



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Truppel, Thiago Christel; Meier, Marineli Joaquim; Carmo Calixto, Riciana do; Peruzzo, Simone Aparecida; Crozeta, Karla

Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 62, núm. 2, abril, 2009, pp. 221-227

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019600008>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva

Systematization of Nursing Assistance in Critical Care Unit

Sistematización de la Asistencia de Enfermería en Unidad de Terapia Intensiva

**Thiago Christel Truppel¹, Marineli Joaquim Meier¹,
Riciana do Carmo Calixto², Simone Aparecida Peruzzo³, Karla Crozeta²**

¹*Universidade Federal do Paraná. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, PR*

²*Universidade Federal do Paraná. Departamento de Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem, Curitiba, PR*

³*Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Paraná. Curitiba, PR*

Submissão: 22/07/2008

Aprovação: 03/03/2009

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, cujo objetivo foi reestruturar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Realizaram-se neste estudo as seguintes etapas: descrição da prática de enfermagem; transcrição dos diagnósticos; construção do protocolo de diagnósticos baseado na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE); determinação das prescrições e construção de normas, rotinas e procedimentos. Caracterizou-se a prática da enfermagem em UTI e a complexidade do cuidado ao paciente crítico. Assim, compreende-se a SAE como um instrumento valioso de valorização da prática da Enfermagem.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Processos de enfermagem; Classificação; Diagnóstico de enfermagem; Cuidados intensivos.

ABSTRACT

This is a methodological research, which aimed at organizing the systematization of nursing assistance in a critical care unit. The following steps were carried out: description of the nursing practice; transcription of nursing diagnoses; elaboration of a protocol for nursing diagnosis based in International Classification for Nursing Practice (ICNP); determination of nursing prescriptions and the elaboration of guidelines for care and procedures. The nursing practice and care complexity in ICU were characterized. Thus, systematization of nursing assistance is understood as a valuable tool for nursing practice.

Descriptors: Intensive care units; Nursing process; Classification; Nursing diagnosis; Intensive care.

RESUMEN

Tratase de una investigación metodologica, cuyo objetivo ha sido reestructurar la sistematización de assistència de enfermería en una unidad de terapia intensiva. Las siguientes etapas fueron realizadas en este estudio: descripción del los diagnósticos de enfermería, construcción del protocolo basado en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE), determinación de prescripciones y construcción de reglas, rutinas e procedimientos. La práctica de enfermería y la complejidad de la asistencia a pacientes críticos en UTI fueron caracterizadas. Así, la sistematización de la asistencia de enfermería es comprendida cómo un instrumento de valoración de la práctica de enfermeria.

Descriptoros: Unidades de terapia intensiva; Procesos de enfermería; Clasificación; Diagnóstico de enfermería; Cuidados intensivos.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. 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.

Esta metodologia 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.

A implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem⁽¹⁾. Oportuniza avanços na qualidade da assistência, o que impulsiona sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde.

É composta pela documentação das etapas do processo de enfermagem, a fase do histórico, do diagnóstico de enfermagem, do planejamento e a avaliação de enfermagem, etapas adotadas neste estudo⁽²⁾. Esta divisão tem cunho apenas didático, uma vez que na prática assistencial a SAE é um processo com etapas inter-relacionadas e dinâmico⁽¹⁾. Ressalta-se também que embora cada uma destas fases seja denominada por diferentes autores de diversas maneiras, elas possuem a mesma concepção.

Apesar da SAE estar incorporada à prática profissional de algumas instituições, as demandas atuais requerem seu aprimoramento, sendo necessária e imprescindível a adoção de sistemas de classificação para descrever e padronizar as situações do exercício profissional.

A enfermagem tem se aproximado dos sistemas de classificação com o intuito de se afastar do referencial que lhe guiou nas últimas décadas: o das técnicas e do tratamento curativo/interventivo e descontextualizado. Busca-se um referencial centrado no cuidado, específico, embasado em novos saberes, valores, conhecimentos e contextualizado⁽³⁾.

A adoção de sistemas de classificação permite o uso de uma linguagem única e padronizada, a qual favorece o processo de comunicação, a compilação de dados para o planejamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas, o processo de ensino-aprendizagem profissional e fundamentalmente confere científicidade ao cuidado.

Portanto, é impreterável a normatização da terminologia para possibilitar a uniformidade do significado dos termos e o seu uso científico. Com isto, torna-se possível que os termos empregados pelos profissionais transmitam a todos o mesmo significado e que a eficácia desejada na comunicação seja atingida⁽⁴⁾.

Aponta-se também que o uso de uma linguagem padronizada é uma das prioridades da profissão, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência, uma vez que torna visível e reconhecido o saber e o fazer da enfermagem pelas demais áreas do conhecimento⁽⁵⁾.

Com o intuito de satisfazer a necessidade de padronizar a linguagem, a enfermagem diferentes sistemas de classificação foram desenvolvidos, como a Nursing Interventions Classification (NIC), a Nursing Outcomes Classification (NOC), a North American

Nursing Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), entre outras.

A CIPE é um sistema de informação que classifica os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem, o que permite a descrição e a caracterização de sua prática⁽⁶⁾. Representa um marco unificador de todos os sistemas de classificação disponíveis no âmbito mundial⁽⁷⁾.

Tem como objetivos estabelecer uma linguagem única que descreva a prática de enfermagem a fim de otimizar a comunicação entre os enfermeiros e destes com os demais profissionais; propiciar dados mais fidedignos para a pesquisa, assistência, gerenciamento e ensino em enfermagem e descrever as necessidades dos indivíduos, as intervenções e os resultados advindos das ações de enfermagem⁽⁶⁾.

Neste artigo, descreve-se o processo de reestruturação da SAE em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI), utilizando a CIPE como sistema de classificação dos fenômenos de enfermagem.

A adoção da CIPE teve como pressuposto a concepção de que é necessário o desenvolvimento e o aprimoramento de um sistema de classificação unificador aceito pela enfermagem internacional. Esta escolha se justifica também pelos anseios da profissão apontados anteriormente, bem como pelas experiências da aplicação do projeto Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) no município de Curitiba.

Cabe ressaltar que na UTI em que se desenvolveu o estudo a SAE é implementada com todas as suas etapas (há um impresso denominado "SAE", composto pelos itens histórico, diagnóstico, prescrição e evolução) e está embasada na Teoria de Wanda de Aguiar Horta (desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow) e na adoção da taxonomia NANDA para identificar os diagnósticos de enfermagem.

Apesar de suprir as demandas da unidade, a necessidade de reestruturar o processo de sistematização da assistência foi identificada, visto que alguns diagnósticos e prescrições presentes no impresso "SAE" precisavam ser revistos. Também, todas as vantagens e objetivos da adoção da CIPE na SAE impulsionaram a realização de modificações. Destaca-se o interesse e empenho da equipe de enfermeiros na atualização e inovações da SAE para a melhoria da qualidade da assistência.

Portanto, tendo em vista a necessidade de aprimorar a SAE e adotar, concomitantemente, um sistema de classificação para descrever a prática da enfermagem, desenvolveu-se o presente estudo, cujos objetivos foram: reestruturar a SAE em uma UTI; elencar os diagnósticos e as prescrições de enfermagem; validar as etapas da SAE e subsidiar a estruturação de um protocolo para a operacionalização da SAE.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, realizada em uma UTI de Adultos de um Hospital de Ensino, no período de 1 de agosto a 30 de novembro de 2006.

Participaram do estudo seis enfermeiros lotados nesta unidade, os quais tiveram participação direta ou indireta no estudo. Os critérios adotados para a seleção dos profissionais foram o vínculo empregatício com a UTI e o interesse na participação do estudo.

Para seu desenvolvimento e o alcance dos objetivos propostos realizaram-se diferentes etapas, as quais são apresentadas a seguir e discutidas com maior ênfase na apresentação e discussão dos resultados.

Descrição da Prática de Enfermagem

Refere-se ao levantamento dos diagnósticos e das prescrições de enfermagem, assim como de suas incidências, por meio do registro da avaliação de vinte pacientes, selecionados de forma aleatória, pelos enfermeiros e pelo pesquisador.

Na identificação dos diagnósticos utilizou-se a taxonomia NANDA⁽⁸⁾, visto que era utilizada pelos enfermeiros na UTI. As prescrições foram elaboradas pelos enfermeiros para cada diagnóstico identificado e coletadas, posteriormente, pelo pesquisador.

Transcrição dos Diagnósticos de Enfermagem

Essa etapa, desenvolvida pelo pesquisador, diz respeito à transcrição dos diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA⁽⁸⁾ para a CIPE versão beta 2⁽⁶⁾.

Os diagnósticos da NANDA identificados na primeira etapa foram analisados pelo título, pelas características definidoras, pelos fatores relacionados e pelos fatores de risco. Esta análise permitiu ao pesquisador a identificação dos fenômenos de enfermagem pela CIPE, uma vez que o raciocínio clínico é o mesmo, independente do sistema de classificação adotado.

Os eixos da classificação dos fenômenos de enfermagem da CIPE⁽⁶⁾ utilizados foram: foco da prática, julgamento, probabilidade e/ou local do corpo.

Construção do Protocolo de Diagnósticos de Enfermagem

Para apresentar aos enfermeiros os diagnósticos transcritos no formato CIPE⁽⁶⁾ elaborou-se um protocolo com a finalidade de auxiliá-los no julgamento clínico.

Esta construção foi realizada pelo pesquisador, o qual utilizou a definição dos termos pertencentes aos eixos expostos na classificação dos fenômenos de enfermagem da CIPE para conceituar cada diagnóstico. As manifestações clínicas e laboratoriais foram elaboradas a partir das características definidoras, dos fatores relacionados e dos fatores de risco da NANDA⁽⁸⁾.

Após esta construção individual, apresentou-se o protocolo aos enfermeiros da unidade para discuti-lo, alterá-lo e validá-lo. Para isto, foi disponibilizada uma cópia para cada profissional, solicitando que verificassem cada sinal, sintoma e achados laboratoriais, com a finalidade de incluir, excluir ou alterar o que considerasse relevante para a confirmação de cada diagnóstico.

Determinação das Prescrições de Enfermagem

A quarta etapa do processo de reestruturação da SAE constituiu-se da análise, discussão e determinação das prescrições de enfermagem a serem adotadas. Para alcançar este objetivo foi realizada uma revisão de literatura para identificar os cuidados preconizados e elencar as prescrições específicas.

A análise, alteração e validação dos cuidados foram realizadas pelo pesquisador e pelo coordenador de enfermagem da unidade em três reuniões. Como resultado, obtiveram-se as prescrições que foram utilizadas para compor a SAE reestruturada.

Construção de Normas, Rotinas e Procedimentos

Com as discussões sobre as prescrições de enfermagem determinou-se que os cuidados relacionados aos procedimentos e às rotinas da unidade seriam padronizados, com o intuito de eliminar

a necessidade de prescrevê-los.

O coordenador de enfermagem selecionou seis procedimentos (cateterização vesical de demora, monitorização da pressão intra-abdominal, cateterização venosa central, monitorização da pressão venosa central, cateterização arterial/monitorização da pressão arterial média e sondagem nasogástrica/nasoenteral) para serem padronizados, os quais constam no manual da unidade. As padronizações foram realizadas pelo pesquisador por meio de revisão de literatura e validadas pelo coordenador de enfermagem.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi desenvolvimento após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Os enfermeiros convidados a participar do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos advindos do mesmo. Garantiu-os o anonimato por meio da codificação dos participantes.

Para os quais apresentaram desejo em participar do estudo voluntariamente, solicitou-se assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas da Resolução nº 196/96 do Ministério de Saúde. Todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados no desenvolvimento do presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição da Prática de Enfermagem

A primeira etapa desenvolvida para reestruturar a SAE foi a descrição da prática de enfermagem por meio dos diagnósticos (Tabela 1) e das prescrições (Tabela 2). Foram identificados vinte e nove (29) diagnósticos da taxonomia NANDA e trinta e oito (38) prescrições de enfermagem.

Transcrição dos Diagnósticos e Determinação das Respectivas Prescrições

Os resultados das etapas dois e quatro são apresentados em conjunto, a fim de facilitar a visualização da prática de enfermagem. Portanto, apontam-se os diagnósticos transcritos e as respectivas prescrições selecionadas.

No entanto, apresentam-se a seguir apenas três exemplos para ilustrar todo o processo de reestruturação da SAE, o qual resultou em vinte e seis (26) diagnósticos pela CIPE⁽⁶⁾ e várias prescrições.

Os diagnósticos da CIPE⁽⁶⁾ selecionados como exemplos são: ventilação disfuncional, risco para aspiração e perfusão tissular do cérebro diminuída.

a. Ventilação disfuncional

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA⁽⁸⁾ ventilação espontânea prejudicada e padrão respiratório ineficaz foram identificados, respectivamente, em 95% e 75% dos pacientes examinados.

Ao analisar os diagnósticos em questão, evidencia-se que apresentam sinais e sintomas semelhantes e que se sobrepõe, o que torna difícil a realização do diagnóstico diferencial. Portanto, foram agrupados para definir apenas um título diagnóstico pela CIPE⁽⁶⁾.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	%
Comunicação verbal prejudicada	100
Déficit no autocuidado para banho/higiene	100
Déficit no autocuidado para higiene íntima	100
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	100
Dor aguda	100
Risco para infecção	100
Risco para disfunção neurovascular periférica	95
Risco para integridade da pele prejudicada	95
Risco para temperatura corporal desequilibrada	95
Ventilação espontânea prejudicada	95
Risco para aspiração	90
Perfusão tissular ineficaz cardiopulmonar	85
Perfusão tissular ineficaz periférica	85
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	75
Padrão respiratório ineficaz	75
Confusão aguda	65
Processos familiares interrompidos	65
Perfusão tissular ineficaz gastrointestinal	45
Perfusão tissular ineficaz cerebral	35
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	25
Déficit no autocuidado para alimentação	20
Integridade da pele prejudicada	10
Perfusão tissular ineficaz renal	10
Hipertermia	5
Hipotermia	5
Mobilidade física prejudicada	5
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	%
Risco para síndrome do desuso	5
Risco para volume de líquidos desequilibrado	5
Volume de líquidos excessivo	5

Quadro 1. Diagnósticos de enfermagem identificados pelos enfermeiros, utilizando a taxonomia da NANDA, na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Assim, o diagnóstico correspondente à ventilação espontânea prejudicada e padrão respiratório ineficaz na nomenclatura CIPE é ventilação disfuncional. Foi elaborado pela utilização dos termos pertencentes, respectivamente, aos eixos foco da prática de enfermagem e julgamento⁽⁶⁾.

A ventilação disfuncional é definida como o funcionamento anormal ou incompleto do movimento do ar para dentro e para fora dos pulmões com um certo padrão e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de expiração⁽⁶⁾. Observa-se que este diagnóstico se relaciona à mecânica da ventilação e não aos processos de troca gasosa e transporte de oxigênio/dióxido de carbono.

Os cuidados prescritos para o diagnóstico em questão foram: manter em semi-Fowler; avaliar a gasometria arterial; avaliar expansibilidade torácica (amplitude e simetria) e uso de musculatura acessória; realizar ausculta pulmonar; comunicar saturação de oxigênio pela oximetria de pulso (SpO_2) inferior a 92%; avaliar sinais e sintomas de infecção pulmonar; avaliar complicações relacionadas à ventilação mecânica; avaliar possibilidade de desmame ventilatório; observar sincronismo paciente-ventilador; avaliar radiografia de tórax; observar sinais e sintomas de hipoxemia.

b. Risco para aspiração

O diagnóstico da NANDA⁽⁸⁾ risco para aspiração foi identificado em 90% dos pacientes. O título diagnóstico correspondente para a CIPE é o mesmo, elaborado pela utilização dos termos pertencentes, respectivamente, aos eixos probabilidade e foco da prática de enfermagem. É utilizado para identificar o indivíduo que apresenta o risco de inalação de substâncias exógenas ou gástricas para as vias aéreas inferiores⁽⁶⁾.

Os cuidados prescritos foram: confirmar o posicionamento e aspirar sonda gástrica antes de infundir a dieta; observar presença de distensão abdominal e estase gástrica; examinar o abdome; manter em Fowler durante e por 2 horas após a infusão da dieta; observar a ocorrência de eliminações intestinais

c. Perfusão tissular do cérebro diminuída

O diagnóstico da NANDA⁽⁸⁾ perfusão tissular ineficaz: cerebral foi identificado em 35% dos pacientes examinados. Refere-se a uma situação que se caracteriza por mudanças nas reações pupilares, no estado mental, nas respostas motora e de comportamento⁽⁸⁾. Todos esses manifestações clínicas indicam redução do fluxo sanguíneo, interferindo na oxigenação e nutrição do parênquima

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	%
Aspirar VAS/TOT/Traqueo conforme protocolo.	100
Realizar lavagem das mãos antes e após qualquer procedimento.	100
Respeitar precauções e uso de EPI's conforme rotina do NCIH.	100
Trocar curativos de acessos vasculares conforme protocolo.	100
Manter procedimentos datados, identificados e fixados.	100
Realizar curativo em região:	100
Realizar/auxiliar na higiene corporal conforme protocolo.	100
Realizar/auxiliar nas higiennes oral e ocular conforme protocolo.	100
Realizar higiene íntima conforme protocolo.	100
Proporcionar mecanismos de comunicação paciente-cuidador.	100
Observar sinais de dor (taquicardia, hipertensão, diaforese, taquipneia) e comunicar	100
Comunicar alterações em ventilação mecânica.	95
Observar em extremidades: cianose, perfusão, temperatura. Comunicar alterações ao	95
Comunicar se temperatura < 35,8°C ou > 37,2°C.	95
Proteger proeminências ósseas.	95
Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas.	95
Hidratar e massagear pele 3 vezes ao dia.	95
Trocá ambu a cada 24 horas ou QN.	95
Manter cabeceira elevada a ____ graus, ____ graus para repouso e ____ graus para infusão	90
Interromper fluxo de dietas durante procedimentos.	90
Aspirar SNG/SNE antes de instalar as dietas. Lavar sondas após a dieta.	90
Trocá acesso venoso periférico conforme protocolo.	90
Trocá umidificador/filtro a cada 7 dias ou QN. Hoje () sim () não	90
Observar presença de edema em MMSS e MMII. Se edemaciados, elevá-los e comunicar.	85
Observar e anotar padrão ventilatório. Comunicar alterações.	85
Observar SVV e precisão na infusão de soros.	75
Comunicar se SpO ₂ < 92%.	75
Garantir precisão na infusão de soros.	75
Instalar dietas rigorosamente nos horários.	75
Trocá circuito da linha arterial conforme protocolo.	75
Conter MMSS se apresentar agitação.	65
Elevar grades laterais da cama.	65
Observar e anotar freqüência de evacuações, náuseas e vômitos. Comunicar alterações.	45
Observar e anotar comportamento neurológico. Comunicar alterações.	35
Suspender procedimentos se PIC > 20 mmHg e comunicar enfermeiro.	25
Observar e anotar débito urinário e suas características. Comunicar alterações.	10
Realizar compressas frias se temperatura > 37,4°C e comunicar enfermeiro.	5
Proporcionar aquecimento externo se temperatura < 36°C e comunicar enfermeiro.	5

Legenda: M (Manhã), T (Tarde), N (Noite), VAS/TOT/Traqueo (Vias aéreas superiores/tubo orotracheal/traqueostomia), EPI's (Equipamentos de proteção individual), NCIH (Núcleo de controle de infecção hospitalar), SNG/SNE (Sonda nasogástrica/sonda nasoenteral), QN (Quando necessário), MMSS/MMII (Membros superiores/membros inferiores), SVV (Sinais vitais), SpO₂ (Saturação de oxigênio pela oximetria de pulso), PIC (Pressão intracraniana).

Quadro 2. Prescrições de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

cerebral.

Outro diagnóstico da NANDA⁽⁸⁾ identificado e que também interfere no fluxo sanguíneo cerebral foi capacidade adaptativa intracraniana diminuída (25%), o qual indica o estado no qual os mecanismos que normalmente compensam os aumentos dos volumes intracranianos estão comprometidos, com consequentes aumentos desproporcionais da pressão intracraniana (PIC) em resposta a diversos estímulos nocivos e não nocivos⁽⁸⁾.

Como a pressão de perfusão cerebral é representada pela diferença entre a pressão arterial média e a pressão intracraniana (PPC = PAM – PIC), um aumento da última pode resultar em redução do fluxo sanguíneo para o cérebro⁽⁹⁾. Portanto, o diagnóstico capacidade adaptativa intracraniana diminuída pode resultar em

perfusão tissular ineficaz cerebral, caso medidas terapêuticas não sejam implementadas.

Diante desta relação entre os dois diagnósticos, agrupou-os para compor apenas um título pela CIPE: perfusão tissular do cérebro diminuída. Foi elaborado pela utilização dos termos pertencentes, respectivamente, aos eixos foco da prática de enfermagem, local do corpo e julgamento⁽⁶⁾.

As prescrições de enfermagem necessárias para monitorizar o paciente e mantê-lo estável clinicamente são: realizar exame pupilar; avaliar nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow/Escala de Ramsay; avaliar reflexo cutâneo-plantar, córneo-palpebral, óculo-cefálico e patelar; manter alinhamento céfalo-caudal; monitorar pressão de perfusão cerebral; comunicar otoliquorréia,

rinoliquorréia, hemotímpano, sinal de Battle e Guaxinin; avaliar força muscular; anotar débito e características do líquido cefalorraquidiano; manter em Trendelenburg reverso; manter em semi-Fowler; comunicar se PAM inferior a 70 mmHg; monitorizar PIC, suspender procedimentos se igual ou acima de 20 mmHg e comunicar enfermeiro; realizar curativo no ponto de inserção do catéter intraventricular com solução fisiológica (SF) 0,9% uma vez ao dia ou quando necessário (QN); avaliar e anotar aspecto do ponto de inserção do catéter intraventricular e monitorizar saturação de bulbo jugular.

Construção do Protocolo de Diagnósticos de Enfermagem

A terceira etapa foi desenvolvida para padronizar, orientar e fundamentar o julgamento clínico dos enfermeiros da UTI quanto à realização dos diagnósticos. A proposta apresentada aos profissionais foi a elaboração de um protocolo que apontasse a definição, as manifestações clínicas e laboratoriais de cada diagnóstico.

Esta proposta culminou da problemática identificada na CIPE: a classificação não apresenta os sinais e sintomas que fundamentem a afirmação diagnóstica, uma vez que apontam apenas a definição dos termos. Isto implica em dificuldades para o raciocínio clínico, pois as manifestações clínicas e laboratoriais necessárias para a identificação dos diagnósticos são insuficientes.

Construção de Normas, Rotinas e Procedimentos

Para padronizar os procedimentos da UTI e estabelecer os cuidados de enfermagem mínimos aos pacientes internados, elaboraram-se protocolos para os procedimentos mais realizados na unidade.

Esta padronização teve por finalidade permitir que os cuidados relacionados às técnicas não fossem mais prescritos, visto que são gerais e de rotinas/protocolares, o que se justifica pelo fato de possibilitar a individualização da assistência de enfermagem e a redução de cuidados prescritos. Buscou-se também fornecer auxílio aos profissionais como fonte de consulta e estabelecer os princípios e a maneira como os procedimentos devem ser executados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cuidado altamente especializado e complexo que o enfermeiro desenvolve em uma Unidade de Terapia Intensiva, a sistematização e a organização do seu trabalho e, por conseguinte, do trabalho da equipe de enfermagem, mostram-se imprescindíveis para uma assistência de qualidade, com eficiência e eficácia.

Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho embasada cientificamente. Isto resulta na consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico. Estes sustentam e caracterizam a enfermagem enquanto disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos.

Não apenas os benefícios diretos ao paciente são observados com a utilização da SAE e da CIPE, mas também os benefícios voltados à instituição e aos demais profissionais da equipe multidisciplinar. Os gastos com erros e desperdícios de tempo resultantes de um ambiente de trabalho desorganizado são

minimizados, a comunicação entre os profissionais é otimizada e as informações são documentadas para posterior utilização na assistência, no ensino e, principalmente, na pesquisa.

Portanto, os estudos e discussões sobre o processo de trabalho do enfermeiro e, especificamente sobre a SAE e a CIPE, mostram-se de grande relevância para as instituições, prestadoras de serviços de saúde e, em última instância, para o sistema único de saúde, o qual terá dados e informações para desenvolver o planejamento de ações voltadas para a saúde da população.

A CIPE subsidia a sistematização da assistência, uma vez que é um instrumento de coleta de dados. Isto permite categorizar o cuidado de enfermagem prestado à clientela, planejar a assistência, alocar recursos humanos, materiais e financeiros necessários para implementar o cuidado, efetuar o dimensionamento dos profissionais, tomar decisões pautadas em informações fidedignas, avaliar a qualidade da assistência e alcançar o desenvolvimento da profissão.

Uma classificação internacional possibilita que os enfermeiros participem de processos de tomada de decisões relacionadas à assistência e às políticas de saúde por propiciar dados autênticos e que realmente descrevem as necessidades da população. Permite também o desenvolvimento de pesquisas, a construção do conhecimento e o aprimoramento do ensino⁽¹⁰⁾.

A adoção da CIPE na prática de enfermagem promove a documentação precisa e consistente da assistência, fornece dados para a tomada de decisões e para a avaliação da qualidade do cuidado prestado e possibilita a continuidade da assistência aos pacientes transferidos para outras unidades.

Assim, a SAE e a CIPE são instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro e tecnologias de enfermagem que favorecem a consolidação, a visibilidade e a caracterização do seu papel na atenção à saúde dos indivíduos. São tecnologias, uma vez que compreendem conhecimentos humanos sistematizados e científicos, visam a qualidade de vida, requerem a presença humana e se concretizam no ato de cuidar, considerando a questão ética e o processo reflexivo⁽¹¹⁾.

No entanto, apesar dos benefícios advindos da utilização da SAE, observa-se que em algumas instituições os enfermeiros não a utilizam, visto que tomam decisões não pautadas no raciocínio clínico, assim como não se preocupam com a qualidade dos registros referentes ao planejamento do cuidado⁽¹²⁾.

Isto deve ser revertido no cenário brasileiro, pois a tão almejada científicidade profissional somente será alcançada quando ocorrer à adoção de instrumentos científicos que embasem a prática assistencial⁽¹³⁾.

Com a utilização da SAE e da CIPE no presente estudo emergiram algumas dificuldades e desvantagens. Em relação à CIPE, esta não indica as manifestações clínicas e laboratoriais para os fenômenos de enfermagem, o que dificulta o raciocínio diagnóstico e sua utilização na prática clínica, fato observado também por Arruda e Garcia⁽¹⁴⁾. Entretanto, este sistema de classificação é de extrema relevância, devido às diversas vantagens já apontadas no decorrer do presente estudo.

Aponta-se que é necessário e indubitável que novos estudos sejam realizados em relação à CIPE, com a finalidade de promover o desenvolvimento e o aprimoramento deste sistema de classificação.

Identifica-se também a necessidade da criação de um grupo

para a validação dos diagnósticos identificados com o uso da CIPE, visto que pode ocorrer a utilização inadequada de termos e títulos diagnósticos, o que resultaria em prejuízo na comunicação entre os enfermeiros e o não alcance dos objetivos propostos pela CIPE.

Quanto à SAE, identificam-se pontos que dificultam o alcance dos seus objetivos: quando os cuidados prescritos são relacionados aos procedimentos rotineiros e básicos, observa-se que estes são implementados antes de sua leitura e, posteriormente, checados. Com isto, a finalidade de orientar a equipe no cuidado ao paciente não é atingida, uma vez que os cuidados prescritos são de conhecimento da grande maioria dos auxiliares e técnicos de

enfermagem.

Isto evidencia que os cuidados prescritos pelos enfermeiros devem ser revistos, por meio de estudos que identifiquem prescrições efetivas e que realmente interfiram no estado clínico do paciente.

Por último, fica a proposta de desenvolver estudos que relacionem os diagnósticos, as prescrições e os resultados. Esta tríade demonstra a necessidade de identificar com alto grau de acurácia os diagnósticos para selecionar suas respectivas prescrições, uma vez que é possível avaliar a efetividade dos cuidados por meio dos resultados analisados na evolução de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(3): 261-5.
2. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 272/2002, Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. [citado 06 ago 2006]. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>
3. Antunes MJM, Chianca TCM. As classificações de enfermagem na saúde coletiva: o projeto CIPESC. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(6): 644-51.
4. Nóbrega MML, Garcia, TR. Terminologias em enfermagem: desenvolvimento perspectivas de incorporação na prática profissional. In: Albuquerque LM, Cubas MR. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba (PR): ABEn; 2005.
5. Crossetti MGO, Dias V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem: experiência brasileira. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(6): 720-4.
6. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE Beta 2. São Paulo: CENFOBS/UNIFESP; 2003.
7. Garcia TR, Nóbrega MML, Sousa MCM. Validação das definições de termos identificados no Projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(1): 52-63.
8. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2001-2002. Porto Alegre: Artmed; 2002.
9. Guastelli LR, Ribas MR, Rosa, CACA. Pressão intracraniana. In: Knobel E, et al. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2006.
10. Affara F, Oguiso T. Classificação internacional para a prática de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1995; 48(4): 423-35.
11. Meier MJ. Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
12. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5): 568-72.
13. Carraro TE, Kletemberg DF, Gonçalves LM. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(5): 499-501.
14. Arruda AJCG, Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem relacionados à oxigenação, atribuídos a vítimas de trauma admitidos em CTI. *Rev Bras Enferm* 2000; 53(3): 363-74.