

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

JANILCE DORNELES DE QUADROS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM: IMPRESSÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
BÁSICA**

Porto Alegre

2012

JANILCE DORNELES DE QUADROS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM: CARACTERIZAÇÃO E IMPRESSÃO DOS
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito parcial para
obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Tolfo Silveira

Porto Alegre

2012

FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

JANILCE DORNELES DE QUADROS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM: CARACTERIZAÇÃO E IMPRESSÃO DOS
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA**

CONCEITO FINAL _____

APROVADO EM _____ DE DEZEMBRO DE 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Denise Tolfo Silveira

Prof^ª Dr^ª Idiane Rosset Cruz

Prof^ª Maria Luiza Paz Machado

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais Flóri e Regina, que me deram à vida, me proporcionaram inúmeros ensinamentos e pelo exemplo de dedicação à profissão e estudo.

Agradeço a meu noivo Mateus, que compreendeu os momentos de tensão e muito me ajudou nesta conquista.

As minhas irmãs e meu irmão, que acompanham minha trajetória desde sempre.

À Professora Denise Tolfo Silveira, pela orientação e pela oportunidade de compartilhar um pouco de seu conhecimento e experiência.

Aos colegas da Escola de Enfermagem UFRGS, pelo companheirismo e oportunidade de dividir o tempo em que me dediquei à minha jornada acadêmica de graduação em enfermagem.

Enfim, agradeço aos amigos e familiares por terem me dado suporte para chegar até aqui e compreendido os momentos em que estive ausente para que pudesse completar essa etapa.

“Não precisamos de mais dinheiro,não precisamos de mais sucesso ou fama,não precisamos do corpo perfeito,nem mesmo do parceiro perfeito,agora mesmo,neste momento exato,dispomos da mente,que é todo o equipamento básico de que precisamos para alcançar plena felicidade.”

Dalai Lama

Resumo

Um dos cenários de maior atuação do enfermeiro, onde a realização da consulta de enfermagem (CE) é de extrema importância se dá na atenção básica, a qual é entendida como um conjunto de ações que visam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e reabilitação nos âmbitos individual e coletivo. A importância da compreensão da realização da consulta de enfermagem na atenção básica se deve ao fato deste serviço ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Portanto o presente estudo objetivou descrever as principais etapas envolvidas no planejamento/ execução na CE adotadas pelos enfermeiros da atenção básica e demonstrar o grau de importância atribuído pelos enfermeiros à realização da CE. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de análise quali-quantitativa, que ocorreu de agosto a dezembro de 2012, realizado em Unidades de Saúde da Família, das oito Gerências Distritais de Porto Alegre, RS. Participaram do estudo dois enfermeiros de cada Gerência Distrital, totalizando 16 enfermeiros, caracterizando amostragem do tipo não-probabilística por conveniência. Os dados foram coletados a partir de questionários semiestruturados (qualitativos) e através dos registros sistemáticos de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos na Unidade de Saúde da Família, referentes à consulta da saúde da mulher (quantitativos). Os resultados demonstraram que a maioria dos atendimentos realizados foram coleta do exame preventivo do câncer de colo do útero (CP). Quanto a sistematização de enfermagem havia poucos registros da etapa de diagnóstico. Em relação às respostas dos enfermeiros, muitos referiram a CE como algo importante para valorização do enfermeiro e para o cuidado em saúde. Também consideraram a CE como uma ferramenta com abordagem holística do paciente, diferenciando entre outros aspectos da consulta médica, além disso, poucos enfermeiros mencionaram a etapa de diagnóstico durante a realização da consulta de enfermagem. Concluiu-se que há necessidade de trabalhar a sistematização da CE entre os profissionais e nas Instituições de Ensino de Enfermagem, com o objetivo de suprir as dificuldades inerentes à realização da consulta e dar mais ênfase a este instrumento de trabalho do enfermeiro.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Saúde Comunitária. Avaliação em Enfermagem. Assistência ao Paciente. Diagnóstico de Enfermagem. Saúde da Mulher.

Lista de Ilustrações

Figura 1: Escores relativos aos atendimentos de enfermagem.....	26
Figura 2: Escores relativos ao período dos atendimentos de enfermagem.....	27
Figura 3: Percentuais referentes a sistematização da CE.....	27
Figura 4: Escores referentes a formação acadêmica.....	28
Figura 5: Comparação do processo de enfermagem e do processo médico.....	37

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	Objetivo Geral.....	11
2.2	Objetivos Específicos.....	11
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1	Caracterização da consulta de enfermagem para o cuidado em saúde.....	12
3.2	Sistematização da consulta de enfermagem.....	13
3.3	Consulta de enfermagem na atenção básica: enfoque na saúde da mulher..	16
4	METODOLOGIA.....	19
4.1	Tipo de Estudo.....	19
4.2	Campo ou contexto.....	19
4.3	População e Amostra.....	20
4.4	Coleta de Dados.....	21
4.5	Análise dos Dados.....	22
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	24
5.1	Análise de riscos e benefícios.....	24
6	RESULTADOS.....	26
6.1	Caracterização da consulta de enfermagem.....	26
6.2	Formação profissional.....	28
6.3	Valorização do enfermeiro.....	28
6.4	Visão integral.....	29
6.5	Importância da CE.....	29
6.6	Diferenças em relação à consulta médica.....	30
6.7	Sistematização da assistência de enfermagem.....	30
6.8	Etapa interpretação/diagnóstico.....	31
7	DISCUSSÃO.....	32
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	Referências.....	41
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
	APÊNDICE B – Questionário de avaliação do Enfermeiro referente à Consulta de Enfermagem.....	47

ANEXO A – Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	49
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	50

1 INTRODUÇÃO

A Lei do exercício profissional N.º 7498, de 25 de junho de 1986, artigo 11, inciso I, alínea “i” (COFEN, 2012), legitima o enfermeiro para o pleno exercício da consulta de enfermagem (CE), com o indivíduo, família e a comunidade, seja no âmbito hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou em consultório particular, sendo competência exclusiva do enfermeiro (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

A consulta objetiva sistematizar, dar consistência, sentido, registro e memória à assistência de enfermagem nos três níveis da atenção à saúde humana conforme preconiza a Lei nº 8080/1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007). É composta por: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Ainda segundo Vanzin e Nery (1995), a CE compreende uma série de ações realizadas numa sequência sistematizada, desde a recepção do cliente até a avaliação geral do atendimento prestado, pois o enfermeiro observa e coleta informações para conhecer a real situação de saúde do cliente, antes de determinar os diagnósticos e terapêutica adequada.

A sua implantação requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, levando-o a compreender sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos (SILVA, 1998). Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo paciente e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, à família e a comunidade, para tanto, estabelecer um vínculo com o paciente é caráter essencial para que os objetivos da CE sejam alcançados.

Um dos cenários de maior atuação do enfermeiro, onde a realização da CE é de extrema importância se dá na atenção básica, a qual é entendida como um conjunto de ações que visam à promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e reabilitação nos âmbitos individual e coletivo, envolvendo práticas gerenciais e sanitárias de naturezas democrática e participativa. Situa-se no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, com capacidade para resolver um elenco de necessidades que extrapolam a intervenção curativa individual e são denominadas de necessidades básicas de saúde (SAPAROLLI ; ADAMI, 2010). Ainda neste contexto da atenção básica, Brasil (2011) define que a Unidade de Saúde da Família (USF) visa à reorganização da rede básica no País, de acordo com os preceitos do

Sistema Único de Saúde. A USF é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Portanto, as Unidades de Saúde da Família (USF) geralmente, configuram-se em primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, sendo suas diretrizes organizativas operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais. Dentre estes profissionais configura-se o enfermeiro o qual possui como uma de suas atividades a realização da consulta de enfermagem, conforme já citado anteriormente (OHARA; SAITO, 2008).

Sendo assim, os questionamentos relacionados a este estudo incluem: quais os aspectos relacionados ao planejamento, execução e importância dada à consulta de enfermagem pelos profissionais enfermeiros da rede básica?

A motivação para escolha deste assunto surgiu a partir de experiência prática em disciplinas específicas na área da atenção básica, além de monitoria na disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, onde a metodologia da consulta de enfermagem foi contemplada e apreendida na agenda de Enfermagem ao Adulto (ENA) com dano crônico no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Portanto, com base nas relevâncias já levantadas acerca da consulta de enfermagem e com o devido respaldo na literatura propõe-se o presente estudo, pois, se faz necessário a compreensão da atual situação da consulta de enfermagem no contexto da atenção básica em relação às dificuldades, competências e entendimentos acerca da prática da CE.

Além disso, este trabalho pretende destacar a CE valorizado-a perante a sociedade e equipe de saúde como uma atividade exclusiva dos enfermeiros de forma privilegiada de intervenção em saúde individual.

2 OBJETIVOS

Compreenderão objetivos deste estudo:

2.1 Objetivo geral

Identificar o grau de importância atribuído pelos enfermeiros da atenção básica à consulta de enfermagem à saúde da mulher.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as principais etapas envolvidas no planejamento/ execução adotadas pelos enfermeiros na CE;
- b) Identificar o grau de importância atribuído pelos enfermeiros à realização da CE;
- c) Caracterizar a CE.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Caracterização da CE para o cuidado em saúde

A denominação "consulta de enfermagem" surgiu, no Brasil, na década de 60. Não obstante, ela já existia desde a década de 20, denominada entrevista pós-clínica, por se tratar de um procedimento delegado pela equipe médica à enfermeira, a título de complementação da consulta médica (MACIEL; ARAUJO, 2003).

Atualmente a CE já está implementada e respaldada legalmente e podemos observar consultas de enfermagem em diversos programas, como por exemplo, cuidado ao adulto, mulher, criança e idoso. Para o cumprimento dessa função, busca-se o conhecimento adquirido durante o curso de graduação, a base para a execução adequada do papel desempenhado.

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo é propiciar condições para melhoria da qualidade de vida, por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, sendo um momento de encontro entre o indivíduo e o trabalhador da saúde, o qual se fundamenta, principalmente, sobre o eixo da queixa-conduta (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005). Além disso, os autores reforçam que o trabalho de enfermagem exige, além de conhecimentos e habilidades técnicas, competências humanas para conduzir uma consulta interativa entre o enfermeiro e o seu assistido sem a adoção de práticas coercitivas, punitivas e de verticalização das condutas adotadas.

Segundo Vanzin e Nery (2007) como método de assistência, a CE possibilita conhecer o cliente em todas as dimensões e fortalece o enfermeiro em suas prerrogativas. Alguns dos princípios estabelecidos pelas autoras são: alto índice de resolutividade dos problemas de saúde, incluindo a prescrição da assistência de enfermagem e encaminhamento a outros profissionais. Outro princípio é permitir que os clientes expressem seus sentimentos com privacidade, garantindo acolhimento singular, tendo como sujeito o ser humano e como objeto o cuidado de acordo com o princípio da integralidade (promoção, proteção e recuperação da saúde), dentro de uma metodologia científica no processo de cuidar, reforçando o vínculo profissional enfermeiro/cliente.

Margarido e Castilho (2006) trazem em sua pesquisa que estudos demonstram que a atuação do enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, melhora a adesão ao tratamento, acelera o restabelecimento do paciente e acredita que diminui o custo final da assistência.

Além disso, a CE é fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e na perspectiva de consolidação de modelos assistenciais voltados às necessidades de saúde da população (SANTOS; CUBAS, 2012).

A CE permite o exercício da atividade educativa, a nível não só individual, mas também comunitário uma vez que cabe à enfermeira desenvolver não só o atendimento direto ao cliente, mas também estratégias que possibilitem o ensino à comunidade, de medidas de promoção à saúde, exercendo, portanto, a função de educadora (MACIEL; ARAUJO, 2003).

Machado, Leitão e Holanda (2005) argumentam que para estes aspectos ocorrerem eficazmente, é necessário o desenvolvimento da habilidade refinada de comunicação, para o exercício da escuta e da ação dialógica.

Para tanto, a saúde como direito deve romper com a visão assistencialista, mecanicista do corpo e apontar para o diálogo, socialização de saberes e práticas entre profissionais e clientes, tanto na prevenção quanto na cura, para que desta forma possa contribuir para o entendimento do cliente sobre sua condição de saúde, potencialidades e capacidades de mudanças pessoal e familiar. Ainda nessa perspectiva, a contribuição da consulta de enfermagem se dá significadamente no aspecto da humanização (RIOS; VIEIRA, 2007). Portanto, convêm ao enfermeiro adquirir capacidade de compreender e entender o ser humano diante de suas complexidades, dimensões amplificadas, sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

3.2 Sistematização da consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem é uma atividade para a assistência e, como tal, deve ser sistematizada, para que o trabalho do enfermeiro seja mais valorizado e qualificado. Esta assistência deverá constar a identificação de problemas do processo saúde-doença passíveis de resolução a partir de uma atuação conjunta enfermeiro-cliente-equipe multiprofissional. A importância da sistematização da CE se deve ao enfoque holístico que assegura que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Segundo a resolução 272/2002 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012), as fases da execução da sistematização da CE, consistem em: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem. Portanto, fica legitimada e fundamentada a importância da utilização da Sistematização da Assistência

de Enfermagem (SAE) como forma de desenvolver o pensamento crítico na prática de enfermagem e gerar autonomia técnica, gerenciamento, individualização, uniformização, continuidade e avaliação do cuidado prestado através da promoção do cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo.

Precede a execução da CE, o planejamento, o qual é parte essencial deste processo para assegurar a qualidade do atendimento e para esquematizar a operacionalização da consulta de enfermagem antes do encontro com o cliente. Envolve a análise do prontuário do cliente, com a finalidade de realizar um estudo inicial da situação, para conhecimento das condições de saúde do indivíduo atendido pelo enfermeiro (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Na execução da CE, o histórico de enfermagem faz parte de uma avaliação inicial a qual consiste em uma coleta continuada de dados sobre o estado de saúde e fatores de risco que podem contribuir para o problema de saúde do paciente, etapa geralmente caracterizada como –subjetivo-. O exame físico também faz parte desta avaliação inicial e inclui a mensuração de sinais vitais, estatura, peso; técnicas como: inspeção, palpação, percussão e ausculta - destina-se a identificar evidência física de capacidade funcional e/ou incapacidade funcional apresentada pela clientela atendida; requer distinção exata de sinais normais e anormais, como também variações do normal entre os clientes, esta etapa é caracterizada como –objetivo- (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Por conseguinte a etapa dos diagnósticos de enfermagem, representam os elementos fundamentais para a realização da SAE, pois a precisão e a relevância de toda a prescrição de cuidados dependem de sua capacidade de identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto suas causas.

O termo diagnóstico de enfermagem teve sua origem na década de 50, porém, somente na década seguinte, Faye Abdellah apresentou um sistema de classificação para a identificação de 21 problemas de enfermagem. A partir daí, iniciou-se um processo de desenvolvimento de classificações e taxonomias para a enfermagem. Durante os anos 80 ampliou-se a discussão sobre a etapa do diagnóstico de enfermagem, bem como, o interesse por sua aplicação. Os sistemas de classificação existentes foram sendo ampliados, e incorporaram outros termos considerados específicos da prática de enfermagem (ALVES et al, 2006).

Os diagnósticos de enfermagem consistem na análise e interpretação das informações obtidas visando a tomada de decisão. Estes compreendem um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais. O

diagnóstico de enfermagem fornece a base para a seleção das intervenções para alcançar os resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 2008).

O processo diagnóstico é o resultado de uma sequência de passos iniciados com a coleta de dados de uma unidade de cuidado (pessoa, família, grupo ou comunidade), sendo concluído com a denominação da inferência do profissional sobre a situação observada. Essa inferência pode ser rotulada usando-se a linguagem coloquial ou uma terminologia própria, reconhecida e organizada em sistemas de classificação (GARCIA; EGRY, 2010).

A prescrição envolve o plano de cuidados, o qual é a determinação e execução de ações voltadas para o atendimento dos problemas identificados e que incluem: componente educativo para o autocuidado, orientação alimentar e medicamentosa, encaminhamentos para outros profissionais, entre outras atividades, geralmente descrita como –conduta- (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Por fim, a evolução de enfermagem abrange o registro, acompanhamento e análise da situação de saúde do cliente, em termos da resolução ou não dos problemas identificados, perante as ações implementadas pelo enfermeiro, cliente e família. Os dados colhidos devem ser registrados no prontuário do cliente (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

A consulta de enfermagem consiste em uma atividade que proporciona ao enfermeiro, condições para atuar de forma direta e independente com o cliente caracterizando, dessa forma, sua autonomia profissional, além de fornecer subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial, serve, como meio para documentar sua prática (FREITAS et al, 2008).

O enfermeiro ao proceder à consulta do indivíduo, esmera-se em realizar um exame físico rigoroso e em fazer uma anamnese que investigue atentamente as causas biológicas da dor, afere a pressão, verifica a temperatura e o peso realizando ainda outras “avaliações” físicas que possam subsidiar o seu diagnóstico de saúde. Essa abordagem não está inadequada, a clínica em si é muito eficiente, no entanto, necessita ser ampliada, sendo necessário resgatar a prática que não aborda apenas as questões biopsíquicas, mas aquela que resgata valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas. Deste modo, é indispensável fornecer compreensão, responsabilização e vínculo com o paciente e não apenas prescrições medicamentosas (BRASIL, 2001).

Neste mesmo contexto, Machado, Leitão e Holanda (2005), apontam algumas estratégias importantes a partir da teoria da ação comunicativa, para um cuidado mais humano e efetivo: a realização de um diálogo em que a "escuta" possa ser enfatizada, principalmente,

com a elaboração de perguntas abertas; uso da voz moderada durante o diálogo estabelecido e da negociação da conduta a ser adotada ao longo do tratamento, entre o enfermeiro e o assistido. BRASIL (2001) reforça que a tecnologia das relações é uma das mais complexas, pois abrange não só conhecimentos, habilidades e comportamentos, como também atitudes. Para tanto o profissional de saúde deve ter uma atitude comunicativa, isto é, disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa a pessoa e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico.

A sistematização da assistência se faz necessária para a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades de saúde. Busca-se com isso tomar como objeto do processo de trabalho em saúde, as necessidades e intervenções específicas da profissão, na assistência e no cuidado integral dos indivíduos, famílias e grupos sociais. Sua aplicabilidade, assim como a estruturação da sistematização da assistência, depende do envolvimento do profissional na prática de enfermagem, capaz de prover cuidados para transformar e solucionar os problemas das pessoas e da coletividade (BARROS; CHIESA, 2007).

3.3 Consulta de enfermagem na atenção básica: enfoque na saúde da mulher

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição de 1988 e por leis complementares no campo da saúde, tem como pressupostos básicos os princípios da universalização da integralidade, da descentralização e a participação popular (BRASIL, 2001).

O modelo de assistência que predomina no País tem suas práticas centradas no atendimento terciário e que tem o hospital como meio e fim do cuidado aos indivíduos que sofrem agravos à saúde.

Considerando a realidade apresentada, o Ministério da Saúde, em 1994, instituiu um novo modelo de atenção à saúde da população, que busca a reorientação do modelo tradicional vigente. A USF constitui-se em uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade (BRASIL, 2001). A proposta das Unidades de Saúde da Família baseia-se, sobretudo, no território adscrito e no processo de vinculação dos profissionais com a população. Tem como uma das atividades estratégicas a visita domiciliária que permite à

equipe conhecer os arranjos familiares e problemas de saúde enfrentados. Desse modo, pode-se aproximar das necessidades reais da coletividade como meio de estruturar as ações em saúde (BARROS; CHIESA, 2007).

Segundo Saporoli e Adami (2007) a implementação da USF promoveu o avanço da implantação da consulta de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, devido à contratação de maior número de enfermeiras que realizam esta atividade, de forma contínua, aos usuários destas unidades, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família.

Em 2003 teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), quando a equipe técnica de saúde da mulher avaliou os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior. Em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL, 2004).

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher inclui todas as dimensões da saúde da mulher no seu ciclo vital, abrangendo a adolescência e a pós-menopausa. O PAISM é uma das mais importantes políticas públicas na área da atenção da saúde da mulher, estabelecendo linhas de ação e estratégias para um modelo assistencial que inclui a integralidade e a equidade (OHARA; SAITO, 2008).

Apesar do inegável avanço, é essencial questionar a real implementação desses princípios nos municípios e estados brasileiros. Mais ainda, a efetivação desta política depende igualmente dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006).

Segundo BRASIL (2001) a atenção integral à saúde da mulher compreende a assistência em todas as fases da vida do curso da vida. O cuidado de enfermagem à mulher é baseado na habilidade do enfermeiro em definir os sintomas e compreender o seu significado no processo saúde-doença. O aumento da expectativa de vida da mulher, as modificações de hábitos de vida, as necessidades de saúde da mulher por mudanças no padrão demográfico, são aspectos que devem ser trabalhados durante as CE. Entretanto, é necessário uma apropriada capacitação dos profissionais de saúde para trabalharem adequadamente estes aspectos. Sendo a enfermagem, enquanto categoria profissional diretamente ligada ao cuidado e, portanto, muito próxima ao cliente em todos os níveis de atenção do sistema, tem papel fundamental na implementação da integralidade.

Atualmente, na atenção básica a USF busca contemplar os objetivos da política por meio de realização da consulta de enfermagem para: o pré-natal, a coleta de exames citopatológicos do colo uterino, realizações de grupo para orientação de planejamento familiar, métodos contraceptivos, menopausa e atividades educativas para a produção da saúde.

Portanto, a relevância de abordar os aspectos relacionados à CE direcionada à saúde da mulher na atenção básica, se deve ao fato de as mulheres serem a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. (BRASIL, 2004). Além disso, a atenção básica é a “porta de entrada” para a rede de serviços de saúde e também para uma multiplicidade de demandas sociais que acabam por se traduzir em demandas de saúde, estas se encontrando na fronteira entre os “problemas da vida” e a patologia propriamente definida (COELHO et al, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa é a atividade nuclear da ciência. Ela possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a investigar. A pesquisa é um processo permanentemente inacabado. Processa-se por meio de aproximações da realidade, fornecendo-nos subsídios para uma intervenção no real (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de análise qualitativa e quantitativa, o qual além de observar e descrever o fenômeno investiga a sua natureza complexa e outros fatores com os quais esta relacionada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Como Lobiondo-Wood e Habber (2001) defendem, em pesquisas sociais, a conjugação de métodos qualitativos e quantitativos fornece “uma pintura mais completa e um maior rigor aos dados obtidos. p.76”

Foi realizada uma avaliação qualitativa dos dados, a qual tem relevância direta para a prática de enfermagem, isto porque, é particularmente bem adequada ao estudo da experiência humana sobre saúde (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Também foi utilizada uma avaliação quantitativa dos dados comumente utilizada para verificar o funcionamento de práticas, programas, tratamentos e políticas, com análise de resultados, a qual engloba a extensão das metas atingidas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Acredita-se que a integração entre os métodos quantitativos com os qualitativos possa enriquecer muitas áreas de investigação, assim como a inclusão de medidas qualitativas ao trabalho de campo pode auxiliar na explicação de certos acontecimentos, incrementando a pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

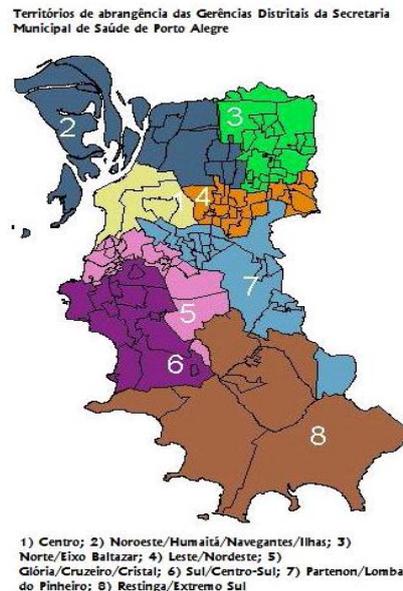
4.2 Campo ou contexto

As regiões de saúde de Porto Alegre são limitadas pelos Distritos Sanitários (DS), que somam um total de 17 e abrangem todos os territórios da cidade, onde estão dispostos todos os serviços de saúde ofertados pelo SUS. As Gerências Distritais (GD) são compostas pelas Unidades de Saúde da Atenção Primária em Saúde, Centros de especialidades e Serviços especializados ambulatoriais. As Gerências Distritais estão distribuídas na cidade em oito regiões de saúde: Centro, Noroeste / Humaitá / Navegantes / Ilhas, Norte / Eixo Baltazar, Leste / Nordeste, Gloria / Cruzeiro / Cristal, Sul / Centro-Sul, Partenon / Lomba do Pinheiro, Restinga / Extremo Sul (PORTO ALEGRE, 2012a).

O local de estudo se deu nas Unidades de Saúde da Família, distribuídas nas GD, como mostra a figura abaixo.

FIGURA 1 – Territórios das Gerências Distritais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto

Alegre



Extraído de: Plano Municipal de Saúde do Porto Alegre, disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/uso_doc/pms.pdf. Acesso em: 16 junho de 2012.

4.3 População e Amostra

A população trata-se de um total de 101 enfermeiros referentes às equipes da Unidade de Saúde da Família (PORTO ALEGRE, 2012b). A fim de assegurar a representatividade do total de enfermeiros participaram da amostra dois enfermeiros de cada Gerência Distrital, que aceitaram participar do estudo, totalizando 16 enfermeiros, caracterizando amostragem do tipo não-probabilística por conveniência. LoBiondo-Wood e Haber (2001) caracteriza-se amostra por conveniência aquela que utiliza as pessoas que são mais acessíveis como sujeitos para um estudo. Portanto, para concluir o presente estudo em tempo hábil e respeitar o cronograma, optou-se a utilização de amostragem por conveniência a qual, como já dito anteriormente permite selecionar membros da população mais acessíveis.

Além destes para caracterização da CE utilizou-se 160 prontuários referentes aos atendimentos de enfermagem com enfoque na saúde da mulher.

Como critério de inclusão, foi considerado o enfermeiro que exercia a prática assistencial de no mínimo um ano na atenção básica e que realizavam na sua prática a

consulta à saúde da mulher. Como critério de exclusão, compreenderam os enfermeiros que não realizavam a CE na sua prática assistencial.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir das entrevistas (dados qualitativos e quantitativos) e dos registros sistemáticos (dados quantitativos) de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos na USF, referentes à consulta à mulher.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado (APÊNDICE B), ao enfermeiro, com três perguntas abertas sendo elas: Como você percebe a realização da CE? Qual o grau de importância para o cuidado em saúde que você percebe na realização da CE? E Como você realiza a sistematização da CE? Além destas, o questionário contava com dados como formação profissional do enfermeiro (especializações/residência, entre outros) e média de consultas referentes à saúde da mulher, realizadas na respectiva USF. Esse questionário foi respondido pelo próprio enfermeiro, não foram realizadas gravações das entrevistas.

O agendamento das entrevistas, assim como a coleta de dados dos prontuários, se deu por meio de contato telefônico, email ou presencial, conforme a disponibilidade/agenda dos enfermeiros e durante seu turno de trabalho, sendo o local a USF correspondente.

O tempo destinado à coleta de dados qualitativos foi em torno de vinte minutos, tempo em que enfermeiro dedicou-se ao preenchimento do instrumento, no entanto, outros optaram em responder em outro momento e enviar por email. Em relação aos dados quantitativos a coleta exigiu em média 40 minutos.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), os registros (registros hospitalares, formulários do plano de atendimento, entre outros) são uma importante fonte de dados para os pesquisadores em enfermagem, como fontes de informações tanto em estudos qualitativos como em estudos quantitativos.

Sendo assim, foram coletados os registros da CE dos prontuários dos clientes atendidos na agenda de cuidado a mulher dos enfermeiros da USF exceto de uma Gerência Distrital em particular, pois devido ao recente cadastramento, ainda não havia agenda de saúde da mulher, sendo os atendimentos somente de acolhimento. Os registros sistemáticos de enfermagem colhidos compreenderam o período de 2010 a 2012, com o objetivo de obter dados mais recentes. Foram analisados dez prontuários de cada USF, utilizando-se uma

evolução de enfermagem de cada prontuário, caracterizando amostragem do tipo não-probabilística por conveniência (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Neste estudo, as variáveis para análise quantitativa foram: a) idade da usuária; b) estado civil das usuárias; c) Média de CE realizadas na Unidade; d) formação profissional; e e) as principais etapas envolvidas no planejamento/ execução adotadas pelos enfermeiros na CE.

4.5 Análise de dados

Os dados qualitativos foram organizados e analisados pela análise de conteúdo proposta por Minayo (2008), a qual classifica o processo de trabalho de uma pesquisa qualitativa em três partes: a primeira é a fase exploratória, quando o pesquisador se prepara para entrar em campo, definindo o objeto, organizando teórica e metodologicamente, cria hipóteses, descreve os instrumentos de trabalho, pensa o cronograma e faz os procedimentos para a definição do espaço e da amostra; a segunda fase é o trabalho de campo, quando combina os instrumentais de observação, comunicação, levantamento de dados, confirmação ou não da hipótese; a terceira etapa é a análise e tratamento do material empírico e documental, quando ocorre a compreensão e interpretação dos dados levantados na segunda fase, articulando com a teoria, ou seja, ordenam-se os dados, classifica-os e então ocorre a análise propriamente dita.

O método utilizado para analisar os dados da entrevista foi a formação de categorias construtivas, que para tal foram realizadas leituras completas e presença sensível do que o participante descreveu, além de especificação das expressões importantes em cada segmento e destilação de cada expressão importante para expressar o sentido fundamental do segmento nas palavras do pesquisador (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Os dados quantitativos foram tabulados em planilha do Microsoft Office Excel 2007® e analisados por meio de tratamento com estatística descritiva empregando medidas de ocorrência como as de tendência central (média aritmética), bem como a frequência (absoluta, relativa e percentual) (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Entende-se por média aritmética, ou média, o somatório dos valores da variável estudada, dividido pelo número de vezes que essa surge. Por frequência absoluta entende-se o total de dados obtidos para cada variável e por frequência relativa os valores obtidos em relação ao somatório do todo (JACQUES; WAGNER, 2000).

Com isso, para caracterização da amostra, verificou-se a média das idades das participantes e consultas referentes à saúde da mulher por semana em cada Unidade. Para análise dos dados, procedeu-se o cálculo da frequência absoluta e o percentual do tipo de consulta, estado civil, sistematização da CE, período da realização da CE e formação acadêmica.

Por fim, puderam ser estabelecidas conexões e relações entre os dados qualitativos analisados com os dados quantitativos tratados e com o que há disponível na literatura sobre o assunto, possibilitando, assim, novas explicações e interpretações.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Respeitando os aspectos legais necessários, este projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, que emitiu sua carta de aprovação (ANEXO A), após, foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre o qual autorizou a execução do estudo sob Parecer Consubstanciado número 001.038808.12.9 (ANEXO B) e devidamente cadastrado na Plataforma Brasil.

Os enfermeiros selecionados foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo e procederam ao preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), seguindo-se o protocolo acerca das condições estabelecidas nas Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho nacional de Saúde (Lei 9279, de 14/05/1996).

Além disso, durante a apresentação dos resultados, foi conservado o anonimato dos usuários envolvidos, utilizando-se nomes fictícios.

5.1 Análise de riscos e benefícios

A análise crítica de riscos e benefícios coloca este projeto de pesquisa dentro dos princípios morais da beneficência, da não maleficência e da justiça. O Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde considera que toda pesquisa que envolve seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. A pesquisa previu condições de ser bem suportada pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. A pesquisadora se comprometeu a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do participante da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre poderia ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (BRASIL, 2005).

Ficou assegurado que danos previsíveis poderiam ser evitados ou minimizados, a autonomia dos participantes que se submeteram à pesquisa foi respeitada e a confidencialidade dos dados foi devidamente mantida, garantindo o anonimato durante a pesquisa e na divulgação dos resultados. A participação é livre e mesmo após o seu início, o participante poderia recusar-se a responder qualquer pergunta ou encerrar sua participação sem qualquer constrangimento (BRASIL, 2005).

O presente estudo apresenta relevância social ao servir como base para futuras intervenções de enfermagem que visem às práticas adequadas na realização da CE, promovendo melhoria na qualidade do cuidado aos pacientes.

6 RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados obtidos por meio dos registros da CE dos prontuários dos clientes atendidos nas USF's referentes à saúde da mulher e do questionário semiestruturado respondido pelos enfermeiros.

6.1 Caracterização da consulta de enfermagem

Foram analisados 160 prontuários, referentes às 16 Unidades de Saúde da Família. Após a análise dos dados, pôde-se realizar a caracterização da amostra, dessa maneira a média de idade entre as mulheres atendidas, foi de 36 anos, sendo a moda 22 anos, com variação de 14 a 90 anos. Quanto ao estado civil 40 mulheres (25%) eram casadas, 31 solteiras (19%) e 89 (56%) não constava o estado civil no prontuário.

A média de consultas referentes à Saúde da Mulher foi de 16 consultas por semana em cada Unidade.

Quanto aos atendimentos realizados, a maioria caracterizava-se sendo coleta do exame preventivo do câncer de colo de útero (CP) com 90 atendimento, posteriormente o acolhimento em que a mulher vinha à Unidade com queixas gerais, sendo 37 atendimentos, pré-natal 15 atendimentos, orientações de uso e/ou prescrição de método contraceptivo 10 atendimentos, 5 atendimentos de puericultura e 2 de planejamento familiar, como demonstra a Figura 1.



Figura 1: Escores relativos aos atendimentos de enfermagem.

Os dados presentes na Figura 2 mostram o período referente aos atendimentos dos prontuários analisados, sendo 84% (134 atendimentos) realizados em 2012, e os outros 16% distribuem-se em 2011 e 2010. Isso possibilitou caracterizar de maneira mais fidedigna a realidade da USF.

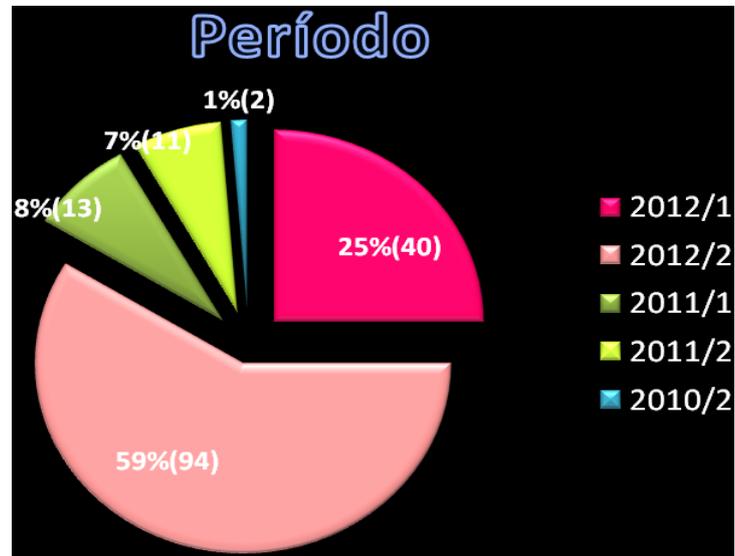


Figura 2: Escores relativos ao período dos atendimentos de enfermagem.

Quanto a sistematização da CE, observou-se a presença em grande parte dos atendimentos das etapas subjetivo, objetivo e conduta, entretanto no que se diz respeito a interpretação/diagnóstico de enfermagem os resultados foram inversos, na maioria dos prontuários não constava esta etapa, como demonstra a Figura 3.

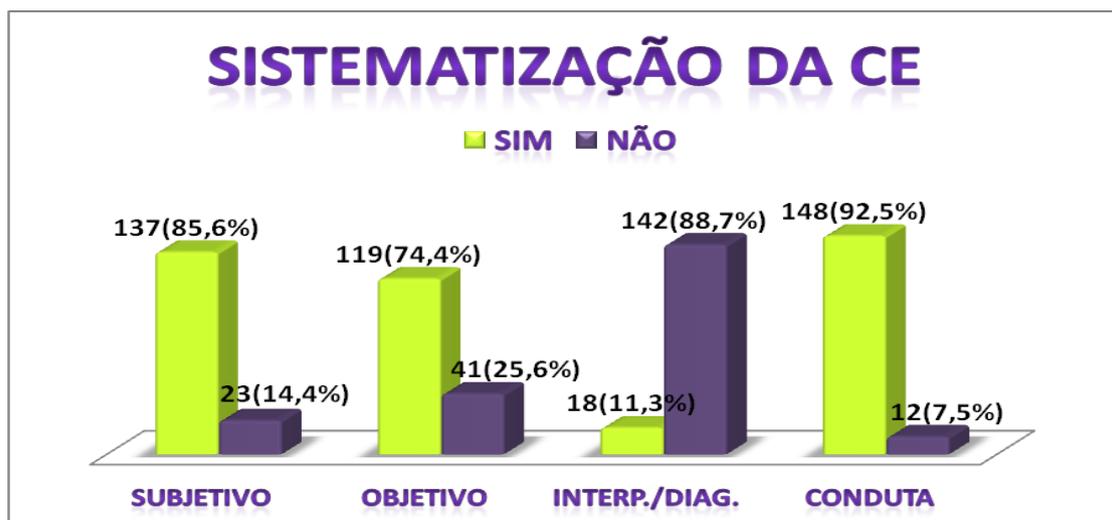


Figura 3: Percentuais referentes a sistematização da CE.

6.2 Formação profissional

Em relação à formação acadêmica 12 entre os 16 enfermeiros entrevistados possuíam alguma formação adicional (Figura 4). Dentre os 12 enfermeiros com formações adicionais, oito deles contavam com mais de uma formação.

Entre as formações adicionais apareceram: especialização em Administração Hospitalar, Saúde da Família, Enfermagem Obstétrica, Auditoria Hospitalar e em Saúde Pública. Quanto à residência citada foi em Saúde Coletiva. As pós-graduações que constavam eram, Saúde Pública, Gestão de Unidade Básica e Administração dos Serviços de Enfermagem.

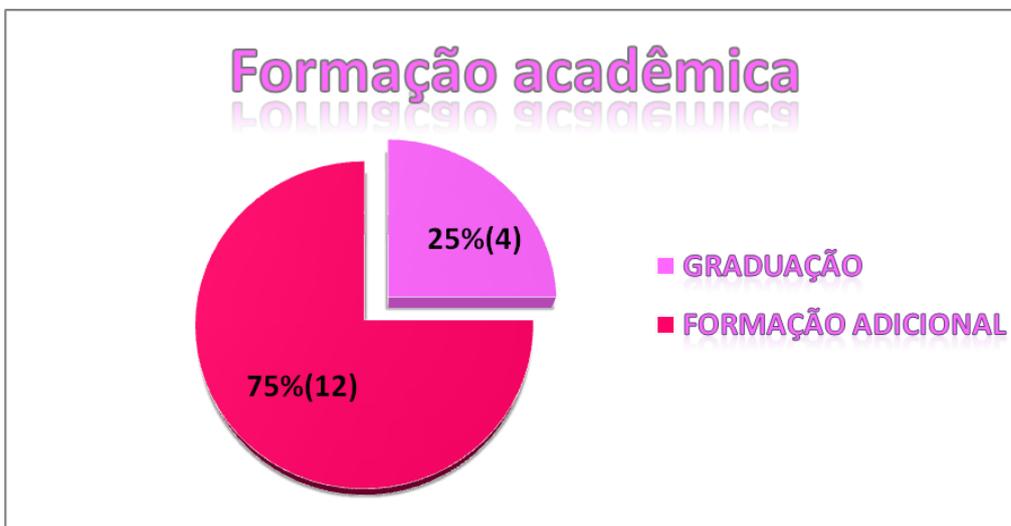


Figura 4: Escores referentes a formação acadêmica.

Para analisar, compreender e interpretar o material qualitativo, fez-se necessário organizá-los em temáticas, descritas a seguir.

6.3 Valorização do enfermeiro

Sobre a percepção da realização da CE, os enfermeiros relataram que trata-se de uma ferramenta que contribui para a valorização da categoria, a exemplo dos depoimentos das participantes “E3” e “E7”:

“Acredito que seja uma conquista da categoria/classe dos enfermeiros, além disso, acredito que seja uma maneira de valorização desse profissional [...].(E3)”

“[...] Os usuários valorizam e reconhecem o profissional enfermeiro, bem como a resolutividade dos seus problemas por um profissional que não é o médico.” (E7).

6.4 Visão integral

Ainda sobre a percepção da realização da CE, os profissionais referiram o atendimento de maneira integral ao paciente, conforme demonstra as falas dos enfermeiros “E2”, “E6” e “E9”.

“[...] a consulta de enfermagem tem o objetivo integral da pessoa não só no momento da consulta, mas também sua vida em casa, trabalho.(E2)”

“ Como um espaço fundamental de crescimento e valorização do profissional enfermeiro, onde o usuário é acolhido e percebido integralmente valorizando a subjetividade das relações e a construção de uma clínica ampliada.(E6)”

“[...]A consulta de enfermagem na Saúde Pública é de grande valia, pois torna o vínculo maior. Proporcionando um olhar mais integral do paciente e de sua família.(E9)”

6.5 Importância da CE

Quando questionados sobre o grau de importância para o cuidado em saúde na realização da CE, os enfermeiros consideraram de grande valor para o cuidado, conforme citaram os enfermeiros “E4”, “E7”, “E12” e “E15”

“Muito importante, pois através da consulta de enfermagem é prestado o cuidado de forma continuada no território de atuação da ESF, sendo possível diagnosticar as necessidades da comunidade[...]. (E4)”

“É de fundamental importância. Na consulta de enfermagem estabelece a coresponsabilidade pelo cuidado[...].(E7)”

“Trata-se de um instrumento de grande valia visto que permite a assistência individualizada dos sujeitos [...].(E12)”

“Eu sou suspeita para falar, porque eu sou apaixonada pela consulta de enfermagem. Acho que é muito importante pela capacidade de resolver as questões sobre a patologia e uma visão holística [...]”.(E15)”

6.6 Diferenças em relação à consulta médica

Ainda sobre a importância da realização da CE para o cuidado, alguns enfermeiros relataram aspectos relacionando com a consulta médica, como citam os enfermeiros “E3”, “E5” e “E15”.

“[...] através da consulta de enfermagem podemos ver o paciente de forma integral e na maioria das vezes não curativa, como a medicina atua e sim de forma preventiva. (E3)”

“A CE hoje esta sendo valorizada. Mas ainda há a cultura do valor técnico que a consulta médica apresenta comparada a CE. (E5)”

“[...] percebo que alguns profissionais têm respeito pela consulta de enfermagem, mas a grande maioria valoriza muito a consulta médica. Já ouvi de um a colega enfermeira, “que após do grupo de hipertensos e diabéticos é interessante o paciente passar pela consulta médica, porque o médico tem mais propriedade sobre o assunto”. (E15)”

6.7 Sistematização da assistência de enfermagem

Quanto ao questionamento em relação à sistematização da CE, os enfermeiros referiram de maneiras diversas como a realizam, entretanto, apesar da diversidade, a grande maioria citou apenas as etapas do subjetivo, objetivo e conduta, como demonstra as falas dos enfermeiros “E3”, “E10” e “E13”.

“Procurou ouvir o motivo que a paciente buscou a consulta [...] Posterior a esse momento faço exame físico, depois as orientações e combinações com o paciente sobre seu cuidado [...]. (E3)”

“[...] no acolhimento quando identificado a necessidade de CE é realizado no modelo subjetivo, objetivo e conduta. (E10)”

“Inicio com uma apresentação de quem sou, seguida de uma conversa/ entrevista para colher os dados necessários, expectativas da consulta,

problemas e possíveis soluções, explicação dos procedimentos que serão realizados (subjetivo); Após, realizo o procedimento, sempre explicando o que estou fazendo (objetivo); Por fim, proponho sugestão para resolução dos problemas, se existentes, orientações pertinentes e retornos, se necessários (conduta). (E13)”

6.8 Etapa interpretação/diagnósticos

Na realização da sistematização da CE, poucos enfermeiros citaram a etapa de interpretação e/ou diagnóstico, conforme é demonstrado nas falas dos enfermeiros “E1”, “E4” e “E6”.

“Basicamente o processo de CE inclui: histórico da demanda atual [...] dados subjetivos [...] dados objetivos, avaliação e conduta [...]. (E1)”

“Anamnese dos dados contidos no prontuário; entrevista que consiste em: anamnese, exame físico [...] diagnóstico de enfermagem e conduta [...] registro do atendimento no prontuário; reagendamento se necessário. (E4)”

“Primeiramente vejo o que o usuário traz [...], então vou construindo minhas impressões [...] realizo anamnese e história clínica, realizo exame físico; identifico hipóteses de diagnóstico, traço um plano de cuidados, realizo tratamento e encaminhamentos [...]. (E6)”

Um dos enfermeiros citou na sua fala a importância da SAE, entretanto, reconhece que atualmente não a realiza de forma completa devido às atribuições do cargo, veja na fala do enfermeiro “E14”

“Tento muitas vezes organizar pela SAE, com histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência, evolução e relatório. Confesso que logo que comecei a trabalhar [...] fazia a SAE, hoje em dia conheço todos os pacientes e suas histórias [...]. Como também sou coordenadora da Unidade estou sempre sobrecarregada pelas tarefas mil, e acabo priorizando a escuta e as orientações sem muitas vezes evoluir nos prontuários [...]. (E14)”

7 DISCUSSÃO

Com base nos resultados apontados, observa-se que a maioria da população de mulheres atendidas estava na faixa etária de 22 anos, sendo a média de 36 anos, caracterizando a grande frequência de mulheres jovens que buscam atenção nos serviços de saúde. Além disso, este aspecto nos remete a pensar que neste período as orientações acerca de sexualidade, prevenção entre outras, adquire uma importância mais significativa, pois trata-se do momento da idade reprodutiva, ou seja, de maior atividade sexual das mulheres.

Em relação ao estado civil, 56% dos prontuários analisados, não continham esta informação, dentre os 44% restantes, 25% das mulheres eram casadas/com companheiro e 19% solteiras. O dado estado civil tem relevância devido ao fato de que nos censos demográficos brasileiros o perfil das mulheres que abandonam a escola cedo são as que em idades precoces iniciam a vida sexual e o casamento (FERNANDES et. al., 2000). Além disso, o estado civil pode influenciar na vulnerabilidade quanto a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), violência doméstica, entre outros fatores.

No que diz respeito ao período dos atendimentos pôde-se obter dados atuais, uma vez que 84% dos atendimentos eram referentes ao ano de 2012, o que representa de maneira mais verdadeira a realidade das CE nas Unidades de Saúde da Família de Porto Alegre.

Em relação aos atendimentos realizados, 56,3% foram de coleta do exame preventivo do Câncer de colo do Útero, seguido de acolhimento 23,1%, pré-natal 9,3%, orientações de uso e/ou prescrição de método contraceptivo 6,2%, puericultura 3,1% e o atendimento que menos constou foi de planejamento familiar (PF), caracterizando somente três atendimentos (2%). Estes dados demonstram que apesar de existir um conceito de saúde integral à mulher, voltado para todas as etapas da vida, isto não vem sendo trabalhado nas Unidades de Saúde. O que vem acontecendo é que ainda tem se dado mais ênfase nos aspectos ginecológicos da mulher, corroborando com Coelho et al. (2009), o qual refere que as equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica a referenciais de saber e poder desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados, o que reproduz desigualdades sociais diante da implementação das políticas públicas de saúde.

Outro aspecto relevante de abordar em relação às questões familiares e/ou de relacionamentos é, o fato das mulheres serem as maiores usuárias do sistema de saúde, tanto para resolver as próprias demandas como para a o cuidado que dispensam aos seus familiares,

parentes, amigos e vizinhos, possibilitando aos profissionais o conhecimento dos aspectos referentes à saúde ou a fatores sociais, dos membros da família/círculo de convívio.

Além disso, outros fatores, como tipo de alimentação, sedentarismo, tabagismo, sobrecarga de responsabilidades, aliados ao estresse advindo dos padrões de vida do mundo moderno, também têm gerado mudanças no estado de saúde das mulheres. Em consonância a isso, uma pesquisa realizada por Laurenti et al., (2004), em que foram analisados os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, as 10 primeiras causas de morte encontradas foram: acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer do colo do útero. Isso nos demonstra que as doenças de origem ginecológica não estão entre as principais causas de morte.

Em relação aos poucos atendimentos de planejamento familiar, é possível pensar que poucas facilidades para que as pessoas possam participar das atividades do planejamento familiar, estão sendo criadas. Fazem-se necessário a divulgação de estratégias em escolas, associações comunitárias e outros locais que a equipe julgue que possa ampliar a participação de mulheres, adolescentes e homens, sendo este grupo geralmente menos presente na unidade de saúde. A CE trata-se de um espaço fundamental para abordar questões de PF, em consonância a isso, Moura e Silva (2004) já traziam, em estudo em que aborda a importância das informações referentes ao PF, que 15 (51,7%) dos enfermeiros destacaram a consulta de enfermagem como componente essencial na assistência ao planejamento familiar.

Portanto as informações sobre saúde reprodutiva é fundamental para que as pessoas possam fazer suas escolhas sobre contracepção e concepção, sendo a CE o momento ideal para abordar estas questões e o profissional de saúde um facilitador, possibilitando escolhas conscientes sobre o método contraceptivo.

No que diz respeito à formação acadêmica dos enfermeiros, constatou-se 75% deles possuíam formação complementar, o que não indica melhor qualidade na realização da CE, pois conforme já demonstrado anteriormente mais de 70% dos prontuários não contavam com todas as etapas da SAE, conforme preconiza a literatura.

Abordar a formação dos enfermeiros, segundo Silva e Sena (2008), constitui objeto de estudo necessário na identificação das necessidades de mudanças e das potencialidades no desenvolvimento do ensino de enfermagem, que garantam uma formação profissional voltada ao reconhecimento e afirmação dos princípios do SUS.

A CE na percepção dos enfermeiros é um processo de qualificação profissional, além de propiciar valorização e reconhecimento da assistência de enfermagem. Acredito que este aspecto tenha sido citado, devido ao fato da CE estar listada entre as atividades privativas do enfermeiro, sem a possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem, conforme já dizia Gomes e Oliveira (2005) que o aspecto de valorização deve-se talvez ao fato da consulta de enfermagem ser uma prática autônoma, ou seja, concretiza a ideia de espaço autônomo – o consultório – e tecnologia independente – a consulta. O momento da consulta permite a explicitação de um espaço físico próprio em que a relação profissional-cliente acontece sob a orientação única do enfermeiro, o que o torna detentor do atendimento às necessidades da clientela em questão (GOMES; OLIVEIRA, 2005). Sendo assim, uma atividade de responsabilidade única, que traz ao profissional um valor bastante significativo. Além disso, há a questão da pouca valorização do enfermeiro perante a sociedade em comparação com outros profissionais de saúde. A maioria dos profissionais de enfermagem enfrentam situações difíceis em seu ambiente de trabalho, tais como baixas remunerações, pouca valorização da profissão e descaso frente aos problemas identificados pela equipe, especialmente quanto ao distanciamento entre o trabalho prescritivo, o preestabelecido institucionalmente e aquele realmente executado junto ao cliente (AMESTOY, et al. 2006).

Santos e Cubas (2012) destacam em seu estudo que a avaliação do enfermeiro quanto ao uso da consulta em seu trabalho diário em um serviço da rede básica de saúde, relatam que há o reconhecimento do trabalho específico do enfermeiro, que reflete em confiança e melhor relacionamento com o usuário, bem como a identificação do seu papel na equipe.

Entretanto, ao passo que os enfermeiros reconheceram que a CE contribui para a valorização da categoria, talvez falte compreensão de que o registro adequado das etapas da SAE trata-se de um aspecto colaborador para a valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao cliente/paciente e consolidação de seu papel dentro da equipe.

A visão integral do paciente foi outro aspecto citado por muitos enfermeiros, este enfoque holístico característico da CE, assegura que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença. Essa percepção em relação a visão integral do paciente é reforçada por Fornazier e Siqueira (2006), onde dizem que na consulta de enfermagem, pacientes e familiares são abordados através de uma visão holística, procurando-se trabalhar a educação em saúde a partir dos problemas apresentados.

Talvez esta visão holística do paciente se deva ao fato destes enfermeiros estarem inseridos na Unidade de Saúde da Família, a qual tem compromissos, como por exemplo: entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; desenvolver estratégias de intervenção sobre os fatores de riscos e de humanização das práticas; estimular a criação de vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade.

Duarte et al. (2009) já dizia em seu estudo sobre a CE na atenção básica, que a importância da consulta de enfermagem na busca do atendimento integral, com vistas à maior resolutividade dos problemas de saúde dos usuários dos serviços, tem sido referendada por vários estudiosos.

Silva (1998) no seu estudo sobre a percepção dos pacientes em relação à CE demonstra que os clientes sentem-se valorizados e importantes durante a consulta de enfermagem, apesar do fato de alguns desconhecerem a especificidade da consulta e estarem no local de atendimento pela consulta médica.

Todos os enfermeiros consideram a CE importante para o cuidado em saúde, isso porque a CE possibilita ao enfermeiro estreitar o vínculo com os paciente/famílias assistidos, além disso, a interação estabelecida entre profissional e família é muito importante no sentido de possibilitar a confiança mútua, fazendo com que a família e a comunidade adquiram mais respeito pelo profissional.

Outros benefícios da CE segundo Alfavo- LeFevre (2010), que a tornam importante para o cuidado em saúde são: redução da incidência das hospitalizações; cria um plano com eficácia de custos; melhora a comunicação, prevenindo erros, omissões e repetições desnecessárias, promove a independência e a qualidade de vida, promove a flexibilidade e o pensamento independente, elabora intervenções para o indivíduo (não somente para a doença), entre outros.

Contudo, embora considerem a importância da consulta de enfermagem no contexto das ações da USF, os enfermeiros vivenciam dificuldades como o fato de nem sempre ter um local adequado, ou mesmo, um consultório para realizar apenas as consultas. Ele precisa fazer adaptações que nem sempre considera adequadas, como utilizar a sala da pré-consulta, a sala de distribuição de medicamentos e, até mesmo, a sala de procedimentos (CAMPOS et al. 2011). Outro aspecto é a falta de tempo para o enfermeiro realizar as consultas, a grande demanda de trabalho dos enfermeiros numa USF muitas vezes impossibilita que realizem uma

consulta plena, conforme citam Santos e Cubas (2012), os quais referem que dentre às dificuldades da aplicação do processo de enfermagem, sabe-se da existência de limitantes à sobrecarga de trabalho e à falta de tempo para aplicação da conforme foi citado por um dos enfermeiros, o motivo pelo qual não consegue realizar a sistematização da consulta de enfermagem de forma completa.

Desta forma, implantar estratégias de replanejamento, controle de resultados, estabelecimento de metas, inclusão de classificações ou nomenclaturas para os elementos da prática e um processo de educação continuada e/ou permanente, podem ser uma saída para incluir essa face do trabalho na rotina assistencial dos enfermeiros (SANTOS; CUBAS, 2012).

Alguns enfermeiros referiram aspectos relacionados às diferenças da CE em relação à consulta médica. Um dos enfermeiros referiu o fato da desvalorização da CE comparada à consulta médica, entretanto, para a CE ser valorizada não deve estar centrada no modelo biomédico, ou seja, foco na doença, mas sim, centrada na saúde, nos aspectos de promoção e prevenção, pois cabe a enfermagem dizer quais são os fenômenos que lhe cabem focalizar na sua prática clínica. O enfermeiro deve fazer uma consulta de enfermagem e não realizar uma consulta auxiliar do médico.

Segundo Santos e Cubas (2012), os dicionários, ao exemplificar a aplicação do vocábulo ou do verbo consultar, ligam-no às profissões que tradicionalmente (e socialmente) tem em sua prática a consulta, ou seja, médicos, advogados e dentistas. Portanto para superar essa limitação, se faz necessário ao enfermeiro, exercitar rotineiramente a consulta, para conseqüentemente, dar possibilidade de reconhecimento dessa face de seu trabalho, tanto pela equipe quanto por quem recebe atendimento.

A visão holística do paciente que a CE possui de marco diferencial em relação à consulta médica foi referida pelos enfermeiros. Alfavo-LeFevre (2010) traz em seu livro um quadro comparativo das diferenças entre o processo de enfermagem e o processo médico, como demonstra a Figura 5:

Figura 5: Comparação do processo de enfermagem e do processo médico.

Processo de enfermagem	Processo médico
Abordagem ampla e holística que investiga corpo e espírito. [...]	Abordagem comparativamente mais limitada que enfoca a anatomia, a fisiologia e a fisiopatologia.
Considera, principalmente, como as pessoas são afetadas pelos problemas com o funcionamento dos órgãos e sistemas (respostas humanas).	Considera, principalmente, problemas como o funcionamento de órgãos e sistemas.
Enfoca a maximização do funcionamento e da independência.	Enfoca o tratamento das doenças e dos traumatismos.
Controla os problemas clínicos sob as prescrições e os protocolos dos médicos. Previne os problemas clínicos por intermédio do cuidado de enfermagem pró-ativo.	Controla os problemas clínicos independentemente.

Fonte: ALFARO-LEFEVRE, (2010, p.43)

Silva (1998) no seu estudo sobre a percepção dos pacientes em relação à CE evidencia que os pacientes não conseguiram se expressar com clareza, entretanto, manifestaram, mesmo assim, a opinião de que a consulta de enfermagem é diferente da consulta médica, e proporciona o estabelecimento de uma relação mais próxima e individual com eles, marcada pela informalidade e flexibilidade.

Assim sendo o processo de enfermagem não se trata de uma ferramenta melhor ou pior do que o processo médico, mas sim um modelo diferente, com o foco em interagir com o cliente e sua família na perspectiva da criação do vínculo construído pela afetividade e, respeito à autonomia dos usuários.

Ao analisarmos a sistematização da CE nos prontuários, percebemos que as etapas de subjetivo (o qual consta dados referentes ao estado de saúde, citados pela própria usuária), objetivo (exame físico) e conduta (plano de cuidados e/ou encaminhamentos) constavam em mais de 70% dos prontuários, no entanto, a etapa de diagnósticos (inferência e/ou impressões do profissional) apareceu somente em 11,3% dos prontuários analisados. A partir destes subsídios pode-se inferir que a etapa de diagnóstico não é exercitada na prática assistencial dos enfermeiros. Em consonância a isso Garcia e Egry (2010) referem que se faz necessário compreender que sistematização da consulta de enfermagem deve ser utilizada no sentido de organização e respaldo das ações de enfermagem, baseado em lógica, execução, supervisão e

gerenciamento das ações, no entanto, é necessário um registro adequado de todas essas operações. Além destes aspectos, a sistematização da assistência de enfermagem é de suma importância para definição do papel do enfermeiro e para a delimitação do seu espaço de atuação profissional dentro da equipe de saúde.

Os dados obtidos através da análise dos prontuários corrobora com a fala dos enfermeiros no que se diz respeito à realização da sistematização da CE. A maioria dos enfermeiros responderam as etapas de subjetivo, objetivo e conduta, poucos foram os que citaram os diagnósticos como parte do processo de enfermagem na realização da consulta.

Conforme já citado anteriormente muitos reconheceram a CE como ferramenta para a valorização do enfermeiro, entretanto é necessário utilizar a SAE, afim de, caracterizar cientificamente a enfermagem como profissão, com o destaque para relevância do cuidado pautado no diagnóstico.

Garcia e Egry (2010) trazem que a enfermagem tem muito mais facilidade com os sistemas de linguagem que tratam das intervenções do que em relação aos de diagnósticos, entretanto, apesar da ênfase estar nas intervenções, de pouco ou nada vale-se é que não traz prejuízo- realizar intervenções baseadas em evidências de altíssima qualidade, em situações nas quais o diagnóstico é obscuro, indefinido ou mesmo desconhecido.

Ainda nesta ótica, Garcia e Nobrega (2000) referem que o descaso com o registro sistemático dos elementos, diagnóstico, ações/intervenções e resultados de Enfermagem, pode resultar, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional ou o que é talvez mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática.

Takahashi et al. (2008) demonstram em seu estudo sobre a SAE que o diagnóstico foi a fase em que as enfermeiras sentiram mais dificuldades, seguindo-se as fases de evolução e planejamento da assistência. Argumenta que estes resultados são similares aos encontrados em outros estudos.

Ainda neste estudo Takahashi et al. (2008) evidenciam que as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na realização da etapa de diagnóstico foram: definir categorias diagnósticas. (51%), falta de conhecimento teórico. (26,4%) e falta de exercício prático. (15,1%).

Outro aspecto a ser discutido é pensar na corresponsabilidade das instituições de ensino no preparo do enfermeiro para executar a CE, conforme já dizia Andrade e Vieira (2005) em estudo sobre a prática assistencial de enfermagem, em que a formação acadêmica não exercita a busca de uma assistência sistematizada:

“A formação acadêmica dos enfermeiros, muitas vezes contribui para que estes não busquem nem apliquem uma assistência sistematizada, pois durante aulas práticas, pode-se perceber uma preocupação maior, tanto por alguns docentes, quanto pela maioria dos alunos, em adquirir habilidades técnicas. Assim, deixam de levantar os problemas de enfermagem do paciente e de planejar os cuidados, ficando a assistência, neste caso, limitada a ações isoladas no decorrer de suas atividades.” p.262

Sob esse contexto, parte-se da premissa de que há necessidade da incorporação da sistematização da assistência de enfermagem não somente à prática assistencial, mas também, exercitada e trabalhada nas instituições de ensino, além disso, Takahashi et al. (2008) diz que deve-se considerar a revisão do ensino segundo o modelo biomédico, ainda praticado por muitos professores da graduação em Enfermagem, com ênfase na estrutura biológica afetada, isto é, na doença. Esta visão é inadequada ao olhar de enfermagem, necessário para considerar o todo do indivíduo e diagnosticar as necessidades afetadas.

Portanto, desenvolver habilidades, comportamentos e atitudes que capacitem o enfermeiro para lidar de modo eficaz com a tarefa diagnóstica e auxiliá-lo a incorporar o papel de diagnosticar fazem parte dos desafios na prática clínica de enfermagem.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Consulta de Enfermagem trata-se de uma ferramenta exclusiva do exercício profissional do enfermeiro, além de uma ação um aprendizado, no qual profissional e paciente, interagem, buscando solucionar problemas identificados. Para tanto, se faz necessário estabelecer uma assistência sistematizada de maneira individualizada, permitindo ao enfermeiro autonomia e que assuma a responsabilidade quanto a ação de enfermagem a ser determinada frente aos problemas detectados e estabelecer a sua intervenção, além de ser fundamental o conhecimento sobre a sistematização adequada da CE para desenvolver a melhor assistência possível.

Considera-se que os objetivos propostos inicialmente no estudo foram alcançados, visto que os enfermeiros descreveram como percebem a realização da CE para o cuidado em saúde e como realizam a sistematização do processo da consulta. Com os resultados apresentados neste estudo, evidenciou-se que todos os enfermeiros consideram a CE importante tanto como instrumento que facilita o vínculo entre o profissional e usuário, quanto para a valorização da categoria, além disso, citaram os benefícios para o cuidado em saúde da CE em relação à consulta médica. No que se diz respeito às etapas envolvidas no planejamento/execução adotadas pelos enfermeiros na CE, percebeu-se que há necessidade de trabalhar a sistematização da Consulta de Enfermagem, em relação à etapa de diagnósticos, tanto entre os profissionais, quanto nas Instituições de ensino de enfermagem.

A execução deste estudo possibilitou-me novos aprendizados, em relação à consulta de enfermagem e Sistematização da Assistência na atenção básica, além de perceber que é necessário assumir o compromisso de construção e implementação dessas práticas, e reconhecer nosso potencial e nossa responsabilidade frente a este cenário atual.

Como possíveis limitações deste estudo teve-se durante o processo da pesquisa, grande dificuldade na busca de artigos que abordassem o tema em questão. Além disso, o acesso às Unidades de Saúde da Família foi complicado devido à distância e localização, outra limitação, talvez, a mais significativa, foi o contato com os enfermeiros para a participação do estudo.

Sugere-se que outros projetos com este desenho possam dar continuidade e levar a novas descobertas em relação à realização da CE, para que mais profissionais compreendam a sua importância e da SAE durante este processo de trabalho. Além de incentivar a aplicação da sistematização da CE nas faculdades de enfermagem, a fim de, valorizar este instrumento de trabalho exclusivo da competência do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALVES, V.M. et al. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 70-5, 2006.

AMESTOY,S. C. et al. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 444-9, 2006.

ANDRADE, J.S; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-5, mai/jun 2005.

BARBOSA, M. A. R. S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Consulta de Enfermagem-um diálogo entre saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n. 2, p. 226-229, ago/mar 2007.

BARROS, G.D.; CHIESA, M.A. Autonomia e necessidade de saúde da Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v.41, n.esp, p. 793-8, setembro 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 04 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

_____.Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 26 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. **Normas e Manuais Técnicos. Manual de enfermagem**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

CAMPOS, R.M.C.; et al. Consulta de enfermagem em Puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 45, n.3, p. 566-74, 2011.

COELHO, E.A. C. da. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 154-160, jan./mar. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 159/1993**: Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 272/2002**: Dispõe sobre SAE nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

DUARTE M.T.C.; et al. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 100-7, jan/mar 2009.

FERNANDES, A.M.S. dos. et. al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.103-112, 2000.

FORNAZIER, M.L.; SIQUEIRA, M.M. de. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n.4, p. 280-7, 2006.

FREITAS, L.S.A.C. et al. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.esp, p.757-63, set./out. 2008.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M.M.L. da. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

GARCIA, T.R.; EGRY.E.Y. et al. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. de. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 393-8, jul/ago 2005.

JACQUES, S.M.C.; WAGNER, E.M. **Análise Estatística de Dados Biológicos**: ex-notas de aula de bioestatística. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.7, n. 4, p. 449-60, 2004.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 5, p. 723-728, set/out 2005.

MACIEL, F.C.I.; ARAÚJO, L.T. de. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.2, p. 207-214, mar./abr. 2003.

MARGARIDO, E.S.; CASTILHO,V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v. 40, n.3, p. 427-433, 2006.

MINAYO, M. C.S.de. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MORI, E.M.; COELHO, D.L.V; ESTRELLA, N.C.R. da. Sistema Único de Saúde e políticas públicas:atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, 1825-33, setembro 2006.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OHARA, C.C.E.; SAITO, S.X.R. de. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, P. B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO ALEGRE, PREFEITURA de. Secretaria de Saúde: **Coordenadoria Geral de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)**. Disponível em:< <http://www.capses.com.br/gd/>> Acesso em: 25 nov. 2012a.

PORTO ALEGRE, PREFEITURA de. **Serviços de Saúde:** Estratégia de Saúde da Família. Disponível em: < http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=858> Acesso em: 26 de nov. 2012b.

RIOS, F.T.C.; VIEIRA, C.F.N. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.477-486, mar./abr. 2007.

SANTOS, A. S. da.; CUBAS, M.R. **Saúde coletiva:** linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

SAPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v.44, n.1, p.92-8, março 2010.

SAPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 55-61, 2007.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, M.G. da. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro 1998.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E.S. da. **Consulta de Enfermagem:** uma necessidade social? Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
<u>Título da pesquisa:</u> Consulta de enfermagem: impressão dos enfermeiros da Atenção Básica	
Pesquisadora responsável: Denise Tolfo Silveira	
Pesquisador: Janilce Dorneles de Quadros	
Instituição/Departamento: Escola de Enfermagem/UFRGS	
<p>Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido viemos convidá-lo a participar deste estudo.</p> <p>Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sua finalidade é caracterizar os aspectos relacionados ao planejamento e execução da CE pelos enfermeiros da atenção básica estimulando, assim, a reflexão dos profissionais acerca da realização da CE.</p> <p>A coleta de dados será realizada a partir das entrevistas e dos registros sistemáticos de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos na ESF, referentes à consulta à mulher. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário semi-estruturado, ao enfermeiro, com três perguntas abertas, sendo elas: Como você percebe a realização da CE? Qual o grau de importância para o cuidado em saúde que você percebe na realização da CE? E como você realiza a sistematização da CE?</p> <p>A pesquisa prevê condições de ser bem suportada pelos sujeitos de pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. As pesquisadoras comprometem-se a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde das participantes da pesquisa. Fica assegurado que danos previsíveis serão evitados ou minimizados, a autonomia dos participantes que se submeterão à pesquisa será respeitada e a confidencialidade dos dados será mantida, garantindo o anonimato durante a pesquisa e na divulgação dos resultados. Ciente dessas questões, sua participação é livre e gratuita, e mesmo após o início desse estudo, você pode recusar-se a responder a qualquer pergunta, ou ainda, pode encerrar sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade ou constrangimento.</p> <p>Em caso de dúvida ou sugestões, as pesquisadoras colocam-se à disposição pelos telefones (51) 8437.7521 (Janilce Dorneles de Quadros) ou (51) 3308.5353 / 9288.3680 (Denise Tolfo Silveira). O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde aprovou este projeto e pode ser contatado pelo (51) fone 3289.5517 ou no seu endereço na Rua Capitão Montanha, 27, 7. andar – Porto Alegre.</p> <p>O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra com o pesquisador.</p>	
Porto Alegre, ____ de _____ de 2012.	
Assinatura do sujeito de pesquisa	Nome
Assinatura do Pesquisador	Nome
Assinatura do Pesquisador	Nome
<p>Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador (a) responsável.</p>	
<p>Termo de Consentimento Versão autorizada CEP/SMS 15 / 10 / 2012</p> <p>Reg. 928</p>	

APÊNDICE B – Questionário de avaliação do Enfermeiro referente à Consulta de Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Questionário de Pesquisa

Título: “CONSULTA DE ENFERMAGEM: IMPRESSÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA”

Convidamos você a participar da presente pesquisa que tem como objetivo avaliar a impressão dos enfermeiros da rede básica em relação à consulta de enfermagem. A participação é de caráter voluntário e a entrega do questionário preenchido será considerada como consentimento em participar da pesquisa. Os contatos podem ocorrer através do telefone (51) 3308-5353. O questionário será utilizado apenas para a elaboração desta pesquisa, sendo garantido o anonimato dos informantes, e será guardado por cinco anos e após será eliminado.

Agradecemos a sua participação!

Nome:

ESF:

Formação Profissional:

Média de consultas realizadas semanalmente (saúde da mulher):

ANEXO A

Pesquisador: Denise Tolfo Silveira

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 23438

Título: Consulta de Enfermagem: impressão dos enfermeiros da atenção básica

Área do Conhecimento: Enfermagem de Saúde Pública

Início: 01/08/2012

Previsão de conclusão: 15/12/2012

Situação: não iniciado

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Caracterizar os aspectos relacionados ao planejamento e execução da CE pelos enfermeiros da atenção básica

Palavras-Chave

Atenção Básica

Consulta De Enfermagem

Enfermagem

Equipe UFRGS

Nome: Denise Tolfo Silveira

Participação: Coordenador

Início: 01/08/2012 **Término:** 15/12/2012

Nome: Janilce Dorneles De Quadros

Participação: Pesquisador

Início: 01/08/2012 **Término:** 15/12/2012

Anexos**[Projeto Completo](#)**

Data de Envio: 09/07/2012

[Termo de Consentimento Livre e Esclarecido](#)

Data de Envio: 15/06/2012

[Formulário de Encaminhamento do Protocolo de Pesquisa](#)

Data de Envio: 15/06/2012

[Formulário de Encaminhamento do Protocolo de Pesquisa](#)

Data de Envio: 09/07/2012

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 19/07/2012

ANEXO B



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Denise Tolfo Silveira
Registro no CEP: 828 **Processo N.º:** 001.038808.12.9
Instituição onde será desenvolvido: Unidades da Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre distribuídas nas oito Gerências Distritais
Utilização: TCLE
Situação: PENDENTE

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N.º. 001.038808.12.9, referente ao projeto de pesquisa: "Consulta de Enfermagem: Impressão dos Enfermeiros da Atenção Básica"

De acordo com os procedimentos internos estabelecidos nesta instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.ºs 196/96, 251/97 e 292/99, este Comitê de Ética em Pesquisa considera **APROVADO** o referido projeto, em sua Reunião Ordinária realizada em 9 de outubro de 2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar com o relatório final todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas, juntamente com o formulário disponível no site e CD com trabalho concluído;
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 15/10/2012.


Maria Mercedes Bendati
Coordenadora do CEP