



Artigo Original

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: IMPLEMENTAÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE: IMPLEMENTATION IN AN INTENSIVE CARE UNIT

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA: IMPLANTACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana Paula Cândido de Oliveira¹, Maria Eugênia Alves Almeida Coelho², Vitória de Cássia Félix de Almeida³, Kênya Waléria de Siqueira Coelho Lisboa⁴, Antônio Lucimilton de Sousa Macêdo⁵

A Sistematização da Assistência de Enfermagem a cada dia ganha maior importância no cenário da saúde. Tendo em vista a relevância da utilização do processo de enfermagem, objetivou-se descrever a experiência de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. Para tanto se optou por uma abordagem qualitativa com ênfase na pesquisa-ação. Participaram da experiência três enfermeiros e oito técnicos de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital referência em Crato-CE. A coleta de dados foi feita a partir do roteiro de observação. Houve diversas facilidades, inclusive a abertura da instituição para a introdução do Processo de Enfermagem, e também dificuldades, como a resistência do técnico de Enfermagem à introdução dos novos instrumentos. Apesar dos obstáculos, os resultados dessa prática demonstraram viabilidade na execução do Processo de Enfermagem, com um consequente crescimento profissional, valorização e maior autonomia à enfermagem.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Processos de Enfermagem.

The Systematization of Nursing Assistance gains more importance in the health scenario every day. Keeping in mind the relevance of the use of the nursing process, the description of the experience implementation of the Systematization of Nursing Care in an Intensive Care Unit was carried out. For that we chose a qualitative approach with emphasis on action research. Three nurses and eight nurse technicians of the Intensive Care Unit of a referral hospital in Crato-CE participated in the experience. Data was collected from the observation guide. There was readiness, including the opening of the institution for the introduction of the nursing process, and also difficulties, such as the opposition of the Nursing technician to the introduction of new instruments. Despite the obstacles, the results showed viability of this practice in implementing the Nursing Process, with consequent professional growth, recovery and greater autonomy to nursing.

Descriptors: Nursing Care; Intensive Care Units; Nursing Process.

La Sistematización de la Atención de Enfermería cada día adquiere más importancia en el escenario de la salud. Dada la importancia de utilizar el proceso de enfermería, el objetivo fue describir la Sistematización de la Atención de Enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos. Estudio cualitativo con énfasis en la investigación-acción. Participaron tres enfermeras y ocho técnicos de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de hospital de referencia de Crato-CE, Brasil. La recolección de datos se realizó a partir de guía de observación. Hubieron facilidades, incluyendo la apertura de la institución para la introducción del Proceso de Enfermería, y también dificultades, como la resistencia del técnico de enfermeira a la introducción de nuevos instrumentos. A pesar de los obstáculos, los resultados señalaron la viabilidad de esta práctica en la aplicación del Proceso de Enfermería, con consiguiente crecimiento profesional, valoración y mayor autonomía a la enfermería.

Descritores: Atención de Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva; Procesos de Enfermería.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada de Patos. Crato, Ceará, Brasil. E-mail: anapaula_crato@yahoo.com.br

²Enfermeira. Especialista em Administração de Serviços de Saúde Pública e Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto. Docente do Departamento de Enfermagem da URCA. Crato, Ceará, Brasil. E-mail: eugeniaacoelho@gmail.com

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Departamento de Enfermagem da URCA. Crato, Ceará, Brasil. E-mail: vit_vitoriafelix@hotmail.com

⁴Enfermeira. Mestre em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do Departamento de Enfermagem da URCA. Crato, Ceará, Brasil. E-mail: kenyacoelho@uol.com.br

⁵Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará. Crato, Ceará, Brasil. E-mail: lucimiltonmacedo@hotmail.com

Autor Correspondente: Ana Paula Cândido de Oliveira

Endereço: Rua Campos Sales, 980. São Miguel. CEP: 63122-210. Crato, CE. Brasil. E-mail: anapaula_crato@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a cada dia ganha maior importância no cenário da saúde. A utilização desta prática assistencial possibilita melhor qualidade do cuidado. É uma atividade liderada e avaliada pelo enfermeiro, que por meio de um método e estratégia de trabalho científico, realiza a identificação das situações de saúde e de risco à saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade⁽¹⁾.

Com a utilização da SAE, há uma melhora efetiva da qualidade da assistência⁽²⁾ a profissão ganha cientificidade, além de garantir vantagens, como promoção da integração entre a equipe de enfermagem e demais membros da equipe de saúde, pacientes e familiares; o fornecimento de condições para a avaliação dos cuidados prestados; a possibilidade de atendimento no âmbito individualizado e holístico; a oferta de condições essenciais para o progresso e a autonomia da profissão⁽³⁾.

O Processo de Enfermagem (PE) e a SAE não tem significados uniformes na literatura, podendo adquirir significados sinônimos como distintos. Como sinônimos são compreendidas como método de enfermagem composto por cinco fases, que são histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação e avaliação. Adquirindo conotações distintas, a SAE é a forma pelo qual é organizado o trabalho profissional⁽¹⁾, enquanto PE é o instrumento metodológico composto de cinco etapas que torna

possível a operacionalização da SAE⁽⁴⁾ como também a documentação da prática profissional⁽¹⁾.

Apesar das diversas conotações, é sabido que a utilização dessa prática possibilita uma abordagem holística do paciente, um aprimoramento contínuo, além da utilização de um corpo de conhecimento próprio⁽⁵⁾. Para o estudo, foi considerada as concepções distintas de SAE e PE, conforme dispõe a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem.

Todo PE deve embasar-se em uma teoria que lhe conceda sustentação e direcione o processo, conferindo, desse modo, melhor congruência para a prática⁽⁵⁾. Teoria de Enfermagem pode ser definida como proposições elaboradas para reflexão da assistência, contribuindo para formar um embasamento teórico do cuidado ao auxiliar e explicar suas abordagens⁽⁶⁾.

Sendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o nível mais complexo e avançado dentro da hierarquia dos serviços hospitalares, a aplicação da SAE, através da implementação do processo de enfermagem, neste setor é indispensável. O cuidado de enfermagem em terapia intensiva é complexo e desafiador, pois os profissionais estão expostos a situações clínicas difíceis, que requerem atenção e controle maiores, além de necessitar que inovações tecnológicas estejam integradas de forma consistente, correta, segura e humanizada ao sistema de cuidado à beira do leito⁽⁷⁾.

Desse modo, a prática do PE na UTI reforça uma melhor organização e estruturação do setor por contribuir positivamente na qualidade da assistência prestada ao passo que proporciona maior segurança a equipe de enfermagem em uma ação rápida, segura e efetiva à clientela.

O enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva atua em ambiente com alta tecnologia, e uma rotina complexa que exige capacitação para assumir emergências frente a um paciente, e, para isso, torna-se de extrema importância um conhecimento da patologia e da história do paciente, para possibilitar uma conduta mais acertada. Assim, diante da complexidade que este setor apresenta, a utilização do PE, considerado a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, garante maior segurança ao enfermeiro, facilitando a troca de informações, permite atenção individualizada e sistematizada, criação do vínculo e humanização da assistência⁽⁸⁾.

A viabilização de uma assistência de enfermagem integral e qualificada é necessária para que essa profissão ganhe cada vez mais científicas e respaldo profissional, produzindo conhecimento baseado em evidências, como também o desenvolvimento de protocolos direcionados e racionalidades clínicas que qualificam ainda mais o serviço de enfermagem⁽⁹⁾.

No entanto, é uma prática ainda pouco utilizada no cenário de saúde da região do Cariri Cearense. Várias podem ser as causas para esse fato, tais como: falta de planejamento do tempo do enfermeiro e a sua demanda de trabalho, a pouca valorização cultural da SAE, falta de hábito e dificuldade para aquisição de habilidade, além da resistência de se trabalhar com novas metodologias⁽⁴⁾.

Assim, a SAE vem sendo um desafio; no Cariri não é diferente. É realizada a aplicação das cinco etapas do PE somente em um setor de um hospital da região. Nas demais instituições, quando realizado o processo de enfermagem, este é feito de forma incompleta, limitando-se a prescrições, evoluções e, em uma instituição, à elaboração de diagnósticos de enfermagem. Na instituição que foi estudada, o PE

existia de forma incompleta, detendo-se no uso de um instrumento impresso e diagnósticos e prescrições diárias.

Diante dessa realidade e, considerando a necessidade de trabalhar a SAE de forma integral, com a implementação do processo de enfermagem realizado em todas as etapas preconizadas na Resolução COFEN 358/2009, objetivou-se neste trabalho relatar a experiência de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, por meio da metodologia Processo de Enfermagem, das etapas ainda não desenvolvidas na instituição.

MÉTODO

Este estudo teve como base a experiência da implementação da SAE vivida na UTI da Casa de Saúde São Miguel, situada no Município de Crato-CE, a 600 Km da capital Fortaleza. Esta unidade é destinada ao tratamento de pacientes adultos, em especial de patologias cardiovasculares; consta de seis leitos e recebe pacientes em sua maioria acima de 60 anos, tendo como patologias mais frequentes: insuficiência coronária, respiratória, pneumonias e acidente vascular cerebral.

Para o desenvolvimento do estudo, adotou-se a abordagem qualitativa com base nos pressupostos da pesquisa-ação, que por meio desta "é possível estudar dinamicamente os problemas, decisões, ações, negociações, conflitos e tomadas de consciência que ocorrem entre os agentes durante o processo de transformação da situação"^(10:21).

O estudo foi desenvolvido durante os meses de Agosto a Dezembro de 2010. A técnica de coleta de dados utilizada foi a observação livre junto aos técnicos e enfermeiros da instituição. Na observação livre, o pesquisador sistematicamente observa como as

organizações funcionam e o papel desempenhado por cada um, a interação entre ele e o cliente, além de acompanhar as pessoas e eventos para observar os comportamentos e relacionamentos cotidianos. Para fins de pesquisa, as observações do estudo foram registradas em diário de campo, procurou-se focar ações realizadas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem na execução das fases implementadas, como também suas falas relevantes.

A escolha da técnica de observação foi feita principalmente por proporcionar uma maior aproximação do pesquisador com o ambiente, possibilitando um melhor conhecimento da atuação dos profissionais de enfermagem na UTI durante a implementação dos novos instrumentos da SAE.

Para viabilizar a utilização da SAE, buscou-se fazer uma adaptação do PE, levando-se em consideração as condições já existentes no local da pesquisa. Todas as etapas do estudo foram pautadas Taxonomia diagnóstica da NANDA-I e os pressupostos metodológicos da pesquisa ação. A pesquisa foi realizada em quatro fases, a saber: fase exploratória, fase de planejamento, fase de ação e fase de avaliação.

A fase exploratória consiste em investigar o campo de pesquisa e estabelecer um primeiro diagnóstico situacional dos problemas prioritários e de eventuais ações⁽¹⁰⁾. Essa fase correspondeu aos meses de agosto e setembro de 2010, período em que se conheceu a realidade da instituição, formulou-se um diagnóstico situacional e identificaram-se as fragilidades no processo as quais serão reportadas adiante nos resultados. Diante dessas fragilidades, foram propostas soluções consideradas cabíveis pelos enfermeiros da unidade, além de sugestões dos próprios pesquisadores, que foram implantadas na etapa seguinte.

A fase de planejamento e coleta de dados corresponde à colocação dos problemas, com definição dos temas e objetivos prioritários à coleta de dados, em que o pesquisador procura informação que é julgada necessária para o andamento da pesquisa e ao treinamento, buscando progredir a consciência dos participantes⁽¹⁰⁾. Durante esse período, foram implementadas soluções propostas com base no diagnóstico situacional, verificado a viabilidade da prática, como também foram propostas novas formas resolutivas para os problemas encontrados.

Na fase de ação, deve se concretizar em alguma forma de ação planejada, objeto de análise e deliberação. A ação deve envolver a solução do problema⁽¹⁰⁾. Correspondeu à negociação com a direção das resoluções dos problemas encontrados nas fases anteriores, como também envolveu a aceitação e possível implementação das soluções.

A fase de avaliação corresponde às implicações das ações aos níveis individuais e coletivos, que devem ser avaliadas em termos realistas, evitando criar falsas expectativas entre os participantes, no que diz respeito aos problemas⁽¹⁰⁾. Foi o período de avaliação das ações, divulgação dos resultados para a instituição sediadora.

A análise foi feita após distribuição de categorias que surgiram com as anotações do diário de campo e do roteiro de observação. Em todas as etapas, procurou-se fazer a análise temática, procurando agrupar os dados em temas, que emergiram das manifestações dos envolvidos no decorrer do estudo⁽¹¹⁾. Os resultados foram confrontados com a literatura existente.

O estudo atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ao ser emitido parecer nº 02/2010, do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA). A participação dos sujeitos se deu de forma voluntária após assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar a identidade dos sujeitos, eles foram identificados por números ordinais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos gerais sobre a implementação dos instrumentos

A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem é tida como um processo complexo e trabalhoso, e, para sucesso dessa prática, deve ser necessário o conhecimento da estrutura organizacional, suas demandas e suas facilidades⁽¹²⁾.

A Unidade de Terapia Intensiva da Casa de Saúde São Miguel, antes de iniciado o estudo, aplicava o processo de enfermagem de forma incompleta. Desse modo, a etapa já implantada favoreceu a realização do estudo.

Na referida unidade já era aplicado um instrumento de Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem, que foi elaborado com base em dois outros instrumentos utilizados por hospitais da região metropolitana de Fortaleza. Os instrumentos originais foram adaptados pelos enfermeiros locais, de forma a contemplar os principais diagnósticos de enfermagem dos pacientes da UTI em questão. Esse processo contou com a colaboração de acadêmicos de enfermagem que passaram pela instituição em estágios curriculares. Tal impresso tinha validade diária, tornando necessário o uso de um novo formulário para cada dia a fim de serem registradas as prescrições, com conseqüente aumento dos custos de impressão para a instituição. Não havia instrumento de Histórico de Enfermagem, nem foram vistos registros de dados coletados dessa fase no prontuário, quando coletados informalmente pelo enfermeiro ou pela equipe de enfermagem.

A utilização de formulários do processo de enfermagem é imprescindível para sua implantação, visto que é necessário o registro de todas as fases do processo, como forma de direcionar o cuidado, ampliar a visibilidade do profissional sobre o cliente, possibilitar o reconhecimento profissional, além de favorecer a avaliação da prática do cuidado⁽¹³⁾.

Um instrumento novo de Diagnósticos e Prescrição de Enfermagem foi elaborado, com sugestões dos enfermeiros da unidade, assim como foi desenvolvido um roteiro para orientar e direcionar a coleta de dados com vistas à composição do Histórico de Enfermagem, o qual foi fixado no painel de recados da UTI para consulta.

O instrumento citado foi adaptado, acrescentada algumas prescrições específicas referentes a cada diagnóstico e retirada prescrições que já são realizados na rotina da UTI com todos os pacientes internados. Cada instrumento de Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem teve leiaute modificado, de modo a possibilitar que em um único impresso pudessem comportar os diagnósticos e prescrições de três dias.

Ainda nesse instrumento havia um campo específico para o registro da avaliação do paciente em relação a cada diagnóstico, o qual era classificado em "melhorado", "piorado", "inalterado" ou "resolvido". Referida classificação para os diagnósticos foi baseada em modelo proposto pelo hospital universitário da USP⁽¹⁴⁾

Também foi incorporada ao instrumento a lista de procedimentos invasivos, solicitada por um dos enfermeiros da unidade, e escalas para acompanhamento diário do paciente, também solicitada pela enfermeira da unidade: Escala de avaliação de risco de desenvolvimento de Úlcera por Pressão, a escala de Walterlow; Escala de Desenvolvimento de Úlcera por

Pressão, a escala de Bates-Jansen e; Escala de Coma de Glasgow. No impresso somente foi possível deixar espaço para registro dos valores encontrados para cada paciente, ficando as escalas também fixadas no painel de avisos da referida unidade.

O Instrumento Histórico de Enfermagem (HE), no que se refere à Anamnese Clínica, foi dividido por padrões de respostas humanas, criadas por Gordon em 1982. Utilizaram-se dez padrões: padrão de percepção da saúde, padrão nutricional - metabólico, padrão de eliminações, padrão de atividade / exercício, padrão de sono / repouso, padrão cognitivo / perceptual, padrão de autopercepção / enfrentamento / tolerância ao estresse, padrão de papel / relacionamento, padrão de sexualidade / reprodução e padrão de valor / crença.

O roteiro do Exame Físico, integrante no Histórico de Enfermagem, foi dividido em 7 categorias: integridade cutâneo-mucosa, aparelho respiratório, aparelho cardiovascular, sistema gastrointestinal, abdome, sistema geniturinário e sistema nervoso. A coleta de dados do paciente era realizada no ato da admissão ou no decorrer das primeiras 24 horas e as informações obtidas registradas no prontuário do paciente. Os instrumentos usados para nortear a coleta encontravam-se fixados no painel de avisos da unidade, a fim de que os profissionais pudessem consultar antes de realizar a coleta junto aos pacientes ou familiares.

A prioridade inicialmente foi dada a adaptação e inclusão do Instrumento de Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem reestruturado, em que foi observada a utilização do impresso, como também as dificuldades e as sugestões para nova reestruturação. Neste momento também foi incluído a observação da utilização de roteiros de Anamnese Clínica de Enfermagem e Exame Físico, que se encontravam fixos no painel de avisos na unidade.

O treinamento foi feito com base na observação livre e anotação no diário de campo. Consistiu então em sensibilizar a equipe para a utilização do instrumento, ressaltando a finalidade do mesmo, correta utilização, além da revisão teórica da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem.

Tendo em vista a necessidade contínua de aperfeiçoamento do instrumento de Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem à rotina da instituição, novas sugestões surgiram pelos enfermeiros da unidade, como a repetição de prescrições em mais de um diagnóstico, gerando, desse modo, um novo instrumento, o segundo, adequado a realidade da instituição.

A formulação de Diagnósticos e Prescrições de enfermagem exige objetividade, pensamento crítico e tomada de decisão, implicando ao PE uma análise profunda das necessidades básicas afetadas do cliente, configurando-o como uma atividade planejada, crítica e científica⁽⁵⁾.

O reconhecimento do real papel da Enfermagem pela instituição foi indispensável para a conquista dos resultados, sobretudo, pelo espaço que a Enfermagem já possui no hospital. A falta de vontade das chefias e da direção hospitalar são apontadas como fatores que dificultam a implantação e/ou implementação da SAE em estudos, além do fato do hospital, por força histórica, não esperar que seja realizado outro cuidado, além do estabelecido pelo médico⁽¹²⁾. Assim, o apoio da instituição foi considerado um fator positivo na implementação da SAE na UTI.

Com o sucesso na utilização do Instrumento de Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem, um novo impresso de Histórico de Enfermagem foi introduzido. O roteiro de exame físico, realizado diariamente pelos enfermeiros, não foi incluído no impresso do histórico.

Embora se reconheça que o exame físico faz parte do Histórico de Enfermagem, a opção de colocar o roteiro do exame físico em separado foi feita apenas no intuito de diminuir os custos da instituição. Para evitar que os enfermeiros dispensassem tempo considerável registrando descritivamente as observações coletadas no exame físico, um dos enfermeiros da unidade sugerir a criação de um roteiro tipo "check-list" contemplando as informações da avaliação física do paciente, que foi integrado ao impresso destinado à evolução dos pacientes.

Atuação do enfermeiro na implementação da SAE

O enfermeiro é considerado elemento catalisador e ao mesmo tempo disseminador das informações necessárias ao processo terapêutico, então o seu interesse e motivação são primordiais para aplicação do processo de enfermagem⁽¹⁵⁾.

O enfermeiro é líder da equipe de enfermagem e por meio da utilização da SAE assegura uma prática assistencial adequada e individualizada. As situações de saúde levam à identificação de diagnósticos de enfermagem dos indivíduos internados, resultando em um cuidado individual e integral, fundamentado no conhecimento científico⁽¹⁶⁾.

Para que a sistematização siga e alcance resultados satisfatórios, é necessário domínio do tema pelo enfermeiro, além de entendimento do instrumento pela equipe e da adequação do impresso à instituição. Os enfermeiros entendem bem o processo de enfermagem, no entanto a aplicação do Processo de Enfermagem estava pouco definida, pois os enfermeiros tinham dúvidas e queixas ao instrumento usado. Foram referidas prescrições desnecessárias, pois mesmo que não prescritas já eram realizadas na rotina.

Um dos fatores que podem dificultar a Sistematização da Assistência de Enfermagem é a desvalorização do processo pelo enfermeiro e o não domínio do tema pelo mesmo⁽¹⁷⁾. Todavia esse foi uma característica não encontrada por esses profissionais na instituição.

Após a queixa, o impresso foi adaptado, surgindo o primeiro novo instrumento. Conforme já citado, foram retiradas as prescrições que eram realizadas na rotina; incluíram-se novos cuidados mais relevantes. Foram, ainda, incorporadas escalas de avaliação específicas, como a escala de avaliação de úlcera por pressão e espaço para listar os procedimentos invasivos realizados com os pacientes..

O instrumento novo foi muito bem aceito, conforme se pode observar em depoimentos registrados no diário de campo destacados abaixo: *A primeira coisa que eu faço quando eu chego na UTI é olhar o instrumento de Diagnósticos e Prescrições* (Enfermeira 3). *Eu achei muito bom esse instrumento, ele contempla tudo que é necessário pra gente* (Enfermeiro 2).

Novamente foram percebidas queixas em relação a doze prescrições repetidas, que estavam relacionados a dois ou três diagnósticos que também tomavam espaço no instrumento, além de dúvidas nas aberturas de horários. Como solução, foi sugerida mais um impresso.

O mais novo modelo sugerido modificou o leiaute, separou os diagnósticos das prescrições, de forma que aproveitou melhor o espaço do impresso, aumentando linhas para Diagnósticos e Prescrições não contemplados que pudessem surgir, além de ter as prescrições de acordo com o tipo de cuidado, facilitando a abertura de horário e o registro no prontuário, quando solicitado. O impresso supracitado somente passará a ser utilizado na rotina quando esgotarem os blocos impressos do instrumento anterior.

De acordo com os resultados que promoviam os instrumentos eram modificados e, desse modo, cada vez mais aperfeiçoado, tornando o processo mais adequado à realidade da unidade e do perfil dos pacientes, facilitando a adesão. Essa foi a melhor forma encontrada para a adequação do instrumento à realidade da instituição.

Apesar da motivação do enfermeiro, ainda percebeu-se falhas. Ficou clara a necessidade de papéis melhor definidos na equipe. O Processo de Enfermagem somente tem como atividades privativas do enfermeiro o Diagnóstico e a Prescrição de enfermagem, de modo que toda a equipe deve colaborar com as demais etapas⁽⁵⁾.

Notou-se que nem sempre é possível o enfermeiro realizar a avaliação no instrumento de Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem, abrir horário de algumas prescrições (por acúmulo de atividades e consequente falta de tempo) e a evolução no prontuário não é exclusiva do enfermeiro. Por diversas vezes, os técnicos evoluíam no prontuário sem supervisão do enfermeiro, assim, realizavam-na de forma deficiente, sem horário de início e não havendo interpretação e correlação dos dados com o Estado Geral do cliente. Infelizmente a raiz do problema se encontra no não cumprimento da Resolução 293/2004 de Dimensionamento de Pessoal por parte da instituição, que é também uma realidade de várias outras instituições da região.

Outros estudos publicados mostraram que essa dificuldade pode aparecer durante a prática do processo de enfermagem. Diversos autores relataram sobrecarga de atividades como obstáculo^(5,18,16), pois é necessário um maior tempo do enfermeiro para atividades de preenchimento dos impressos, ressaltando também a importância do aumento de profissionais na instituição.

Para que seja possível uma melhor operacionalização da assistência de enfermagem por meio da implementação do processo de enfermagem, é preciso fortalecer papéis e estabelecer rotinas. O enfermeiro deve realizar a coleta com ajuda da equipe, levantar os diagnósticos e elaborar o plano de cuidados. Este deve ser implementado por toda a equipe de enfermagem, conforme complexidade e disponibilidade de funcionários, e na sequência, realizar evolução e avaliação.

As falhas foram conversadas com o enfermeiro responsável, que realizou uma reunião com a equipe, definindo assim melhor os papéis e sugerindo uma melhor organização do tempo para que todo o processo de enfermagem seja completado.

Treinamento dos técnicos de enfermagem para compreensão e operacionalização do instrumento de diagnósticos e prescrições de enfermagem

A sensibilização da equipe de enfermagem acerca da importância da utilização do PE deve fazer parte do plano de ação da chefia de enfermagem no processo de implantação da nova metodologia. Os auxiliares e técnicos de enfermagem assumem grande importância no processo, já que devem participar juntamente com o enfermeiro, da implementação do plano de cuidados⁽¹²⁾.

Na resolução 272/2002, a SAE é privativa do enfermeiro, mas é importante salientar que todos os componentes da equipe fazem parte deste processo, pois todos podem contribuir, no momento oportuno, com informações ou atividades que favorecerão o cuidado ao paciente⁽¹⁾. Mais recentemente, com a nova resolução do COFEN 358/2009, somente passa a ser privativo do enfermeiro o diagnóstico de enfermagem, assim como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, deixando em aberto a

participação dos técnicos nas demais fases que lhe couber sob a supervisão e orientação do enfermeiro⁽¹⁾.

Durante a educação continuada foi possível identificar o desconhecimento da equipe de técnicos sobre a SAE, apesar do enfermeiro do setor ter informado que foi realizado treinamento antes da implantação do instrumento. Tal afirmação pode ser observada no relato de um técnico registrado no Diário de Campo: *Para que é que serve mesmo? Explica ai pra gente!* (Técnico de Enfermagem 4).

Técnicos mostraram-se desinteressados e desanimados com o processo, perfazendo comentários desanimadores. Demonstraram resistência e não valorização do método. Conforme relatos registrados no Diário de Campo: *Eu nem olho ele (instrumento de prescrição)* (Técnico de Enfermagem 1). *Eu não entendo esse impresso* (Técnico de Enfermagem 2). *Não dá tempo checar, é muita coisa pra fazer* (Técnico de Enfermagem 3).

Considerando a relevância do papel dos auxiliares e técnicos de enfermagem para consolidação da implementação do processo de enfermagem, foi realizado o treinamento desses para compreensão e operacionalização do Instrumento de Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem por turno de trabalho, sendo que em cada turno foram realizadas quatro visitas durante o mês de agosto. Em cada visita era feito acompanhamento em todos os procedimentos e atividades pertinentes ao PE, inicialmente eram só observados, depois, diante da conduta da equipe de técnicos no plantão, eram feitas interferências educativas diante das falhas observadas.

A metodologia utilizada foi adequada, pois sensibiliza e aperfeiçoa, favorecendo a dinâmica de integralização do PE. Em cada turno era observado como se dava a utilização do impresso por parte dos técnicos e em seguida era feito a abordagem sobre a importância e sua utilização, com consequente

implementação do plano de cuidados. Após esclarecimentos da forma de usar e da importância da utilização dos impressos, foi observado melhor aceitação, conforme se pode observar no discurso registrado no Diário de Campo: *Agora eu entendi direitinho, fica bem melhor assim, tudo organizado* (Técnico de Enfermagem 4).

Em um estudo com auxiliares e técnicos, constatou-se que o processo de enfermagem otimiza o tempo de serviço, tornando assim estes profissionais mais eficientes e ágeis em suas atribuições⁽¹⁹⁾.

Com o treinamento, foi observado melhor aceitação e redução do nível de resistência. No entanto, foi solicitada pelos técnicos a abolição do caderno para anotações de enfermagem ou não evolução no prontuário do paciente, visto que por várias vezes era necessário o técnico evoluir no prontuário por falta de tempo do enfermeiro, conforme discurso registrado no Diário de Campo: *Agora eu acho que pra ficar melhor pra gente, tem que tirar as anotações do caderno ou então do prontuário, se não, não dá tempo fazer tudo* (Técnico de Enfermagem 5).

Ao final do treinamento, o assunto foi discutido com a chefia de enfermagem, que providenciou a solução do problema, a realização obrigatória no prontuário da evolução pelo enfermeiro, que até então não tinha sido estabelecido como prioridade.

Implantação do Histórico de Enfermagem

Os instrumentos utilizados no Processo de Enfermagem contribuem para garantir a continuidade das informações, além de organizar o trabalho do enfermeiro e permitir a avaliação da eficácia e efetividade do cuidado⁽⁷⁾.

Durante a fase exploratória, percebeu-se que o histórico com paciente ou familiar era coletado informalmente, sem roteiro, e sem registro. Sabe-se que desde a Resolução do COFEN 272/2002 é recomendado

que a implementação da SAE seja registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário em todas as fases, assim como na nova Resolução 358/2009 do COFEN em seu artigo 6º reza que os dados coletados devem ser registrados formalmente.

Buscando facilitar e agilizar a coleta, foi estabelecido inicialmente um roteiro para coleta de dados de enfermagem e do exame físico, que na prática pouco contribuiu, pois o registro era dificultado por demandar mais tempo. Assim, a fixação de roteiro não resolveria o problema.

Após utilização do impresso Diagnóstico de Enfermagem com validade para três dias e posterior redução de custo para a instituição, foi solicitado mais um impresso, o histórico de enfermagem e assim tornar possível formalizar a coleta. Estudo relata que a rapidez no preenchimento do impresso é um fator facilitador da continuidade da prática da SAE⁽¹⁶⁾.

O impresso do Histórico de Enfermagem tornou possível o conhecimento acerca do paciente de forma rápida e precisa, por estar estruturado no formato de *check-list*, além de possibilitar o acréscimo de informações relevantes em um espaço destinado para "Anotações de Enfermagem". A utilização deste instrumento tornou necessária, na maioria dos casos, a participação ativa dos familiares, pois muitos pacientes não apresentam condições de colaborar para o desenvolvimento do mesmo, pelos problemas de saúde que apresentaram durante a internação.

O HE foi aprovado pela instituição e enviado para a gráfica, para que seja feita a impressão. Enquanto não foi entregue, os pesquisadores providenciaram fotocópias para que fosse possível avaliar em tempo hábil.

A fim de enriquecer o instrumento, foi acrescentado no verso do Histórico um gráfico para

avaliação do Balanço Hídrico, com espaço para registro de 40 dias. Essa metodologia facilitou visualização rápida, sem necessidade de buscar nos prontuários até 40 dias anteriores, os valores referentes à eliminação e administração de líquidos. Foi introduzido também um gráfico com o registro dos valores das escalas de Walterlow e, quando presente uma úlcera por pressão, a escala de Barbara Bates-Jansen.

O exame físico não foi incluído no instrumento do histórico. O impresso do Histórico somente é utilizado a cada admissão ou a cada 40 dias, já o exame físico tem necessidade diária. Como solução sugerida pelo enfermeiro do setor, foi introduzida uma tabela do tipo check-list no instrumento de balanço hídrico, que ganhou um novo leiaute. No verso do instrumento de balanço hídrico, conterà a tabela para registro do exame físico e espaço para evolução de enfermagem.

Dessa forma, a instituição tem registro formal de todo o processo de enfermagem, conforme reza o Art. 6º da resolução do COFEN 358/2009. Somente assim é possível tornar visível o papel do enfermeiro e sua equipe, contribuindo para o reconhecimento profissional, porque a Enfermagem, principalmente os enfermeiros, registra muito pouco do que fazem na assistência direta ao cliente e, ao incorporar esta atividade no cotidiano, pode ser um caminho para maior visibilidade e reconhecimento do trabalho com cientificidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido buscou colaborar na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital referência da cidade de Crato-CE. Possibilitou ampliação no referencial teórico e compreensão no quanto é difícil à introdução de novas tecnologias no cotidiano da prática profissional. A

metodologia favoreceu o alcance dos objetivos e a partir da coleta de dados foi possível refletir sobre muitos dos aspectos que envolvem esse processo.

O aprendizado foi alcançado, mesmo com as dificuldades encontradas no decorrer do processo. O esclarecimento de dúvidas, erros e acertos com discussões coletivas nos treinamentos sobre a temática foi imprescindível na conquista do resultado. O apoio da instituição, o interesse do enfermeiro em implementar o processo de enfermagem de forma completa e o bom relacionamento da equipe foram as facilidades encontradas na evolução da enfermagem empírica para uma enfermagem baseada em evidências.

Ainda permanecem fragilidades e limitações do cotidiano. Apesar de ter trazido novas contribuições, o trabalho precisa ser continuado, com o aprimoramento de outras fases que foram pouco abordadas. É preciso também continuar investindo no cumprimento relativo ao dimensionamento de pessoal e na qualificação da equipe por meio de estudos e treinamentos contínuos para que se tenha clareza e subsídios científicos para melhor desenvolvimento da SAE, de modo a incorporar, valorizar essas ações, e reconhecer esse processo como diferencial, priorizando o cuidado integral, entendendo que, por ser dinâmico o conhecimento sobre esta realidade, não se pode parar com a pesquisa, pois a avaliação precisa ser contínua.

Há muito que se fazer para se chegar a excelência, mas a conquista de mudanças é uma tarefa difícil. No entanto, provou-se que é possível aplicar, desde que existam vontade e disposição dos enfermeiros e dos demais membros da equipe de enfermagem em superar as dificuldades que possam surgir, pois a sistematização da assistência de enfermagem, por meio da implementação do processo de enfermagem vem sendo realizada por muitos

profissionais, registrando-se avanços crescentes e significativos.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados [Internet]. [citado 2010 abr 20]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-272/2002, de 27 de agosto de 2002. Normatiza a sistematização da assistência de enfermagem como modelo assistencial privativo do enfermeiro [Internet]. [citado 2010 abr 20]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>.
3. Madeira LS. Processo de enfermagem em UTI: implantando etapas para integralizar o sistema de assistência [dissertação]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2003.
4. Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008; 61(6):883-7.
5. França FCV, Kawaguchi IAL, Silva EP, Abrão GA, Uemura H, Alfonso LM et al. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para a enfermagem – relato de experiência. Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2009 [citado 2010 jun 06]; 9(2):537-46. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a20.pdf>
6. Rolim KMC, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(3):432-40.

7. Barra DCC, Sasso, GTMD. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE[®] 1.0. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(1):54-63.
8. Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(16):96-8.
9. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL. Nursing interventions in the clinical practice of an intensive care unit. *Rev Latinoam Enferm.* 2010; 18(5):873-80.
10. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 14^a ed. São Paulo: Cortez; 2005.
11. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(5):675-9.
13. Aguiar MIF, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. *Rev Rene.* 2010; 11(4):66-75.
14. Rezende POR, Galzinski, RR. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação do sistema padronizado de linguagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 42(1):152-9.
15. Gallani MCBJ, Colombo RCR, Cintra EA, Rigacci SB. Coleta de dados: avaliação de um modelo piloto. *Rev Latinoam Enferm.* 1996; 4(2):179-99.
16. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1):54-64.
17. Alves AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(4):649-55.
18. Repetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(3):325-9.
19. Longaray VK, Almeida MA, Cezaro P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1):150-7.

Recebido: 13/04/2011

Aceito: 23/08/2011