SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: AUTONOMIA E VISIBILIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Joseilze Santos de Andrade
Milena Caroline Leite Henriques
Cíntia Ferreira Amorim
Josefa Jalcira Izidro dos Santos
Sarah Ellyude Enedino Santos
Aline de Carvalho Bastos

O atual cenário brasileiro caracterizado pela elevada morbimortalidade devido a causas externas, em especial violência e acidentes de trânsito, associada à maior expectativa de vida da população e consequente aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis chama a atenção para a reorganização dos serviços de urgência e emergência a fim de garantir uma assistência segura e de qualidade. Nesse contexto, tais serviços devem visar não apenas o atendimento imediato, sendo necessário, também, contemplar ações de promoção, prevenção e reabilitação que contribuam para a redução da morbimortalidade e das sequelas incapacitantes (BRASIL, 2013).

Em consequência a esta crescente demanda, os serviços de urgência no país enfrentam múltiplos problemas evidenciados pela superlotação das unidades, dimensionamento de pessoal inadequado, rotatividade dos pacientes, processo de trabalho fragmentado, conflitos de poder, números de pacientes superior à quantidade de leitos, sobrecarga de trabalho e pouca articulação das redes assistenciais (SOUZA et al., 2013; BRASIL, 2013). No entanto, todos estes desafios a serem superados não se desvinculam da prioridade de prestar uma assistência contínua e de qualidade aos usuários, requerendo, assim, processos de trabalho bem definidos e profissionais de saúde capacitados (MIRANDA et al., 2012).

É nesse âmbito que a atuação do enfermeiro torna-se fundamental junto à equipe multidisciplinar, tendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como uma importante ferramenta de gerenciamento do cuidado em meio às condições adversas que permeiam o cenário dos serviços de urgência e emergência. Embora bem definida e respaldada por aspectos legais e científicos, a SAE ainda é pouco presente nesse tipo de serviço de saúde. Sabe-se que apesar das dificuldades, a importância da SAE na garantia de uma assistência de qualidade em qualquer ambiente de saúde sobrepõe os entraves próprios desse cenário (FELIX, RODRIGUES e OLIVEIRA, 2009; MIRANDA et.al, 2012).

Por se tratar de unidade de emergência onde as demandas ocorrem sem programação prévia, além de ser envolvida por situações de estresse, os profissionais possuem dificuldade no estabelecimento de prioridades, sendo notória a necessidade de padronizar um processo de enfermagem prático com o objetivo de colher o máximo de informações suficientes para o planejamento do cuidado adequado para o paciente utilizando o mínimo de tempo possível (MIRANDA et al., 2012).

Definida como ciência, a enfermagem vem buscando estruturar seus valores e praticar suas teorias por meio da implementação efetiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços de saúde, com o objetivo de desmistificar conceitos empíricos e imediatistas no processo de cuidar sem justificativa científica (MARIA, QUADROS E GRASSI, 2012).

A SAE é regida pela Resolução nº 358/2009 do COFEN a qual estabelece a implantação do processo de enfermagem em unidades de atendimento de saúde, de caráter público e privado, onde ocorram cuidados de enfermagem, sendo inerentes ao enfermeiro as atividades de liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem, cujas etapas de diagnóstico e prescrição das intervenções de enfermagem, são consideradas as de caráter privativo deste profissional (COFEN, 2009).

A SAE contribui na organização do gerenciamento do cuidado, corroborando com registro sistemático e padronizado nos prontuários, viabilizando a rotatividade de leitos através da agilidade na resolução de problemas, além de valorizar a atuação do enfermeiro e garantir uma assistência de qualidade ao paciente (CASTRO E CAIXETA, 2012).

A resolução COFEN 358/2009 consolida a SAE como organização do trabalho da equipe de enfermagem. Para isto, é constituída por uma rede de atribuições realizadas pelo enfermeiro dentre estas, o processo de enfermagem por meio do qual se

investiga informações objetivas e concisas sobre a avaliação do indivíduo, priorizando as necessidades humanas, contextualizada na prevenção, reabilitação e promoção da saúde (MARIA, QUADROS E GRASSI, 2012).

O processo de enfermagem é um instrumento utilizado para dinamizar e efetivar a SAE nos serviços de saúde. Fundamentado na investigação e documentação sistemática de informações sobre um indivíduo frente suas necessidades humanas, divididas em caráter físico, psicológico e emocional, durante um momento do seu ciclo vital, tem como objetivo resgatar subsídios para promover o melhor cuidado através de diagnósticos de enfermagem, intervenções inerentes a demanda projetada de sua necessidade, podendo ser aplicado individualmente e na coletividade (GARCIA E NÓBREGA, 2009).

Compreendido em cinco etapas, o processo de enfermagem envolve: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação ou evolução. Este ciclo permite garantir práticas efetivas de detecção de prioridades conforme as necessidades humanas apresentadas pelo indivíduo proporcionando um plano efetivo de cuidados a ser conduzido pela equipe de enfermagem. Este processo norteia desenvolvimento do pensamento crítico e tomada de decisões pelo enfermeiro, garante autonomia profissional e qualidade da assistência prestada, tão almejada pela profissão (PENEDO e SPIN, 2014; MARIA, QUADROS E GRASSI, 2012).

Em estudo envolvendo 85 enfermeiros foram verificados facilidades e desafios elencados pelos profissionais frente a aplicabilidade da SAE, sendo produto da pesquisa o consenso de que todo enfermeiro já desempenha a SAE em sua rotina, no entanto, falta instituir a padronização das ações realizadas e a documentação destas em registros sistematizados (SOARES et al., 2015). Soma-se a essa realidade, dificuldades encontradas para promover a execução efetiva do processo de enfermagem, problemas como o déficit de conhecimento dos enfermeiros no que se refere à habilidade de desempenhar o pensamento crítico e sobrecarga de trabalho, resistência da equipe de enfermagem, falta de tempo e instrumentos de coleta de dados inadequados para realidade (FELIX, RODRIGUES e OLIVEIRA, 2009).

É fundamental que o processo de enfermagem esteja de acordo com o perfil epidemiológico da instituição, adequado a realidade vivenciada, e com embasamento científico na correlação entre os diagnósticos de enfermagem e a prescrição, para ser valorizado e essencial na execução dos cuidados pela equipe técnica (FELIX, RODRIGUES e OLIVEIRA, 2009). Nesse sentido, faz-se necessário um projeto

sistemático para implantação da SAE em um serviço de urgência e emergência, pois, falhas nesse processo podem corroborar para a baixa adesão, aplicabilidade e credibilidade perante a equipe de enfermagem.

Diante do exposto, considerando todas as dificuldades elencadas quanto à realidade dos serviços de urgência no Brasil e a experiência diária como profissionais do Hospital de Urgências de Sergipe – Governador João Alves Filho, percebeu-se que esta instituição enfrenta problemática semelhante caracterizada pela superlotação, processos de trabalho desorganizados, sobrecarga de trabalho, déficit dos registros de enfermagem e a não padronização de impressos que possa nortear uma evolução de enfermagem sistematizada. Associados à realidade vivenciada, os benefícios oriundos de uma assistência sistematizada para este tipo de serviço motivaram o presente estudo que tem como objetivo descrever as etapas de implantação da SAE no serviço de urgência e emergência do referido hospital, através da caracterização das competências da equipe de enfermagem, das dificuldades e facilidades identificadas por ela no desempenho de suas atribuições e das percepções e conhecimentos dos trabalhadores.

ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO

Para a construção desse processo utilizou-se como referência o estudo desenvolvido por Hermida et al. (2006) que apontam subsídios para implantação da SAE. Este referencial direciona a construção do processo de implantação da SAE em unidades de saúde, constituído em sete etapas, a saber: conhecimento da realidade institucional, sensibilização da equipe de enfermagem sobre SAE, definição da missão, visão e objetivos do serviço de enfermagem da instituição, preparo intelectual da equipe, definição do referencial teórico, elaboração dos instrumentos e processos de enfermagem e preparo prático para implementação (HERMIDA et al., 2006).

RECONHECIMENTO DA REALIDADE INSTITUCIONAL

O Hospital de Urgência de Sergipe João Alves Filho (HUSE) foi inaugurado em novembro de 1986, sendo, atualmente, o maior hospital público do estado e a principal "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde (SUS) para casos de alta complexidade de Sergipe e de regiões circunvizinhas. Com o desenvolvimento socioeconômico do estado, observou-se um aumento significativo na incidência de acidentes de trânsito,

violência urbana e mudanças no perfil epidemiológico das doenças características do estado.

Em 2011, a instituição redefiniu seus princípios gerenciais, por meio de consultoria na área de planejamento e gestão, ocasião em que foram construídos a missão, visão e valores da instituição, conforme especificado no regimento do referido hospital.

Missão: Prestar atendimento de alta complexidade em urgência, emergência e tratamento oncológico à população de forma integral e humanizada com profissionais qualificados, comprometidos e valorizados.

Visão: Ser referência de qualidade em serviço de saúde de alta complexidade em urgência, emergência e tratamento oncológico, com excelência no atendimento para a região Nordeste.

Valores: compromisso, responsabilidade social, ética, integralidade, confiabilidade, humanização, valorização profissional, equidade, qualidade, solidariedade e inovação.

O atual cenário, compatível com os de cidades em desenvolvimento exigiu a necessidade de ampliação do Pronto Socorro do HUSE que se consolidou em 2012 a fim de garantir uma assistência qualificada à saúde, com aparato tecnológico e novo modelo estrutural de atendimento.

Diante do exposto, fica evidente o interesse institucional em otimizar o atendimento em urgência e emergência, incluindo assim, a melhoria na qualidade da assistência em enfermagem.

Recursos Disponíveis

Estrutura física e clientela

A observação diária do grande número de doentes críticos, despertou a necessidade da utilização de um atendimento diferenciado a fim de priorizar os mais graves, havendo a necessidade de reestruturação de áreas por gravidade de risco clínico e cirúrgico, como preconizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria n° 2048 de 2011, que propõe a implementação de unidades de atendimento de urgências por meio de acolhimento e classificação de risco.

Desse modo, o Pronto Socorro foi dividido em quatro áreas que ocupam os espaços físicos a saber: Sala de Acolhimento e Classificação de Risco; Área Azul, Área

Verde (clínica e trauma); e Área Vermelha, sendo que os casos laranjas são encaminhados para esta área. Para melhor compreensão, serão apresentados o perfil e a funcionalidade de cada área.

Acolhimento e classificação de risco

Realiza o atendimento inicial dos usuários e seus familiares/responsáveis garantindo acessibilidade necessária através de orientações de fluxos, além de classificar o risco de acordo com o protocolo de Manchester (COFEN, 2012), o qual classifica o risco de agravamento por cores: vermelha (prioridade zero); Laranja (tempo limite de espera de até 10 minutos); Amarela (tempo limite de espera de até 60 minutos); Verde (tempo limite de espera de até 120 minutos; e Azul (tempo limite de até 240 minutos). Durante a espera, caso o paciente apresente alterações no estado clínico, será priorizado o seu atendimento.

Os pacientes classificados como amarelo, verde e azul são direcionados ao atendimento clínico nos consultórios ou especialidades médicas e os pacientes de trauma são direcionados para os setores de sutura ou ortopedia.

Área vermelha

Presta atendimento especializado a pacientes graves de alta complexidade clínica e/ou cirúrgica em estado de urgência e emergência. O objetivo desta área é promover a estabilização dos usuários, o primeiro atendimento é realizado pelo clínico e/ ou cirurgião geral, a depender das condições clínicas do paciente. Agrega-se à equipe outros profissionais necessários e complementação de exames laboratoriais e de imagem para definição de diagnóstico e encaminhamento para centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva.

Possui uma estrutura física com 16 leitos fixos. O fluxo de entrada de paciente ocorre após regulação médica, diretamente com os médicos plantonistas do setor considerando critérios de gravidade e instabilidade hemodinâmica. Os pacientes atendidos da área são procedentes do SAMU; pacientes instáveis que estão em outras áreas do pronto socorro (azul, verde clínica e verde trauma) ou pacientes oriundos de outros hospitais regionais de Sergipe.

Área Azul

Destina-se ao recebimento de pacientes que procuram o HUSE por demanda espontânea, através de regulação medica pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU) ou de outra unidade hospitalar. Estes são oriundos do consultório médico, com necessidade de estabilização, observação e reavaliação médica, podendo ser internado, transferido para outro hospital ou mesmo serem liberados. O período de permanência neste setor é de até 24 horas.

Área verde

A área verde clínica destina-se ao internamento clínico do pronto socorro, com capacidade para 58 leitos fixos e 2 isolamentos respiratórios. Admite pacientes estáveis clínicos procedentes de outras áreas do pronto socorro (azul, trauma e vermelha). Os pacientes devem ter perfil estável e necessitar de cuidados com baixos recursos tecnológicos, onde permanecem internados até a liberação de leitos nas unidades de internamento, centro cirúrgico, transferência para outros hospitais ou alta hospitalar.

Já a área verde trauma, destina-se ao atendimento especializado em pacientes com acometimento trauma-ortopédico de baixa e alta complexidade. É subdividido em quatro setores: sala de sutura, ortopedia, trauma 1 e trauma 2. A sala de sutura, principal porta de entrada, é onde ocorre os primeiros atendimentos a pacientes estáveis hemodinamicamente que necessitam de atendimento de urgência da cirurgia geral e especialidades. Os pacientes admitidos em tal área são provenientes de demanda espontânea bem como regulados pelo SAMU, Corpo de Bombeiros ou ainda aqueles em observação na área azul que aguardam avaliação da clínica cirúrgica quando liberados pela clínica médica.

Na ortopedia são atendidos pacientes estáveis hemodinamicamente que necessitam de atendimento de urgência ortopédica, sendo estes de demanda espontânea, regulados pelo SAMU, Corpo de Bombeiros ou ainda os provenientes do setor de sutura, quando solicitado pela cirurgia geral.

O setor de trauma é destinado a pacientes cirúrgicos e/ou vítimas de trauma que se encontra em observação ou internados, com capacidade para 62 leitos pré-definidos. Os pacientes admitidos neste setor são provenientes, em sua maioria, da sala de sutura e ortopedia. Porém, existe o fluxo intersetorial de pacientes estáveis hemodinamicamente.

Recursos humanos

Os recursos humanos do HUSE provêm de três vínculos empregatícios: estatutários, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) concursados e contratados, geridos pela Fundação Hospitalar de Saúde, que realiza um dimensionamento próprio preconizando obedecer as normativas das Resolução de Direção Colegiada RDC 07 (2010) para cuidados de pacientes críticos, considerando, ainda o Sistema de Classificação de Pacientes, sendo na área vermelha o dimensionamento para paciente crítico, nas áreas verde e azul paciente intermediário (semicríticos e não críticos), considerando a média de leitos operacionais e leitos flutuantes das aéreas.

Capacitação Profissional

As capacitações para os profissionais do HUSE são, comumente, realizadas através do Núcleo de Educação Permanente - NEP. São realizadas reuniões colegiadas entre o NEP, Unidades de Produção e Departamento de Enfermagem a cada dois meses para definição dos temas de capacitações de acordo com a necessidade dos colaboradores do hospital.

No pronto socorro, como o hospital participa do Programa do Ministério da Saúde, SOS EMERGÊNCIAS, os colaboradores também recebem capacitações por meio desse programa, através de um hospital de referência localizado na região sudeste do Brasil.

O NEP tem buscado novas estratégias de motivar os profissionais para sensibiliza-los quanto à importância na participação nos programas de atualização, realizando, inclusive, educação em serviço nas próprias unidades de produção.

SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Para garantir o sucesso da implantação do processo de enfermagem em um serviço é essencial a participação e adesão de toda equipe de enfermagem. Tem-se observado certa resistência por parte das categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem em executar as intervenções prescritas pelo enfermeiro, o que pode estar

relacionado à carência de capacitações que promova o entendimento de que o processo de enfermagem organiza o serviço e otimiza os cuidados a serem prestados.

Em estudo realizado por pesquisadores, que avaliou a percepção dos técnicos de enfermagem sobre a implantação da SAE em um serviço de urgência e emergência, foi verificado que muitos entrevistados se auto denominam como meros executores, desprovidos de capacidade reflexiva e que valorizam as determinações médicas em detrimento das deliberações dos enfermeiros, colocando-se em posição de subserviência aos médicos (MARIA et al., 2012).

Esse panorama não é muito diferente de outras instituições de saúde. Para dirimir essa situação, foram organizados grupos de trabalho com técnicos e auxiliares de enfermagem do pronto socorro do HUSE, por meio de oficinas para demonstrar a importância do trabalho exercido por essa categoria e apontar possíveis falhas que possam ocorrer quando não se assiste de forma sistematizada.

Durante as oficinas, foram apresentados registros de enfermagem com e sem a utilização do processo de enfermagem, a fim de demonstrar divergências no desenvolvimento das atribuições quando registradas de forma sistematizada por meio da utilização do impresso da SAE, a qual organiza e qualifica a assistência prestada ao paciente. Desta forma, houve a participação de 85% dos técnicos e auxiliares de enfermagem do pronto socorro do HUSE no período de junho de 2015, ocasião em que estes profissionais demonstraram interesse e motivação pela execução do processo de enfermagem.

MISSÃO, FILOSOFIA E OBJETIVOS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DA INSTITUIÇÃO

O Departamento de Enfermagem do HUSE redefiniu os princípios do serviço de enfermagem institucional a fim de desenvolver uma enfermagem ética, humana, científica e resolutiva. Definiu-se assim:

Missão - Desenvolver uma prática da assistência de enfermagem com qualidade através da sistematização da assistência, por meio de métodos ou processos específicos, promovendo capacitações para os profissionais de enfermagem, priorizando a urgência e emergência, buscando sempre a excelência e, desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população assistida no Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho.

Visão - Ser reconhecido no estado de Sergipe e no nordeste, como referência em atenção à saúde de alta complexidade, através da qualidade da assistência de enfermagem prestada, da geração de conhecimento, formação e capacitação dos profissionais da enfermagem dando maior valor à vida.

Objetivos - praticar uma enfermagem ética, humanista, compromissada e livre de danos; desenvolver no enfermeiro um pensamento científico; prezar pela Responsabilidade Social; desenvolver competências pessoais; ter comprometimento institucional e compromisso com a qualidade da assistência prestada.

PREPARO TEÓRICO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Foi viabilizado pelo Conselho Regional de Enfermagem – COREN/SE em junho de 2014, em parceria com docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, oficinas sobre a SAE e o processo de enfermagem para instituições hospitalares do estado. Na ocasião participaram os representantes da coordenação de enfermagem e responsável técnico de enfermagem do HUSE.

A oficina apresentou aspectos teórico-práticos para subsidiar a construção do processo de enfermagem. Foram realizadas discussões sobre as principais teorias de enfermagem, diferença entre SAE e processo de enfermagem, etapas do processo de enfermagem; modelos de instrumentos de coleta de dados, manual de SAE, contemplando procedimento operacional padrão, regimento interno do serviço, e ainda, foi enfatizada a necessidade de capacitação dos profissionais de enfermagem.

Esse preparo teórico foi de extrema importância para o desenvolvimento do plano de ação que gerou a implantação do processo de enfermagem no serviço de urgência e emergência da instituição.

O estudo das teorias e modelos teóricos contribuiu para direcionar a elaboração e descrição do processo de enfermagem na instituição, além de explanar as etapas do processo de enfermagem de acordo com cada teoria. Vale ressaltar que o referencial teórico escolhido deve ser adaptado às especificidades indivíduo/família/comunidade, devendo, ainda, se considerar os conceitos e pressupostos originários da respectiva teoria (HERMIDA, 2006).

Nesse sentido, o grupo de trabalho atentou para a escolha de uma teoria de enfermagem que atendesse a filosofia da instituição, bem como ao perfil de pacientes atendidos.

DEFINIÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria das Necessidades Humanas Básicas descrita por Wanda de Aguiar Horta, foi a que mais se adequou ao serviço de enfermagem em questão, por referir o cuidado de enfermagem de forma holística nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais do indivíduo.

Esta teoria foi vislumbrada pela particularidade com o cuidado na unidade de emergência, onde o indivíduo apresenta-se vulnerável no âmbito biológico, espiritual e social. Verificou-se que essa teoria tende a facilitar a aquisição de dados objetivos e subjetivos do paciente na fase de investigação de necessidades de saúde o que contempla o perfil de pacientes que procuram o serviço de emergência nas duas vertentes de atendimento, distúrbios clínicos ou traumáticos.

Também foi escolhida para compor a organização e fundamentação do processo de enfermagem do serviço de urgência e emergência, o sistema de classificação de diagnóstico da NANDA (2015-2917).

ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento denominado Processo de Enfermagem no Pronto Socorro Adulto (Apêndice) foi elaborado de forma a contemplar a assistência a pacientes clínicos e vítimas de trauma que necessitam de atendimento de urgência e emergência. Dessa forma, além dos dados de identificação essenciais para a garantia da segurança do paciente, existe um campo destinado ao registro do tipo de ocorrência, uma vez que grande parte do atendimento na instituição está relacionado a vítimas de causas externas.

O instrumento de coleta de dados, a ser utilizado na primeira etapa do processo de enfermagem, foi constituído de itens que abrangem as necessidades de saúde da clientela, onde o enfermeiro obtém dados significativos de forma holística, o que permite a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

Além dos dados relativos às necessidades humanas básicas, foram inseridas a Escala de Coma de Glasgow e a Escala de Braden. A primeira avalia o nível de consciência, por ser este um fator preditivo do quadro clínico dos pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência. Já a Escala de Braden avalia a integridade tissular e localiza o tipo de lesão tecidual, além de ser um importante indicador de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão.

Para a construção dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem - NANDA (2015-2017). Para cada diagnóstico de enfermagem, foram inseridas no instrumento de coleta de dados, as respectivas características definidoras e principais fatores relacionados e/ou de risco. Assim, foram selecionados 28 diferentes diagnósticos com foco no problema e de risco.

As prescrições de enfermagem foram elaboradas utilizando o Sistema de Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC. Para cada diagnóstico de enfermagem foram elencadas duas a três prescrições, chegando assim a 64 intervenções de enfermagem contempladas no instrumento com um campo específico para o aprazamento e checagem da sua realização pela equipe de enfermagem.

Foi reservado, ainda, um espaço para a evolução do enfermeiro com o objetivo que este registre a análise crítica dos elementos que compõem a evolução do paciente em 24 horas.

PREPARO PRÁTICO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SAE

O preparo prático para a implantação da SAE envolveu sensibilização e capacitação das equipes, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além da orientação para o pessoal administrativo quanto à importância de suprir as unidades com o novo formulário impresso. Além disso, foram solicitados equipamentos indispensáveis para a assistência a fim de viabilizar a etapa de coleta de dados, tais como esfigmomanômetros, termômetros, estetoscópios, glicosímetros, dentre outros.

A área verde trauma e a vermelha foram escolhidas para iniciar a implantação do processo de enfermagem. Inicialmente, 88% dos enfermeiros destas áreas foram capacitados quanto ao elaboração e uso do impresso, por meio de um estudo piloto de realizado em sete dias consecutivos, ocasião em que 133 pacientes foram assistidos de forma sistematizada.

Após estudo piloto, os enfermeiros responderam a um questionário onde relataram a viabilidade e dificuldades de utilização do instrumento, e sugestões de melhoria baseadas na prática diária.

Uma vez confeccionado o impresso final, a equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem também foi capacitada a fim de sensibilizar quanto à importância de se executar uma assistência sistematizada e segura. Nesta etapa, reconheceu-se que um dos maiores desafios é desconstruir o hábito de seguir apenas a prescrição médica, mas também de seguir e checar a execução das intervenções de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido por um grupo de trabalho da própria instituição de saúde, em parceria com a academia, proporcionou condições de atingir uma meta já definida há algum tempo pela gestão de enfermagem do HUSE.

A aplicação do processo de enfermagem em situações de urgência e emergência permite a prestação de cuidados individualizada e de qualidade, correspondendo, assim, como um importante elemento da sistematização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AMANTE, L.N.; ROSSETO, A.P.; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, 43 (10): 54-64, 2009.

CASTRO, D.A.L.; CAIXETA, J.A. Sistematização da assistência de enfermagem: a importância no processo de implantação nos hospitais do brasil. **Conferência internacional de estratégia em gestão, educação e sistemas de informação (CEGESI)** - Goiânia, p. 707, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Sistematização da assistência de enfermagem – SAE**. Brasília 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 423, de 11 de abril de 2012. Participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos**. Brasília 2012.

CYRILLO, R.M.Z.; DALRI, M.C.B.; CANINI, S.R.M.S.; CARVALHO, E.C.; LOURENCINI, R.R. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiás, 11(4): 811-9, 2009.

FELIX, N.N.; RODRIGUES, C.D.S.; OLIVEIRA, V.D.C. Desafios encontrados na realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. **Arq Ciência Saúde**, Paraná, 16 (4): 155 -60, 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, 13(1): 188-193, 2009.

HERMIDA, P.M.V.; ARAÚJO, I.E.M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 59 (5): 675-9, 2006.

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 65(2): 297-303, 2012.

MIRANDA, C.A.; SILVEIRA, E.N.; ARAÚJO, R.A.; ENDERS, B.C. Opinião de enfermeiros sobre instrumentos de atendimento sistematizado a paciente em emergência. **Revista Rene**, Ceará, 13 (2): 396-407, 2012.

PENEDO, R.M.; SPIN, W.C. Significado da sistematização da assistência de enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, (2791): 86-92, 2014.

SILVA, D.G.; VARGAS, C.R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspectos éticos legais e a importância na prática profissional do enfermeiro. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Rondônia, 2 (1): 22-41, 2011.

SOARES, M.I.; RESCK, Z.M.R.; TERRA, F.S.; CAMELO, S.H.H. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 19 (1), 2015.

SOUZA M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidativos. In: CIANCIARULLO T.I., et al. organizadores. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 5 ed. São Paulo (SP): Ícone; 2012.

Processo de Enfermagem

Pronto Socorro Adulto

Nome: | Idade: Data:___/___/___ | **Sexo:** ☐ **M** ☐ **F**

Data de Nascimento: Procedência: | Data de Admissão: | Nº de Registro / FAE:

Área: Leito: | Classificação de risco:

Tipo de ocorrência: ☐ Acidente de trânsito ☐ Afogamento ☐ Queda ☐ Queimadura ☐ FAB ☐ FAF
☐ Clínico _____ ☐ Outro _____ ☐ Hipótese Diagnóstico :_____ _____

ANAMNESE

Antecedentes Patológicos: ☐ HAS ☐ DM ☐ IRA ☐ IRC ☐ Cardiopatia ☐ Respiratório ☐ Neurológicas
☐ Outras:_____ ☐ **Alergias** Quais:_____ ☐ **Uso de próteses / Orteses** Quais:_____
☐ **Medicações em uso**: _____

NECESSIDADE PSICOBIOLÓGICAS

OXIGENAÇÃO / RESPIRAÇÃO

Padrão Respiratório: FR: _____
☐ Bradpneico ☐ Ortopneico
☐ Dispneico ☐ Taquipneico
☐ Eupneico
Gasometria: PH___PCO 2____
PO2___BIC____ BE_____

Ausculta Pulmonar:
☐ MV + ☐ MV - ☐ Estertores
☐ Roncos ☐ Sibilos

☐ Dreno de tórax: _____

Em uso de:
☐ Cateter Nasal ☐ M. de Venturi
☐ TQT ☐ VM
PEEP: _____ FIO2:_____
SatO2:_____
Modalidade:_____

CIRCULAÇÃO

FC:_____ bpm
Pulso: ☐ Arritmico ☐ Cheio
☐ Ausente ☐ Filiforme ☐ Ritmico

PA:_____ mmhg **Enchimento capilar:** ☐ ≤ 2 Seg. ☐ > 2 Seg.
Coloração da pele: ☐ Corada **Sangramento ativo:**
☐ Cianótica ☐ Hipocorada **Localização:_____**
Acesso venoso: _____ ☐ Intracath ☐ CTL ☐ CDL ☐ Port-a-cath

NEUROLÓGICA

Pupilas ☐ Anisocórica ☐ Isocórica ☐ Miose ☐ Foto reagente ☐ Midriase

Fala ☐ Afasia ☐ Disartria ☐ Dislalia ☐ Afonia ☐ Disfasia

Nível de consciência
☐ Comatoso ☐ Sonolento ☐ Confuso
☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Sedado

Resposta Motora
☐ Hemiplegia ☐ Plegia ☐ Paresia ☐ Parestesia

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura ocular
☐ **4**. Espontânea
☐ 3. Ao comando verbal
☐ 2. A dor
☐ 1. Ausente

Melhor resposta motora
☐ 6. Obedece aos comandos
☐ 5. Localiza a dor
☐ 4. Flexão inesperada
☐ 3. Flexão hipertônica
☐ 2. Extensão hipertônica ☐ 1.Sem resposta

Melhor resposta verbal
☐ 5. Orientado
☐ 4. Desorientado e conservado
☐ 3. Palavras inapropriadas
☐ 2. Sons incompreensíveis
☐ 1. Sem resposta

TOTAL:_____

Escala de Ramsay:_____

Temperatura axilar:_____ Escala numérica de dor:_____ localização da dor:_____

ALIMENTAÇÃO / ELIMINATÓRIA

Nutrição: ☐ Assistida ☐ Dieta zero ☐ SNE ☐ SNG ☐ SOG ☐ Balão Blakemore
Aceitação alimentar: **total** **parcial** **inapetência**
Abdome: ☐ Distendido ☐ Dor a palpação ☐ Flácido ☐ Globoso ☐ Plano
Padrão: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☐ Náusea ☐ Êmese ☐ Hematêmese ☐ Melena
Tipo de eliminação: **Espontânea** **Fralda** Colostomia Ileostomia
Eliminação urinária: ☐ Anúria ☐ Colúria ☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Piúria ☐ Poliúria
Tipo de eliminação: ☐ Cistotomia ☐ Espontânea ☐ Fralda ☐ SVA ☐ SVD ☐ Uropen

Alterações laboratoriais: ↑- acima da normalidade ↓- abaixo da normalidade N - normal
Na:____ K:___ Cl:____ Ca:____ Mg:____ U: ____ Cr___ Hb:_____ HT:___ leucócitos ____ plaquetas____ Glicemia capilar:_____

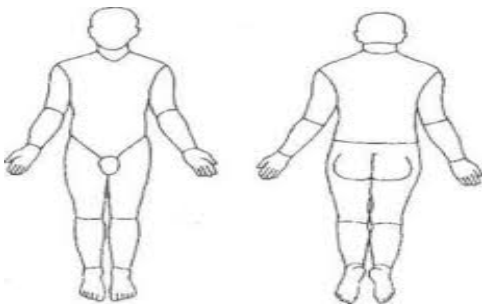
APARELHO LOCOMOTOR

PULSOS: AUSENTES **PRESENTES** **EDEMA (++++):_____** **ANASARCA**
EM USO: FIXADOR EXTERNO:_____ **TRAÇÃO:_____** **TALA GESSADA:_____** **aparelho gessado circular:_____**

INTEGRIDADE TISSULAR

Fratura aberta - FA
Fratura fechada - FE
Ferimento Perfurante - FP
Amputação - A
Laceração - L
Escoriação - E
Queimadura GRAU - QI, Q II, QIII
Úlcera por pressão - UPP

Escala de Braden:_____



Necessidades psicossociais, psicoespirituais, sono e repouso.

☐ **Necessita de acompanhante** ☐ **ansiedade** **medo** ☐ **solicitante**
outros:_____

Religião: _____ **Religiosidade comprometida**
Necessita de auxilio espiritual:

Padrão de sono:
☐ regular ☐ irregular ☐ dificuldade para dormir

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
1 - Padrão respiratório Ineficaz 2- Troca de gases prejudicada 3 - Ventilação espontânea prejudicada 4 - Desobstrução ineficaz de vias aéreas 5 - Risco de aspiração	o Comunicar se frequência respiratória < 8 ou ≥16 ipm; o Observar e comunicar desconforto; respiratório, utilização de musculatura acessória, batimento de asa de nariz; o Ofertar oxigenoterapia umidificada; o Manter nível adequado de água nos umidificadores; o Manter cabeceira elevada a 30º; o Realizar aspiração de vias aéreas superiores e inferiores com técnica asséptica; o Trocar cadarço de fixação de tubo orotraqueal, traqueóstosmo e sondas; o Realizar troca de selo d'água de dreno tórax a cada 24h com água destilada;	
6- Débito cardíaco diminuído 7- Confusão aguda 8- Volume de líquido deficiente 9- Volume de líquido excessivo	o Comunicar se PAS ≤ 90mmHg ou ≥180mmHg; o Comunicar se FC ≤ 60bpm ou ≥ 120bpm; o Monitorar presença de sudorese, pele fria ou pegajosa; o Comunicar enchimento capilar ≤ 2 seg; o Avaliar alterações do nível de consciência e comunicar quando presença de agitação, confusão e torpor; o Monitorar e comunicar presença de sangramento ativo, local_____ o Orientar o paciente no tempo e espaço; o Realizar restrição no leito em situações de confusão e agitação; o Controlar débito urinário e comunicar quando diurese ≤ 50 ou ≥ 200 ml/ hora; o Manter acesso venoso pérvio para infusão rápida de líquido; o Realizar restrição hídrica de acordo com a prescrição médica; o Monitorar balanço hídrico a cada 6 horas;	
10- Hipotermia 11- Hipertermia	o Comunicar se temperatura ≤ 35,8º C ou ≥ 37,8º C; o Realizar compressas frias em regiões axilar e inguinal se temperatura ≥ 37,5º C o Proporcionar aquecimento externo com manta térmica ou cobertor se temperatura ≤ 35,5º C;	
12 - Dor Aguda	o Aplicar escala numérica da dor e administrar analgésicos prescritos em SOS, quando escala de dor ≥ 5;	
13 - Risco de desequilíbrio eletrolítico 14 - Proteção ineficaz 15 - Risco de Glicemia instável	o Avaliar resultado de exames laboratoriais e comunicar alterações; o Comunicar presença de hiperglicemia ou hipoglicemia;	
16 - Deglutição prejudicada 17- Risco de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais 18- Motilidade gastrointestinal disfuncional 19 - Eliminação urinária prejudicada	o Oferecer dieta assistida e monitorar deglutição; o Incentivar ingestão da dieta oral e anotar aceitação alimentar; o Sentar o paciente para oferecer dieta; o Anotar e comunicar inapetência; o Incentivar a ingestão de líquidos; o Mensurar resíduo gástrico antes da administração de dieta enteral e comunicar se maior que 60ml; o Administrar 20ml de água antes e após infusão de dieta enteral; o Comunicar e anotar frequência de náuseas e vômitos; o Avaliar presença de ruídos hidroaéreos e comunicar alterações como aumento, diminuição ou ausência do peristaltismo; o Manter jejum; o Monitorar episódios de evacuação e anotar frequência e consistência das fezes; o Realizar palpação abdominal para detecção de distensão vesical; o Comunicar acumulo de sedimentos no circuito da sonda fowley;	
20 - Perfusão tissular periférica ineficaz 21 - Mobilidade física prejudicada 22 - Risco de queda	o Monitorar presença de cianose de extremidades e manter membros aquecidos; o Avaliar presença de edema em MMSS e MMII; o Avaliar perfusão e temperatura do membro imobilizado; o Proteger membro imobilizado durante banho; Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas; o Manter grades do leito elevadas e macas travadas;	
23 - Déficit para o autocuidado 24 - Integridade da pele prejudicada	o Encaminhar para banho de aspersão; o Realizar banho no leito; o Realizar higiene oral; o Realizar higiene íntima; o Auxiliar o paciente nas atividades de autocuidado (vestir, alimentar e higiene corporal) Realizar a hidratação da pele após higiene corporal; o Realizar aplicação de placa de prevenção em proeminências ósseas; o Realizar curativo em lesão de pele de_____ com SF 0,9% morno em jato e utilizar a COBERTURA_____; o Proporcionar privacidade com biombos durante procedimentos de higiene e curativos;	
25- Ansiedade 26 - Privação do sono 27- Risco de religiosidade prejudicada	o Proporcionar ambiente tranquilo para repouso; o Proporcionar redução da iluminação próximo ao leito após as 24 horas quando possível; o Comunicar e anotar alterações no padrão do sono; o Orientar todos procedimentos para o paciente antes de cada execução; o Proporcionar apoio psicológico ou religioso; o Solicitar acompanhante; o Proporcionar extensão do horário da visita;	
28- Risco de infecção	o Realizar higienização das mãos antes e após qualquer procedimento ou manipulação de equipamentos; o Realizar desinfecção de torneirinhas e extensores com álcool a 70% antes da manipulação; o Realizar troca de dispositivo venoso periférico a cada 72 horas; o Realizar curativos de acesso venoso central a cada 24 horas e quando necessário com SF 0,9% e clorexidina alcoólica 0,5%; o Comunicar presença de sinais flogísticos em inserção de cateteres e dispositivos invasivos;	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:_____

_____

_____

_____

_____

_____