunidade.

Para o Ministério da Saúde (2000), o prontuário é um acervo documental padronizado, organizado e conciso que guarda registros relacionados aos cuidados prestados ao paciente, família e toda documentação relacionada à assistência.



O Código de Ética de Enfermagem ressalta a importância do registro adequado.

O QUE A ATENÇÃO BÁSICA DEVE CONSIDERAR NOS SEUS REGISTROS E ANOTAÇÕES?

Conforme verificamos no capítulo I, a Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada prioritária do sistema de saúde, fundada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por atributos essenciais a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção (STARFIELD, 2002).

No que se refere ao atributo integralidade da atenção, é importante destacar que a AB apresenta um cardápio de serviços disponíveis e prestados no cuidado e na assistência direcionados ao indivíduo, família e comunidade, de modo a proporcionar todos os cuidados de atenção à saúde em rede.

No tocante à longitudinalidade da assistência, na AB atendemos o indivíduo, a família e a comunidade de forma contínua e processual, caracterizando uma relação terapêutica e com vínculo, envolvendo equipe multiprofissional.

Desta forma, o registro na AB apresenta várias particularidades, a saber:

- não se esgota em um único atendimento;
- paciente não tem alta no serviço;
- os registros no prontuário são multiprofissionais, ou seja, há interdependência entre os componentes da equipe de saúde para as ações coletivas;
- os planos de cuidado são individuais e/ou coletivos, construídos pela equipe multiprofissional;
- o atendimento da demanda espontânea pode ser focado na queixa e conduta.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

As Anotações de Enfermagem têm o objetivo de fornecer dados que subsidiarão o Enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição de Enfermagem; permitindo refletir sobre os cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem. (Cofen, 2016).

Além disso, as Anotações de Enfermagem têm como objetivo assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e possibilitar a continuidade do processo de trabalho multiprofissional, garantindo segurança para o usuário e respaldo do ponto de vista legal e ético (DRAGANOV & REICHERT, 2007).



Existem regras para se elaborar uma Anotação de Enfermagem?

Sim, existem regras importantes, estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (2016), que:

- devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro;
- não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;

- devem conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- devem, ainda, conter as respostas do usuário frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- não devem conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- devem conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- devem ser referentes aos dados simples, pois não é correto, por exemplo, o Técnico ou Auxiliar de Enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do usuário, como abdome distendido, timpânico, pupilas isocóricas, etc., visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do Enfermeiro.



É importante que todos os profissionais de Enfermagem após o registro de suas ações:

- identifiquem a ação com o seu nome, n° do registro no Coren-SP; não é obrigatório o uso do carimbo;
- identifiquem a ficha de Anotação de Enfermagem com o nome do usuário, além da data e hora;
- o registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos Cuidados de Enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional;
- o registro deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para auditoria em Enfermagem;
- o registro deve fazer parte do prontuário e servir de fonte de dados para processo administrativo, legal, de ensino e pesquisa;
- os registros podem ser do tipo: manual, escrito à tinta e nunca a lápis; ou eletrônico, de acordo com a legislação vigente.

O Enfermeiro deve adotar estratégias para desenvolver, na equipe, habilidades que garantam a excelência das Anotações de Enfermagem, assegurando uma assistência eficaz e isenta de riscos e danos ao paciente. (Coren-SP, 2009)

Na Atenção Básica, existem diferentes interpretações sobre as diferenças entre Anotação e Evolução de Enfermagem, a seguir apresentamos um resumo das principais diferenças:

ANOTAÇÃO	EVOLUÇÃO
Dados brutos	Dados interpretados e processados
Elaborada por toda equipe de Enfermagem (Enfermeira, Técnico e Auxiliar de Enfermagem)	Elaborada apenas pelo Enfermeiro
Referente ao momento	Referente ao intervalo do último atendimento até o momento da avaliação seguinte
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise de dados

IMPORTÂNCIA DO REGISTRO E ASSINATURA NO PRONTUÁRIO

Em uma sexta-feira, na UBS de um bairro de periferia de São Paulo, por volta das 11h, Cristina chega com seu filho de 8 meses referindo febre. É atendida pela Enfermeira Marisa, que acolhe a queixa. Na consulta de Enfermagem, Enfermeira Marisa examina a criança e verifica que a temperatura é de 38,5°C. Neste momento, a UBS encontrava-se sem médico, e a Enfermeira, seguindo os protocolos institucionais, descreve todo o exame físico e sintomatologia e prescreve um antitérmico. Identificando a necessidade, encaminha o caso para o primeiro atendimento médico no retorno do mesmo à UBS.

Dr. João retornou por volta das 13h30 muito atrasado. É comunicado sobre o caso e, ao chamar Sra. Cristina e seu filho, não obtém resposta. Mãe e criança haviam se evadido (fato que foi registrado em prontuário).

Terminado o expediente, Enfermeira Marisa se despede da equipe, pois aquele era seu último dia de trabalho, pois sairia de férias a partir da segunda-feira.

No retorno das férias, Enfermeira Marisa tem uma péssima notícia: o filho de Cristina havia falecido no domingo seguinte ao atendimento na UBS. A equipe conta à Enfermeira Marisa que os moradores mais próximos da família culpavam o atendimento da unidade como causa da morte da criança. Classificaram-no como incompleto, consideraram a dispensa incorreta, entre outras acusações.

O fato ganhou grande repercussão, mas a equipe estava respaldada. A Enfermeira Marisa havia deixado tudo anotado: horário da consulta com a Enfermeira, sinais, sintomas, exame clínico, medicação administrada, orientações e, ainda, o nome da criança como a ser atendida primeiro pelo médico.

A população presente que reivindicava o esclarecimento sobre a causa da morte da criança compreendeu que a mãe deveria ter esperado, já que a criança estava medicada.

Após uma semana, a equipe da unidade recebeu um dos moradores presentes no dia da reivindicação, o qual pediu desculpas, pois soube que os pais dormiram em cima da criança e o Instituto Médico Legal (IML) deu como “causa mortis” sufocamento.

O caso acima hipotético citado pelos autores nos leva a refletir sobre a importância do Registro de Enfermagem. Como os profissionais envolvidos poderiam se defender das acusações sem todo o registro adequado?



A documentação do paciente (prontuário) e os demais documentos inerentes ao processo de Cuidados de Enfermagem (livros de ocorrência, relatórios, etc.) constituem a finalização do processo de cuidar do paciente: trazem maior visibilidade à profissão, permitem o planejamento da assistência, refletem a produtividade da equipe, permitem que sejam feitas estatísticas de atendimento, servem de fonte de consulta para inspeção da auditoria de Enfermagem, são provas cabais da jornada de trabalho e, ainda, poderão servir para a defesa ou incriminação de profissionais de saúde (Cofen, 2016).

O USO DO CARIMBO

Nas Anotações de Enfermagem - seja na evolução, na prescrição, em relatórios ou qualquer documento utilizado quando no exercício profissional - é responsabilidade e dever do profissional apor o número e a categoria de inscrição, conjuntamente com sua assinatura.

A Resolução 545/2017, que dispõe sobre a Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais, em seu artigo 5º, trata da obrigatoriedade do uso do carimbo pelo profissional de Enfermagem nas seguintes situações:

- em recibos relativos à percepção de honorários, vencimentos e salários decorrentes do exercício profissional;
- em requerimentos ou quaisquer petições dirigidas às autoridades da autarquia e às autoridades em geral, em função do exercício de atividades profissionais;
- em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO n° 514 de 2016. Guia de Recomendação para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de Enfermagem. 2016.
2. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO n° 545 de 9 de maio de 2017. Dispõe acerca da Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Competência para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família – Médico e Enfermeiro. Brasília, novembro, 2000.
4. BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. n° 358 de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009.
5. DRAGANOV, PB, REICHERT, MCF. Avaliação do padrão dos registros de Enfermagem. In: Rev. Enferm UFPE online. 2007;1(1):36-45.
6. MESQUITA, AMO.; DESLANDES. SF. A Construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde. In: Saúde Soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 664-673, jul. /set. 2010.
7. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

6. VISITA DOMICILIÁRIA NA ATENÇÃO BÁSICA E SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO

Neste capítulo abordaremos a importância da realização da visita domiciliar, pela equipe de Enfermagem e a supervisão da atividade pelo Enfermeiro.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIÁRIA NA ATENÇÃO BÁSICA?

A visita domiciliar está presente nas ações de saúde, desde os primórdios da história: os médicos que visitavam as famílias abastadas no Brasil colonial, as Enfermeiras Obstetras da década de 1950 na Inglaterra; as visitadoras sanitárias do século XX nos centros urbanos do Brasil, que combatiam a tuberculose e outras doenças infectocontagiosas.

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve a ampliação e maior valorização desse dispositivo.



Recomendamos a leitura do artigo de SANTOS & KIRSCHBAUM (2008) que trata da visita domiciliar (VD) como um instrumento importante para prática de Enfermagem na saúde coletiva, e em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF), além de fazer uma revisão bibliográfica da articulação com os diferentes modelos assistenciais adotados no país.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a visita domiciliar compõe parte do processo de trabalho da equipe de saúde (BRASIL, 2012).

A visita domiciliar é um importante instrumento para a equipe de Enfermagem e está associada ao trabalho multiprofissional, sendo uma ferramenta na produção do cuidado.

Qual a diferença entre...

Visita domiciliar e visita domiciliária?

Segundo Egry e Ferreira (2000), o termo “domiciliar” é um verbo transitivo direto que significa “dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio”, enquanto que o termo “domiciliário” é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária.

QUANDO REALIZAR VISITA DOMICILIÁRIA?

A PNAB (2011) define que as ações de saúde da AB devem ser programadas e implementadas a partir das necessidades de saúde da população, com a priorização dos problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.

As visitas deverão ser programadas pela equipe de saúde, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes. (BRASIL, 2013).

A captação para a visita domiciliária pode ocorrer em vários momentos: na consulta de Enfermagem, na realização de procedimentos pela equipe de Enfermagem, no atendimento das equipes, busca ativa, reunião de equipe e durante a busca da família/indivíduo espontaneamente (sem agendamento), pois nestes momentos pode-se identificar alguma situação que requeira acompanhamento/intervenção domiciliária.

IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

A Enfermeira Roberta decidiu fazer uma visita domiciliária à Dona Cecília, devido à ausência de seu filho de 1 ano nas últimas consultas. Ao chegar na casa da paciente, encontra-a chorosa e desanimada. Roberta desconfia que a filha de Cecília, de 16 anos, está grávida. Ela não fez nenhum teste de gravidez.

Cecília é mãe de outras seis crianças. A família mora em uma casa de dois cômodos e, no momento, somente ela está trabalhando, deixando todos os filhos menores com Juliana, enquanto faz faxinas.

Juliana não está frequentando a escola, é resistente a consultas médicas e, segundo a mãe, apresenta várias dúvidas sobre as alterações que tem percebido em seu corpo.

A Enfermeira Roberta, após as ações desenvolvidas no domicílio, retorna à unidade para a discussão de caso em reunião de equipe, na qual foi traçado o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que envolveria toda a equipe.

Esse caso nos leva a refletir sobre a importância da visita domiciliária como um instrumento essencial para acompanhamento e avaliação de situação de risco enfrentado pela pessoa, família e comunidade.

Importante destacar que a Enfermeira realizou um PTS, ou seja:

Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

Geralmente é dedicado a situações mais complexas. [...] Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. (BRASIL, 2008, p. 40).

É importante ressaltar que, ao realizar um PTS, efetua-se um diagnóstico, por meio de uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Também é relevante a busca pelos desejos e interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social (*tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele*).

Do mesmo modo, são definidas metas de curto, médio e longo prazos, que serão negociadas com o usuário doente, pelo membro da equipe que tiver melhor vínculo, dividindo responsabilidades com clareza e reavaliando para que se monitore e discuta a evolução e/ou devidas correções de rumo (BRASIL, 2007).

Você costuma realizar visita domiciliária na unidade onde trabalha? Essas visitas são programadas ou ocorrem eventualmente conforme a necessidade? Que tal conversar com sua equipe para avaliar a necessidade de visita na comunidade a qual atua? Você sistematiza o PTS?

QUAIS SÃO AS ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIÁRIA?

As visitas domiciliárias realizadas pela equipe de Enfermagem, devem ser planejadas a partir de critérios definidos previamente.

O Enfermeiro deve identificar, juntamente com a equipe de Enfermagem, problemas e necessidades do usuário e sua família, visando à realização do Processo de Enfermagem (PE), assim como traçar um conjunto de medidas e ações que serão realizadas pela equipe multiprofissional.

A visita deve ser pautada por normas, rotinas e protocolos validados e frequentemente revisados com operacionalização do Processo de Enfermagem (Resolução Cofen 464/2014).

O plano de Cuidados de Enfermagem a ser realizado pelo Técnico ou Auxiliar de Enfermagem deve ser cuidadosamente anotado no prontuário, bem como, avaliado pelo Enfermeiro.

Ressaltamos abaixo algumas atribuições do Enfermeiro e dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem na visita domiciliária.

Atribuições do Enfermeiro na visita domiciliária (BRASIL, 2013):

- realizar visitas domiciliárias considerando o espaço privilegiado do cuidado, que é o domicílio, e usar todo o potencial do mesmo para compreender e interagir com o usuário e/ou cuidador, respeitando os limites destes;
- realizar a SAE, considerando que a visita domiciliária é uma continuidade do atendimento na Unidade, na comunidade e nos grupos, seguindo a longitudinalidade da assistência;
- realizar procedimentos privativos do Enfermeiro;
- avaliar periodicamente pacientes acamados;
- realizar visita conjunta com equipe multiprofissional para realizar ações e/ou intervenções necessárias;
- realizar periodicamente a supervisão das visitas efetuadas pela equipe de Enfermagem;
- elaborar a prescrição de cuidados baseada no diagnóstico de Enfermagem;
- observar potenciais riscos e vulnerabilidades na relação familiar;
- avaliar periodicamente o desempenho da equipe na prestação do cuidado no domicílio;
- participar da programação rotineira da equipe;
- registrar em prontuário a visita realizada.

Atribuições do Técnico e Auxiliar de Enfermagem na visita domiciliária (BRASIL, 2013):

- realizar procedimentos de Enfermagem conforme prescrição e competência legal e técnica;
- realizar tratamento supervisionado do portador de tuberculose e hanseníase;
- realizar busca de faltosos nas consultas e vacinas da área de abrangência de sua unidade;
- observar potenciais riscos e vulnerabilidades na relação familiar;
- realizar educação em saúde com as pessoas e família, considerando o plano de cuidados e a necessidade avaliada durante a visita (risco de dengue, animais domésticos e outros);
- comunicar à Enfermeira qualquer alteração encontrada nas visitas;
- registrar em prontuário as ações desenvolvidas no domicílio.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO NA VISITA DOMICILIÁRIA DO TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM?

Como enfatizamos no capítulo sobre Gerenciamento em Enfermagem e a importância da responsabilidade técnica, a visita domiciliar faz parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem e deverá ser realizada sob supervisão, orientação e direção do Enfermeiro.

O Enfermeiro deve ter na sua agenda, horário reservado para discutir e avaliar as visitas realizadas pelos Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, pois muitas vezes, nas visitas, os profissionais vivenciam situações objetivas e subjetivas que precisam de apoio e orientação.

A supervisão da equipe deve ser documentada em instrumentos que possam propiciar o desenvolvimento profissional, descrevendo dificuldades encontradas durante a visita e pactuação estabelecida para resolução dos problemas.



QUER SABER +?

Para mais informações, consulte a Resolução Cofen nº 464/2014, que normatiza a atuação da equipe de Enfermagem na atenção domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – Cofen. RESOLUÇÃO Nº 464/2014. Normatiza a atuação da equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar. 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAC): manual instrutivo. 2013.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ed. Brasília, 2008 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
4. SANTOS EM dos; KIRSCHBAUM, DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. In: Revista Eletrônica de Enfermagem. V.10, n.1, p. 220-227. 2008.
5. EGRY, EY; FONSECA, RMGS da. A família, a visita domiciliária e a Enfermagem: revisitando o Processo de trabalho da Enfermagem em saúde coletiva In: Rev.Esc. Enf. USP, v.34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

Coren-SP Endereços

www.coren-sp.gov.br/contatos-sede-subsecoes

São Paulo – Sede

Alameda Ribeirão Preto, 82 – Bela Vista – CEP 01331-000

Telefone: (11) 3225.6300 – Fax: (11) 3225.6380

- **Araçatuba** – Rua José Bonifácio, 245 – Centro – CEP 16010-380
Telefones: (18) 3624.8783/3622.1636 – Fax: (18) 3441.1011
- **Botucatu** – Praça Dona Isabel Arruda, 157 – Sala 81 – Centro – CEP 18602-111
Telefones: (14) 3814.1049/3813.6755
- **Campinas** – Rua Saldanha Marinho, 1046 – Botafogo – CEP 13013-081
Telefones: (19) 3237.0208/3234.1861 – Fax: (19) 3236.1609
- **Guarulhos** – Rua Morvam Figueiredo, 65 – Conjuntos 62 e 64 – Edifício Saint Peter, Centro – CEP 07090-010
Telefones: (11) 2408.7683/2087.1622
- **Itapetininga** – Rua Cesário Mota, 418 – Centro – CEP 18200-080
Telefones: (15) 3271.9966/3275.3397
- **Marília** – Av. Rio Branco, 262 – Centro – CEP 17500-090
Telefones: (14) 3433.5902/3413.1073 – Fax: (14) 3433.1242
- **Osasco** – Rua Cipriano Tavares, 130 – sala 1 – térreo – Centro – CEP 06010-100
Telefones: (11) 3681.6814/3681.2933
- **Presidente Prudente** – Av. Washington Luiz, 300 – Centro – CEP 19010-090
Telefones: (18) 3221.6927/3222.7756 – Fax: (18) 3222.3108
- **Registro** - NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem):
apenas registro e atualização de dados de profissionais.
Av. Prefeito Jonas Banks Leite, 456 – salas 202 e 203 – Centro – CEP 11900-000
Telefone: (13) 3821.2490
- **Ribeirão Preto** – Av. Presidente Vargas, 2001 – Conjunto 194 – Jardim América
CEP 14020-260
Telefones: (16) 3911.2818/3911.2808
- **Santo Amaro** - NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem):
apenas registro e atualização de dados de profissionais.
Rua Amador Bueno, 328 – sala 1 – térreo – Santo Amaro – São Paulo - SP
CEP 04752-005
Telefone: (11) 5523.2631

- **Santo André** – Rua Dona Elisa Fláquer, 70 – conjuntos 31, 36 e 38 – 3º andar
Centro – CEP 09020-160
Telefones: (11) 4437.4324 (atendimento)/4437.4325 (fiscalização)
- **Santos** – Av. Dr. Eptácio Pessoa, 214 – Embaré – CEP 11045-300
Telefones/Fax: (13) 3289.3700/3289.4351 ou 3288.1946
- **São José do Rio Preto** – Av. Dr. Alberto Andaló, 3764 – Vila Redentora
CEP 15015-000
Telefones: (17) 3222.3171/3222.5232 – Fax: (17) 3212.9447
- **São José dos Campos** – Av. Dr. Nelson D’avila, 389 – Sala 141A – Centro
CEP 12245-030
Telefones: (12) 3922.8419/3921.8871 – Fax: (12) 3923.8417
- **São Paulo - Coren-SP Educação** (apenas atividades de aperfeiçoamento)
Rua Dona Veridiana, 298 – Vila Buarque (Metrô Santa Cecília)
CEP 01238-010
Telefone: (11) 3223.7261 – Fax: (11) 3223.7261 – ramal: 203

Facebook

<https://www.facebook.com/corensaopaulo>

Twitter

<https://twitter.com/corensaopaulo>

Instagram

<https://www.instagram.com/corensaopaulo>

LinkedIn

www.linkedin.com/in/corensaopaulo

YouTube

<https://www.youtube.com/tvcorensp>

Fale Conosco

www.coren-sp.gov.br/fale-conosco

Ouvidoria

www.coren-sp.gov.br/ouvidoria
0800-77-26736

GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: NORTEANDO A GESTÃO E A ASSISTÊNCIA

A Atenção Básica possui princípios e diretrizes descritos na Portaria 2.488/2011, conhecida como Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), dentre os quais destacamos: território adstrito, ações setoriais e intersetoriais, acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade, porta de entrada preferencial da rede de atenção, continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, integração das ações programáticas e demanda espontânea e estímulo à participação dos usuários, família e comunidade em todas estas ações.

A partir desta complexidade foi construído este Guia, destinado tanto a Enfermeiros Responsáveis Técnicos - debatendo questões relacionadas à liderança, gerenciamento, planejamento, supervisão e Processo de Enfermagem, quanto aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, servindo como subsídio teórico e prático para as ações de sua competência na Atenção Básica.

O Guia foi um produto de discussões e da vivência das autoras que compõem o GT de Práticas Assistenciais na Atenção Básica (GT-PAAB)/ Coren-SP e tem como objetivo discutir os principais temas que envolvem as práticas profissionais de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que atuam na Atenção Básica.

Dentre os temas considerados importantes nos eixos da gestão e da assistência, foram selecionados como prioritários para o debate inicial: enfermeiro Responsável Técnico de Enfermagem e suas atribuições, o registro e as anotações de Enfermagem, a liderança, a Administração e o Gerenciamento em Enfermagem, a visita domiciliária, o Processo de Enfermagem na Atenção Básica, dentre outros.

O GT-PAAB deseja que este trabalho contribua para novos debates nos serviços que compõem a Atenção Básica e que sirva de estímulo para novas produções nesta área de conhecimento.

GT- PAAB / Coren-SP

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
www.coren-sp.gov.br