



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

MARLI COELHO TEODORO

**SAE- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
DIVERGÊNCIAS ENTRE ACADEMIA E PRÁTICA PROFISSIONAL,
INFLUENCIANDO NA QUALIDADE ASSISTENCIAL.**

**Assis – SP
2015**



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**SAE- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
DIVERGÊNCIAS ENTRE ACADEMIA E PRÁTICA PROFISSIONAL,
INFLUENCIANDO NA QUALIDADE ASSISTENCIAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial do Curso de Graduação em Enfermagem para obtenção do Certificado de conclusão

Orientanda: Marli Coelho Teodoro

Orientador: Ms. Rosângela Gonçalves da Silva

**Assis – SP
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

T314s TEODORO, Marli Coelho.

SAE-Sistematização da assistência de enfermagem: divergências entre academia e prática profissional, influenciando na qualidade assistencial / Marli Coelho Teodoro. -- Assis, 2015.

--p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). – Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientadora: Ms. Rosângela Gonçalves da Silva

1.Enfermagem-história 2. Enfermagem-processo 3. SAE

CDD 610.73

**SAE- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
DIVERGÊNCIAS ENTRE ACADEMIA E PRÁTICA PROFISSIONAL,
INFLUENCIANDO NA QUALIDADE ASSISTENCIAL.**

MARLI COELHO TEODORO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, analisado pela seguinte comissão examinadora:

Orientadora: Ms. Rosangela Gonçalves da Silva

Analisador (1): _____

Daniel Augusto da Silva

DEDICATÓRIA

Dedico em primeiro lugar à Deus, por mais essa vitória na minha vida, a conclusão deste curso é a realização de um sonho. A toda minha família em especial minha mãe Vera, meu irmão Rogério e minha irmã Letícia. Dedico também a minha amiga Clair Fracasso, a sua amizade e seus conselhos contribuíram muito pra chegar até aqui. Obrigada por fazerem parte deste momento tão marcante e aguardado na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, a minha família em especial minha mãe Vera, meu irmão Rogério, minha irmã Letícia, obrigada pela paciência que precisaram ter durante esses cinco anos de faculdade, período de muito stress, nervoso, cansaço onde o apoio familiar foi muito importante nesse período. Agradeço a minha amiga Clair Fracasso, posso dizer que ela foi e continua sendo uma grande incentivadora para realizar este grande sonho, e poder concluir minha graduação.

Agradeço a todas as minhas amigas de faculdade, meu grupo de estágio, onde cada uma contribuiu de alguma forma, pela paciência no convívio do dia a dia, com momentos diversos desde momentos triste, frustração, medo, e também de momentos de felicidade dos quais não esquecerei.

A Fema com todos os seus professores do curso de enfermagem, corpo docente muito bem qualificado, onde cada um contribui com suas experiências e conhecimentos. Agradeço minha professora e orientadora Rosângela Gonçalves da Silva, pela sua paciência e dedicação em os momentos, peço a Deus que eu consiga ter pelo menos um pouco do seu jeito de ser, de tratar o ser humano com esse seu olhar de cuidado para com todos.

EPÍGRAFE

“ Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui, nunca desista de seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa”.

Albert Einstein

(1879-1955)

RESUMO

Este trabalho percorre um caminho que demonstra como a Enfermagem está intrinsecamente relacionada à Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE, onde fica claro que nos dias atuais não está sendo devidamente aplicada. O intuito desta pesquisa foi demonstrar a importância de aplicar a SAE com qualidade, apontando as divergências que existem entre a teoria e prática, assim como possíveis interferências na qualidade assistencial, devido às dificuldades que se encontra quando se está diante do cliente. A SAE representa o instrumento de trabalho do enfermeiro identificando as necessidades do cliente e direcionando a equipe de enfermagem nas ações a serem realizadas. As disparidades já são reconhecidas até mesmo por alunos, em seu período de estágio, quando se depara com uma realidade diferente da que aprendeu em sala de aula, ou seja, na teoria a SAE é algo completo e necessário, na prática, na vivência do dia a dia ela passa a ser encarada como um problema. Assim, foi possível referenciar a importância de aplicar a SAE com qualidade, apontar os pontos favoráveis para os cuidados ao paciente, relatar as diferenças entre teoria e prática, identificar se é possível que a implantação da SAE influencie na qualidade assistencial. E para melhoria do exercício profissional a criação dos órgãos de classe mostrando o que compete cada conselho. O estudo de revisão foi elaborado através de uma pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo, a pesquisa foi realizada por meio de acesso eletrônico as bases de dados LILACS, SCIELO e BIREME, através da Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Palavras chaves: Historia da enfermagem; Processo de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

This work follows a path that demonstrates how nursing is intrinsically related to the systematization Enfermagem- SAE assistance where it is clear that nowadays is not being properly applied. The purpose of this research was to demonstrate the importance of applying the SAE quality, pointing out the differences that exist between theory and practice, as well as possible interference in healthcare quality due to the difficulties that is when you are in front of the customer. The SAE is the nurses' working tool identifying customer needs and directing the nursing staff in the actions to be performed. Disparities are already recognized even by students in their probationary period, when faced with a different reality from the one learned in the classroom, that is, in theory SAE is something complete and necessary in practice, the experiences of day by day it becomes seen as a problem. Thus it was possible to refer to the importance of applying the SAE quality, point out the favorable points for patient care, report the differences between theory and practice, identify whether it is possible that the implementation of SAE influence in care quality. And for improvement of professional practice the creation of professional bodies showing racing each council. The systematic review was prepared through a bibliographical research, qualitative, the survey was conducted through electronic access to databases LILACS, SciELO and BIREME, through the Latin American Journal of Nursing.

Keywords: 1- Nursing history 2-Nursing process 3-Systematization of nursing care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2 . OBJETIVOS	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. JUSTIFICATIVA	14
4. METODOLOGIA	15
5. REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM DESDE O CONHECIMENTO EMPÍRICO ATÉ PROFISSIONALIZAÇÃO	17
5.2 O FORTALECIMENTO DA ENFERMAGEM A PARTIR DA CRIAÇÃO DOS ÓRGÃOS DE CLASSE	24
5.3 ORGÃOS DE CLASSE E SUAS DETERMINAÇÕES PARA EXECUÇÃO DA SAE	30
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6.1 DIVERGÊNCIAS ENCONTRADAS ENTRE TEORIA E PRÁTICA, NA ABORDAGEM DA SAE	34
6.2 APLICAÇÃO DA SAE REPERCUTINDO NA QUALIDADE ASSISTENCIAL	38
7. CONCLUSÃO	44
8. REFERÊNCIAS	45

1. INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, nota-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, apesar de ser um instrumento que obrigatoriamente deve ser executado pelo enfermeiro, ainda não está sendo devidamente aplicada nos âmbitos de saúde. Neste sentido Hermida e Araújo (2006) referem que Wanda de Aguiar Horta, na década de 70, iniciou a implantação do Processo de Enfermagem, mas apenas em 2002 a SAE recebeu apoio legal do COFEN, pela Resolução nº 272, para ser implementada em âmbito nacional nas instituições de saúde.

De acordo com Hermida e Araújo (2006) o cenário contemporâneo demonstra que essa Resolução por si só não consegue oferecer todo o apoio que a implantação da SAE exige, pois muitos fatores têm desencadeando dificuldades práticas tanto de implantação como implementação dessa metodologia nas instituições de saúde.

Santana et al (2011) realizaram um levantamento junto a acadêmicos, abordando as divergências entre Teoria e Prática da SAE, enfatizando que o ensino e a aplicação prática desta, devem proporcionar ao acadêmico uma adequada visibilidade quanto ao processo de trabalho do enfermeiro, porém, os entrevistados relataram inúmeras dificuldades com relação a estratégia de ensino, fato que culminou em dificuldades no entendimento da SAE, tanto na abordagem teórica quanto na prática.

Embasado no supracitado, este trabalho tem o intuito de demonstrar a importância de aplicar a SAE com qualidade, esclarecendo pontos favoráveis para os cuidados ao paciente, por meio da identificação de fatores que possam interferir na utilização deste instrumento pelo enfermeiro e conseqüentemente na qualidade assistencial.

Cabe ressaltar que a aplicação da SAE requer tempo e qualidade, ou seja, um olhar holístico voltado ao cliente, buscando dados dentro de uma investigação, realizando um levantamento de tudo que antecede possíveis causas que levem o cliente a necessitar de ajuda, acompanhado de um exame físico criterioso, para então desenvolver o plano de cuidados específico a cada indivíduo. Mas, muitas das vezes os gestores de hospitais ou de unidades de atendimento básico de saúde tem a preocupação somente de atender, se esquecendo de que cada cliente é único com situações específicas e individuais.

Neste contexto é plausível reconhecer que uma assistência bem amparada e aplicada leva ao sucesso terapêutico, tanto para o cliente como para o profissional. No entanto, este trabalho tem por objetivo apresentar os nós críticos que impedem ou dificultam a utilização da SAE, desde a fase de formação do enfermeiro, enquanto instrumento de cuidado, bem como possibilidades que possam alcançar melhorias na qualidade do atendimento, pensando sempre na evolução do quadro clínico do cliente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Identificar na literatura possíveis divergências entre teoria e prática no desenvolvimento da SAE, assim como possíveis interferências na qualidade assistencial.

2.2 Objetivos Específicos:

- Demonstrar por meio de referencial, a importância da aplicação da SAE na prática assistencial.
- Esclarecer as diferenças entre teoria e prática na abordagem da SAE;
- Fornecer subsídios para elaboração de novas pesquisas.

3. JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema surgiu após minhas primeiras experiências enquanto estagiária, quando senti necessidades reais acerca de como implementar a SAE, e como é importante a aplicação da SAE corretamente, por conseguinte, observei que existem alguns momentos que precisa de discernimento para colocar a SAE em pratica, como por exemplo a redução de funcionários, dificultando aplicação da SAE. Assim, para se cumprir todas as etapas do processo de enfermagem é necessário ter tempo, mas com o falta de funcionário, faz com que o processo seja mecanizado e rápido para todos os clientes.

A enfermagem deve utilizar a SAE como ferramenta, para direcionar o cuidado, permitindo segurança ao usuário do sistema de saúde e dos profissionais, como corrobora o estudo de Menezes et al (2010), que afirma que a SAE representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificar as necessidades do cliente e direcionando a equipe de enfermagem nas ações a serem realizadas, tem um processo dinâmico e que requer na pratica conhecimento técnico científico.

4. METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado através de uma pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo, onde a busca aos artigos foi realizada por meio de acesso eletrônico as bases de dados LILACS, SCIELO, BIREME e Revista Latino-Americana de Enfermagem, além desses, somou-se a pesquisa de publicações inerentes ao assunto, de naturezas diversas, tais como artigos de jornais e revistas na área da Enfermagem. A revisão de literatura “(...) permite a orientação sobre o que é e o que não é conhecido, confirmando qual a pesquisa que pode trazer melhor contribuição ao conhecimento” (MELNY; FINEOUT-OVERNEOUT, 2005). O percurso metodológico desta pesquisa fundamentou-se em Marconi e Lakatos (2003), onde descrevem as oito fases da pesquisa bibliográfica: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e redação final.

1 Escolha do tema: surgiu a partir de experiência pessoal, quando iniciei minhas atividades em campo de estágio, onde me deparei com uma folha impressa denominada SAE, mas em certos campos o que estava prescrito na folha não se enquadrava com o tipo de cuidados executados, ou ainda pior, não tinha nenhuma relação com os problemas do paciente. Por conseguinte, surgiram as divergências que existem entre a teoria e a prática vivenciada.

2 Elaboração do plano de trabalho: nesta etapa, desenvolvemos estudos sobre trabalhos científicos em diversas fontes, a fim de adquirir conhecimento sobre a metodologia científica para elaborar de maneira clara e objetiva essa pesquisa que constitui de introdução, justificativa, objetivo, metodologia e referências.

3 Identificação: Foram considerados para leitura os artigos publicados no Brasil, disponíveis na íntegra, com resumo, em língua portuguesa ou espanhola, sem limite de data de publicação, com abordagem dos descritores – SAE, processo de enfermagem, cuidado, dificuldades de aplicação da SAE.

4 Localização: a busca por essas fontes aconteceu em bases de dados

LILACS, 21 SCIELO e BIREME, através da Revista Latino-Americana de Enfermagem, utilizando-se de palavras-chave como: História da Enfermagem, Processo de Enfermagem e SAE.

5 Compilação: após acessar esses artigos, que totalizaram 38 realizamos o armazenamento em PC de todo o material e a impressão de alguns e programamos a leitura e fichamento.

6 Fichamento: após a seleção do material, foi realizado o fichamento dessas fontes, etapa que corresponde à leitura sistemática dos artigos, afim de não serem perdidos aspectos importantes para o enriquecimento do estudo, objetivando um resumo da obra que apontasse as ideias centrais desenvolvidas pelos autores.

7 Análise e Interpretação: essa análise é totalmente de caráter qualitativo, baseou-se e foi desenvolvida a partir das seguintes questões direcionadoras:

- Existem divergências entre teoria e prática, na abordagem e aplicação da SAE?
- É possível que a implementação da SAE influencie na qualidade assistencial ao paciente?

5. REVISAO DE LITERATURA

5.1 A História da enfermagem desde o conhecimento empírico até a profissionalização

Padilha e Borenstein (2006) concluem que referenciar o passado aguça o pensar a História como indispensável para entender o que é indispensável para todos, afirmando que História serve para elucidar o contexto vivido e fornecer os significados deste contexto, destacando que o conhecimento histórico da Enfermagem apresentam cenários que protagonizam os significados para a cultura da profissão.

E neste sentido iniciamos uma retrospectiva com Okuno *et al* (2014) que descreve fatos marcantes na idade antes de cristo, onde registros apontam que a enfermagem era exercida por leigos que oferecia cuidados aos doentes, por solidariedade, obrigação ou imposição social. Em tais registros antigos constatavam que existiam pessoas com certos dotes e entendimentos que as disponham para os cuidados relacionados às pessoas doentes e preparo de medicamentos. Vale lembrar, que entre essas pessoas estavam sacerdotes, feiticeiros e mulheres em geral (OKUNO *et al*. 2014).

A enfermagem e a medicina na Roma Antiga eram um escândalo para todos os cidadãos romanos, sendo assim, exercida por estrangeiros ou escravos. Com a Idade Média, entre os séculos XI e XII, as mulheres que se dedicavam à vida religiosa eram responsáveis pelos cuidados à pessoas doentes. Com a chegada do século XIII, resultou na introdução à enfermagem hospitalar, um trabalho realizado pelas religiosas, com a filosofia do amor ao próximo, que permaneceu por muito tempo. Exerciam as atividades do cuidado, sem base em conhecimentos científicos que pudessem respaldar as atividades da profissão (OKUNO *et al* 2014).

Por sua vez, entre os séculos XVII e XVIII, surgiram as organizações hospitalares, sendo originadas das realizações das congregações religiosas, assim as mulheres que dirigia o serviço de enfermagem era designado matrona (mulheres que atuam

em hospitais), ao mesmo tempo as encarregadas das enfermarias eram as sisters (irmãs) (OKUNO *et al.* 2014).

A trajetória histórica da enfermagem enfrentou grandes desafios. A princípio, muitas vezes as condições de trabalho eram desfavoráveis, sendo que as enfermeiras não tinham nenhuma habilidade para o desenvolvimento de administrar e gerenciar, vale lembrar, que eram recém-formadas e entravam no mercado de trabalho sem nenhuma experiência de como fazê-lo e de como lidar com as dificuldades a serem enfrentadas (MARTINS, *et al.* 2005).

Na história da Enfermagem, existem muitos documentos que contam as experiências de duas personalidades marcantes que influenciaram o desvelo da profissão, são elas: Florence Nightingale e Anna Justina Ferreira Nery.



Figura 1-<http://i.ytimg.com/vi/vyNsGhi4f-Q/maxresdefault.jpg>

A vida de Florence começou a ser desenhada durante uma viagem que Edward e Francis Nightingale realizavam pela Europa, quando nasce uma de suas filhas que recebeu o nome de Florence, devido o nascimento ter acontecido na cidade de Florença no dia 12 de maio de 1820. Florence Nightingale, nascida em uma família burguesa, viveu a adolescência participando de uma sociedade aristocrática, teve a oportunidade de estudar diversos idiomas, matemática, religião e filosofia. Florence era uma moça muito religiosa, desejava mesmo era fazer trabalho de Deus, e assim ajudar os pobres, os doentes e os menos dotados, diminuindo o sofrimento e a degradação (PADILHA, *et al.* 2005).

Okuno *et al* (2014) apontam que entre 1820 e 1910, período em que viveu Florence Nightingale, foi marcado por seu reconhecimento como célebre personagem inglesa,

escritora, estatística, com grande destaque por seu trabalho pioneiro em enfermagem durante a Guerra da Crimeia, onde Florence se dedicou ao atendimento de soldados feridos.

Por outro lado, historiadores reforçam que Florence Nightingale conheceu e apreendeu o trabalho desenvolvido pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo em Paris, no Hôtel-dieu, onde acompanhou o tipo de trabalho assistencial e administrativo que realizavam suas normas e forma de cuidar dos doentes, fazendo anotações, gráficos e listas das atividades desenvolvidas, sendo assim, aplicou o mesmo questionário, que já havia classificado nos hospitais da Alemanha e Inglaterra, portanto, aprofundou seus estudos na sua organização (PADILHA *et al.* 2005).

Florence Nightingale volta a este hospital por mais um mês, e no intuito de aproximar seu carisma, vestia-se no hábito das irmãs. Hipoteticamente, o convívio com as regras de conduta das Irmãs de Caridade e as Senhoras da Confraria foram propulsoras motivacionais na construção do seu modelo de enfermagem (PADILHA *et al.* 2005).

Florence realizou grandes projetos, salvou vidas, reestruturou a Enfermagem, quebrou preconceitos acerca da profissão, apoiou os soldados feridos escrevendo cartas para os familiares, manteve-se junto ao paciente nas horas de sofrimento e na hora da morte. Inclusive todas as noites, caminhava pelos corredores do hospital à luz de uma lamparina, vigiando e cuidando dos soldados doentes, conseqüentemente ficou assim conhecida como “the lady with the lamp” (A dama da lâmpada) ou “the Angel of the Crimea” (O anjo de Criméia) (BASTOS *et al.* 2013).

Neste contexto, Florence Nightingale era considerada a fundadora da Enfermagem Moderna, no mundo todo, isso ocorreu a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Criméia, em 1854, fato corroborado após seu retorno da guerra, quando tornou-se uma pessoa popular nacionalmente, com um nome que era sinônimo de doçura, eficiência e heroísmo. O melhor resultado de suas ações culminou com a quebra do preconceito que existia em torno da participação da mulher no Exército, transformando a visão da sociedade em relação à enfermagem (COSTA, *et. al.*, 2009).

No que se refere às práticas desenvolvidas por Florence, Bastos (2013) afirma que ela valorizava práticas como a observação, a experiência e o apontamento de dados fundamentais para a evolução de uma metodologia de trabalho que acenava para resolução dos problemas, proporcionando mais qualidade de vida para os doentes e salvando vidas. Tais princípios abrangem, áreas de prática, pesquisa e educação (BASTOS, 2013).

Cardoso et al (1999) faz referência de igual importância à representante brasileira dentro do contexto histórico da enfermagem, descrevendo um pouco a respeito de Anna Nery ...

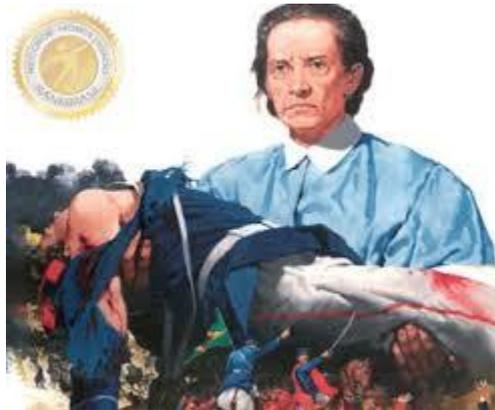


Figura 2- <http://www.rankbrasil.com.br/Midia/Recordes/Materias/000652.jpg>

Ela nasceu em 13 de dezembro de 1814, na Vila de Nossa Senhora do Rosário do Porto de Cachoeira, sendo batizada no dia 25 de março de 1815, na Igreja da Matriz, com o nome de Ana Justina Ferreira, pelo Padre Carlos Melequiades do Nascimento. Pertencia a uma família de patriotas legítimos, seus pais eram José Ferreira de Souza e Luiza Maria das Virgens. Ana tinha quatro irmãos, Manoel Jeronymo Ferreira sendo Tenente-coronel que comandou o 10º Batalhão de Voluntários da Pátria, e Joaquim Mauricio Ferreira. Tenente-coronel que comandou o 41º Batalhão de Voluntários da Pátria, o terceiro é Ludgerio Rodrigues Ferreira, médico clínico de nomeada e de grande influência política e o último Antônio Benício Ferreira, conceituado corretor em Cachoeira.

Aos 23 anos de idade, Anna Nery casou-se, em 15 de maio de 1838, com o capitão-tenente da marinha Isidoro Antônio Néri, que nasceu em Lisboa no dia 05 de

setembro de 1800. Casada, Anna Nery seguia as normas apresentada pela Igreja brasileira, que apontava o papel de mulher preciosa, sendo cobrado pelos manuais de conduta moral dos países católicos (CARDOSO et al. 1999).

Anna levava uma vida matrimonial nos moldes existentes, com o serviço militar, seu esposo ficava pouco tempo em casa, mesmo assim tiveram três filhos, o Justiniano de Castro Rebêllo que nasceu em fevereiro de 1839 e Isidoro Antônio Néri que nasceu em 24 de março de 1841 e por ultimo Pedro Antônio Néri que nasceu 13 de maio de 1842. Ainda que, por um curto período, tinha uma postura igual das mulheres da época, cuidando do lar e da educação dos filhos. No dia 05 de julho de 1844, Isidoro Antônio Néri aos 43 anos de idade faleceu devido uma enfermidade, viúva aos 29 anos de idade, com três filhos pequenos, o mais velho com cinco anos de idade, Anna Nery fica diante de uma vida autónoma e independente e cheia de responsabilidades (CARDOSO et al. 1999).

Por tais razões, era o destino de Anna Nery, que acaba decidindo escrever uma carta ao governador da Província da Bahia, clamando a permissão para seguir para a guerra do Paraguai (GRISARD et al. 2008).

Como Anna era irmã do Tenente Coronel Joaquim Maurício Ferreira, seguiu no navio “Princesa de Joenville”, onde começou seus primeiros passos de uma jornada complicada, mudando sua vida para sempre. Vale lembrar, que recebia o título de Primeira Enfermeira Militar Brasileira. No entanto, como irmã do comandante, isso contribuiu em sua aceitação nas fileiras do exército, sendo que as mulheres nessa época não podiam ingressar nos batalhões militares (RODRIGUES, 2004).

Sem muitas escolhas Anna Nery mudou-se para cidade de Salvador onde vivia com dois de seus filhos, formados com ensino superior todos os filhos de Anna Nery seguiram o serviço militar. Justiniano de Castro Rebêllo e Isidoro Antônio Néri se formaram em medicina, enquanto que o filho mais novo, Pedro Antônio Néri, dedicou-se à carreira militar, era cadete aluno da Escola Militar do Rio de Janeiro. Seguindo sua trajetória, o Brasil entra na Triplíce Aliança, como o Uruguai e a Argentina em 1865, Anna Nery, aos 51 anos viu seus filhos partindo pra guerra contra o Paraguai. E no dia 08 de agosto de 1865, seguindo seu destino ofereceu-se

para ajudar os feridos de guerra, enviando uma carta destinada ao Presidente da Província da Bahia, Manuel Pinto de Souza Dantas (CARDOSO et al. 1999).

Assim, iria então incorporar-se às tropas já idas ao Campo de Batalha do mais longo e sangrento conflito armado das Américas e misturando-se aos combatentes baianos. Mas também tinha o desejo de acompanhar o irmão e filhos, mas mostrava também seu compromisso maior era servir à Pátria como detalhou em sua carta. (GRISARD et al. 2008).

Rodrigues (2004) descreve que Anna Nery fez parte das mulheres sertanejas na história e também tem o mesmo papel exercido por elas na Guerra do Paraguai. A trajetória dessa mulher guerreira, Ana Justina Ferreira Nery que sai do recôncavo baiano, substitui a condição da maternidade, prática atribuída ao universo feminino de sua época, deixando de ser a mulher frágil e imaculada construída pela literatura brasileira do século XIX, para tornar-se a primeira enfermeira do exército brasileiro.

Por conseguinte, Anna com sua grandeza de alma, pelo seu magnífico trabalho nos campos de batalha da Guerra do Paraguai, prestando todo cuidado aos feridos e dos doentes, foi intitulada a Mãe dos brasileiros. Mesmo em condições precárias coordenou hospitais, sendo a primeira enfermagem em sua casa em Assunção. Sob à luz dos tiros de canhão e aos gemidos dos soldados feridos e agonizantes, passa de mãe de família a preocupante cuidadora de pessoas valentes adoentados (GRISARD et al. 2008).

Regularizou as tarefas em busca da eficiência, com olhos humanitários e a alma voltados tanto para os cuidados dos combatentes da Tríplice Aliança – Brasil, Uruguai e Argentina, quanto para os soldados do invasor Paraguai. Assim tem seu trabalho reconhecido sendo concebido o galardão de precursora e madrinha da enfermagem brasileira. (GRISARD et al. 2008).

Anna Nery em sua bondade e cuidando dos feridos, no começo seu cuidado era de forma empírica e aos poucos de forma sistematizada, com isso, adquiriu segurança e confiança, aperfeiçoando seus métodos de cuidados e criando técnicas próprias no atendimento. A convivência diária com os médicos, fez com que Anna adquirisse conhecimentos e o bom senso aliado ao seu olhar de mãe que cuida de filhos

doentes, mas nem sempre ela concordava com os médicos e fazia prevalecer sua opinião (GRISARD et al. 2008).

Consequentemente, numa certa noite é comunicada por um auxiliar que seu filho, o Dr. Justiniano, teria sido atingido por tiros a queima roupa ao tentar barrar que matadores paraguaios adentrasse no alojamento que cuidava e onde havia muitos feridos. Como o medico baleado e o pavilhão destruído, ocorreu muitas mortes por asfixia devido à queda do toldo da cobertura. Por conseguinte, terminando a guerra, Anna volta ao Brasil em março, onde foi recebida com grandes homenagens e honrarias de apreço e condecoração de mérito no Rio e na Bahia, onde chegou em 5 de junho de 1870 (GRISARD et al. 2008).

Grisard et al (2008) apontam as inúmeras semelhanças entre Ana e Florence, tais quais a posição social, condição financeira, conhecimento, cultura, autoridade, disciplina, organização e dedicação com bravura às tarefas auto impostas em benfeitoria a todos aqueles sofredores da guerra. Assim, Florence, categoricamente, cria a enfermagem, profissionalizando-a, e Ana Néri fica nacionalmente reconhecida como enfermeira.

Barreira e Batista (2003) apontam que a contribuição da História da Enfermagem inicia-se na formação de uma consciência crítica e reflexiva além de uma atitude intelectual do enfermeiro para então chegar-se à construção de novas formas de percepção e apreciação da realidade social, possibilitando uma concepção e uma formulação mais elaborada de um projeto profissional.

5.2 O fortalecimento da Enfermagem a partir da criação dos órgãos de classe

Este capítulo apresenta os órgãos de classe que representam os profissionais da enfermagem, desde o seu aprimoramento até a regulamentação e fiscalização de seu exercício profissional.

A Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn foi mola propulsora para o início da luta em prol da criação dos órgãos, tendo sido fundada em agosto de 1926, é uma sociedade civil sem fins lucrativos, que agrega enfermeiras e técnicos em enfermagem, nomeada como "Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras - ANEDB", que foi fundada em 12 de agosto de 1926 . Sendo uma entidade de direito privado, com caráter científico e assistencial chefiado pelas disposições do Estatuto, Regulamento Geral ou Regimento Especial. No decorrer, em 1929 no Canadá, na Cidade de Montreal, a Associação Brasileira de Enfermagem, sendo incorporado no Conselho Internacional de Enfermeiras (I.C.N), mas a associação ficou por um período inativa (ABEn/PE).

Assim, no ano de 1944, um grupo de enfermeiras inaugurou com o nome Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas, seus regimentos foi aprovado no dia 18 de setembro de 1945. Contudo, sendo criadas Seções Estaduais, Coordenadorias de Comissões. Por conseguinte, ficou estabelecido que quando o Estado tivesse sete enfermeiras diplomadas, poderia assim ser formada uma Seção. Seguindo pelo ano de 1955, o número foi estipulado pra dez. A Associação em 1952, foi renomada como Utilidade Pública pelo Decreto nº 31.416/52 (ABEn/PE).

Sendo assim, em 1958 por determinação da Associação Brasileira de Enfermagem, mesmo sem competência legislativa e executiva para aceitar e fazer cumprir o código de ética pela classe de profissionais de enfermagem, realizando o citado código de ética, delimitando apenas recomendar e sugerir seu cumprimento (SILVA *et al*, 2012).

Em outra data, no dia 21 de agosto de 1964, foi denominada para Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn., que no momento atual tem sede em Brasília, realiza suas funções através de Seções formadas nos Estados, e no Distrito Federal,

que se subdividi em Distritos formados nos Municípios das Unidades Federativas da União (ABEn/PE).

Finalidades da ABEn:

“Congregar enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, estudantes dos cursos de graduação e de educação profissional habilitação técnico de enfermagem, incentivando a sociedade e a cooperação entre os membros da categoria; Promover o desenvolvimento técnico científico, cultural e político dos profissionais de enfermagem no país, pautado em princípios éticos; Defender os interesses da profissão, articulando-se com as demais Entidades/Instituições de enfermagem; Articular com organizações do setor de saúde e da sociedade em geral, na defesa e na consolidação de políticas e programas que garantam a equidade, a universalidade e a integralidade da assistência à saúde da população; Representar a enfermagem, nacional e internacionalmente, no trabalho, especificamente no que se refere à enfermagem” (ABEn,2012).

Os Conselhos de Enfermagem, como outros órgãos congêneres, são entidades administrativas autônomas, criadas por lei, com Personalidade Jurídica de Direito Público, patrimônio próprio e atribuições específicas, quais sejam a disciplina e a fiscalização, na área ética, do exercício das profissões e ocupações técnicos e auxiliares da Enfermagem, mediante a autorização legislativa, Lei nº 5.905/73, artigos 2º e 15º, inciso II.

Cada Conselho de Enfermagem se constitui em autarquia, cada uma com sua personalidade jurídica própria sob a coordenação do Conselho Federal, autarquia vértice do Sistema COFEN/CORENs.

Neiva et al (2014) referem que em 21 de setembro de 1972, foi encaminhado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social pela então presidente da ABEn – Nacional, Gleite de Alcântara, o projeto para criação do Conselho Federal e

Conselhos Regionais de enfermagem, cujo papel principal seria defender e disciplinar o exercício profissional, representando, em juízo e fora dele, os interesses gerais e individuais da equipe de enfermagem, com o objetivo de assegurar a qualidade dos serviços prestados à sociedade. Então, em 12 de julho de 1973, foi sancionado pelo Presidente da República Ernesto Garrastazu Médici a Lei nº 5.905/73, fruto do empenho incansável destas mulheres, criando o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Enfermagem, definidos, na ocasião, como autarquias federais de fiscalização profissional, vinculados ao Ministério do Trabalho.

Com a aprovação para criação dos órgãos de classe iniciam-se os trabalhos, como relatam Bellaguarda et al (2015), a primeira diretoria do Cofen teve como ações organizar o Código de Ética e Deontologia da Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, mantendo-se como um dos dispositivos legais da enfermagem a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, sob regulamentação do Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987, juntamente com o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.

Tais normalizações garantem aos profissionais o exercício legal da profissão, determinando as especificidades das atividades a serem desenvolvidas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Silva (2012) refere sobre o Código de Ética Profissional de Enfermagem- CEPE, descrevendo-o como um feixe de normas, direitos e princípios morais, direcionando o exercício da enfermagem, subsidiando meios para que a atuação profissional seja segura. Inclusive todos os profissionais são obrigados a se inscreverem em seu órgão de classe para que seu exercício profissional seja considerado legalizado. Enfim, o CEPE, classifica normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes à conduta ética do profissional que deverá ser assumido por todos (SOUZA et al. 2005).

Assim, os órgãos de classe têm o poder de determinar sanções e penalidades àqueles que violarem os preceitos éticos aprovados no Código de Ética Profissional.

O CEP recebe atualmente a designação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Cepe), que tem como objetivo determinar os direitos, proibições, deveres e responsabilidades para o exercício da enfermagem frente às relações

profissionais (SILVA et al. 2012).

Em suma, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, apresenta peculiaridades muito especiais, pois considera a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, se preocupando com os interesses do profissional e de sua organização. Sempre prevalecendo a clientela, os agentes de trabalho da enfermagem aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população (SOUZA et al. 2005).

Silva et al (2012) acrescentam que o CEPE visa estabelecer um ambiente de cuidado com a pessoa, família e comunidade, assim como manter a harmonia nas relações com a equipe interdisciplinar, organizações da categoria e organização empregadora, com respeito ao sigilo profissional, incentivo ao ensino, a pesquisa e a produção técnico-científica com publicidade que atenda aos princípios éticos profissionais.

E assim, estabelecer as infrações e penalidades, cabíveis na atuação, na assistência, no ensino, na pesquisa ou no gerenciamento, acrescentando que todos os profissionais de enfermagem devam conhecer e fazer cumprir os preceitos éticos contidos no CEPE (SILVA et al. 2012).

Cabe aqui esclarecer que, compete ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) órgão normativo e de decisão superior:

“Normatizar e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais; esclarecer dúvidas apresentadas pelos COREN's; apreciar decisões dos COREN's, homologando, suprimindo ou anulando atos praticados por este; aprovar contas e propostas orçamentária de autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes; promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional; exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei” (COFEN, 2012).

Os Conselhos Regionais – Corens, assim como o Cofen são órgãos regulamentadores e fiscalizadores do exercício da profissão de Enfermeiros,

Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem. Sendo assim, em cada estado existe um Conselho Regional que está subordinado ao Conselho Federal, sendo limitado no Rio de Janeiro e com escritório Federal em Brasília (ABEn/PE).

Lembrando que são órgãos de direito público com missão de regularizar o exercício profissional, sendo através de qualquer atividade exercida. Porém, uma legislação específica da área de enfermagem e os conselhos obedecem à legislação da área da saúde e para os relacionados (COREN, 2012).

Vale lembrar, que o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo- COREN-SP é constituído por 21 conselheiros efetivos, 12 enfermeiros e 9 técnicos e auxiliares, e suplentes no mesmo número, sua eleição é realizada por voto direto em eleições livres, com participação de todos profissionais inscritos regularmente no Conselho, a permanência no mandato são de três anos, sendo permitida uma reeleição. Por tais razões, os conselheiros são responsáveis pela organização, coordenação e assessoramento do órgão, e também por serviços de atendimento e fiscalização e pelo julgamento dos processos de infração ao código de ética da profissão (COREN, 2012).

É imprescindível destacar as Competências que cabe ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) - órgão de execução, decisão e normatização complementar:

“Deliberar sobre inscrições no Conselho e seu cancelamento; disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observando as diretrizes gerais do COFEN; executar as instruções e resoluções do COFEN; expedir carteira e cédula de identidade profissional, indispensável ao exercício da profissão, a qual tem validade em todo território nacional; fiscalizar e decidir os assuntos referentes à Ética Profissional impondo as penalidades cabíveis; elaborar a proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno, submetendo-os a aprovação do COFEN; zelar pelo conceito da profissão e dos que a exercem; propor ao COFEN medidas visando a melhoria do Exercício Profissional;

eleger sua diretoria e seus delegados eleitores a nível central e regional; exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas pela Lei 5.905/73 e pelo COFEN” (ABEn/PE).

5.3 Os órgãos de classe e suas determinações para execução da SAE

O Conselho Regional de Enfermagem- COREN fiscaliza as determinações do COFEN acerca de toda legislação, dentre as quais destacamos a Resolução 358/2009 que dispõe sobre 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 suas providências.

De acordo com a Lei 7498/86, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, considerando que este é o profissional habilitado para sua implementação, de forma a cooperar na segurança da assistência de enfermagem. O enfermeiro responsável técnico deve implantar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), conforme Resolução Cofen 358/2009 e Decisão Coren-DF 029/2013 (COREN-DF, 2013).

Inclusive, a Consulta de Enfermagem tem princípios como a universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde. Além disso, a resolução COFEN- 159/1993 determina o que dispõe na consulta de enfermagem (COFEN,1993).

Seguindo as considerações:

“O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Considerando que a partir da década de 60 vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde pública a consulta de Enfermagem, como uma atividade fim; Considerando o Art. 11, inciso I, alínea “i” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, que a regulamenta, onde legitima a Consulta de Enfermagem e determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro; Considerando os trabalhos já realizados pelo COFEN sobre o assunto, contidos no PAD-COFEN nº 18/88; Considerando que a Consulta de Enfermagem, sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a

promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade; Considerando que a Consulta de Enfermagem compõe-se de Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem; Considerando a institucionalização da consulta de Enfermagem como um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população. Os artigos seguintes: Art. 1º – Em todos os níveis de assistência à saúde, seja, em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem; Art. 2º – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura”

(COFEN, 1993).

Na 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; Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000” (COFEN, 2012).

Como se observa, a SAE uma ferramenta essencial no trabalho do enfermeiro, propiciando recursos técnicos, científicos e humanos, visando melhora na qualidade de assistência ao cliente. O planejamento da assistência de

enfermagem existe no Brasil desde 1986, tornando-se uma imposição legal de acordo com a Lei do Exercício Profissional n° 7.498, no art.11, alínea c “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: 1)Privativamente planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência em enfermagem” (REMIZOSKI et al, 2010).

Seguindo na Resolução COFEN n°272/2002, assim determina que a SAE é uma obrigação do enfermeiro ,como a importância e a normatização da sua implantação (REMIZOSKI et al, 2010).

Em verdade, o COFEN (2002) segundo as considerações:

*“A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza 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; Consulta de Enfermagem
Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem” (COFEN, 2002).*

Como descreve nos artigos seguintes descrevem: art 1º- a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, art 2º- a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada, art. 3º- Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE deveser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário” (REMIZOSKI et al, 2010).

No Artigo 3º consta: Histórico de enfermagem; Exame Físico; Diagnóstico de Enfermagem; Prescrição da Assistência Enfermagem; Evolução da Assistência de Enfermagem; Relatório de Enfermagem (COFEN, 2002).

A princípio, a Lei do Exercício Profissional normatiza a prática em enfermagem, e suscita a indispensabilidade para formação dos profissionais que já estavam atuando nos serviços de atendentes para auxiliares de enfermagem, e sugeriu a sistematização do cuidado. Sendo necessária uma discussão referente ao cuidado em saúde e a modelos de gestão. Vale lembrar, que no processo de enfermagem, os pacientes e familiares participam muito pouco, o que carece de construção e negociação com os usuários. Portanto, acreditar que o outro é um sujeito comunicativo, pensante, dotado de consciência, de autonomia e desejos, lembrando que não é apenas uma pessoa paciente passiva em nossas mãos, necessitando de cuidados (CASTILHO et al. 2009).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos são apresentados a partir das questões direcionadoras, cujas respostas foram organizadas em categorias para melhor compreensão.

6.1 As Divergências Encontradas entre Teoria e Prática, na Abordagem da SAE

Leadebal et al, (2010) referem que a princípio, faz-se necessária a construção de novos conhecimentos para execução do processo de enfermagem pelos enfermeiros. Obviamente, este conhecimento deve ser desenvolvido a partir da vivência acadêmica, de maneira que, ocorram ao longo de sua formação teórico-filosófico e prática. Vale lembrar, que o ensino de graduação em enfermagem vem se modificando para acompanhar as mudanças curriculares, além das transformações no âmbito social, político e ético, vivenciadas por toda profissão.

Neste contexto, Leadebal et al (2010) acrescenta que os cursos de graduação, devem pautar-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pela Resolução CNE/SES N°3/2001, uma vez que direcionam a estrutura de projetos pedagógicos de Instituições de Ensino Superior que devem ser aplicadas em cursos de Graduação em Enfermagem, visando estimular o processo de ensino e aprendizagem de forma articulada e interdisciplinar, levando o aluno a: aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver juntos.

Atualmente é possível observar alterações constantes tanto no âmbito educacional quanto no campo da saúde, deste modo tais áreas são incessantemente chamadas a responder de forma reflexiva e expostas aos novos desafios, tendo que buscar as adequações do conhecimento científico e metodológico. Este cenário acaba impondo por necessidade, respostas peculiares de forma individual ou coletiva. Em suma, esta é a era de conhecimento e novidades, que cria uma demanda gigantesca na busca de novas condutas para organizar o trabalho, com diversas dimensões,

abrangências e com suas especificidades (Nascimento et al, 2008).

Neste contexto, é notório que o processo de formação do enfermeiro depende de atenção nas demandas básicas da prática profissional, o processo de enfermagem faz parte dos cursos de graduação, que buscam junto aos discentes executar suas fases, e assim desenvolvendo habilidades e atitudes, nas disciplinas em âmbito teórico e prático (LEADEBAL et al, 2010).

Segundo Fontes et al (2010) no decurso de sua graduação, o discente já deve ser estimulado a ter um desenvolvimento sobre uma Enfermagem reflexiva, dinâmica e autônoma, exigindo sua aplicação, com capacidades técnicas, intelectuais, cognitivas e interpessoais. De modo geral, o ensino do processo de enfermagem na graduação percorre por disciplinas do componente básico ao componente profissional, destacando a grande contribuição dos cursos de graduação diante da fragmentação entre o saber e o fazer.

Leadebal et al (2010) chegam a referir a existência de uma preocupação com a integração entre teoria e prática, no intuito de quebrar as barreiras levantadas pela desagregação entre o que se ensina nas aulas teóricas e o que se vivencia nos campos de estágio. Em síntese, a própria faculdade favorece essa divisão entre o saber e o fazer, buscando a construção do conhecimento dentro dos limites das disciplinas. Acrescenta ainda, que no componente profissional do curso, existe um outro modelo de saber fazer, separada de crítica, reflexão e da articulação com os conteúdos apresentados pelas diferentes disciplinas curriculares.

Um exemplo desta incoerência, é citado por Fontes et al (2010) quando levantam que o ensino do processo de enfermagem em algumas grades curriculares, é acrescentado na disciplina metodológica da assistência de enfermagem, cursada no terceiro período letivo.

Surgindo, a dificuldade dos discentes em compreender a importância da metodologia da assistência, ou seja, o processo de enfermagem durante a formação. Fato que pode ser agravado por relatos de experiência de docentes, envolvidos direta ou indiretamente com o ensino do processo de enfermagem, sobre a “inutilidade” do método nos hospitais, ou seja, campos de estágio das escolas formadoras, o que contribui no ponto de vista dos discentes sobre a não aplicação

do processo como instrumento no cotidiano do trabalho em Enfermagem (FONTES et al, 2010).

Outro ponto causador de medos e anseios é referido por Barbosa et al (2003) como sendo o período de transição da vida acadêmica para a atividade profissional, preocupação que poderia ser reduzida, por meio de experiências de trabalho integrado associado ao raciocínio crítico/reflexivo, que participa nas diversas áreas do saber, já no processo formativo de cada profissão. Assim o aluno, teria uma experiência advinda da realidade, onde as situações são verídicas e possibilitariam vivenciar o que realmente é exigido na vida profissional, articulando assim a reintegração dos saberes.

O mesmo autor acrescenta ainda, que é indispensável que os profissionais se comprometam com seu aprimoramento, a fim de utilizar estratégias que visam solucionar as dificuldades que a sociedade apresenta, o que significa conscientizar-se das transformações em seu ambiente de trabalho, necessárias ao atendimento do desenvolvimento técnico e científico.

Portanto, tudo isso pode ser trabalhado no momento do curso em que os alunos iniciam as atividades de cuidado no ambiente hospitalar, conhecendo e aprendendo sobre a SAE, sua importância e as fases que compreendem a sistematização, realizando como atividade prática apenas o histórico de enfermagem em pacientes internados, para então desenvolverem todas as etapas da SAE, começando com o conteúdo teórico que permite a criação da prescrição dos cuidados de enfermagem com previsão de possíveis intercorrências (SILVA et al, 2011).

Silva et al (2011) complementam que atividades com maior grau de dificuldade e complexidade, costumam requerer do indivíduo o exercício da reflexão, o que não costuma acontecer em processos repetitivos, de reprodução de ações automatizáveis e extremamente familiares. Todavia o aprendizado da SAE inicia-se na graduação e percorre a vida profissional do enfermeiro, sendo que jamais poderá ser uma atividade fácil, simples e plenamente repetitiva.

As Instituições de Ensino Superior - IES tem a missão de proporcionar meios para que todo conhecimento necessário para que o aprendizado do discente de enfermagem seja alcançado, mas quando se observa o mercado de trabalho, percebe-se que todos são responsáveis pela aplicação da SAE, os alunos, as IES e

as entidades envolvidas. É imprescindível salientar que neste contexto, a SAE é um instrumento que deve ser trabalhado exaustivamente pelas IES para que seus alunos sejam plenamente contemplados e tornem-se conscientes de sua importância. Em contrapartida, no contexto do exercício da enfermagem, o reduzido número de funcionários prejudica o andamento da utilização da SAE, fator plenamente observável pelos discentes quando adentram no campo de estágio e se deparam com a situação descrita (SILVA et al, 2011).

Ainda sob esta ótica Boaventura (2007), afirma que o enfermeiro deve persistir na execução de uma assistência que busque sempre melhorias para a total recuperação do cliente por meio da SAE, mesmo em detrimento a realidade que apresenta inúmeras dificuldades para colocá-la em prática. Aponta ainda, vários fatores que interferem em sua utilização, tais como a falta de conhecimento e prática adequada, além de requerer mais tempo do profissional para desenvolvê-la, mas com a sobrecarga de trabalho e número insuficiente de profissionais torna-se cada vez mais difícil de ser aplicada.

Cabe neste interim salientar, que o COREN dispõe que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, tornando nítida a importância do ensino do processo de enfermagem nos cursos de graduação em Enfermagem, objetivando despertar nos futuros profissionais interesse pela SAE, habilitando-os a realizarem todas as suas etapas. Isso permite ao graduando ter o interesse de conhecer o paciente como indivíduo, praticar o cuidado individualizado aos pacientes, já durante a disciplina de estágio supervisionado (BOAVENTURA, 2007).

Diante do exposto, Koerich et al (2007) acrescentam que não se pode ter modificações na instituição sem uma prévia mudança das mentes, mas também não se pode alterar as mentes sem uma prévia reforma nas instituições, entretanto, esse é um impasse que precisa ser passado para que se procedam nas instituições e nas mentes, as mudanças necessárias tanto na prática como na academia.

6.2 Aplicação da SAE repercutindo na qualidade assistencial

A enfermagem se defronta com o desafio de promover o desenvolvimento da assistência com sua equipe, de modo a garantir qualidade e segurança. A equipe é formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuam com responsabilidade ética, legal, e técnica, no âmbito do cuidado ao ser humano tanto na atenção primária, secundária ou terciária, no sentido amplo do atendimento ao indivíduo, família e coletividade (MENEZES et.al, 2010).

As responsabilidades do enfermeiro após a promulgação da lei 7.498 de 25 de junho de 1986 referente ao exercício de enfermagem estão dispostas em artigos, sendo que no 1º artigo o destaque se dá para as atividades que são privativas, tais como a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. Ainda segundo o COFEN (2002) a SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do cliente, sendo composta por: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem.

Neste contexto, Boaventura (2007) afirma que todo procedimento realizado deve ser registrado no prontuário do cliente e essa anotação tem que ser feita por todos que fazem parte da equipe de enfermagem. No registro deve conter o nome, o número de registro e horário que foi realizada.

Assim o processo de enfermagem é um procedimento utilizado para se implantar na prática profissional, uma teoria de enfermagem. Definido a teoria de enfermagem, torna-se necessária a utilização de um método científico para que os conceitos da teoria sejam implantados (TANNURE, et. al 2013).

Para se determinar o estado de saúde do paciente é necessário realizar uma investigação objetiva e subjetiva (exame físico e anamnese), consistindo na primeira fase do processo de enfermagem. Nesta etapa serão registradas informações imprescindíveis que determinarão a história pregressa do cliente, fornecendo indicadores que determinam a história atual do processo de seu adoecimento (TANNURE, 2013).

Pinheiro (2013) acrescenta que a investigação consiste na coleta de informações referentes ao estado de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, com o

objetivo de identificar as necessidades, os problemas, as preocupações e as reações humanas destes. Contudo torna-se imprescindível que as informações coletadas sejam as mais precisas e fidedignas possíveis, para que seja estabelecido o perfil de saúde ou de necessidades do cliente ,Tannure e Pinheiro (2013).

Tannure (2013) explica que os dados coletados referentes ao estado de saúde do cliente são analisados de maneira direta ou indireta sendo classificados em duas categorias, objetivos (o que é observável) e subjetivos (o que a pessoa afirma). Os dados diretos são aqueles obtidos diretamente do paciente, por meio da anamnese e do exame físico. Os dados indiretos são coletados por meio de outras fontes, como familiares ou amigos, prontuários de saúde, registros de outros profissionais da equipe multiprofissional, resultados de exames laboratoriais entre outras.

Realizada a primeira fase de maneira minuciosa é possível partir para próxima etapa onde serão levantados os diagnósticos de Enfermagem, por meio da análise e interpretação de dados de forma criteriosa. Os diagnósticos baseiam-se tanto nos problemas reais (voltados para o presente) quanto nos problemas potenciais (voltados para o futuro). Todos podem ser desencadeados por disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais. Todavia cabe ressaltar que os diagnósticos devem ser identificados e listados em ordem de prioridade, tendo base no grau de ameaça ao nível de bem estar do cliente, segundo Tannure e Pinheiro (2013).

O plano assistencial enquadra-se na terceira fase, etapa em que serão determinados de forma global, a assistência de enfermagem necessária para sanar os problemas sintetizados nos diagnósticos estabelecidos. Este plano assistencial deve ser sistematizado conforme necessidade individual, podendo ser dividido em encaminhamentos, supervisão (observação e controle), orientação, auxílio e execução de cuidados (HORTA, 1979).

O planejamento inicia-se pela priorização dos diagnósticos de enfermagem que foram estabelecidos, o enfermeiro e sua equipe analisam e determinam quais os problemas ou necessidades do cliente, quais são urgentes e precisam de atendimento imediato e aqueles cujo atendimento poderá se dar a médio ou em longo prazo (TANNURE, 2013).

Como se observa, um planejamento pode trazer resultados significativos para iniciar um plano assistencial, contudo depende-se também da participação do cliente nesse

processo de cuidado, buscando-se suas prioridades e necessidades.

E neste plano de cuidado, ou prescrições de enfermagem como refere Horta (1979) ocorre a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário ou período aprazado, que sistematiza a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados as necessidades básicas e específicas do ser humano, sendo esta considerada a quarta etapa ou fase do processo.

Na quinta fase, o plano de cuidado fornece dados necessários para a avaliação ou evolução de enfermagem, que são relatos diários das mudanças frequentes que ocorrem com o paciente, enquanto estiver sob assistência profissional. É nesta fase que o enfermeiro avalia a resposta do ser humano à assistência de enfermagem aplicada (HORTA, 1979).

Como se percebe, o prognóstico de enfermagem tem uma eficácia em relação ao ser humano em atender as necessidades básicas de qualquer pessoa, isso leva a equipe de enfermagem a tomar decisões importantes como o tratamento adequado, auxiliando de uma forma geral na tomada de decisão.

Com todas as características já citadas do processo de enfermagem é possível corrigir erros em qualquer uma das fases e também a previsão simultânea de todas as fases. Ao realizar o levantamento de dados ou na seleção dos diagnósticos já se tem uma ideia do prognóstico, com isso, somente por razões didáticas e de sistematização, estas fases são separadas (HORTA, 1979).

Entretanto, os enfermeiros precisam desenvolver competências para elencar diagnósticos precisos, o que demanda desenvolvimento de habilidades intelectuais e conhecimentos acerca de diagnósticos de Enfermagem, bem como o uso desses conhecimentos de modo respectivo. O processo cognitivo de elaboração dos diagnósticos, que é denominado raciocínio diagnóstico, exige de alunos e profissionais de enfermagem competência de nível elevado, o aprendizado requer monitoramento e controle do pensamento por meio da metacognição (SILVA, et. al, 2011).

Em outras palavras, instiga o raciocínio em todos que fazem parte da equipe de enfermagem, ao exercício da reflexão para posterior discussão sobre o que será positivo e negativo no processo de cuidado. Com isso, não só o enfermeiro, mas toda a equipe deve ter uma educação continuada, buscando assim alternativas no tratamento e recuperação do cliente.

Desse modo, Silva et al (2011) revelam que estudos tem mostrado as dificuldades de aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, destacando-se como problemas enfrentados neste processo de aprendizado: a deficiência de aprofundamento de conhecimentos para diagnosticar; currículo que não contempla conteúdos necessários ao desenvolvimento do tema de forma contínua; resistência à proposta dos diagnósticos, em identificar as causas que respaldam o diagnóstico de enfermagem; o processo mental envolvido; dificuldade do estudante de fazer relações significativas com conteúdos anteriores e fazer interpretações e julgamentos que conduzam a solução de problemas do paciente.

Na Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE, a teoria funciona como um alicerce estrutural para sua implantação, necessitando de uma metodologia para sua implementação. Inclusive, um método que pode ser utilizado para se implantar uma teoria na prática é o Processo de Enfermagem (REMIZOSKI et al, 2010).

Seguindo o que diz na Resolução COFEN nº272/2002 as etapas são distribuídas desta maneira:

***Histórico:** Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.*

***Exame Físico:** O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.*

***Diagnóstico de Enfermagem:** O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.*

***Prescrição de Enfermagem:** É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma*

individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: *É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam, os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes” (COFEN, 2002).*

O processo de enfermagem corresponde a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano, constituído por fases ou passos dinâmicos interagidos, histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrições, evolução e prognóstico (HORTA, 1979).

De um modo geral, a implementação da SAE é essencial para a melhora na qualidade da assistência de enfermagem, trazendo implicações positivas para o paciente e para a equipe de enfermagem. Além disso, a sistematização pode fortalecer o vínculo entre enfermeiros e pacientes, favorecendo a melhora do atendimento, Tannure e Pinheiro (2013).

O mesmo autor ressalta que, para que a SAE seja incorporada à prática, é importante lembrar que é preciso de uma educação permanente de todos os profissionais envolvidos no processo.

Cabe ressaltar, que muito além da competência técnica, é necessário que todos os enfermeiros tenham a sensibilidade de captar os cuidados mais emergentes, o que requer capacidade de aptidão e propulsão de ações inovadoras por meio de conhecimento, conferindo-lhe capacidade estratégica para envolver e abranger com comprometimento todos os demais profissionais da equipe de saúde. Assim, a SAE norteia a equipe de enfermagem e de saúde, de forma lenta, porém contínua, com uma contemplação sobre seu cotidiano, compartilhando suas experiências e expectativas (KOERICH et al, 2007).

Pelos elementos analisados, conclui-se que diante da realidade observada, pois vários são os fatores que precisam ser repensados para que a SAE seja aplicada corretamente na prática.

Frente às breves citações, Koerich et al (2007) afirmam que, mesmo diante a desarmonia que existe entre o saber e o fazer e da desordem com a legislação profissional, a SAE é um instrumento recomendado para melhoria do cuidado de enfermagem e da assistência em saúde. Em razão disso, é necessário que todos envolvidos com a sua aplicação, se comprometam em associar suas práticas com a filosofia institucional, refletindo sobre processo de trabalho em saúde, e assim incluir todos os demais profissionais da equipe de saúde, com a finalidade de prestar um atendimento de qualidade ao cliente.

Assim, Alvim (2013) reafirma que a Sistematização da Assistência de enfermagem-SAE, é um instrumento que deve ser aplicado diariamente, ou quando necessário, a cada contato com o paciente. Possibilitando assim, a detecção de falhas nos cuidados a tempo de modifica-los ou mantê-los, objetivando sempre, suprir as necessidades do paciente. Do mesmo modo que, cabe ao profissional enfermeiro, avaliar a evolução para então estabelecer medidas corretivas das prescrições quando estas não estiverem atingindo as metas traçadas para melhoria do quadro clínico do cliente, lembrando sempre que todas as ações concernentes ao cuidado sistematizado deve realizar registrado no prontuário do paciente.

Em razão de todo esse cuidado, é nítido que a SAE concede maior segurança aos clientes, sendo que uma vez implementada requer que o enfermeiro realize o julgamento clínico, favorecendo o aprimoramento da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica embasado em evidencias científicas, contidas na avaliação dos dados subjetivos e objetivos coletados junto ao indivíduo, família ou comunidade (TANNURE, 2013).

Por todo o exposto, é imprescindível reconhecer que o enfermeiro precisa seguir corretamente cada etapa da SAE, para adquirir o resultado esperado, com a certeza de que se trata de uma atividade privativa do enfermeiro, ou seja, somente ele pode desenvolvê-la e aplica-la a fim de galgar a qualidade do cuidado.

7. CONCLUSÃO

Como sabemos a SAE é de total importância para a recuperação completa do paciente, mas para ser realizada depende de todo um contexto de âmbito social, econômico e ético. Vale lembrar que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, sendo aplicada metodologicamente e estrategicamente a partir de embasamento científico.

Assim, quando se vive a experiência acadêmica nos campos de estágio, é comum enfrentar dificuldades e obstáculos que prejudicam a aplicação correta da SAE.

Os resultados deste estudo nos fez concluir que as Instituições de Ensino Superior-IES exercem um papel fundamental nesse contexto, uma vez que aborda o processo de enfermagem em sua grade curricular e a coloca em prática nos campos de estágio de forma metodológica para facilitar o processo de ensino e aprendizagem no desenvolvimento da SAE.

O trabalho evidenciou que de fato, a utilização da SAE, enquanto instrumento a ser desenvolvido pelo enfermeiro, faz toda diferença na qualidade assistencial, entretanto ainda existe um abismo entre o que se aprende e o que se consegue colocar em prática, considerando que a realidade apresenta um cenário onde o enfermeiro é sobrecarregado com atividades puramente burocráticas e/ou assistenciais devido inclusive ao reduzido número de profissionais que compõe sua equipe, o que o faz executar o cuidado sem assistência sistematizada.

Concluindo, vemos que é necessário um conjunto de coisas para que a SAE seja realizada e aplicada conforme determinações da legislação profissional, o que minimizaria as divergências entre teoria e prática.

Além disso, evidenciou-se que temos uma fonte inesgotável de interrogações e perspectivas acerca do tema, o que nos leva a concluir que novas pesquisas são necessárias para que se possa enriquecer cada vez mais a literatura que aponta para necessidade de refletir e agir em prol de mudanças efetivas no processo de cuidar.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEn/SP. Associação Brasileira de Enfermagem- seção São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.abensp.org.br/abensp/finalidade/>.

ABEn/PE. Associação Brasileira de Enfermagem -seção de Pernambuco. **Historia da Enfermagem. As práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem.** Disponível em: http://www.abenpe.com.br/home/hist_enfermagem.pdf.

ALVIM, André Luis. **O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas.** Graduando em Enfermagem do Centro Universitário. UNA, 2013.

BARBOSA, Maria Alves; BRASIL, Virginea Visconde; SOUSA, Ana Luiza; MONEGO Estelamaris Tronco. **Refletindo sobre o Desafio da Formação do Profissional de Saúde.** Ver. Bras. Enferm. Brasília (DF), 2003.

BARREIRA, Ieda de Alencar; BAPTISTA, Suely de Sousa. **O movimento de reconsideração do ensino e da pesquisa em história da enfermagem.** Rev Bras. Enferm 2003 nov/dez; 56 (6): 702-06.

BASTOS, Lorena Taynara; XENOFONTE, Paula Barreto; ABREU, Fernanda Rocha Honorio; ROLIM, Karla Maria Carneiro. **O protagonismo de Florence Nightingale e sua contribuição na formação do enfermeiro,** 2013.

BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis; PADILHA, Maria Itayra; PIRES, Denise Elvira Pires de. **Conselho regional de enfermagem de Santa Catarina (1975-1986): importância para a profissão.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, 2015 .

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015005050013&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Sept. 2015

BOA VENTURA, Ana Paula. **Ensino do Processo de Enfermagem: Percepção dos Alunos do Curso de Enfermagem**. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós- Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2007.

CARDOSO, Maria Manuela; MIRANDA, Cristina Maria. **Anna Justina Ferreira Nery: Um marco na historia da enfermagem brasileira**. Rev.Bras.Enferm, Brasilia, 1999.

CASTILHO, Nadia Cecilio; RIBEIRO, Pamela Cristine; CHIRELLI, Mara Quaglio. **A implementação da Sistematização Assistência de Enfermagem no serviço de saúde hospitalar do brasil**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009.

COFEN- Conselho Federal Enfermagem. **Sistema Cofen/ Conselhos Regionais**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

COFEN- Conselho Federal Enfermagem. **Sistema Cofen/ Conselhos Regionais**. Disponível em : http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html.

COFEN- Esclarecimento **sobre a legislação que institui o Sistema Cofen/Conselhos Regionais**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/esclarecimentos-sobre-a-autarquia-cofencorens_4164.html

COFEN- Esclarecimento **sobre a legislação que institui o Sistema Cofen/Conselhos Regionais**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html

COREN- Conselho Regional de Enfermagem. **Quais são e para que servem. Conheça as entidades de enfermagem e o que elas podem fazer por você.** Enfermagem revista pag 33 a 40. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/08-quais_sao_e_para_que_servem_0.pdf.

COREN/ DF- Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. **Manual de normas e procedimentos de responsabilidades técnica.** Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/portal/images/manualrt.pdf>.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayara.; AMANTE, Lucia Nazareth; COSTA, Eliani; BOCK, Lisneia Fabiani. **O legado de Florence Nightingale: Uma viagem no tempo.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009.

FONTES, Wilma Dias; LEADEBAL, Oriana Deyse; FERREIRA, Jocelly de Araújo. **Competências para Aplicação do Processo de Enfermagem: Auto Avaliação de Discentes Concluintes do Curso de Graduação.** Ver. Rene. Fortaleza, 2010.

GRISARD, Nelson; VIEIRA, Edith Tolentino. **Ana Néri. Madrinha da Enfermagem no Brasil.** Gaz. Med. Bahia, 2008.

HERMIDA, Patricia Madalena; ARAUJO, Izilda Esmênia. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Subsídios para Implantação.** Rev. Bras. Enf Reben, 2006

HORTA, Wanda. **Processo de Enfermagem.** Editora 2º Pedagógica e Universitária Ltda São Paulo: 1979.

KOERICH, Magda Santos; BACKES, Dirce Stein; NASCIMENTO, Keyla Cristiane; ERDMANN, Alacoque Lourenzini. **Sistematização da Assistência: Aproximando o Saber Acadêmico, o Saber- Fazer e o Legislar em Saúde**. Acta Paul Enferm, 2007.

LEADEBAL, Oriana Deyse; FONTES, Wilma Dias; SILVA, Cesar Calvalcanti. **Ensino do processo de Enfermagem: Planejamento Inserção em Matrizes Curriculares**. Ver. Esc. Enferm. USP, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5º ed. São Paulo. Editora Athas, 311 p., 2003.

Melny BM, Fineout-Overneout E. Making the case for evidence-based practice. In Melny BM, Fineout-Overneout E. Evidence-based practice in nursing & health care. A guide to best practice. Philadelphia: LWW; 2005. p. 3-24.

MENEZES, Silvia Regina; PRIEL, Margareth Rose, PEREIRA, Luciane Lucio. **Autonomia e Vulnerabilidade do Enfermeiro na Prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem**. São Paulo: USP 2011.

NASCIMENTO, Keyla Cristine; BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; ERDMANN, Aloque Lourenzini. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Vislumbrando um Cuidado Interativo, Complementar e Multiprofissional**. Rev. Esc. Enferm USP, 2008.

NEIVA, Maria de Jesus Lopes Mousinho; NUNES, Benevina Maria Vilar Teixeira; GONÇALVES, Lucyana Campos. **Reflexões sobre a trajetória do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí**. Enferm. Foco. Artigo Original, 2014.

OKUNO M. F. P; BELASCO A.; BARBOSA D. **Evolução da Pesquisa em Enfermagem ate a Prática Baseada em Evidências.** Cap1 , 2014.

PADILHA, Maria Itayra; MANCIA, Joel Rolim. **Florence Nightingale e as irmãs de caridade: Revisitando a Historia.** Rev. Bras. Enferm, 2005.

REMIZOSKI, Jucilene; ROCHA, Mayara Moreira; VALL, Janaina. **Dificuldades na Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE: Uma Revisão Teórica** Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, 2010.

RODRIGUES, Marcelo Santos. **Mulheres Sertanejas na Guerra do Paraguai.** Anais Eletrônicos no VI Encontro da ANPHLAC, Maringá, 2004.

SANTANA, Mary Elizabeth Conceição Vander Monteiro; SOUSA, Ralrizônia Fernandes; SILVA, Silvio Eder Dias; ARAUJO, Jeferson Santos; SANTOS, Lucialba Maria Silva. **A percepção do acadêmico de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Ciência da Enfermagem em tempos de Interdisciplinaridade. Trabalho 402, 2011.
<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0402.pdf>

SILVA, Ana Gracinda; FERREIRA, Márcia Assunção; PEIXOTO, Maurício Abreu Pinto; MARTINS, Jaqueline Santos; BRANDÃO, Marcos Antonio Gomes. **Dificuldades dos Estudantes de Enfermagem na Aprendizagem do Diagnostico de Enfermagem, na Perspectiva da Metacognição.** Pesquisa Research- Investigacion, Esc Anna Nery : 2011.

SILVA, Rudval Souza; SANTOS, Denize Timoteo; CARVALHO, Sueli Silva; LISBOA, Angela Carla Ferraz. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**: Uma pesquisa documental, 2012.

SOUZA, Fabíola Tamy; MARQUES, Issac Rosa. **Eutanasia, Ética, Cuidados Paliativos e Enfermagem**. Rev. Enferm. UNISA, 2005.

TANNURE, Meire Chucre, PINHEIRO, Ana Maria. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.