



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.”

Florence Nightingale

Agradecimentos

A Deus, pelas oportunidades concedidas, pelas pessoas colocadas em meu caminho e pela força para concluir esta etapa.

Aos meus orientadores, por todas as possibilidades de engrandecimento proporcionados, por todo ensinamento transmitido, por toda a confiança e paciência.

Ao meu esposo, Silvio Roberto Soares dos Santos, pelo apoio e suporte, por nunca me deixar desistir, por estar ao meu lado nos momentos bons e ruins, e por ajudar a me tornar uma pessoa melhor.

À minha filha, Giovanna Carneiro dos Santos, pelo carinho, cuidado e dedicação que me guiam e impulsionam.

A minha mãe, Maria Zeine Carneiro dos Santos, pelo permanente incentivo e pelo esforço em viabilizar o alcance dos meus objetivos.

Aos amigos por compartilharem comigo esta fase, pelos momentos de motivação, compreensão, colaboração e distração.

A todos os professores que me influenciaram positivamente nesta trajetória.

Aos profissionais de enfermagem que tornaram este estudo possível, pelo tempo e atenção concedidos.

Muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contribui de forma significativa para a qualidade da assistência prestada ao cliente e, as ações de enfermagem, são delineadas e individualizadas, transmitindo maior segurança, estabilidade e veracidade para o cliente e toda a equipe envolvida neste processo.

Objetivo: O estudo teve como objetivo identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre a SAE e a sua participação nesse processo, revestindo-se em benefícios por sensibilizar a equipe de enfermagem da UTI Geral para a implementação de um modelo de SAE composto pelas etapas do PE: Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Para a colheita de dados utilizamos um questionário elaborado para o efeito. O estudo decorreu entre o período setembro a dezembro de 2014, no Hospital Agamenon Magalhães, Recife, Brasil, numa amostra de 650 profissionais de enfermagem.

Resultados: Pelos resultados do estudo verificamos que 84,4% (190) dos profissionais inquiridos demonstram ter conhecimentos sobre a SAE, 97,8% (220) concordam sobre a sua importância no planejamento da assistência e, conseqüentemente, com a implementação do processo, embora 41,8% (94) não manifestem motivação para trabalhar com a mesma.

Conclusão: O estudo da SAE e sua implementação é de suma importância desenvolvendo competências, treinamentos e motivações para que o cuidado possa ser de qualidade. Também há necessidade de estimular e preparar os profissionais de enfermagem para atuarem de forma sistematizada junto do paciente, através do processo de enfermagem, numa relação interpessoal e marcada pela competência científica, técnica e ética.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; teorias de enfermagem; sistematização da assistência de enfermagem; processo de enfermagem.

Abstract

Background: Systematization of Nursing Assistance (SAE) contributes significantly to the quality of customer care delivery and nursing actions are outlined and individualized, transmitting greater security, stability and accuracy for the customer and the whole team this process.

Objective: This study aimed to identify the knowledge of the nursing staff on the SAE and to participate in that process and sensitize the nursing staff of the General ICU for the implementation of a SAE model comprises the steps of Parliament: History, Diagnosis, Prescription and Evolution of Nursing.

Methodology: This is an exploratory quantitative study. For data collection we used a questionnaire designed for this purpose. The study took place between the period September to December 2014 in the Hospital Agamenon Magalhães, Recife, Brazil, in a sample of 650 nursing professionals.

Results: The results of the study found that 84.4% (190) of respondents' professionals have demonstrated knowledge of the SAE, 97.8% (220) agree on its importance in care planning and consequently they agree with the implementation of process, while 41.8% (94) do not manifest motivation to work with it.

Conclusion: We conclude that the study of SAE and its implementation is very important developing skills, training and motivation so that care can be quality. There need to stimulate and prepare nursing professionals to work in a systematic way with the patient, through the nursing process, an interpersonal relationship and marked by scientific, technical and ethical.

Keywords: intensive care unit; nursing theories; systematization of nursing care; the nursing process.

ÍNDICE GERAL

| | Pág. |
|--|-----------|
| Lista de de Quadros | 15 |
| Lista de de Tabelas..... | 17 |
| Lista de de Gráficos..... | 19 |
| Introdução..... | 19 |
| PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 23 |
| 1. Unidade de Terapia Intensiva – UTI..... | 25 |
| 2. Modelo Conceptual de Wanda Horta..... | 29 |
| 3. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE..... | 33 |
| 4. Processo de Enfermagem – PE | 37 |
| PARTE 2: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA..... | 43 |
| 5. Metodologia..... | 45 |
| 5.1 - Métodos..... | 45 |
| 5.2 - Participantes..... | 46 |
| 5.2.1 - Local da Pesquisa | 46 |
| 5.3 - Instrumentos..... | 47 |
| 5.4 - Procedimentos..... | 48 |
| 5.5 - Análise de dados | 48 |
| 6.1 - Caracterização socioprofissional | 49 |
| 6.2 - Conhecimento e utilização das fases da SAE..... | 56 |
| 7. Conclusões | 71 |
| 8. Sugestões | 75 |
| Referências Bibliográficas | 77 |
| Anexos..... | 83 |
| Anexo 1: Solicitação da Pesquisa..... | 85 |
| Anexo 2: Carta de Anuencia | 87 |
| Anexo 3: Consentimento Livre e Esclatecido | 89 |
| Anexo 4: Questionário | 91 |
| Anexo 5: Histórico de Enfermagem..... | 95 |
| Anexo 6: Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem | 99 |
| Anexo 7: Evolução de Enfermagem..... | 103 |
| Anexo 8: Registo de Enfermagem | 105 |

Lista de de Quadros

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1 – Função do Enfermeiro | 29 |
| Quadro 2 – Hierarquia das Necessidades Humanas proposto por Maslow | 30 |
| Quadro 3 – Classificação das Necessidades Humanas Basicas de João Mohana | 30 |
| Quadro 4 – Domínios e classes da Taxonomia II..... | 39 |

Lista de de Tabelas

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados segundo a faixa etária..... | 51 |
| Tabela 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tipo de formação | 52 |
| Tabela 3 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tempo de serviço..... | 54 |
| Tabela 4 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme a carga horária | 55 |
| Tabela 5 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme a existência de outro vínculo e tipo de vínculo | 56 |
| Tabela 6 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o que está relacionado com a SAE..... | 58 |
| Tabela 7 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante as etapas da SAE consideradas mais simples de serem executadas..... | 60 |
| Tabela 8 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante as etapas da SAE consideradas mais difíceis de serem executadas..... | 61 |
| Tabela 9 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante a realização de alguma etapa da SAE e qual | 63 |
| Tabela 10 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante a realização de alguma etapa da SAE e qual? em outro serviço..... | 64 |

Lista de de Gráficos

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao genero..... | 50 |
| Gráfico 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com o estado civil | 51 |
| Gráfico 3 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tempo de formação | 53 |
| Gráfico 4 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tipo de vínculo . | 55 |
| Gráfico 5 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o conhecimento sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem | 57 |
| Gráfico 6 - Distribuição dos profissionais entrevistados diante da importância da SAE para o planejamento da assistência | 59 |
| Gráfico 7 - Distribuição dos profissionais entrevistados quanto a existência de treinamento da SAE no serviço | 65 |
| Gráfico 8 - Distribuição dos profissionais entrevistados diante dos diagnósticos de enfermagem, HAM 2014. | 66 |
| Gráfico 9 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme a importância da implementação da SAE na UTI | 68 |
| Gráfico 10 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante o grau de motivação de trabalhar com a SAE | 69 |

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destina-se ao tratamento de pacientes em estado crítico, dispondo de uma infraestrutura própria, recursos materiais e humanos especializados que, através de uma prática assistencial segura e contínua, busca o restabelecimento das funções vitais do corpo (Gomes, 1988, *apud* Amante et al., 2009). Atualmente, estes pacientes recebem cuidados muitas vezes sem planejamento, o que demonstra poucos conhecimentos teóricos. Na prática clínica tem-se presenciado que enfermeiros intensivistas em geral, ainda não documentam a assistência que prestam de forma sistematizada. Desta forma, destaca-se a necessidade da organização dos cuidados dispensados a estes pacientes, por meio da implementação do Processo de Enfermagem (PE) fundamentado em uma teoria que atenda as necessidades de pacientes críticos internos na UTI. O enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem e através da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), assegura uma prática assistencial adequada e individualizada.

A enfermagem moderna, a partir de Florence Nightingale, iniciou a caminhada para adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, iminentemente intuitiva e empírica. Para tanto, foram desenvolvidas teorias de enfermagem com o intuito de organizar e sistematizar todas as questões que permeiam a atividade profissional, gerando conhecimentos que apoiarão e subsidiarão a prática do enfermeiro. A partir da aplicação dessa teoria é na prática que se efetiva o PE (Friendlander, 1981 *apud* Amorim & Luz, 2009).

Acreditamos ser obrigação de cada profissional de enfermagem contribuir para o crescimento e a renovação dos conhecimentos na sua área. Para isso, tem de observar e criticar a eficiência dos métodos e técnicas que utiliza, numa atitude crítico-reflexiva e de melhoria dos conhecimentos que suportam a prática. Um corpo de conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados, sistematizados e sempre reformulados se constitui como uma base segura para a ação eficiente da prática de enfermagem.

Como estratégia para a implementação de uma assistência de enfermagem a partir do conhecimento científico e não somente originada da prescrição médica, temos a sistematização da assistência de enfermagem como ponto essencial na cientificidade da nossa prática e na evolução da profissão.

Durante a década de 70 observou-se um movimento mundial dos enfermeiros na direção de organizar e planejar a assistência de enfermagem baseada na cientificidade do PE. No Brasil, a partir dos estudos de Wanda de Aguiar Horta, uma das pioneiras a refletir sobre o PE iniciou-se nessa mesma época uma sensibilização para a necessidade de se introduzir a SAE nas instituições de saúde brasileiras (Gonçalves, 2004, *apud* Cavalcante et al., 2011).

Com o intuito de organizar o gerenciamento do cuidado a partir de tomadas de decisões críticas e não meramente advindas de uma série de tentativas e erros, que pudessem oferecer ao paciente segurança e participação nas ações estabelecidas, foram estabelecidas etapas que num sentido geral correspondem à identificação do problema (inclui-se aqui a colheita de dados e diagnósticos) e a solução do problema (através do planejamento da resposta que se pretende alcançar, intervenção e avaliação do método empregado). Em termos didáticos, correspondem a: Coleta de informações (Histórico), Diagnóstico de enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação, que devem ser registrados formalmente no prontuário do cliente (Garcia e Nobrega, 2009).

Em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) estabelece a obrigatoriedade de implantação da SAE em todas as instituições de saúde no Brasil, por meio da Resolução n.º 272/2002. Em 2009, o Cofen reformula e amplia a obrigatoriedade da SAE e a implementação do PE para todos os serviços de saúde públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, por meio da Resolução n.º 358/2009. No intuito de atender a essas exigências, instituições de saúde têm buscado estratégias para implantar a SAE e têm enfrentado diversos obstáculos (Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

De acordo com Silva, Oliveira, Neves & Guimarães (2011) a identificação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as etapas da SAE, sua utilização no cotidiano e as dificuldades encontradas para a sua implementação é de fundamental importância para propor soluções que contribuam para a sua viabilização, com o propósito de aprimorar esta metodologia de trabalho, visto que o modelo adotado para realizar a SAE demonstra a intenção de aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente internado e enriquecer a prática das enfermeiras, elevando o desempenho profissional neste processo.

Pode-se considerar que a SAE permite ao enfermeiro uma maior autonomia, na medida que ele concentra em suas mãos as diversas etapas do processo de enfermagem; ao mesmo tempo porém, a exigência da SAE em que ele registra todas as suas ações.

Assim, a SAE é, a rigor, uma nova configuração de organização do trabalho, isto é, um novo conjunto de normas e regras elaboradas para permitir uma melhor realização das ações. Dessa forma, a implementação da SAE é uma representação de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente.

Dada a relevância da metodologia SAE para a prática assistencial, abraçamos este estudo com a finalidade de sensibilizar a equipe de enfermagem da UTI Geral de um Hospital Público para a implementação de um modelo de SAE composto pelas etapas do PE: Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem. Portanto, compreendemos a importância da SAE como suporte administrativo. Efetivamente, estas reflexões nortearam a nossa questão de partida: **Como percebem os enfermeiros a ausência de uma sistematização padronizada, enquanto instrumento importante na prática de enfermagem?**

Para obtermos resposta à nossa questão de investigação, definimos o seguinte objetivo para este estudo.

* Identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre a SAE e a sua participação nesse processo.

Realizamos um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de enfermagem do HAM no total de 650 para aplicação do questionário. Deste total, acederam participar no estudo um montante de 225 profissionais.

Obtivemos uma amostra do tipo não probabilística por conveniência. Os dados foram colhidos durante os meses de setembro a dezembro de 2014 após o cumprimento dos procedimentos éticos inerentes a este tipo de estudos.

Como instrumento de recolha de dados, utilizámos um questionário de auto preenchimento e que permitiu ir de encontro aos nossos objetivos.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas grandes partes. Na primeira parte é apresentada a fundamentação teórica sobre a temática, contextualizando o assunto numa perspectiva teórica. Na segunda parte, apresentamos a investigação empírica onde incluímos a descrição da metodologia utilizada, a análise dos dados obtidos, a apresentação e discussão dos resultados.

Por último, são apresentadas as conclusões, as limitações do estudo, bem como algumas sugestões.

PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Unidade de Terapia Intensiva – UTI

A unidade de terapia intensiva (UTI) caracteriza-se como “unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar (Gomes, 1988, *apud* Amante et al., 2009). É um setor do hospital, onde são tratados os pacientes com risco de vida iminente e que precisam de vigilância constante do seu estado de saúde e onde recebem monitoramento constante da equipe multiprofissional especializada, além de equipamentos específicos de alta tecnologia.

As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado. De acordo com (Oliveira, 2002 *apud* Miranda et al., 2008) são locais onde se internam pacientes graves, em situação limite, que ainda têm um prognóstico favorável para viver, embora necessitem de recursos técnicos e humanos especializados para sua recuperação; um ambiente onde são utilizadas técnicas e procedimentos sofisticados, para tratar doenças com risco potencial à vida.

É considerado um lugar de alta complexidade, reservado e único no ambiente hospitalar, já que se propõe estabelecer monitorização completa e vigilância 24 horas por dia. Com função de amenizar sofrimento tais como dor e apneia, independe do prognóstico. Local esse de possibilidade de vida, entretanto com risco de vida sempre constante. Diante deste ambiente de ambiguidade se faz necessário aptidões para se conviver entre a morte, a vida, a fragilidade e vulnerabilidade humana e a onipotência e impotência face a determinadas situações.

Frente aos aparatos tecnológicos existentes nas UTIs e a grande quantidade de procedimentos a que são submetidos os pacientes que ali se encontram, o ambiente é reconhecido como um dos mais traumatizantes e agressivos tanto pela ótica dos utilizadores como pelos prestadores dos serviços de saúde. Devemos proporcionar um ambiente humanizado através do respeito pela privacidade, conforto e segurança. É muito importante tanto para o paciente como para a família compreender a UTI como

uma etapa fundamental para a superação da doença, porém tão importante é aliviar e proporcionar conforto independente do prognóstico. A equipe está orientada no respeito pela dignidade e autodeterminação de cada pessoa internada, proporcionando a humanização dos cuidados e buscando amenizar os momentos vivenciados, dando atenção ao paciente e família.

A UTI é sem dúvida muito importante para o avanço terapêutico, porém impõe uma nova rotina ao paciente onde há separação do convívio familiar e dos amigos, que pode ser amenizada através de visitas diárias. Outro aspecto importante é a interação família-paciente com a equipe, apoiando e participando nas decisões médicas. Essa unidade se configura como um espaço tecnológico onde os avanços e a intervenção profissional, nos mais diferenciados graus de complexidade, se voltam principalmente para a recuperação do indivíduo. Frequentemente, o foco principal de atenção que deveria ser o indivíduo e sua família com todas as suas potencialidades, é desviado para a máquina ao seu redor e sua condição ou doença.

Nesse ambiente de urgência e imediatismo, tão dominado pela especialização, muitas vezes a equipe está voltada para dominar e manipular as tecnologias. Assim, o desafio premente é perceber a tecnologia de ponta em sua verdadeira dimensão no processo de cuidado, isto é, de meio que nos possa auxiliar na atenção à saúde e ao bem-estar do indivíduo, o qual é o sujeito de nossa dedicação e cuidado (Silva et al., 2009).

No Brasil, a implementação das Unidades de Terapia Intensiva, teve início na década de 70 e se tornaram unidades especializadas e consideradas como de alta complexidade. Atualmente estas unidades estão presente dentro da maioria dos centros hospitalares, onde é sentida a necessidade de aquisição de equipamentos cada vez mais sofisticados para se manter ou prolongar a vida das pessoas e aperfeiçoamento dos recursos humanos, os quais são designados de intensivistas. A equipe destas unidades é multiprofissional e interdisciplinar, constituída por diversas profissões e que incluem os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e profissionais de enfermagem.

A história da UTI está intimamente ligada à enfermagem e foi emblemática e marcante com a ativa participação de Florence Nightingale na guerra da Crimeia. Na ocasião foram reunidos todos os feridos das batalhas num mesmo ambiente, permitindo assim assistência mais direta e eficiente. Esse fato deu origem às modernas unidades de terapia intensiva, nas quais os pacientes são reunidos num mesmo espaço visando facilitar, racionalizar e tornar mais eficiente o tratamento (Knobel, 2008). O paciente

necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. A essência da enfermagem em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente.

Baseados no cuidar, que é a essência da profissão de Enfermagem e do qual derivam todas as funções com enfoque no ser humano, e não na sua doença, faz-se necessária a sistematização da assistência de enfermagem, pois esta facilita o domínio da técnica e permite um cuidado mais humanizado e holístico.

Sabemos que quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa a organização e eficiência da assistência prestada. Assim, num ambiente de terapia intensiva, torna-se imprescindível a assistência sistematizada pois está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados oferecidos.

2. Modelo Conceptual de Wanda Horta

No Brasil, por volta dos anos 70, o marco de modernização para o ensino e prática de Enfermagem se fez com a publicação de Wanda de Aguiar Horta: *Contribuições a uma teoria de Enfermagem*.

As teorias de enfermagem trazem conceitos e proposições relacionadas com a enfermagem. Elas proporcionam o referencial teórico que norteia a implementação do Processo de Enfermagem, sob uma perspectiva de assistência sistematizada, havendo a retroalimentação entre o enriquecimento da teoria e o desenvolvimento da prática. Com o propósito de descrever, explicar, prever e controlar fenômenos presentes no campo da saúde, a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta é o modelo teórico mais conhecido e utilizado no nosso país. Ele procura ajudar a enfermagem a assumir-se como uma ciência aplicada, que transita da fase empírica para a fase científica, desenvolvendo suas próprias teorias, sistematizando os seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia após dia uma ciência independente.

O referencial teórico do PE (Silva et al., 2011) fundamenta-se no atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade. É um modelo que permite a avaliação do indivíduo como um todo, considerando os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Nesta base entende-se a enfermagem como a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, tanto quando possível, pelo ensino do autocuidado, da recuperação e de manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. A partir dos conceitos de enfermagem (Amante et al., 2009) salienta que as funções do enfermeiro podem ser divididas em três áreas distintas: área específica, área de interdependência e área social. (Quadro 1).

Quadro 1 – Função do Enfermeiro

| Área Específica | Área de Interdependência | Área Social |
|---|--|--|
| Assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e ensinar o autocuidado | Manter, promover e recuperar a saúde juntamente com outros profissionais | Ensino, pesquisa, responsabilidade legal, participação em associação de classe |

Segundo Amante et al. (2009), as necessidades humanas básicas são estados de tensões conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. São comuns a todos os seres humanos e ocorre variação de um indivíduo para o outro na capacidade de manifestação e na maneira como são satisfeitas e atendidas. Alguns fatores interferem na sua manifestação e atendimento como: a individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socioeconômicos, a enfermidade e o ambiente físico.

Referimos, também, a teoria da motivação humana, de Maslow (Horta, 1979), que é fundamentada nas Necessidades Humanas Básicas (Quadro 2) e na Classificação das Necessidades Humanas, proposto por João Mohana, em três grandes dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (Quadro 3). De acordo com Maslow o homem é motivado por necessidades organizadas numa hierarquia de relativa prepotência. Isto quer dizer que uma necessidade de ordem superior surge somente quando a de ordem inferior foi relativamente satisfeita. Cada um tem de "escalar" uma hierarquia de necessidades para atingir a sua auto-realização.

Quadro 2 – Hierarquia das Necessidades Humanas proposto por Maslow

| | |
|---|---|
| 1. Necessidades Fisiológicas (básicas) | fome, sede, sono, sexo, excreção, abrigo |
| 2. Necessidades de Segurança | defesa, proteção, emprego, abrigo |
| 3. Necessidades sociais ou de amor | relacionamento, amor, fazer parte de um grupo |
| 4. Necessidades de Estima | auto-estima, reconhecimento, status |
| 5. Necessidades de Auto-realização | desenvolvimento pessoal, conquista |

Quadro 3 – Classificação das Necessidades Humanas Basicas de João Mohana

| | |
|--------------------------------------|--|
| Necessidades Psicobiológicas | oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo mecânica corporal, mobilidade, cuidado corporal, integridade cutâneomucosa, integridade física, regulação, térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, ambiente, terapêutica |
| Necessidades Psicossociais | segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem, atenção |
| Necessidades Psicoespirituais | religiosa, ética ou de filosofia de vida |

As necessidades são universais e estão inter-relacionadas, porém cada ser humano as expressa de maneira diferente, dependendo da situação socioeconômica e cultural, do nível de escolaridade, do ambiente, história de vida e idade, entre outros fatores.

É fundamental que o enfermeiro entenda o ser humano como um todo, que inclui corpo, mente e espírito. Quando o corpo ou a mente sofre, a pessoa é afetada em sua totalidade. Não se deve, portanto, dar ênfase apenas às partes que incomodam o paciente, mas precisa ser valorizado nos seus aspectos sociais, emocionais, para que o seu processo de atendimento se torne individualizado e humanizado.

Os modelos teóricos tem contribuído muito na prática assistencial da enfermagem quando utilizados como referencial para a SAE, proporcionando, assim, meios para organizar as informações e os dados dos pacientes, para analisar e interpretar esses dados, para cuidar e avaliar os resultados dos cuidados prestados.

3. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE

A elaboração da SAE é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar os seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar a sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. A SAE consiste numa metodologia para organizar e sistematizar o cuidado com base nos princípios do método científico, permitindo assim ao enfermeiro a aplicação desses na identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, além da promoção de maior segurança e qualidade durante a assistência prestada. Ressalta-se ainda que essa metodologia de assistência é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde doença dos indivíduos. Portanto, a SAE permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (Conselho Federal de Enfermagem 2006, *apud* Pivoto, 2008).

A SAE tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Segundo Tannure (2010), a SAE é uma metodologia científica da prática assistencial, que proporciona cuidados sistematizados, conferindo maior segurança aos pacientes e autonomia aos profissionais de enfermagem diante de suas ações assistenciais. A nomenclatura tal como é conhecida e divulgada hoje (SAE) não é o único modo de ser designada.

De acordo com o contexto inserido, finalidade e área a que se destinam podem encontrar outras terminologias, como: Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir, Consulta de Enfermagem. A relevância está em compreender que todas assinalam a aplicação de um método científico para o planejamento das ações de enfermagem. A implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem (Andrade & Vieira, 2005 *apud* Remizoski et al., 2010). Permite avanços na qualidade da assistência, o que impulsiona a sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde. É composta pela documentação das etapas do processo de enfermagem.

A finalidade da implantação da SAE nas instituições hospitalares do Brasil é a de organizar o cuidado a partir da adoção de um método sistemático, proporcionando ao enfermeiro a (re)definição do seu espaço de atuação, do seu desempenho no campo da gerência em saúde e da assistência em enfermagem (Castilho, Ribeiro & Chirelli, 2009). A SAE está diretamente relacionada com a aplicação específica de uma abordagem científica ou solução de problemas do paciente e busca em manter o padrão mínimo de qualidade da assistência com recurso a um sistema de registros de informações de forma detalhada.

A primeira resolução do COFEN que determinou a obrigatoriedade da SAE em todo o território Brasileiro foi publicada no ano de 2002, sendo posteriormente substituída pela 358/2009. A qual dispõe sobre a SAE e a sua implementação nos diversos ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem 2009).

Segundo a resolução 358\2009 do Conselho Federal de Enfermagem, o enfermeiro deverá realizar o PE, constituído por cinco etapas, sendo elas: Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação. Afirma ainda que o PE deverá ser realizado em todas as instituições de saúde públicas ou privadas, de modo deliberativo e sistemático, baseando-se em um suporte teórico que oriente as etapas do processo.

O Conselho considera que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da assistência de enfermagem, já que o enfermeiro deve ter formação de modo a executar as funções da equipe de enfermagem, além das suas funções privativas. Salieta-se que a SAE é um instrumento inovador e tecnológico na formação e na profissão de enfermagem o que demonstra a sua pertinencia e experiencia na prática de cuidados.

De facto, a profissão de enfermagem vem se constituindo como um componente essencial na qualidade em saúde, acompanhando assim mudanças nas relações interpessoais, sociais, políticas, no campo tecnológico e no modelo das organizações dos serviços. A SAE contribui para a expansão do conhecimento, a qualidade da assistência e melhores registros das informações de enfermagem.

Seguindo o método da sistematização é possível identificar, diagnosticar e tratar respostas humanas à saúde e à doença, permitindo que elementos do pensamento crítico se integrem para formar conceitos e escolher ações baseadas no pensamento científico. Sendo assim o processo de enfermagem pode ser compreendido como uma

forma de gerar o cuidado humanizado com qualidade, dirigido para resultados positivos e de baixo custo. Como benefício do emprego deste processo de enfermagem pode-se referir maior agilidade no diagnóstico e tratamento, reduzindo a permanência nos ambientes hospitalares; a criação de um plano de eficácia de custos, no tocante às necessidades humanas básicas e aos gastos financeiros; a melhora na comunicação e prevenção de erros e a elaboração de intervenções específicas a cada indivíduo.

A SAE possibilita a gestão do processo de qualidade, pois as sequências das fases do processo de enfermagem integram as ações intelectuais da sistematização, visto que este é dinâmico, flexível, modificável e científico. A sistematização traz implicações para o cuidado, garantindo assim o atendimento com critérios padronizados, propondo uma assistência de qualidade, e oferece meios de avaliação fornecendo dados confiáveis.

4. Processo de Enfermagem – PE

A expressão “Processo de Enfermagem” foi empregada pela primeira vez por Ida Orlando (1961), para explicar o cuidado de enfermagem. Sua utilização foi iniciada nos Estados Unidos e Reino Unido. Na década de 70, quando chegou ao Brasil, invadiu as escolas de enfermagem e contribuiu para o modelo assistencial de Horta (Hermida, 2004 *apud* Silva et al., 2011).

O desenvolvimento do conhecimento de enfermagem baseado em teorias próprias, deu origem ao PE que recebe várias definições de acordo com muitos autores e teóricas de enfermagem. Em cada teoria, ele segue um modelo específico e é fundamentado de acordo com os conceitos, pressupostos e proposições próprios dessas teorias. Pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem no cotidiano da assistência de enfermagem. Segundo Hausmann & Peduzzii (2009), o PE também tem outras denominações entre elas a SAE, e é um instrumento de trabalho que permite a articulação entre o trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro, uma vez que qualifica o cuidado ao mesmo tempo em que planeia e organiza a assistência.

O PE e a SAE não tem significados uniformes na literatura, podendo adquirir significados sinônimos (método de enfermagem composto por fases) como distintos (SAE é a forma pelo qual é organizado o trabalho profissional enquanto PE é o instrumento metodológico composto de etapas que torna possível a operacionalização da SAE, como também a documentação da prática profissional). Entretanto independente das conotações, a utilização dessa prática possibilita uma abordagem holística do paciente, um aprimoramento contínuo, além da utilização de um corpo de conhecimentos próprio.

No Brasil, o marco teórico para o processo de enfermagem é representado por Wanda Horta, que definiu esse método como a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”. Horta propunha o Processo de Enfermagem como forma de organização e direcionamento da assistência de enfermagem em seis etapas. Para ela o processo de enfermagem “é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano” (Horta, 1979).

Um outro conceito do processo de enfermagem consiste numa atividade intelectual deliberada por meio do qual a prática da enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática (George, 2000 *apud* Faria, 2012).

Como já referimos, segundo a Resolução do COFEN nº 358/2009, o Processo de Enfermagem deve ser realizado sistematicamente em todos os ambientes, sejam eles públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. É organizado nas seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, que inclui, Coleta de Dados e Exame Físico; Diagnóstico de Enfermagem, pautado nos problemas identificados na fase anterior; Planejamento de Enfermagem; Implementação de Enfermagem; Avaliação de Enfermagem. Convém salientar que estas etapas, são contínuas e devem estar inter-relacionadas, exigindo do profissional uma abordagem deliberativa, habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, resultando numa flexibilidade de postura, tanto científica e/ou empírica (Cianciarullo, 2008).

A aplicação do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem.

O PE prevê que a assistência seja pautada na avaliação do paciente, que fornece os dados para que os diagnósticos sejam identificados, os quais direcionam a definição de metas a serem alcançadas. Juntos, diagnósticos e metas, são as bases para selecionar as intervenções mais apropriadas à situação específica do paciente. Realizadas as intervenções, o alcance das metas deve ser avaliado e dessa avaliação retorna-se às fases precedentes, caso as metas não tenham sido alcançadas ou os novos diagnósticos tenham sido identificados. Vejam cada uma das fases do PE.

1. Histórico de Enfermagem - A coleta de dados de enfermagem consiste no levantamento de informações referentes ao estado de saúde do cliente, da família e da comunidade, com propósito de identificar as necessidades, os problemas, as preocupações e as reações humanas desse cliente. O exame físico é um procedimento a ser realizado no dia-a-dia das atividades do enfermeiro, como forma de proporcionar informações sobre as capacidades funcionais do paciente, e utilizado na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, na determinação das intervenções a serem realizadas, bem como na avaliação da efetividade dos cuidados prestados, permitindo, dessa forma, a individualização da assistência

2. Diagnóstico de enfermagem - O diagnóstico de enfermagem é caracterizado como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais ou de risco para a saúde/processos vitais; constitui-se como a base para a seleção das prescrições que propiciarão o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável. Se este for impreciso, incompleto ou vago – é improvável que o seu plano seja eficiente.

É organizado e distribuído em 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos de enfermagem (Quadro 4). Essa taxonomia da NANDA (2010) é, atualmente, o sistema de classificação mais usado no mundo.

Quadro 4 – Domínios e classes da Taxonomia II

| Domínios | Classes |
|-----------------------------|---|
| 1. Promoção da Saúde | Percepção da saúde Controle da saúde |
| 2. Nutrição | Ingestão Digestão Absorção Metabolismo Hidratação |
| 3. Eliminação e Troca | Função urinária Função gastrointestinal Função tegumentar Função respiratória |
| 4. Atividade e Repouso | Sono/repouso Atividade/exercício Equilíbrio de energia Respostas cardiovasculares /pulmonares Autocuidado |
| 5. Percepção/cognição | Atenção Orientação Sensação/percepção Cognição Comunicação |
| 6. Auto percepção | Autoconceito Autoestima Imagem corporal |
| 7. Papéis e relacionamentos | Papéis do cuidador Relações familiares Desempenho de papéis |
| 8. Sexualidade | Identidade sexual Função sexual |

| | |
|---|---|
| | Reprodução |
| 9. Enfrentamento/tolerância ao estresse | Reações pós-trauma Reações de enfrentamento Estresse neurocomportamental |
| 10. Princípios de vida | Valores Crenças Coerência entre valores/crenças e atos |
| 11. Segurança/proteção | Infecção Lesão física Violência Riscos ambientais Processos defensivos Termorregulação |
| 12. Conforto | Conforto físico Conforto ambiental Conforto social |
| 13. Crescimento/ desenvolvimento | Crescimento Desenvolvimento |

Fonte: Nanda (2010)

3. Planejamento de Enfermagem - Após a análise do diagnóstico, examinando as necessidades afetadas e o grau de dependência do cliente, planeiam-se os cuidados a serem prestados. Este plano é sistematizado em termos do conceito de assistir ou cuidar em enfermagem, ou seja, encaminhamentos, supervisão (observação e controle), orientação, ajuda e execução de cuidados.

4. Implementação de Enfermagem - Faz-se mediante um roteiro diário que coordena a equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. Esse plano de cuidados é avaliado continuamente, provendo assim os dados necessários para a quinta etapa

5. Avaliação de Enfermagem – Baseia-se na avaliação diária das adaptações do paciente perante os cuidados prestados, ou seja, no relato das mudanças sucessivas ocorridas ao paciente sob a assistência. Através da avaliação de enfermagem, é possível avaliar se os cuidados realizados pela equipe de enfermagem resultam em benefícios para o paciente, oportunizando a real independência da assistência de enfermagem.

O PE vem sendo uma das áreas de formação nas instituições de ensino de enfermagem com uma preocupação cada vez mais constante. É apresentado desde as disciplinas iniciais como Bases Técnicas e Semiologia, no intuito de iniciar a instrumentalização do estudante para a organização do cuidado nas suas atividades como acadêmico e como futuro profissional de enfermagem. Assim, cada vez mais tem

aumentado o número de escolas que se preocupam em incluir esta temática na formação dos estudantes, no entanto alguns autores apontam dificuldades na realização do ensino do PE tanto na abordagem teórica, relacionado com as teorias de enfermagem, mas também na escolha do modelo teórico que se adegue melhor à realidade prática. Contudo, acrescenta Souza et al. (2008), no campo da prática é notória a ausência da aplicação do Processo de Enfermagem na sua totalidade, isto é com implementação de todas as suas etapas.

Souza et al. (2008), referem ainda que a enfermagem brasileira tem avançado nas pesquisas em relação ao processo de enfermagem tanto no ensino quanto na implementação e aplicabilidade. No entanto, muitas instituições de saúde ainda não adotaram esse método de assistência, já que o conhecimento teórico-prático dos enfermeiros sobre o mesmo tem-se mostrado deficiente. Esta é uma das nossas preocupações e daí enveredamos por este estudo.

PARTE 2: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

5. Metodologia

Neste capítulo apresentamos a metodologia utilizada. Alicerçado no enquadramento teórico apresentado, definimos os procedimentos que nos ajudaram a dar resposta à questão que inicialmente formulámos. Descrevemos e explicamos o tipo de investigação que realizámos, as variáveis em estudo, a amostragem efetuada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

5.1 - Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, onde foi aplicado um questionário aos enfermeiros e técnicos de enfermagem, durante horário normal de atividades e com agendamento prévio. Optamos por uma pesquisa descritiva que tem por objetivo observar, descrever e documentar os aspectos da situação (Polit, 2004 *apud* Amorim & Luz, 2009). Outros estudos referem que a pesquisa quantitativa é aquela que se caracteriza pela aplicação e administração de instrumentos estatísticos, tanto no levantamento das informações como no tratamento dos seus dados, e tem como finalidade medir relações entre as variáveis. Busca medir e quantificar os resultados da investigação, a partir de dados estatísticos (Zanella, 2009).

Esta metodologia é a mais indicada para medir tanto opiniões, atitudes e preferências como comportamentos. Consideramos que a metodologia quantitativa é, pois, a opção mais adequada para o nosso estudo e que vai de encontro à nossa questão de investigação: **Como percebem os enfermeiros a ausência de uma sistematização padronizada, enquanto instrumento importante na prática de enfermagem?**

Desta forma definimos também objetivos que indicam o caminho que nos norteia ao desenvolvimento desta dissertação. Assim, o nosso objetivo consistiu:

- Identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre a SAE e a sua participação nesse processo.

5.2 - Participantes

Os elementos que constituem a população do nosso estudo são todos os profissionais de enfermagem do Hospital Agamenon Magalhães num total de 650. Na impossibilidade da participação de todos os profissionais de enfermagem recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 225 funcionários.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: exercer funções nos serviços de saúde, participação voluntária no estudo e encontrar-se a exercer funções durante o período de recolha de dados.

5.2.1 - Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no Hospital Agamenon Magalhães (HAM), caracterizado como hospital de emergências (Clínica, Cardiológica, Otorrinolaringologia e Maternidade de Alto Risco), com capacidade para 400 leitos, pertencente à Secretaria de Saúde de Pernambuco e está localizado na área central do município de Recife. A UTI conta com um total de 20 leitos, sendo 02 isolamentos.

A História indica que o HAM é um dos mais importantes suportes ao Sistema Único de Saúde (SUS) em Pernambuco, tendo sido uma instituição privada, Casa de Saúde São João. Fundada em 1948, a sua equipe foi formada por enfermeiras trazidas de países europeus após o término da Segunda Guerra Mundial, devido à insuficiência de profissionais com formação universitária no Brasil, e por parteiras capacitadas na Faculdade de Medicina do Recife. Desde esta época chamava a atenção pelo alto padrão do atendimento à população.

Em 14 de junho de 1953, o Hospital foi reinaugurado, quando a unidade ganhou o nome de Hospital Agamenon Magalhães, que foi um dos mais importantes políticos que defendeu a saúde e colocou esta sempre em primeiro plano no Estado de Pernambuco.

Com a reconstrução da Rede de Saúde do Estado e a implantação das Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, o HAM e os demais grandes hospitais da rede puderam começar a adequar os seus perfis, qualificar suas emergências, redirecionando hierarquicamente dentro desse complexo, proporcionando à população um atendimento mais ágil e de qualidade dentro do perfil desenhado para cada instituição.

A maternidade de alto risco é outra área de referência do Hospital Agamenon Magalhães, contribuindo de forma importante com a Rede Materno Infantil do Estado. Entre os anos de 2010 a 2013 houve um incremento de 67% na qualidade de partos de

alto risco realizados pela instituição. A unidade também possui banco de leite para alimentar as crianças nascidas pre-maturas. Credenciado pelo Ministério da Saúde (MS) como de alta complexidade em saúde auditiva, o HAM é a principal referência desta especialidade no Estado. O Hospital também é habilitado, por credenciamento específico, para a realização dos Implantes Cocleares, mais conhecidos como “ouvidos biônicos”, que devolvem a audição a certos pacientes. Cirurgias bariátricas (de obesidade mórbida) também podem ser feitas no hospital.

O HAM é o único da rede da Secretaria Estadual de Saúde (SES) contratualidade pelos Ministérios da Educação e Saúde como hospital de ensino, se equiparando a maioria dos hospitais universitários do País.

5.3 - Instrumentos

Para a coleta de dados utilizamos os seguintes instrumentos:

a) Um questionário composto por duas partes e que podemos observar em anexo 4:

A primeira parte onde se inclui a caracterização sociodemográfica e que é constituída por 09 questões objetivas que permitem caracterizar o profissional de enfermagem em relação ao genero, faixa etária, estado civil, tipo de formação, tempo de formação, tempo de serviço, tipo de vinculo, carga horária, outro vinculo e qual o tipo do outro vinculo de trabalho.

A segunda parte constituída por um questionário de caracterização sobre o conhecimento da SAE. É constituído por 10 questões objetivas de múltipla escolha sobre o conhecimento, impotância, etapas do PE simples e difíceis de serem executadas, treinamentos, diagnóstico de enfermagem e o grau de motivação para se trabalhar com a SAE.

b) Um formulário para registro da SAE: impressos específicos que podem ser preenchidos de forma rápida e precisa. Os formulários do histórico/diagnóstico/prescrição de enfermagem foram elaborados pela autora a partir do referencial teórico e das teorias aplicadas nas NHB (Amante et al., 2009).

5.4 - Procedimento

Foi solicitada autorização ao responsável pelo Centro de Estudos do HAM com o intuito de realização da colheita de dados/informações (Anexo 1). Embora o título da pesquisa no primeiro momento tenha sido Sistematização da Assistência de Enfermagem numa UTI geral: Implantando as Etapas do Processo de Enfermagem, ao longo da pesquisa e à medida que fomos aprimorando o nosso estudo, verificou-se que seria necessário alterar e considerou-se como título mais apropriado o seguinte - Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma UTI Geral: Um contributo para a sua implementação.

Mediante a autorização da Instituição (Anexo 2) foi iniciado os procedimentos para a colheita de dados durante o período dos meses de setembro a dezembro de 2014.

Aos entrevistados foi garantido o anonimato e confirmada a sua participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). O termo de consentimento informado é um documento recomendado por declarações internacionais, códigos de ética e resoluções e leis específicas, para ser utilizado na prática cotidiana em saúde e na realização de pesquisas (Eustáquio, 2009).

Também a legislação brasileira regula neste sentido pois, desde 1996, se adota a terminologia Consentimento Livre e Esclarecido (CLE), conforme a Resolução do CNS n. 196/96 1, que dispõe sobre ética em pesquisa com seres humanos. Já na Resolução do CFM n. 1.358/92 2, que estabelece normas éticas para a prática clínica de reprodução humana assistida, a terminologia empregada ainda é Consentimento Informado.

5.5 - Análise de dados

Para o tratamento estatístico procedemos inicialmente à depuração dos questionários no sentido de eliminarmos aqueles que porventura apresentassem lacunas no seu preenchimento.

Os dados foram submetidos à análise temática, categorizados e armazenados em planilhas eletrônicas de acordo com as orientações metodológicas, foram representadas estatisticamente através de gráficos e tabelas caracterizando a amostra estudada quanto ao conhecimento e execução da SAE na prática assistencial. Segundo Bardin (2009), as operações estatísticas simples estabelecem quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

No capítulo seguinte iremos apresentar os resultados obtidos e a sua discussão.

6. Resultados e Discussão

Após aplicação do questionário apuram-se os resultados que são apresentados em seguida, fazendo uma análise integrada e procurando relacionar com a questão de partida. **Como percebem os enfermeiros a ausência de uma sistematização padronizada, enquanto instrumento importante na prática de enfermagem?**

A análise pertinente destes dados coletados através de um questionário, adaptado para este fim, permite identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre a SAE e a sua participação nesse processo, enquanto instrumento importante para a qualidade e eficiência dos cuidados de enfermagem e sensibilizar para a implementação de um modelo de SAE.

Os dados coletados constituíram-se em gráficos e tabelas para melhor visualização e interpretação dos resultados.

6.1 - Caracterização socioprofissional

Na primeira parte deste questionário utilizado para investigação apontaram-se características pessoais e profissionais dos participantes, tais como o gênero, faixa etária, estado civil, tipo de formação, tempo de formação, tempo de serviço, tipo de vínculo, carga horária, outro vínculo e qual o tipo do outro vínculo de trabalho. A seguir serão apresentados os dados em tabelas e gráficos recorrendo a frequências ou porcentagens.

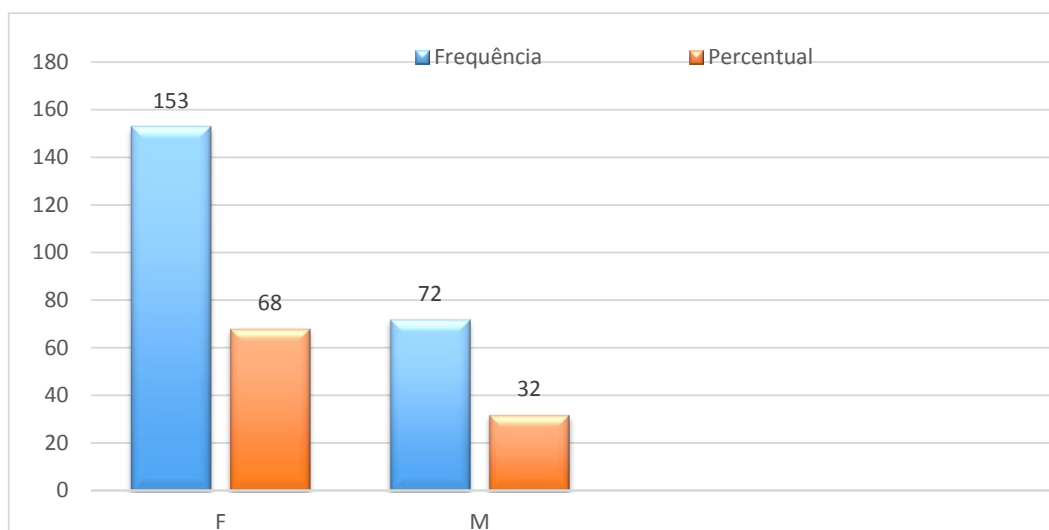
No gráfico 1 apresentamos um demonstrativo com os percentuais dos entrevistados quanto ao gênero. Observou-se que 68 % (153) do total são do gênero feminino e 32% (72) pertencem ao gênero masculino. Ressaltamos, portanto, que os dados mencionados acima, vêm contribuir para demonstrar que a profissão de enfermagem ainda continua a ser predominantemente administrada por mulheres.

Essa particularidade vem conjecturada em virtude das condições históricas da profissão. Segundo Geovanini (2010), a predominância do gênero feminino na enfermagem está arrolada aos primórdios da profissão e ao seu artefato de trabalho: ações de cuidado ao doente, que tradicionalmente é executado pela mulher.

Conforme estudo realizado por Zanetti (2010), com o objetivo de analisar o perfil socioprofissional da equipe de saúde, observou-se uma predominância de mulheres, sobretudo pela representação dos profissionais de enfermagem.

De acordo com a pesquisa concretizada por Santini et al. (2010), sobre o perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em Municípios de pequeno porte de uma Regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho, ressaltou-se uma predominância de profissionais do sexo feminino que atuam na área de saúde. Diante do exposto, está comprovado que, a profissão de enfermagem, a qual tem o seu foco principal no cuidado é uma área que seduz mais pessoas do genero feminino do que o masculino. Contudo, surge um novo cenário: os dados demonstram que há uma procura crescente do contingente masculino na enfermagem, mostrando uma tendência que veio para permanecer.

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao genero



Mediante a tabela 1, entende-se que a faixa etária predominante dos entrevistados é entre 31 a 40 anos, com 42,7% (96) do total do grupo. Essa informação nos transporta ao entendimento de que os profissionais participantes desta pesquisa encontram-se em uma fase produtiva da profissão, significando também uma certa experiência quanto à prática da enfermagem.

No estudo de campo, realizado por Santini et al. (2010), sobre o perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em Municípios de pequeno porte de uma Regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho, constatou-se que nas faixas

etárias há processo similar, pois 80,60% dos profissionais também se encontram em idades que vão de <30 até 39 anos.

De acordo com Zanetti (2010), com o objetivo de analisar o perfil socioprofissional de equipes de saúde, verificou-se a predominância da faixa etária dos 20 aos 50 anos, o que corresponde à idade produtiva, dados esses que vão ao encontro de estudos realizados com profissionais da ESF/PSF em outras regiões do País.

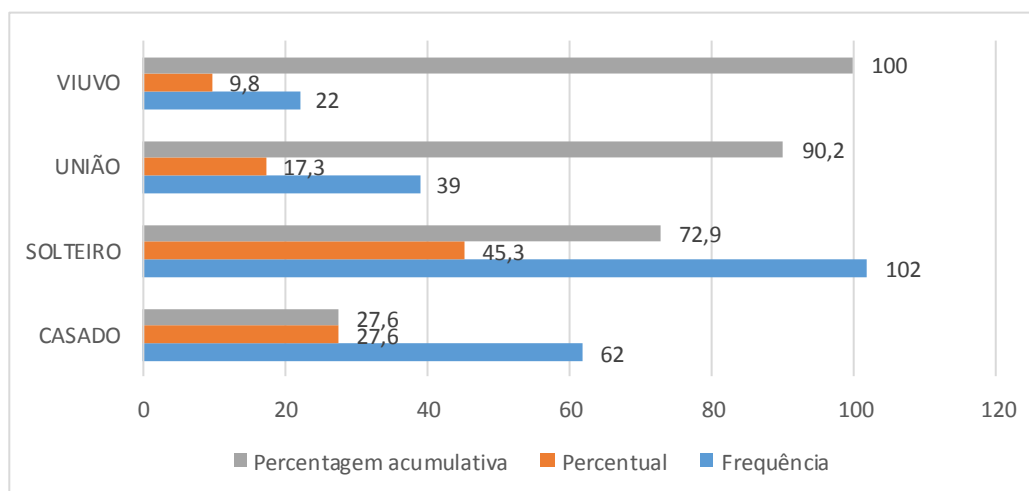
Tabela 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados segundo a faixa etária

| | Frequência | Percentual |
|---------|------------|------------|
| 20 A 30 | 33 | 14,7 |
| 31 A 40 | 96 | 42,7 |
| 41 A 50 | 81 | 36,0 |
| 51 OU + | 15 | 6,7 |
| Total | 225 | 100,0 |

Ao analisar os dados expostos no gráfico 2, percebe-se a distribuição do estado civil dos profissionais entrevistados.

Os resultados apontam que 27,6% (62) pertencem ao grupo dos casados, 45,3% (102) pertencem ao grupo dos solteiros, 17,3% (39) pertencem ao grupo de união estável e 9,8% (22) pertencem ao grupo dos viúvos. Observou-se através destes dados que a maioria dos profissionais entrevistados do HAM 2014, são do grupo de solteiros.

Gráfico 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com o estado civil



Na tabela 2 observou-se a distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tipo de formação. Os resultados apontam que 24% (54) são enfermeiros e 76% (171) técnico de enfermagem. Importa salientar que o dimensionamento de pessoal infere no atendimento integral ao paciente, no estabelecimento de uma equipe consolidada, na qualidade de trabalho do profissional, e na efetivação do processo de enfermagem. Dessa forma torna-se necessário a adequação dos recursos humanos para a qualidade do serviço. A função mais importante da enfermeira é planejar a assistência e para isso é necessário levantar informações, problemas, executar ações e avaliar os resultados para assegurar a continuidade do cuidado.

Neves et al. (2010) referem que a implementação da SAE é realizada de forma bastante fragmentada, por motivos que estão relacionados ao quantitativo de recursos humanos existentes nas instituições de saúde para executar todas as atividades requeridas por essa metodologia. A SAE, quando realizada de forma fragmentada, o cuidado não será integral, ou seja, acaba não tendo uma sistematização da assistência já que não consegue concluir todas as etapas onde o COFEN por meio da resolução 358/2009 afirma que o PE está organizado em cinco etapas estando elas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tipo de formação

| | Frequência | Percentual |
|---------|------------|------------|
| ENF | 54 | 24,0 |
| TÉCNICO | 171 | 76,0 |
| Total | 225 | 100,0 |

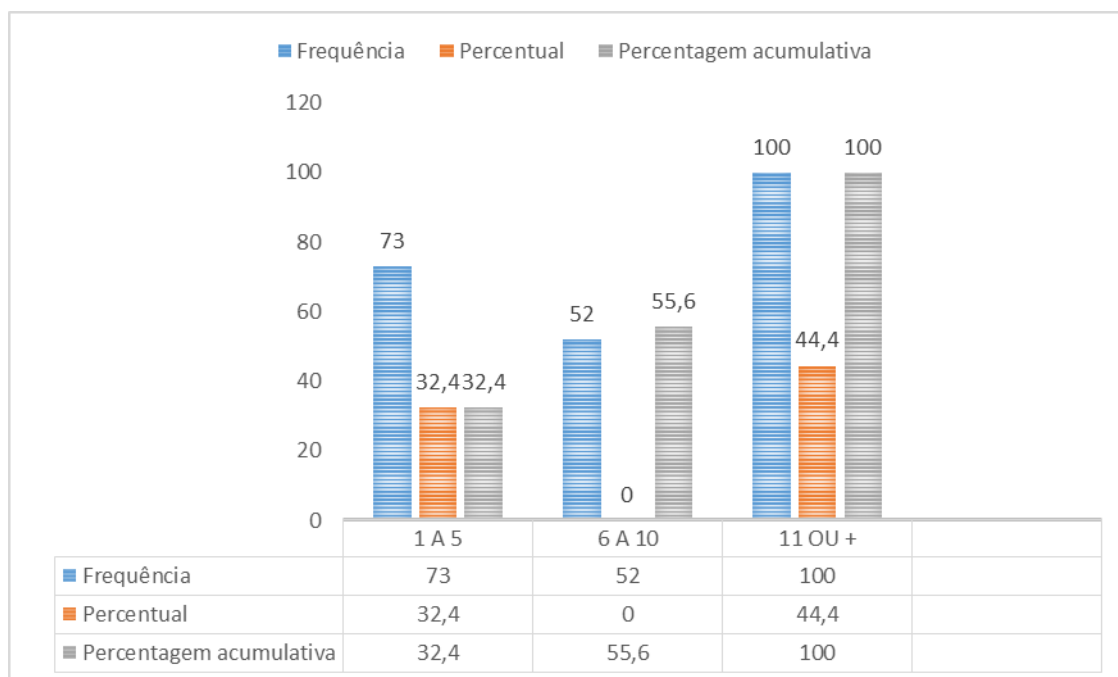
No gráfico 3 estão listados a relação quanto ao tempo de formação dos profissionais entrevistados. Os resultados assinalam que: 32,4% (73) possuíam entre 1 a 5 anos de curso, 44,4% (100) entre 11 a mais anos de formação e 23,1% (52) entre 6 a 10 anos. A classe modal de tempo de experiência profissional dos entrevistados do HAM foi de 11 ou mais anos.

Tannure (2010) esclarece apoiado por outros autores que, a partir da década de 1960, já se notava no Brasil um desenvolvimento do ensino do processo de enfermagem

nos cursos de graduação em Enfermagem. Freitas & Carmona (2011) enunciam, entretanto, o final da década de 1970 como a época que marcou o impacto do processo de enfermagem nas instituições de ensino, com significativo papel dos estudos de Wanda de Aguiar Horta no desdobramento da aplicação do processo de enfermagem. Acrescentam, entretanto, que os estudos da época concluíam que o ensino praticado não garantia a construção de capacidades entre os futuros profissionais, os quais tinham fragilidades quanto ao domínio do método científico.

Diante do exposto pode-se concluir que os dados referentes ao ano de conclusão do curso de graduação levam a crer que os entrevistados vivenciaram, já nas suas graduações, o ensino do processo de enfermagem, mesmo distinguindo que entre o intervalo de 1980 a 1990, o processo de enfermagem encontrava-se, enquanto definição de suas etapas, igualmente adaptado à estrutura com a qual se apresenta nos dias atuais, promovendo assim o processo de implantação da SAE, por já terem um alicerce e/ou conhecimento prévio que serve de pilar ao aperfeiçoamento desta temática.

Gráfico 3 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tempo de formação



Os dados apresentados na tabela 3 dizem respeito ao tempo de serviço dos profissionais entrevistados. Podemos constatar que a predominância desse tempo

encontra-se entre 0 a 5 anos, 47,6% (107) do total do grupo. Esse achado pode ser negativo, no que se refere à assistência de enfermagem, pois essa profissão requer habilidades técnica e científica e a prática da assistência torna o profissional cada vez mais capaz nos procedimentos e cuidados a serem oferecidos aos seus pacientes/clientes.

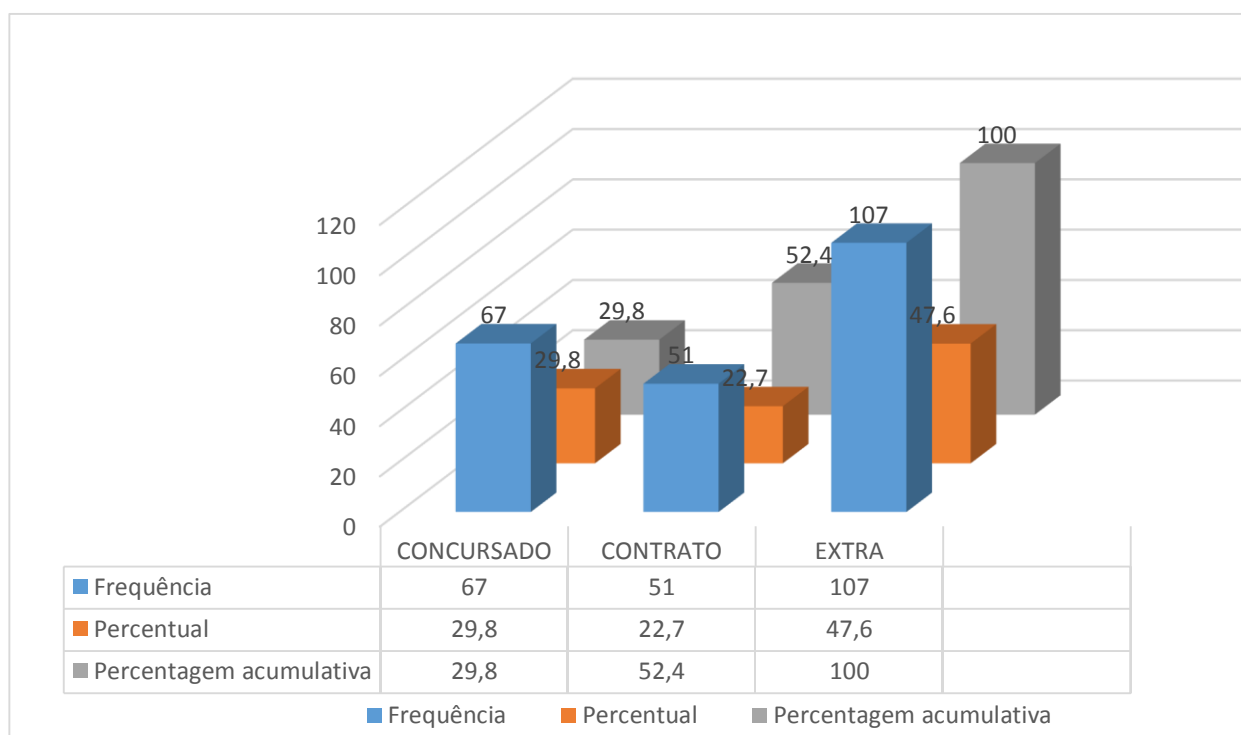
Machado et al. (2012) referem que o tempo de formação pode ser um indicativo da experiência do profissional no mercado de trabalho e da sua maturidade profissional. As competências e habilidades do profissional ascendem com a experiência, a qual é relevante para a pesquisa pois o processo de enfermagem bem planejado usa muito das experiências e percepções do profissional sobre o cuidado. Uma larga experiência profissional traduz que os profissionais já passaram pelo processo de adaptação e de tal forma conhecem bem a sua clientela, a dinâmica do setor e a organização do seu local de trabalho. Desta forma, é possível também que os profissionais já tenham conseguido estabelecer uma relação satisfatória com a equipe multidisciplinar da unidade.

Todos estes aspectos contribuem como factores facilitadores a uma possível implantação da SAE, como também ao estabelecimento de um bom relacionamento com a equipe multidisciplinar. A SAE só se tornará uma assistência viável se toda a equipe estiver disposta a praticá-la com responsabilidade, consciência e competência, assumindo assim uma postura de interesse e compromisso.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tempo de serviço

| | Frequência | Percentual |
|---------|------------|------------|
| 0 A 5 | 107 | 47,6 |
| 6 A 10 | 48 | 21,3 |
| 11 OU + | 70 | 31,1 |
| Total | 225 | 100,0 |

O gráfico 4 retrata a distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tipo de vínculo. Os resultados apontam que 29,8% (67) são concursados, 22,7% (51) tem contrato de trabalho e 47,6% (107) são prestadores de serviço (extra). Ressalta-se, através destes dados, que a maioria dos profissionais entrevistados do HAM são prestadores de serviço (extra).

Gráfico 4 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o tipo de vínculo

Na tabela 4 encontra-se a distribuição dos profissionais entrevistados conforme a carga horária. Os resultados assinalam que 37,8% (85) perfazem uma carga horária de 12 x 36 horas, 45,3% (102) de 12 x 60 horas, 9,8% (22) são diaristas e 7,1% (16) têm escala fixa. Mediante os dados identificou-se que a maioria dos profissionais entrevistados perfazem uma carga horária de 12 x 60 horas.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme a carga horária

| | Frequência | Percentual |
|-------------|------------|------------|
| 12 X 36 | 85 | 37,8 |
| 12 X 60 | 102 | 45,3 |
| DIARISTA | 22 | 9,8 |
| ESCALA FIXA | 16 | 7,1 |
| Total | 225 | 100,0 |

A tabela 5 faz referência à distribuição dos profissionais entrevistados conforme a existência de outro vínculo e qual o tipo de vínculo. Os resultados apontam que 52,9% (119) não possuem outro vínculo empregatício e 47,1% (106) afirmam possuir outro

vínculo empregatício, sendo que dos profissionais entrevistados que disseram sim, ou seja, em possuir outro vínculo 30,7% (69) têm vínculo privado e 16,4% têm vínculo público.

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme a existência de outro vínculo e tipo de vínculo

| | | Frequência | Percentual |
|------------------------|---------|------------|------------|
| | NÃO | 119 | 52,9 |
| | SIM | 106 | 47,1 |
| Os que responderam sim | PRIVADO | 69 | 30,7 |
| | PUBLICO | 37 | 16,4 |
| | Total | 225 | 100,0 |

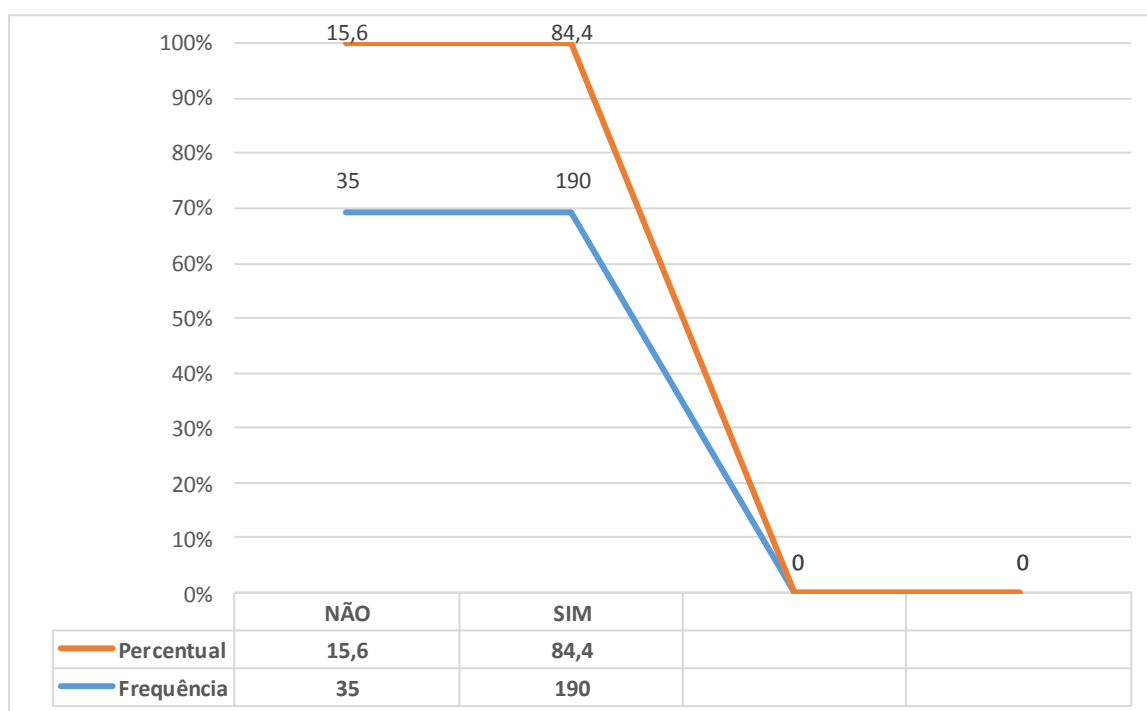
6.2 - Conhecimento e utilização das fases da SAE

A segunda parte do questionário utilizado para a investigação compreenderam perguntas objetivas com múltiplas escolhas sobre o conhecimento, importância, etapas, treinamentos, diagnóstico de enfermagem e o grau de motivação para se trabalhar com a SAE.

No gráfico 5 apresentamos os resultados com os percentuais referentes ao conhecimento dos entrevistados quanto à sistematização da assistência de enfermagem. Observou-se que 84,4 % (190) responderam ter conhecimentos e 15,6% (35) responderam não terem conhecimentos sobre a SAE.

Takahashi et al. (2008), mencionam que a deficiência de conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre a SAE e conseqüentemente sobre o PE é um obstáculo para sua adesão e execução nas instituições de saúde. O conhecimento confere aos profissionais segurança na tomada de decisões relacionadas ao paciente, equipe profissional e quanto às atividades administrativas da unidade.

Gráfico 5 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o conhecimento sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem



A tabela 6 faz referência à distribuição dos profissionais entrevistados conforme o que está relacionado com a SAE, onde as alternativas se reportam ao método organizado e sistematizado do cuidado, privativo do enfermeiro, composto pelas etapas do PE, obrigatoriedade nas instituições públicas e privadas. Os resultados apontam que apenas 3,1% (7) dos profissionais entrevistados responderam que todas as alternativas estavam relacionadas com a SAE.

É preocupante essa análise, já que existe uma obrigatoriedade de implementação da SAE mediante a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (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.

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme o que está relacionado com a SAE

| | Frequência | Percentual |
|---------|------------|------------|
| A | 49 | 21,8 |
| A B | 24 | 10,6 |
| A B C | 14 | 6,3 |
| A B C D | 7 | 3,1 |
| A B D | 2 | ,9 |
| A C | 26 | 11,6 |
| A D | 13 | 5,8 |
| B | 24 | 10,7 |
| B C | 18 | 8,0 |
| B D | 7 | 3,1 |
| C | 14 | 6,2 |
| C D | 3 | 1,3 |
| D | 24 | 10,7 |
| Total | 225 | 100,0 |

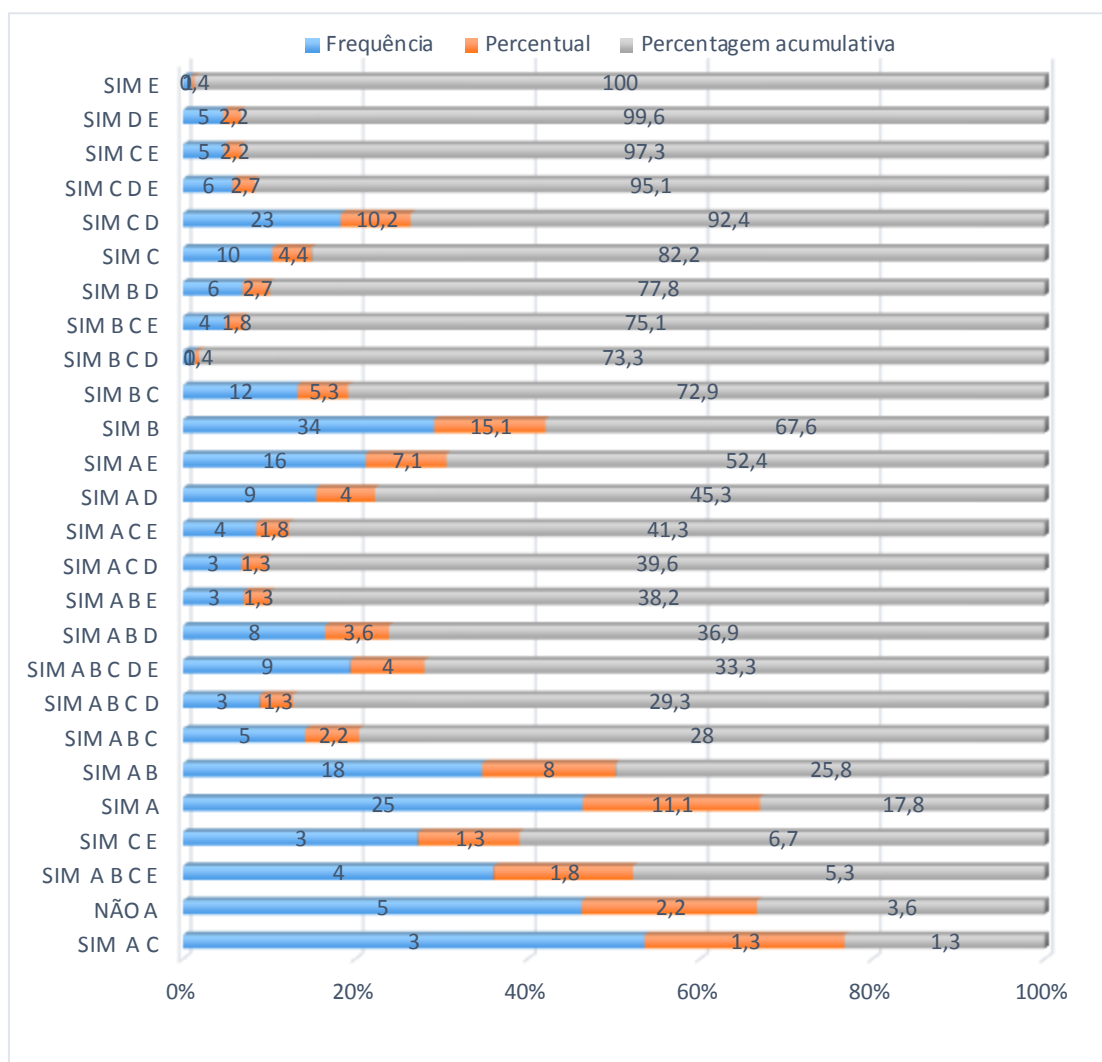
Legenda: **A** - Método para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico; **B** - Instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro; **C** - Composta pela documentação das etapas do processo de enfermagem; **D** - Obrigatoriedade e necessidade de aplicabilidade em toda a instituição de saúde pública e privada.

O gráfico 6 faz referência à distribuição dos profissionais entrevistados diante da importância da SAE para o planejamento da assistência, onde as alternativas compreendem os seguintes itens: conhecimento e habilidades de forma organizada, comunicação do enfermeiro com outros profissionais, qualificação profissional, reconhecimento e valorização do enfermeiro e enfermeiro como referência da equipe.

Ao analisar-se o gráfico verificamos que 97,8% (220) dos profissionais entrevistados acham importante a SAE para o planejamento da assistência e 2,2% (5) apesar de responderem que não acham importante a SAE marcaram a alternativa referente ao conhecimento e habilidade de forma organizada. Este facto leva-nos a interrogar se se trata de falta de conhecimentos sobre o assunto?

A ausência do planejamento nas atividades de enfermagem podem comprometer o cuidado, podendo assim gerar a necessidade de se realizar as mesmas atividades que não tiveram êxito quando executadas. O uso da SAE permite economia de tempo, uma vez que evitaria refazer tarefas mal executadas por falta de planejamento.

Gráfico 6 - Distribuição dos profissionais entrevistados diante da importância da SAE para o planejamento da assistência



Legenda: **A** - Por permitir a utilização do conhecimento e habilidade de forma organizada e orientada; **B** - Para viabilizar a comunicação do enfermeiro com outros profissionais de todas as especialidades, acerca dos problemas vigentes no cotidiano do cuidado; **C** - Por representar um processo de qualificação profissional; **D** - Por proporcionar maior reconhecimento e valorização do enfermeiro; **E** - Através da implementação da SAE, o enfermeiro se torna referência à equipe.

A tabela 7 retrata a distribuição dos profissionais entrevistados mediante as etapas da SAE consideradas mais simples de serem executadas. Os resultados apontam que apenas 13,3% (30) não acham facilidade em nenhuma etapa da SAE. Salientamos que dos entrevistados que reconhecem ter facilidade nas etapas, 31,1% (70) apontam a implantação dos cuidados como sendo a etapa mais simples do processo.

Segundo Amante et al. (2009) o PE é o modo sistemático e dinâmico que visa a prestação de cuidados humanizados e eficientes. Desenvolve-se por meio de atividades direcionadas ao cuidado individualizado, orientando resultados e baixo custo. Impulsiona os enfermeiros a analisar constantemente a sua prática e discutir como poderiam desenvolvê-la com eficácia. As etapas para efetivação do PE são a coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. A inter-relação entre estas fases é fundamental, pois elas se articulam entre si.

A etapa da implementação da assistência reporta-se ao roteiro diário que coordena a equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano, cujo plano de cuidados é avaliado continuamente. O cuidado faz parte integrante do profissional de enfermagem, talvez por isso, houve uma percentagem maior de profissionais que em relação a esta etapa do PE a consideram a mais simples de ser executada.

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante as etapas da SAE consideradas mais simples de serem executadas

| | Frequência | Percentual |
|-------|------------|------------|
| A | 5 | 2,2 |
| AC | 3 | 1,3 |
| ACDE | 3 | 1,3 |
| B | 5 | 2,2 |
| BC | 4 | 1,8 |
| BD | 4 | 1,8 |
| C | 19 | 8,4 |
| CD | 3 | 1,3 |
| CDE | 6 | 2,7 |
| CE | 3 | 1,3 |
| D | 70 | 31,1 |
| DE | 11 | 4,9 |
| DF | 10 | 4,4 |
| E | 49 | 21,8 |
| F | 30 | 13,3 |
| Total | 225 | 100,0 |

Legenda: **A** - Histórico coleta de dados e agrupamento de dados; **B** - Diagnostico de enfermagem; **C** - Prescrição das intervenções de enfermagem; **D** - Implantação dos cuidados; **E** - Avaliação/evolução do paciente; **F** - Todas as etapas são complicadas de serem desenvolvidas

A tabela 8 retrata a distribuição dos profissionais entrevistados mediante as etapas da SAE consideradas mais difíceis de serem executadas. Os resultados apontam que 13,3% (30) não acham dificuldade em nenhuma etapa da SAE. Com base nas respostas dos entrevistados que reconhecem ter dificuldades, 26,7% (60) apontam a coleta de dados ou histórico de enfermagem como sendo a etapa mais difícil. Talvez seja por ser esta a etapa mais importante da SAE, pois, de facto, é através dela que serão levantadas todas as informações referentes ao estado fisiopatológico do cliente/paciente e essa coleta de dados se dá através da entrevista e do exame físico.

Corroborando com a nossa pesquisa, Silva & Leite (2009) em estudos realizados junto a docentes e acadêmicos de enfermagem, referem que o processo de exame físico é uma das etapas da SAE com alto grau de dificuldade. Ambos os sujeitos da pesquisa relataram apresentar dificuldades na realização do exame físico, sendo que os enfermeiros alegam sentir dificuldades com a fisiopatologia e os acadêmicos relatam conhecimento insuficiente de anatomia, fisiologia e por isso apresentam dificuldades para executar todos os passos da propedêutica do exame físico.

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante as etapas da SAE consideradas mais difíceis de serem executadas

| | Frequência | Percentual |
|-------|------------|------------|
| A | 60 | 26,7 |
| A B | 31 | 13,8 |
| A B C | 13 | 5,8 |
| A B D | 5 | 2,2 |
| A D | 3 | 1,3 |
| A E | 4 | 1,8 |
| B | 42 | 18,7 |
| B D E | 1 | ,4 |
| B E | 1 | ,4 |
| C | 2 | ,9 |
| D | 17 | 7,6 |
| E | 16 | 7,1 |
| F | 30 | 13,3 |
| Total | 225 | 100,0 |

Legenda: **A** - Histórico coleta de dados e agrupamento de dados; **B** - Diagnostico de enfermagem; **C** - Prescrição das intervenções de enfermagem; **D** - Implantação dos cuidados; **E** - Avaliação/evolução do paciente; **F** - Não encontro dificuldade em nenhuma etapa

A tabela 9 retrata a distribuição dos profissionais entrevistados mediante as respostas à questão se “Realiza alguma etapa da SAE neste serviço e qual ou quais?”. Observou-se que 42,7% (96) dos entrevistados relatam não realizarem nenhuma etapa da SAE e 57,3% (129) dizem realizar algumas das etapas.

Consideramos preocupante observar o percentual alto na falta das etapas do processo de enfermagem, já que a sistematização da assistência de enfermagem organiza o trabalho quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, o que possibilita a operacionalização do processo de enfermagem.

Segundo Cavalcante et al. (2011) em um estudo de revisão sobre a SAE verificaram que de 71 trabalhos publicados, 28% referiam aplicar pelo menos uma das etapas da SAE, 21% utilizavam instrumentos de coleta de dados, restringindo-se apenas à primeira etapa, e 20% trabalharam o perfil dos diagnósticos de enfermagem em setores específicos da instituição. A revisão dessas publicações demonstra que existe uma ampla discussão acerca do tema SAE, contudo não mostra uma efetividade na implementação dessa metodologia, pois o número de trabalhos que demonstram a aplicação de todas as fases da SAE ainda é incipiente. Aplicar a SAE de forma fragmentada pode interferir no estímulo do profissional e fragiliza a integração das etapas. Realizar ações não sistematizadas pode afetar o planejamento do cuidado prestado ao paciente, ao dificultar a avaliação deste cuidado.

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante a realização de alguma etapa da SAE e qual

| | Frequência | Percentual |
|-------|------------|------------|
| E | 1 | ,4 |
| A | 10 | 4,4 |
| A C E | 2 | ,9 |
| A D | 1 | ,4 |
| A D E | 1 | ,4 |
| B | 5 | 2,2 |
| B D | 4 | 1,8 |
| C D E | 2 | ,9 |
| D | 28 | 12,4 |
| D E | 36 | 16,0 |
| E | 38 | 16,9 |
| NÃO | 96 | 42,7 |
| SIM C | 1 | ,4 |
| Total | 225 | 100,0 |

Legenda: **A** - Histórico coleta de dados e agrupamento de dados; **B** - Diagnostico de enfermagem; **C** - Prescrição das intervenções de enfermagem; **D** - Implantação dos cuidados; **E** - Avaliação/evolução do paciente

A tabela 10 retrata a distribuição dos profissionais entrevistados mediante as respostas às questões “se realizam alguma etapa da SAE no serviço ou em outro serviço e no caso afirmativo para indicarem qual a etapa ou etapas”. Observou-se que 61,8% (139) dos entrevistados relataram não realizarem nenhuma etapa da SAE em outro serviço e 38,2% (86) afirmaram ter realizado alguma das etapas em outro serviço. Analisando os dados obtidos, verificamos que dos entrevistados que realizam alguma das etapas em outro serviço 13,8% (31) não respondem qual a etapa realizada, portanto não nos é possível analisar sobre as etapas realizadas em outro serviço. Este fato, leva-nos a crer que apesar dos avanços nas pesquisas encontradas no Brasil sobre a implementação e aplicabilidade da SAE, percebe-se que em muitas instituições ainda não utiliza esta metodologia, mesmo diante das exigências legais do Conselho Federal de Enfermagem.

Tabela 10 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante a realização de alguma etapa da SAE e qual? em outro serviço

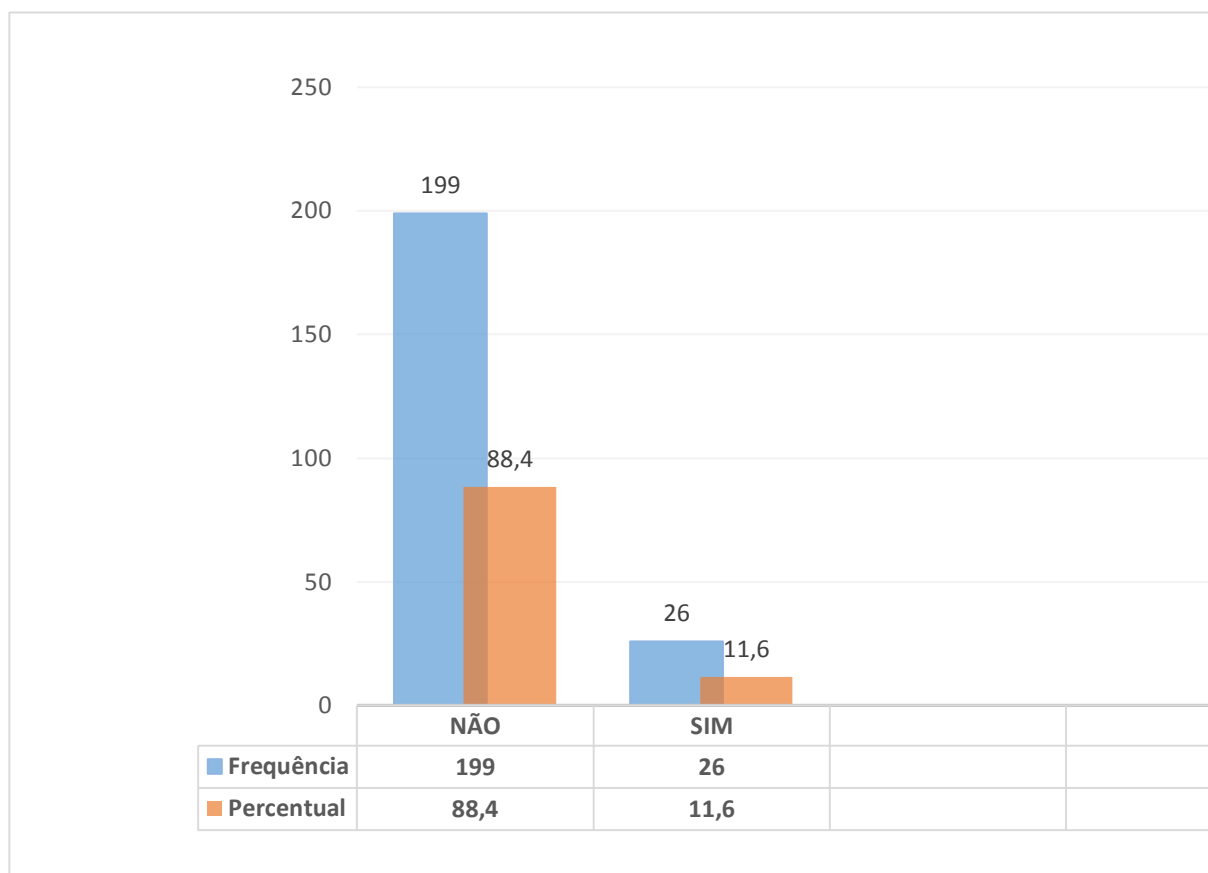
| | Frequência | Percentual |
|-------|------------|------------|
| A D E | 5 | 2,2 |
| B C | 4 | 1,8 |
| B D E | 9 | 4,0 |
| C | 4 | 1,8 |
| D | 21 | 9,3 |
| D E | 8 | 3,6 |
| E | 4 | 1,8 |
| NÃO | 139 | 61,8 |
| SIM | 31 | 13,8 |
| Total | 225 | 100,0 |

Legenda: **A** - Histórico coleta de dados e agrupamento de dados; **B** - Diagnostico de enfermagem; **C** - Prescrição das intervenções de enfermagem; **D** - Implantação dos cuidados; **E** - Avaliação/evolução do paciente

O gráfico 7 retrata a distribuição dos profissionais entrevistados quanto à existência de treinamento da SAE no serviço. Observou-se que 88,4% (199) relataram não ter tido treinamento da SAE no serviço e 11,6% (26) relataram ter recebido treinamento sobre a SAE no serviço.

Numa pesquisa realizada por Medeiros, Santos & Cabral (2012), constatou-se que para implementar a SAE é necessário capacitar todos os membros da equipe para a sua aplicação. Sem dúvida que o enfermeiro tem um papel mais activo nesta matéria e para além de estar preparado com conhecimentos científicos e constante actualização, ele deve fazer parte do programa de educação em serviço das próprias instituições. Assim, mostra-se imprescindível a capacitação de todos os demais membros da equipe de Enfermagem, através de cursos constantes de qualificação, dentre os quais a educação continuada sobre a SAE, preparando-os para exercerem com qualidade essa atividade.

Gráfico 7 - Distribuição dos profissionais entrevistados quanto a existência de treinamento da SAE no serviço



O gráfico 8 retrata a distribuição dos profissionais entrevistados diante dos diagnósticos de enfermagem. Os resultados apontaram que 23,1% (52) dos entrevistados reponderam a alternativa correta em relação ao diagnóstico de enfermagem, contendo nutrição desequilibrada, padrão respiratório ineficaz, integridade da pele prejudicada e comunicação verbal prejudicada. Os demais entrevistados 76,9% (173) responderam alternativas incompletas e ou com diagnóstico médico.

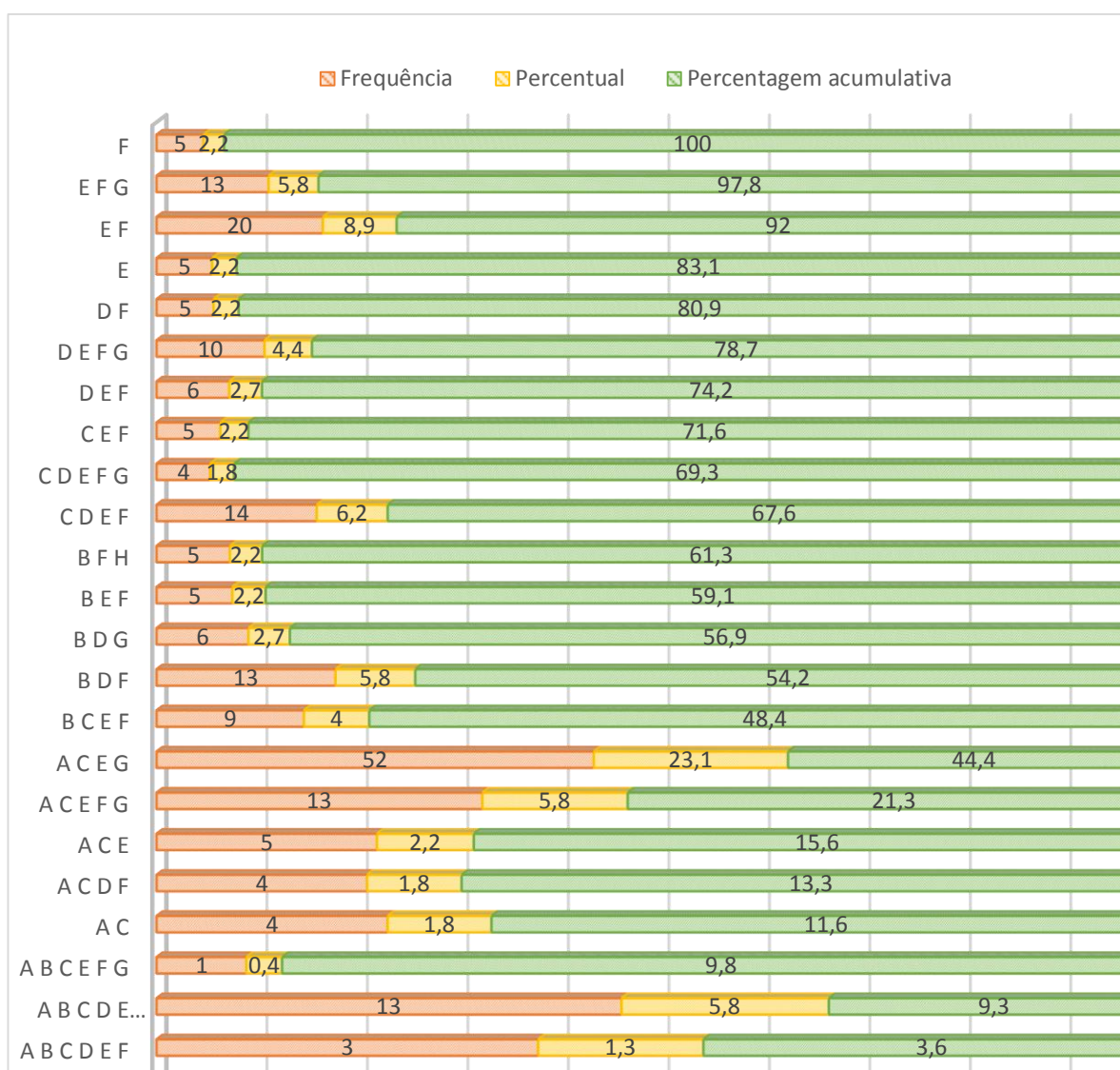
Segundo Ralph (2009), cada DE descreve um problema do paciente que pode ser tratado pelo enfermeiro. Embora a identificação dos problemas comumente sobreponha enfermagem e medicina, a abordagem quanto ao tratamento é explicitamente diferente. A medicina focaliza a cura da doença; a enfermagem focaliza o cuidado holístico que inclui a cura e o conforto.

Essa é uma das etapas mais complexas, causando muitas divergências na sua realização, onde os enfermeiros deixam de fazer o DE, passando a fragmentar os

cuidados e os problemas do paciente, deixando de vê-los como um todo, muitas vezes prescrevendo cuidados que não têm relação com os problemas encontrados.

O DE é imprescindível para descrever a relação de ajuda na prática assistencial. Ainda vivenciamos resquícios do modelo biomédico, o qual se volta predominantemente para a execução das ações prescritas pelo médico, incorporado ao fato de que na maioria das vezes o número de enfermeiros é insuficiente para o desenvolvimento da SAE em todos os setores de atendimento aos clientes.

Gráfico 8 - Distribuição dos profissionais entrevistados diante dos diagnósticos de enfermagem, HAM 2014.



Legenda: **A** - Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; **B** - Desnutrição; **C** - Padrão respiratório ineficaz; **D** - Dispneia; **E** - Integridade da pele prejudicada; **F** - Úlcera por pressão; **G** - Comunicação verbal prejudicada; **H** - Traqueostomia.

O gráfico 9 retrata a distribuição dos profissionais entrevistados conforme a importância da implementação da SAE na UTI. Os resultados apontaram que 97,8% (220) dos entrevistados acham que a implementação da SAE na UTI é importante, com propósitos diversos: atender o cliente em suas necessidades básicas; administração do cuidado de forma global, coerente e responsável; prestar cuidados de forma sistemática, rentável, humanizada e individualizada; melhorar a qualidade da assistência.

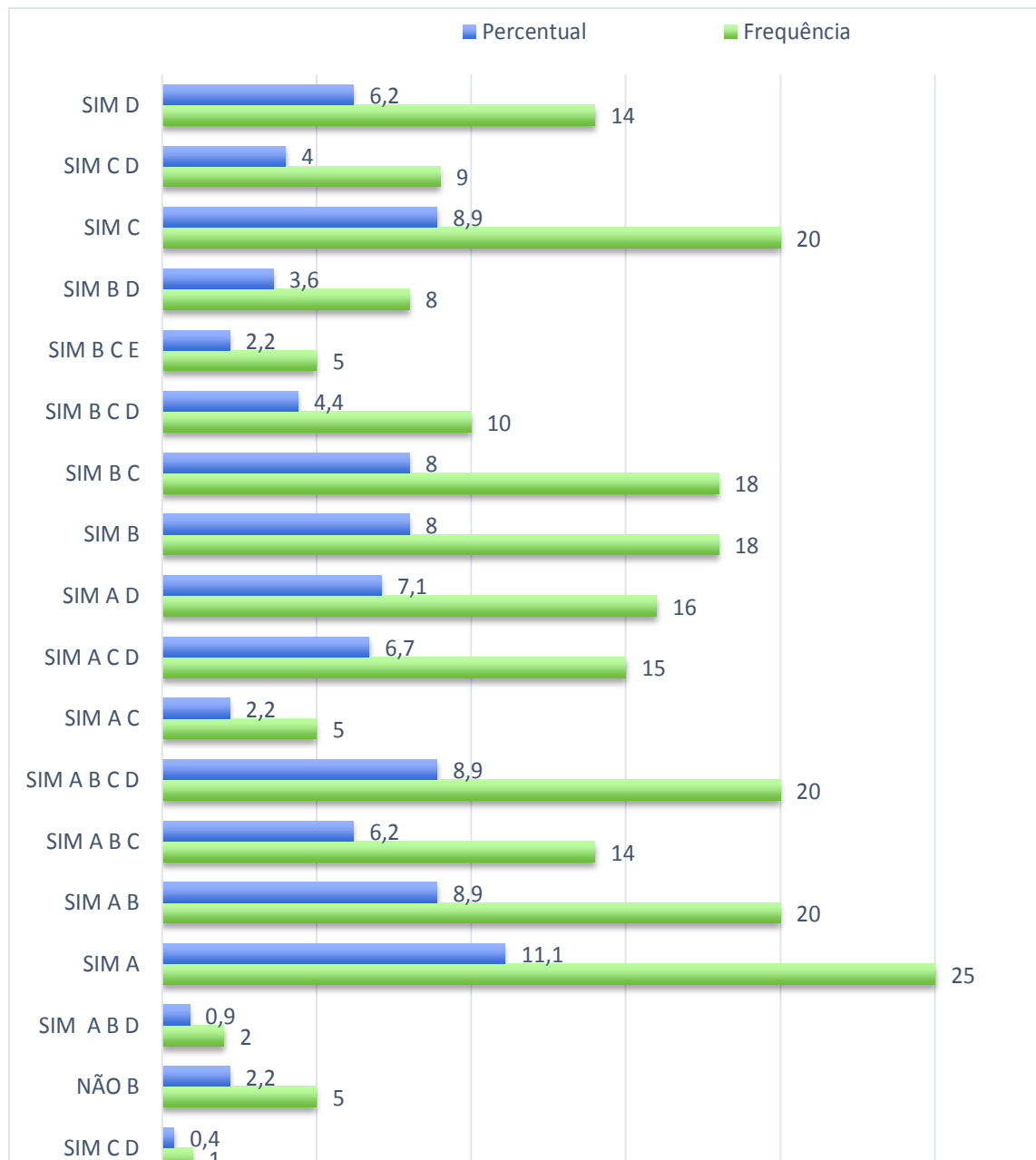
Corroborando com a pesquisa, Castilho (2009) em seus estudos, assinala a implementação da SAE como cuidados individualizados, do mesmo modo que norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem. Neste sentido, constituem oportunidade de avanço na qualidade da assistência, o que impulsiona a sua implementação nas instituições que prestam assistência à saúde. Assim, destaca-se que deve haver, além do compromisso dos profissionais de enfermagem, um comprometimento da gestão institucional, de forma a valorizar a SAE e propiciar as condições necessárias para a sua efetivação.

O processo de enfermagem é sustentado por um referencial próprio, que possibilita a união entre a teoria e a prática. Quando é implantada e consolidada em uma instituição, a SAE torna-se um serviço de qualidade, favorece a diminuição do tempo de internação, a satisfação do cliente, um menor risco de infecção e, conseqüentemente, a redução de custos (Alfaro-LeFreve, 2010).

Destaca-se ainda que a SAE causa a melhoria na qualidade da assistência, contribui para a autonomia profissional, proporciona aos enfermeiros a flexibilidade do pensamento crítico, melhora a comunicação entre a equipe e previne erros, omissões e repetições desnecessárias. Apesar de ser imprescindível a importância da SAE, a maioria dos estudos sobre a temática na esfera nacional retrata dificuldades na sua implementação.

No processo de implantação da SAE é notório a importância da educação continuada para o profissional de enfermagem, pois a sua assistência ao paciente em instituições hospitalares tem determinado uma atuação complexa, o que evoca a necessidade de capacitação científica e comprometimento ético, com vista à melhoria do cuidado oferecido.

Gráfico 9 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme a importância da implementação da SAE na UTI

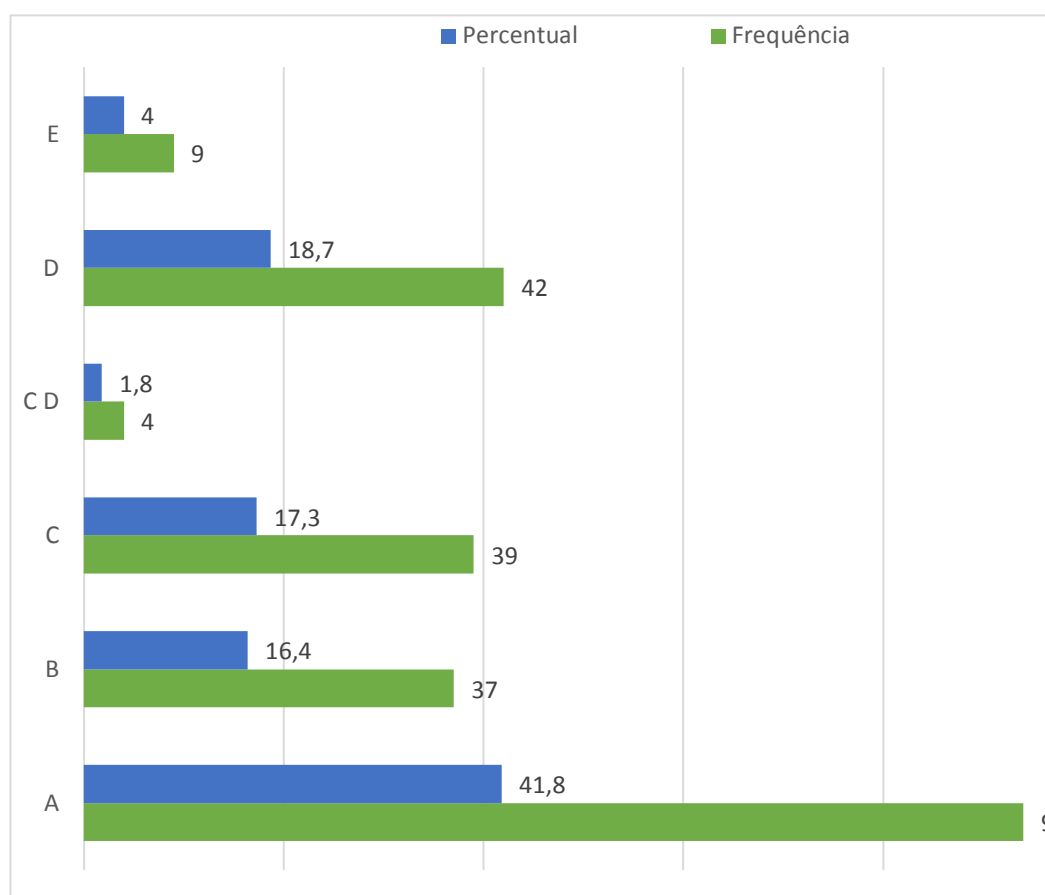


Legenda: **A** - é importante por que com a SAE consegue- se realizar um planejamento que atenda o cliente em todas as suas necessidades básicas afetadas; **B** - é importante porque o planejamento da assistência de enfermagem possibilita ao enfermeiro aa oportunidade de exercer a administração do cuidado de forma global, coerente e responsável; **C** - é importante por que é uma forma de prestar cuidados de enfermagem de forma sistemática, rentável humanizada e individualizada; **D** - é importante porque a SAE é uma tentativa de melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente

No gráfico 10 observamos a distribuição dos profissionais entrevistados mediante o grau de motivação por trabalhar com a SAE. Os resultados apontam que 41,8% (94) não têm nenhuma motivação, 16,4% (37) têm pouca motivação, 17,3% (39) têm média motivação, 1,8% (4) relatam média e muita motivação, 4% (9) relataram ter excelente motivação para trabalhar com a SAE. Observou-se através desses dados que a maioria dos profissionais entrevistados, 41,8% (94) não têm nenhuma motivação para trabalhar com a SAE. A falta de motivação entre os profissionais foi identificada, também, em outros trabalhos, estando relacionada a fatores ligados ao profissional e especialmente às questões políticas e institucionais que dificultam a sua implementação (Uchoa, 2008).

Concordando com os nossos achados, Pimpão (2010) também identifica em seus estudos que os motivos que levam ao fracasso da implementação da SAE não é só o déficit nos recursos humanos, mas também a falta de motivação, comprometimento, cansaço e despreparo do pessoal quanto à aplicação da SAE.

Gráfico 10 - Distribuição dos profissionais entrevistados mediante o grau de motivação de trabalhar com a SAE



Legenda: A - Nenhuma; B - Pouco; C - Médio; D - Muito; E – Excelente.

7. Conclusões

Pacientes em estado crítico, como a maioria dos que chegam ao setor de UTI, necessitam de uma estrutura organizacional específica. Quanto mais comprometidas as funções orgânicas do paciente, mais planejada deve ser a assistência, assim, a sistematização contribui apurando a técnica dos profissionais e organizando com eficiência o atendimento fornecido, tornando o cuidado mais humanizado e holístico. Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho científica, resultando na consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, oferecendo também subsídios para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e éticas.

Nesse sentido, evidenciamos a pertinência deste estudo cuja finalidade consiste em sensibilizar a equipe de enfermagem da UTI Geral para a implementação de um modelo de SAE composto pelas etapas do PE: Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem.

Durante a pesquisa foram relatados problemas que refletem a pertinência deste nosso estudo. Concluímos que uma grande parte dos profissionais entrevistados, 220 (97,8%), têm conhecimentos e sabem da importância da SAE para o planejamento da assistência, conseqüentemente concordam com a implementação do processo, todavia apenas 7 (3,1%) profissionais responderam corretamente sobre o que está relacionado com a SAE. Salienciamos também que 173 (76,9%) dos profissionais relataram os diagnósticos de enfermagem misturados com o diagnóstico médico e 94 (41,8%) dos inquiridos confirmaram não terem motivação para trabalhar com a SAE no serviço.

De acordo com o conhecimento revelado pelos profissionais sobre a SAE, constatamos que a maioria 185 (86,7%) conhece as etapas do processo de enfermagem (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução), sendo que 70 (31,1%) apontam a implementação dos cuidados como sendo a etapa mais simples e 60 (26,7%) o histórico como a etapa mais difícil de realização. Verificou-se também que 96 (42,7%) não realizam nenhuma das etapas do processo no serviço, embora tenham conhecimento sobre as mesmas. Observou-se ainda que 199 (88,4%) relataram não terem recebido nenhum treinamento sobre a SAE.

Constatamos que a ausência de uma sistematização padronizada, traz problemas à qualidade e eficiência da prática de enfermagem pois o planejamento da assistência permite diagnosticar as necessidades do cliente, fazer a prescrição adequada dos cuidados e, além de ser aplicada a assistência, pode nortear a tomada de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem. Nos dias de hoje, os papéis e actividades atribuídos às diversas profissões da saúde têm evoluído de forma dinâmica e o conceito de trabalho em equipa deve ser reflectido. Bem entendido que em matéria de cuidados de enfermagem e, nos lembramos da definição de Virginia Henderson quando refere que a função da enfermagem é ajudar o paciente no desempenho das suas actividades, auxiliando na sua saúde, recuperação ou morte serena, que seria desempenhada por ele sozinho se tivesse força ou conhecimento necessário para tal. Enfatiza que a enfermagem deve ajudar o paciente a conquistar sua independência o mais rápido possível. E são muitas as situações, ao longo da vida, em que vivemos processos de transição e que nos fazem depender de alguém que cuide de nós, ou nos ensine e descubra connosco, como cuidar daqueles por quem somos responsáveis.

Os enfermeiros devem ser capazes de diagnosticar as respostas humanas e devem ser capazes de intervir, facilitando os processos de transição. Diante do exposto evidencia-se a importância da SAE, desenvolvendo competências, treinamentos e motivação para que o cuidado possa ser de qualidade.

É a partir do processo de enfermagem que a profissão atinge a sua maioridade, porém a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar essa metodologia científica nas suas intervenções. A realização de discussões envolvendo todos os profissionais de enfermagem tem contribuído para o desenvolvimento de uma assistência em saúde de qualidade, favorecendo para que cada profissional tenha suas atribuições específicas concretizadas e respeitadas dentro da equipe de saúde.

Reforçamos a necessidade da conscientização dos profissionais de enfermagem e a sua motivação para buscarem formação e as condições necessárias para esta implementação, quer por parte da iniciativa dos mesmos ou através das condições necessárias fornecidas pelos serviços de formação da instituição.

Portanto, considerando a relevância da SAE para a nossa prática, observamos a necessidade de se capacitar melhor nossos profissionais para sua execução, trabalhando com instrumentos específicos e aplicáveis a cada realidade, de forma a oferecer um cuidado integral e qualificado a nossos clientes. Numa visão pós-moderna, os

enfermeiros intervêm não com a pessoa, mas com a pessoa, numa relação interpessoal, em que se promove a capacitação do paciente e onde é fundamental que os cuidados de enfermagem assentem na competência científica, técnica e ética.

Daí, fica a sugestão de um modelo de SAE composto pelas etapas do PE: Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de enfermagem.

8. Sugestões

Ao promover a operacionalização do processo de enfermagem, a SAE assume-se como a metodologia mais próspera para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem. Tendo em vista que muitos enfermeiros estão incorporando o conhecimento implícito decorrente da prática, com o conhecimento cientificamente construído, as fases da SAE resultam em benefícios para o doente. A SAE permite identificar no cliente necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente, planejar e implementar ações e intervenções eficazes, avaliar os resultados dos cuidados pelos quais são legalmente responsáveis e, finalmente, possibilitar a adequada documentação desses cuidados por eles prestados.

Para uma efetiva implantação do processo de enfermagem, se faz necessário primeiramente um comprometimento da chefia de enfermagem com a proposta, promovendo reuniões e elaborando um plano de ação contendo pontos-chave como: a sensibilização da equipe para a importância desta metodologia; o desenvolvimento de um estudo aprofundado do tema com o envolvimento de toda a equipe; e a construção coletiva dos meios para viabilizar a execução do processo.

A finalidade da implantação da SAE é a de organizar o cuidado a partir da adoção de um método sistemático, proporcionando melhoria da qualidade da assistência e redefinição do espaço de atuação do enfermeiro e sua equipe. Nesse sentido, faz-se a construção de um Instrumento sob a forma de lista de múltipla escolha (Checklist): * Histórico ou Coleta de Dados de Enfermagem, fundamentado no modelo das Necessidades Humanas Básicas de Horta (Anexo 5); * Diagnostico de Enfermagem juntamente com as Prescrições de Enfermagem, utilizando a Taxonomia da NANDA (Anexo 6); * Evolução de Enfermagem (Anexo 7) e por fim o Registro de Enfermagem (Anexo 8). Essa proposta de protocolo almeja sistematizar a prática assistencial na UTI Geral, conferindo maior visibilidade às ações de enfermagem ali implementadas, valorização da profissão e, principalmente, excelência no cuidado prestado

Referências Bibliográficas

- Alfaro-Lefreve, R. (2005). *Aplicação do processo de enfermagem: Promoção do cuidado colaborativo* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Alfaro-Lefreve, R. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Amante, L., Rossetto, A., & Schneider, D. (2009). Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43 (1), 50-60. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_07.pdf
- Amorim, F. C. M., & Luz, M. H. B. A. (2009). O ensino do processo de enfermagem sob a ótica docente. In 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Transformação social e sustentabilidade ambiental (pp. 6739-6742). Fortaleza: Centro de Convenções do Ceará. Acedido em http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02042.pdf
- Andrade J. S., & Vieira M. J. (2005). Prática assistencial de enfermagem: Problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Revista Brasileira Enfermagem*, 58(3), 261-265.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benedet, S. A., & Bub, M. B. C. (2001). *Manual de diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da Nanda* (2ª ed.). Florianópolis: Bernucia.
- Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. (1996). *Resolução do Conselho nº 196/96: Normas de pesquisa envolvendo seres humanos*. Acedido em <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>
- Castilho, N. C., Ribeiro, P. C., & Chirelli, M. Q. (2009). A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(2), 280-289.
- Cavalcante, R. B., Otoni, A., Bernardes, M. F. V. G., Cunha, S. G. S., Santos, C. S., & Silva, P. C. (2011). Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: Um estudo bibliográfico. *Revista Enfermagem UFSM*, 1(3), 461-471. Acedido em <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2832>

- Cianciarullo, T. I. (2008). *Sistema de assistência de enfermagem: Evolução e tendências* (4ª ed.). São Paulo: Ícone.
- Clotet, J. (1995). O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: Conceituação, origens e atualidades. *Bioética*, 39 (3), 51-59.
- Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. (2009). *Resolução Cofen 358, de Outubro de 2009: Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências*. Brasília. Acedido em http://mt.corens.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_726.html
- Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. (2002). *Resolução 272/2002, Revogada pela Resolução cofen nº 358/2009: Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras*. Acedido em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html
- Cunha, S. M. B., & Barros, A. L. B. L. (2005). Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. *Revista Brasileira Enfermagem*, 58(5), 568-572.
- Dickens, B. M., & Cook, R. J. (2004). Dimensions of informed consent to treatment. *Int J Gynaecol Obstet*, 85(3), 309-314.
- Eustáquio, P. R. S. (2009). *O processo de obtenção do consentimento informado em situações de atendimento clínico de pacientes, internados no serviço de oncologia pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (Dissertação de mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Acedido em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17761>
- Faria, J. O. (2012). *Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Estudo sobre perfil dos diagnósticos de enfermagem* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora. Acedido em <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Juliana-de-Oliveira-Faria.pdf>
- Freitas, M. I. P., & Carmona, E. V. (2011). Estudo de caso como estratégia de ensino do processo de enfermagem e do uso de linguagem padronizada. *Revista Brasileira*

Enfermagem, 64(6), 1157-1160. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a25.pdf>

Friendlander, M. R. (1981). O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. *Revista Escola Enfermagem USP*, 15(2), 129-134.

Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. (2009). Processo de enfermagem: Da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 13(1), 188-193. Acedido em http://www.eean.ufrrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf

George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Geovanini, T., Moreira, A., Dornelles, S., & Machado, W. (2010). *História da enfermagem: versões e interpretações* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.

Gomes, A. M. (1988). *Enfermagem na UTI* (2ª ed.). São Paulo: Epu.

Gonçalves, A. M. P. (2004). *Perfil diagnóstico de enfermagem admissional de pacientes com síndrome coronariana aguda* (Dissertação de mestrado). Belo Horizonte: Universidade Federal De Minas Gerais.

Hermida, P. V. (2004). Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6), 733-737.

Horta, W. A. (1979). *Processo de enfermagem*. São Paulo: Epu/Edusp.

Hausmann, M., & Peduzzi, M. (2009). Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(2), 258-265.

Knobel, E., Laselva, C. R., & Moura, D. F. Júnior. *Terapia intensiva: Enfermagem*. São Paulo: Atheneu.

Machado, M. H., Vieira, A. L. S., & Oliveira, E. (2012). Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 3(3), 119-122. Acedido em http://enfermagematualizada.com/UserFiles/File/Artigo/ARTIGO_REVISTA_COFEN.pdf

Medeiros, A. L., Santos, S. R., & Cabral, R. W. L. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: Uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(3), 174-181. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300023

- Miranda, E. J. P., & Stancato, K. (2008). Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Proposta de abordagem integral da saúde. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(1), 68-76. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n1/a11v20n1.pdf>
- NANDA International. (2010). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed.
- Neves, R. S., & Shimizu, H. E. (2010). Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Revista Brasileira Enfermagem*, 63(2), 222-229. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/09>
- Pimpão, F. D., Lunardi Filho, W. D., Vaghetti, H. H., & Lunardi, V. L. (2010). Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 18(3), 405-410. Acedido em <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>
- Pivoto, F. L. (2008). Proposta de processo de enfermagem em unidade tratamento intensivo pós-operatório cardiológico (Dissertação de mestrado). Rio Grande: Universidade Federal Rio Grande do Sul. Acedido em http://www.arqo.furg.br/bdtd/tde_arquivos/9/TDE-2009-08-12T153435Z-147/Publico/Flavia.pdf
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2004). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ralph, S. S. (2009). *Manual de diagnóstico de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Remizoski, J., Rocha, M. M., & Vall, J. (2010). Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE: Uma revisão teórica. *Cadernos Das Escolas De Saúde*, 03, 1-24. Acedido em <http://apps.unibrasil.com.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/343/272>
- Santini, S. M. L., Jedliczka, J. R. S., Nunes, E. D. F. P. D. A., & Bortoletto, M. S. S. (2010). Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde no Paraná e suas condições de trabalho: Painel 03/011. In III Congresso Consad de Gestão Pública (pp. 1-28). Acedido em http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_3/Perfil_dos_profissionais_das_equipes_de_saude

[da familia em municipios de pequeno porte de uma regional de saude do para
na e suas condicoes de trabalho.pdf](#)

- Silva, E. G. C., Oliveira, V. C. D., Neves, G. B. C., & Guimarães, T. M. R. (2011). O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: Da teoria à prática. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(6), 1380-1386.
- Silva, L. J., Silva, L. R., & Christoffel, M. M. (2009). Tecnologia e humanização na unidade de terapia intensiva neonatal: Reflexões no contexto do processo saúde doença. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2009; 43(3):684-689.
- Silva, C. C. D, Leite, M. A. R. (2009): O exame físico: Métodos de ensino e estratégias de aprendizagem. In: 10º Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem (pp. 69-73). Acedido em <http://www.abeneventos.com.br/10sinaden/anais/files/0013.pdf>
- Silva, L. M. P., Oliveira F., & Muccioli, C. (2005). O processo de consentimento na pesquisa clinica: Da elaboração à obtenção. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*. 68, 704-707.
- Souza, C. A., Silva, L. C. P., Lima, M. S., Barboza, D. B., & Pinto, M. H. (2008). O ensino da sistematização da assistência de enfermagem na visão do docente. *Nursing*, 10(8), 141-146.
- Takahashi, A. A., Barros, A. L. B. L., Michel, J. L. M., & Souza, M. F. (2008). Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*, 21(1), 32-38.
- Tannure, M. C., & Pinheiro, A. M. (2010). *SAE sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático* (2ª ed., Cap. 1, pp. 9-11). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Uchôa, M. G., & Lemes, M. M. D. D. (2008). *A visão dos enfermeiros que trabalham em unidade hospitalar pública sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem*. Goiânia: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade (NEPSS). Acedido em http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_01.pdf
- Zanella, L. C. H. (2009). *Metodologia de estudo e de pesquisa em administração*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC. Brasília: CAPES: UAB.
- Zanetti, T. G., Van der Sand, I. C. P., Girardon-Perlini, N. M. O., Kopf, Á. W., & de Abreu, P. B. (2011). Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 448-455.

Acedido

em

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7664/6655>

Anexos

Anexo 1: Solicitação da Pesquisa



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exma. Sra.Dra.Maria Aparecida Torres de Lacerda

Secretaria de Saude do Estado de Pernambuco - Hospital Agamenon Magalhães

25/08/2014

Direção do IPEA

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Viseu, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna: Ana Claudia Carneiro dos Santos, mat.3652 do 2º ano do 3TR Curso de Mestrado em Educação para a Saúde a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma UTI geral: Implantando as Etapas do Processo de Enfermagem".

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 01 a 30 do mês de setembro do ano 2014.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Este estudo tem como objetivo Identificar os Conhecimentos da Equipe de Enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e sua participação neste processo. Iremos utilizar na metodologia questionário com perguntas objetivas aos profissionais de enfermagem e pretendemos na análise dos dados apresentarmos quando a ausência de uma sistematização, padronizada, traz problemas à qualidade e eficiência na execução da enfermagem. Como também destacar dentre as variáveis sócio demográficas quais podem influenciar nessa qualidade e eficiência na execução da enfermagem.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que o Professor Dr. PhD Amauri Aluisio da Silva, é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone do IPEA :(81) 9952.9895 / 9538.5995.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos Académicos dos Estudantes.


Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Diretor do IPEA

Pro.º Dr. Amauri Aluisio da Silva
Diretor do IPEA
CNPJ 11.366.502/0001-3

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102 3500-843 Viseu PORTUGAL
Tel. +351 232 419 100 Fax. +351 232 428 343 E-mail: essvgeral@essv.ipv.pt Web: www.essv.ipv.pt

Anexo 2: Carta de Anuência



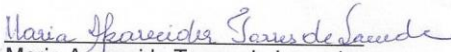
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

Divisão do Centro de Estudos
Carta de Anuência

Por meio desta o Hospital Agamenon Magalhães autoriza a realização da pesquisa intitulada: **"SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UTI GERAL: IMPLANTANDO AS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM"**, que tem como objetivo: Identificar os conhecimentos da Equipe de Enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e sua participação neste processo. Os dados serão coletados através de entrevista junto a Equipe de Enfermagem da UTI Geral do Hospital Agamenon Magalhães, pela aluna regularmente matriculada no Mestrado em Educação para a Saúde/ Escola Superior de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu / Portugal, Ana Claudia Carneiro dos Santos, tendo como orientador Dr. Amauri Aluisio da Silva.

Esta autorização poderá ser suspensa a qualquer momento se forem identificadas irregularidades no processo de coleta de dados ou caso a instituição deseje. Garantimos ainda que seja mantida a privacidade dos participantes do estudo, bem como da Instituição, sendo os dados utilizados exclusivamente para fins acadêmicos.

Recife, 22 de janeiro de 2015.


Maria Aparecida Torres de Lacerda.
Gerente do Centro de Estudos do
Hospital Agamenon Magalhães

Maria Aparecida T. Lacerda
Gerente do Centro de Estudos
Mat. 191978

Estrada do Arraial, 2723 - Casa Amarela - Recife - PE - CEP: 52.051-380
Fone: 3184.1795

Anexo 3: Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UTI GERAL: Implantando as etapas do Processo de Enfermagem**, cujo objetivo principal é Estudar a SAE individualizada e humanizada na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público, tendo como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta e o Diagnóstico de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e assim Estruturar cientificamente um modelo de SAE composto pelas etapas do PE: Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem. Com a mesma pretendemos colaborar com a melhoria da assistência aos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, garantindo o anonimato da identidade bem como a liberdade de participar ou não, ficando livres para desistir em qualquer fase da pesquisa, sem que haja nenhum prejuízo. Haverá benefícios, para os pacientes e nenhum risco ocorrerá e a forma de utilização dos dados será exclusivamente para fins da pesquisa com pleno consentimento dos participantes. Poderá desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade.

Se necessário, pode entrar em contato com a pesquisadora, **Ana Claudia Carneiro dos Santos** – Fone: 88879468 ou 34465861

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do sujeito da pesquisa

Anexo 4: Questionário

**QUESTIONARIO SOBRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE
ENFERMAGEM - SAE**
(Questionário adaptado das questões validadas e aplicadas por
Doutora Margarida Eiras)

Chamo-me Ana Claudia Carneiro dos Santos, sou enfermeira e encontro-me a realizar o Mestrado em Educação para a Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Viseu, cujo tema de dissertação é **Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma UTI geral: Implantando as etapas do Processo de Enfermagem**, sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva.

A implantação da SAE deve ser realizada em toda a instituição de saúde pública e privada.

Com esta entrevista pretende-se conhecer a sua opinião acerca da sistematização da assistência de enfermagem e as suas etapas do processo.

Solicita-se que expresse a sua opinião pessoal na certeza de que os questionários serão tratados com a devida confidencialidade e anonimato.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, o que possibilita a operacionalização do processo de enfermagem. O Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações de enfermagem sistematizadas e inter-relacionadas, com o objetivo de organizar o serviço de enfermagem garantindo maior autonomia profissional.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Esta entrevista demorará entre 05 a 10 minutos a responder. Considere o serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente. Poderá marcar mais de uma resposta para cada questão de conhecimento

SECÇÃO A: Caracterização do sujeito

1. **Sexo:** () Masculino () Feminino
2. **Idade:** () 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () 51 ou + anos
3. **Estado civil:** () Casado () Solteiro () União estável () Viúvo
4. **Qual sua Formação:** () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem
5. **Tempo de Formação:** () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 ou + anos
6. **Tempo de Serviço:** () 0 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 ou + anos
7. **Tipo de Vínculo na instituição:**
Concurso () Contrato de trabalho () Prestador de serviço (extra) ()
8. **Carga Horária:** () 12 x 36 () 12 x 60 () Diarista () Escala Fixa
9. **Tem outro Vínculo:** () Sim () Não () Privado () Público

SECÇÃO B: Conhecimento e utilização das fases da SAE**1. Você conhece a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE:**

Sim ()

Não ()

2. O que está relacionado com a SAE:

- a) Método para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico
- b) Instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro
- c) Composta pela documentação das etapas do processo de enfermagem
- d) Obrigatoriedade e necessidade de aplicabilidade em toda a instituição de saúde pública e privada

3. Acha importante a SAE para o planejamento da assistência de enfermagem e por que?

Sim ()

Não ()

- a) Por permitir a utilização do conhecimento e habilidade de forma organizada e orientada
- b) Para viabilizar a comunicação do enfermeiro com outros profissionais de todas as especialidades, acerca dos problemas vigentes no cotidiano do cuidado
- c) Por representar um processo de qualificação profissional
- d) Por proporcionar maior reconhecimento e valorização do enfermeiro
- e) Através da implementação da SAE, o enfermeiro se torna referência à equipe

4. Das etapas da SAE, qual você considera mais simples de ser desenvolvida?

- a) Histórico coleta de dados e agrupamento de dados
- b) Diagnostico de enfermagem
- c) Prescrição das intervenções de enfermagem
- d) Implantação dos cuidados
- e) Avaliação/evolução do paciente
- f) Todas as etapas são complicadas de serem desenvolvidas

5. Das etapas da SAE, qual você considera mais difícil de ser desenvolvida?

- a) Histórico coleta de dados e agrupamento de dados
- b) Diagnostico de enfermagem
- c) Prescrição das intervenções de enfermagem
- d) Implantação dos cuidados
- e) Avaliação/evolução do paciente
- f) Não encontro dificuldade em nenhuma etapa

6. Realiza alguma etapa da SAE neste serviço, qual ou quais:

Sim ()

Não ()

- a) Histórico coleta de dados e agrupamento de dados
- b) Diagnostico de enfermagem
- c) Prescrição das intervenções de enfermagem
- d) Implantação dos cuidados
- e) Avaliação/evolução do paciente

7. Realiza alguma etapa da SAE em outro serviço, qual ou quais:

Sim ()

Não ()

- a) Histórico coleta de dados e agrupamento de dados
- b) Diagnostico de enfermagem
- c) Prescrição das intervenções de enfermagem
- d) Implantação dos cuidados
- e) Avaliação/evolução do paciente

8. Já houve treinamento da SAE neste serviço:

Sim ()

Não ()

9. Diante de alguns diagnósticos, qual ou quais são diagnósticos de enfermagem?

- a) Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
- b) Desnutrição
- c) Padrão respiratório ineficaz
- d) Dispneia
- e) Integridade da pele prejudicada
- f) Úlcera por pressão
- g) Comunicação verbal prejudicada
- h) Traqueostomia

10. Acha importante a implantação do processo de enfermagem como metodologia para planejamento da assistência de enfermagem ao paciente internado na UTI e por que?

Sim ()

Não ()

- a) é importante por que com a SAE consegue- se realizar um planejamento que atenda o cliente em todas as suas necessidades básicas afetadas.
- b) é importante porque o planejamento da assistência de enfermagem possibilita ao enfermeiro aa oportunidade de exercer a administração do cuidado de forma global, coerente e responsável.
- c) é importante por que é uma forma de prestar cuidados de enfermagem de forma sistemática, rentável humanizada e individualizada.
- d) é importante porque a SAE é uma tentativa de melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente.

11. Qual o grau de motivação de trabalhar com a SAE neste serviço?

- a) nenhum
- b) pouco
- c) médio
- d) muito
- e) excelente

Anexo 5: Histórico de Enfermagem

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM UTI (ADMISSÃO do PACIENTE)

| 1. IDENTIFICAÇÃO | |
|---|---------------------------|
| Nome do Paciente: _____ | Data ____/____/____ |
| Idade: _____ | |
| Registro: _____ | Setor: _____ Leito: _____ |
| Sexo: F () M () | |
| Religião: _____ | Procedencia: _____ |
| Diagnóstico Inicial : Clínico () _____ Cirúrgico () _____ | |
| 2. ANAMINESE | |
| Queixa Principal e História da Doença Atual: | |
| | |
| | |
| Antecedentes Pessoais: | |
| Hospitalizações () Hemotransfusão () Doenças da Infância () _____ | |
| Cardiopatias () HAS() DM () Neoplasia () Tabagismo () Doenças degenerativas () Asma () | |
| Tuberculose () Alcoolismo () Obesidade () Cirurgias () _____ | |
| Alergias () _____ Outras _____ | |
| Uso de medicações () _____ | |
| | |
| Nível sócio-econômico: Alto () Médio () Baixo () Moradia: _____ | |
| Antecedentes Familiares: | |
| Cardiopatias () HAS() DM () Neoplasia () Tabagismo () Doenças degenerativas () | |
| Asma () | |
| Tuberculose () Alcoolismo () Obesidade () Alergias () _____ | |
| Outras _____ | |
| 3. EXAME FÍSICO | |
| Peso: ____ Altura: ____ PA: ____ x ____ mmHg T: ____°C P: ____ bpm FR: ____ rpm | |
| Sistema Neurológico: | |
| Nível de Consciência: Consciente () Orientado() Sonolento () Torporoso () Comatoso () Desorientado () Sonolento () Semiarcoose () Narcose() | |
| Crânio: S/Anormalidade () Incisão () _____ Drenos () _____ Deformidade () _____ Curativo() _____ PIC() _____ | |
| Olhos: S/Anormalidade () Baixa Acuidade () Lentes Corretivas () Processo Inflamatório/Infeccioso () | |
| Pupilas fotoreagentes () Isocórica () Anisocórica () Midríase () Miose () Óculos() | |
| Ouvidos: S/Anormalidade () Baixa Acuidade () Zumbido () Secreção () _____ Prótese auditiva () | |
| Nariz: S/Anormalidade () Secreção () _____ Epistaxe () Lesão () _____ | |

| |
|--|
| Boca: Lábios: _____ Palato: _____ Gengiva: _____ Língua: _____ Dentes _____ |
| Pescoço: S/Anormalidade () Lfonodos () Traqueostomia () Mobilidade Alterada () _____ |
| Sistema Tegumentar: |
| Pele/Mucosa: Hidratado () Desidratado () Normocorado () Hipocorado () Cianose () Ictérico () |
| Edema () _____ Úlceras () _____ Eritema () _____ |
| Lesão de Pele () _____ Curativo() _____ |
| Sistema Tóraco-Abdominal : |
| Tórax: Simétrico () Assimétrico () Deformidade () Cicatrizes () _____ Drenos () _____ |
| Mamas: Simétricas () Assimétricas () Túrgidas () Flácidas () Nódulos Palpáveis () _____ Dor () Secreção () _____ Mastectomia () _____ Mamilos Planos () Invertidos () Protusos () Outros _____ |
| Abdome: Flácido () Tenso () Indolor () Doloroso () Plano () Distendido () Globoso () Ascítico () Timpânico () Gravídico () Visceromegalia () Cirúrgico () _____ |
| Ruídos hidroaéreos: Presente () Ausente () Hiperativos () Hipoativos () SNG () SNE () SGT () SOG() Gavagem () Drenagem () Aspecto _____ |
| Ostomia () Local _____ Drenagem _____ |
| Sistema Cardiovascular |
| Ritmo: Normal () Taquicardia () Bradicardia () Sopro () Marcapasso () Cirurgia () Dor () |
| Acesso Venoso: Periférico () _____ Central () _____ Dissecção () _____ |
| Sistema Respiratório |
| Eupnéico () Dispnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Apnéia () Outros _____ |
| Oxigenioterapia () Cateter nasal () NBZ () MacroNBZ () Máscara de Venturi () Outros _____ |
| Expansibilidade torácica conservada: Sim () Não () Local _____ |
| Dreno torácico () Local _____ Oscilação: Sim () Não () Aspecto da drenagem: _____ |
| Murmúrios vesiculares: Presente () Ausente () Diminuído () Local: _____ |
| Ruídos Adventícios: Roncos () Sibilos () Crepitanes () Local: _____ |
| Tosse: Presente () Ausente () Seca () Produtiva () Aspecto da secreção: _____ |
| Sistema Intestinal |
| Eliminações intestinais: Normal () Constipação () Diarréia () Flatos () Melena () Enterorragia () |
| Êmese: Presente () Ausente () Aspecto _____ |
| Sistema Geniturinário |
| Micção: Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Dispositivo urinário () |
| Incontinência () Secreção () Loquios () Episiorragia () Aspecto da Urina _____ |
| Hemodiálise () Diálise peritoneal () OBS: _____ |
| Sistema Musculoesquelético |
| Movimentação: Deambula () Deambula c/ ajuda () Não deambula () Porquê: _____ |
| Amplitude dos Moviemntos: Normal () Diminuído () _____ Ausente () _____ |
| Amputações: Sim () Não () Onde _____ |
| Uso de: Trações () Tala Gessada () Aparelho Gessado () Fixadores () Prótese () _____ |
| Força motora: Preservada () Hipotonia () Hiperatonia () Atonia () |

| |
|---|
| MMSS: _____ |
| MMII: _____ |
| 4. CURATIVO |
| Tipo do curativo: FO () Úlcera de pressão () Outros () Local _____ |
| Aspecto do curativo: Limpo () Sujo () |
| Aspecto da ferida: Granulada () Necrótica () Epitelizada () Serosa () Purulenta () Sangolenta () Serosangolenta () Piosangolenta () Outros _____ |
| 5. EXAMES: |
| |
| |
| 6. OBSERVAÇÕES DO ENFERMEIRO |
| |
| |
| |
| |
| Enfermeiro(a): _____ COREN: _____ Data: ____/____/____ |

Anexo 6: Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem

DIAGNOSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: _____ IDADE: _____

SETOR: _____ DATA: ___/___/___

| DIAGNÓSTICO | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|---|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Risco/Déficit no autocuidado Relacionado a: <input type="checkbox"/> Alteração no nível de consciência <input type="checkbox"/> Intolerância a atividade <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Realizar/auxiliar banho no leito com água tépida <input type="checkbox"/> Realizar/auxiliar higiene oral 3 x ao dia com anti-septico <input type="checkbox"/> Auxiliar/realizar higiene íntima após eliminações e QN <input type="checkbox"/> Outros: | |
| <input type="checkbox"/> Risco/Integridade tissular prejudicada Relacionado a: <input type="checkbox"/> Déficit nutricional <input type="checkbox"/> Excesso/déficit de volume de líquido <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Uso de drogas vasoativas <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Mudança de decúbito + massagem de conforto <input type="checkbox"/> Usar protetor em região sacra e proeminência ósseas <input type="checkbox"/> Renovar curativos: <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão. Usando: _____ <input type="checkbox"/> FO/drenos. Usando: _____ <input type="checkbox"/> Acesso central/dissecação. Usando: _____ <input type="checkbox"/> Outros: | |
| <input type="checkbox"/> Risco para infecção <input type="checkbox"/> Risco para transmissão de infecção Relacionado a: <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Fatores fisiopatológicos <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Verificar SSVV <input type="checkbox"/> Manter acesso para NPT exclusivo <input type="checkbox"/> Lavar circuito de PAM com solução heparinizada de 1/1 hora <input type="checkbox"/> Trocar equinos e torneirinha <input type="checkbox"/> Usar método de barreira: óculos, máscara, avental, luvas <input type="checkbox"/> Outros: | |
| <input type="checkbox"/> Risco/Hipertermia <input type="checkbox"/> Risco/Hipotermia Relacionado a: <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> POI <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Administrar antipirético CPM <input type="checkbox"/> Utilizar meios físicos <input type="checkbox"/> Aquecer com cobertor <input type="checkbox"/> Outros: | |
| <input type="checkbox"/> Risco / Dor Relacionado a: <input type="checkbox"/> Patologia de base <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Administrar analgésico CPM <input type="checkbox"/> Realizar analgesia antes de procedimentos dolorosos CPM <input type="checkbox"/> Identificar causa da dor realizando ação específica <input type="checkbox"/> Outros: | |
| <input type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco/Troca de gases prejudicada <input type="checkbox"/> Risco/Resposta ao desmame ventilatório disfuncional Relacionado a: <input type="checkbox"/> Excesso de secreção <input type="checkbox"/> Dano musculoesquelético <input type="checkbox"/> Mudança na membrana alvéolo-capilar <input type="checkbox"/> Desequilíbrio na ventilação x perfusão <input type="checkbox"/> Fatores psicológicos <input type="checkbox"/> Excesso fisiológico <input type="checkbox"/> Fatores situacionais <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Atentar para desconforto respiratório (BAN, dispneia, tiragem intercostal, etc) <input type="checkbox"/> Realizar aspiração traqueal e toailete QN <input type="checkbox"/> Sentar na poltrona ___ x ao dia por ___ hs <input type="checkbox"/> Obter gasometria arterial CPM <input type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Manter decúbito _____ graus <input type="checkbox"/> Trocar circuito do ventilados com sujidade <input type="checkbox"/> Manter cânula de Guedel <input type="checkbox"/> Renovar fixação TOT/Traqueóstomo 1 x ao dia e QN <input type="checkbox"/> Manter oxigênio contínuo sob: <input type="checkbox"/> cateter nasal () Venturi _____% <input type="checkbox"/> Realizar aspiração em circuito fechado | |
| <input type="checkbox"/> Risco/Excesso de volume de líquido <input type="checkbox"/> Risco/Déficit do volume de líquido Relacionado a: <input type="checkbox"/> Disfunção renal <input type="checkbox"/> Alterações cardiovasculares <input type="checkbox"/> Aumento da perda | <input type="checkbox"/> Medir PVC <input type="checkbox"/> Registrar débito de drenos e sondas <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico das 24 horas <input type="checkbox"/> Atentar para sinais de congestão pulmonar (crepitação, dispneia, Sat O2) <input type="checkbox"/> Atentar para sinais clínicos de desidratação | |

| | | |
|--|--|--|
| () Outros: | (hipotensão, taquicardia) () Outros: | |
| () Risco/Perfusão tissular periférica reduzida () Risco/Debito cardíaco diminuído Relacionado a: () Volume () Alterações cardiovasculares () Estado de choque () Outros: | () Controlar rigorosamente infusões de drogas vasoativas/avaliar acesso venoso () Manter acesso venoso () Manter paciente aquecido () Manter extremidades aquecidas com algodão ortopédico () Palpar pulsos distais () Outros: | |
| () Risco/Padrão de eliminação urinária alterado Relacionado a: () Infecção () Obstrução anatômica () Volemia () Disfunção renal () Outros: | () Medir debito urinário e registrar características () Realizar cateterismo de alívio () Manter dispositivo urinário () Manter SVD e observar a fixação () Outros: | |
| () Risco/Constipação () Risco/Diarreia () Risco/Nutrição alterada: ingesta menor que as necessidades corporais Relacionado a: () Imobilidade () Lesão neurológica () Processos infecciosos () Dieta () Outros: | () Registrar número e aspecto da evacuação () Manter SNG aberta () Administrar dieta enteral por BIC () Lavar SNG após dieta e medicação com 20ml de água em bolus () Realizar higiene íntima após evacuação () Trocar equipo de dieta a cada 24 horas () Auxiliar na ingesta de alimentos () Oferecer líquidos conforme aceitação e CPM () Outros: | |
| () Risco/Comunicação verbal prejudicada Relacionado a: () TOT/Traqueostomia () Alterações nível consciência () Sedação () Outros: | () Usar sentenças verbais simples () Incentivar comunicação escrita ou com gestos () Ajudar a família a utilizar métodos de comunicação () Outros: | |
| () Risco/Ansiedade Relacionado a: () Medo do desconhecido () Isolamento () Déficit de conhecimento () Outros: | () Permitir visitas de familiares fora do horário de rotina () Explicar procedimentos antes de realiza-los () Explicar rotina do serviço () Atentar para manifestação de dor, temor, medo, etc () Estimular a comunicação de sentimentos () Permitir/Estimular apoio espiritual () Outros: | |
| () Risco/Distúrbio no padrão do sono Relacionado a: () Excesso de procedimentos () Ruídos/Iluminação () Ansiedade () Outros: | () Identificar fatores desencadeantes () Diminuir ruídos ambientais/Iluminação () Administrar sedativo prescrito () Outros: | |
| () Risco para função Respiratória alterada Relacionado a: () Obstrução das vias aéreas () Dispneia () Taquipnéia () Bradipnéia () Má distribuição hídrica () Outros: | () Auscultar o tórax, observando a presença/caráter dos sons respiratórios e presença de secreção () Aspirar vias aéreas () Instalar O2 CPM () Instalar e controlar parâmetros do ventilador () Levantar decúbito () Outros: | |
| () Risco de Nutrição alterada Relacionado a: () Náuseas e vômito () Diarreia () Anorexia () Cirurgia () Jejum () Ambiente Hospitalar () Deglutição prejudicada () Não aceita a dieta | () Registrar aceitação alimentar () Solicitar acompanhamento nutricional () Instalar SNG/SNE para gavagem () Manter decúbito elevado () Avaliar o vigor e a amplitude dos músculos envolvidos na mastigação e no ato de engolir () Administrar dieta com gotejamento lento em seguida lavar sonda com água filtrada () Outros: | |
| () Risco para Transmissão de infecção Relacionado a: () FO () Lesão de pele: _____ () Imunossupressão () NPT () SVD | () Lavar as mãos antes e depois do contato com o paciente () Verificar presença de sinais flogísticos () Isolamento reverso | |

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Veia central <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas <input type="checkbox"/> Veia periférica <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Troca de curativo com técnica aséptica <input type="checkbox"/> Encorajar a deambulação, respiração profunda, tossir e mudança de posição <input type="checkbox"/> Outros: | |
| <input type="checkbox"/> Risco para distúrbio no Padrão do Sono Relacionado a: <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Medos <input type="checkbox"/> Interrupção no estilo de vida <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Avaliar os distúrbios do padrão do sono que estejam associados a doença subjacentes <input type="checkbox"/> Orientar não dormir durante o dia <input type="checkbox"/> Oferecer ambiente silencioso e medidas de conforto <input type="checkbox"/> Outros: | |
| <input type="checkbox"/> Risco de Déficit de Conhecimento Relacionado a: <input type="checkbox"/> Interpretação incorreta das informações <input type="checkbox"/> Falta de informação sobre a anestesia/cirurgia <input type="checkbox"/> Medo relacionado ao estado atual e ao futuro desconhecido <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Permitir que as pessoas compartilhe suas preocupações <input type="checkbox"/> Explicar a cirurgia e anestesia em linguagem simples <input type="checkbox"/> Identificar pessoas próximas para dar maiores informações <input type="checkbox"/> Determinar bloqueios a aprendizagem: barreira linguística e fatores psicológicos e físicos <input type="checkbox"/> Outros: | |
| | | |

Anexo 7: Evolução de Enfermagem

| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | | | |
|--|-------------|----------------|----------------------------|
| Paciente: | | Turno: | |
| Leito: | Horário: | Data: | M.A: |
| HD: | | | |
| AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONCIÊNCIA: | | | |
| Abertura Ocular: Espontânea () Estímulos Verbais() Dor() Nenhuma() | | | |
| Resposta Verbal: Consciente () Orientado() Confuso() Calmo() Deprimido() | | | |
| Resposta Motora: Espontânea () Estímulos Verbais() Dor() Flexão Normal() Flexão Anormal() | | | |
| Extensão a Dor() S/R() / Sedação: SIM() NÃO() / Escala de Glasgow: _____ | | | |
| SINAIS VITAIS: | | | |
| PA: X mmHg | T: C | FC: bpm | FR: rpm HGT: |
| PVC: | | | |
| AVALIAÇÃO E HIDRATAÇÃO / PELE / MUCOSA: | | | |
| Hidratação: Hidratada() Desidratada() Descamada() Infiltrada() Anasarca() Edema() local: _____ | | | |
| Coloração: Normal() Hipocorado() Hiperorado() Cianótico() Ictérico() | | | |
| Integridade: Inteira() Lesão superficial() Equimose() Hematomas() Fratura() local: _____ | | | |
| Úlceras de pressão() local: _____ aspecto: _____ | | | |
| Curativos: _____ | | | |
| AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA: | | | |
| Eupinéico () Dispinéico() Taquipnéia() Bradpnéia() Apnéia() Regular() Irregular() Abdominal() | | | |
| Tóraco-abdominal () Simétrico() Assimétrico() Tiragem() Batimento de asa de nariz() Cianose() | | | |
| Assistência Respiratória: Resp. Espontânea() Intubado() Traqueostomizado() Cateter O2() MacroNBZ() | | | |
| Venturi _____%() Bipap() VNIc/O2() CPAP() NBZ() _____ FIO2: _____ | | | |
| Saturação: _____ | | | |
| AVALIAÇÃO CARDIO VASCULAR: | | | |
| Ritmo: Normal() Taquicardia() Bradicardia() Sopros() / Marcapasso() _____ Cirúrgico() Dor() | | | |
| AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL/GENITOURINÁRIO: | | | |
| Abdome: Flácido() Tenso() Indolor() Doloroso() Plano() Distendido() Globoso() Ascítico() timpânico() Gravidico() Cirúrgico() | | | |
| Ruídos Hidroaéreos: Presente() Ausente() / Ostomias: local: _____ drenagem: _____ | | | |
| Dietas: Zero() Oral() NPT() NET() / SNG() SNE() SGT() SOG() / Gavagem() Drenagem() | | | |

| |
|---|
| Evacuação: Presente() Ausente() Data da Ultima __/__/__ Aspecto:_____ |
| Urina: Espontânea() Incontinência() Fraldão() Preservativo() SVD() SVA() Cistostomia() Ausente() Aspecto:_____ |
| Volume:_____ |
| SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO: |
| Movimentação: Deambula() Não deambula() Com Ajuda() Porque:_____ |
| Amplitude dos Movimentos: Normal() Diminuído() Ausente() porque:_____ |
| ASPECTO INFECCIOSO: |
| Febre() Calafrios() Tremores() Antibiótico ():_____ |
| OUTROS: |
| Acesso Venoso: S/acesso() Periférico() Dissecção() Central() mono() Duplo() Triplo() Curativo: __/__ |
| Drogas Importantes: _____ |
| Hemodiálise() Diálise Peritoneal () OBS.:_____ |
| Culturas: Hemocultura () __/___ Asp.Traque.() __/___ Urocultura() __/___ Lab: _____ Outras Culturas: _____ |
| Drenos: Tipo: _____ local: _____ Drenagem: _____ |
| Equipamentos: Ventilador() Bipap() Monitor() Bota pneumática() Capinografo() BIC() Colchão C.Ovo() |
| INTERCORRÊNCIAS, EXAMES, PENDÊNCIAS: |
| |

Enfermeira:

COREN:

Anexo 8: Registo de Enfermagem

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: _____ LEITO: _____

DATA: _____ SETOR: _____

| PLANTÃO DIURNO | PLANTÃO NOTURNO |
|---|---|
| HORARIO: | HORARIO: |
| () Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado | () Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado |
| Respiração: () espontânea () Suporte ventilatório | Respiração: () espontânea () Suporte ventilatório |
| Qual: _____ | Qual: _____ |
| A venoso: () Periférico () AVC () D venosa | A venoso: () Periférico () AVC () D venosa |
| Local: _____ | Local: _____ |
| () Hidratação () Drogas vasoativas () ATB | () Hidratação () Drogas vasoativas () ATB |
| () Sedação Outros: _____ | () Sedação Outros: _____ |
| Dieta: () VO () SNG () SNE () GTT () Zero | Dieta: () VO () SNG () SNE () GTT () Zero |
| Vômito: () Sim () Não Volume: _____ | Vômito: () Sim () Não Volume: _____ |
| Dreno: () Sim () Não Volume: _____ | Dreno: () Sim () Não Volume: _____ |
| Diurese: () Sim () Não () SVD () espontânea | Diurese: () Sim () Não () SVD () espontânea |
| Evacuação: () Sim () Não Aspecto: _____ | Evacuação: () Sim () Não Aspecto: _____ |
| Curativo: () Sim () Não Local: _____ | Curativo: () Sim () Não Local: _____ |
| Observações: | Observações: |
| _____ Técnico/ COREN | _____ Técnico/ COREN |

