



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Lima de Gusmão, Josiane; Geraldo Pierin, Angela Maria
Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida para Hipertensos de Bulpitt e Fletcher
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 43, núm. 1, diciembre, 2009, pp. 1034-1043
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033301007>

- 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 sustentada pela Teoria de Wanda Horta

SYSTEMATIZATION OF THE NURSING ASSISTANCE AT THE INTENSIVE CARE UNIT (ICU) BASED ON WANDA HORTA'S THEORY

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA BASADA EN LA TEORÍA DE WANDA HORTA

Lúcia Nazareth Amante¹; Annelise Paula Rossetto²; Dulcinéia Ghizoni Schneider³

RESUMO

O objetivo foi implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tendo como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e o Diagnóstico de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), partindo da avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem sobre a SAE e incluindo a sua participação nesse processo. É uma pesquisa-ação de cunho qualitativo, realizada na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital da cidade de Brusque, Santa Catarina, de outubro de 2006 a março de 2007. Pode-se perceber que os profissionais da enfermagem sabem pouco sobre a SAE, porém possuem grande interesse em aprender e desenvolvê-la em sua prática diária. Conclui-se que foi possível realizar uma sistematização de assistência de fácil aplicação, através da utilização de impressos simples que forneceram todas as informações necessárias para o desenvolvimento qualificado do cuidado de enfermagem.

DESCRIPTORES

Unidades de Terapia Intensiva.
Processos de enfermagem.
Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of this study was to implement the Nursing Care Systematization - *Sistematização da Assistência de Enfermagem* (SAE) - with Wanda Aguiar Horta's Theory of Basic Human Needs and the North American Nursing Diagnosis Association's (NANDA) Nursing Diagnosis as its references. The starting point was the evaluation of the knowledge of the nursing team about the SAE, including their participation in this process. This is a qualitative study, performed in the Intensive Care Unit in a hospital in the city of Brusque, Santa Catarina, from October, 2006 to March, 2007. It was observed that the nursing professionals know little about SAE, but they are greatly interested in learning and developing it in their daily practice. In conclusion, it was possible to execute the healthcare systematization in an easy way, with the use of simple brochures that provided all the necessary information for the qualified development of nursing care.

KEY WORDS

Intensive Care Units.
Nursing process.
Nursing care.

RESUMEN

El objetivo fue implementar la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) utilizando como marco teórico la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta y el Diagnóstico de Enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), partiendo de la evaluación del conocimiento del equipo de enfermería sobre la SAE e incluyendo su participación en ese proceso. Se trata de una investigación de tipo cualitativo, realizada en la Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital de la ciudad de Brusque, en el estado de Santa Catarina, en los meses de octubre de 2006 a marzo de 2007. Se puede percibir que los profesionales de enfermería saben poco sobre la SAE; sin embargo poseen un gran interés en aprenderla y desarrollarla en su práctica diaria. Se concluye que fue posible realizar una sistematización de la asistencia de fácil aplicación, a través de la utilización de folletos simples que ofrecen todas las informaciones necesarias para el desarrollo calificado del cuidado de enfermería.

DESCRIPTORES

Unidades de Terapia Intensiva.
Procesos de enfermería.
Atención de enfermería.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudo da História do Conhecimento de Enfermagem e do Núcleo de Pesquisas em Neurologia Experimental e Clínica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. luciamante@gmail.com. ² Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva e Emergência, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Catarina. Blumenau, SC, Brasil. rossetto4@msn.com. ³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina. Doutoranda da Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do NEFIS/UFSC. Coordenadora no NUPEn/UNISUL. Florianópolis, SC, Brasil. dulcigs@matrix.com.br

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se destina ao tratamento de pacientes em estado crítico, dispondo de uma infra-estrutura própria, recursos materiais específicos e recursos humanos especializados que, através de uma prática assistencial segura e contínua, busca o restabelecimento das funções vitais do corpo⁽¹⁾. O Enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem e através da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), assegura uma prática assistencial adequada e individualizada. Os diagnósticos de enfermagem identificam a situação de saúde/doença dos indivíduos internados, resultando em um cuidado de enfermagem individual e integral, fundamentado no conhecimento científico.

Compreende-se que, para que se tenha uma assistência de enfermagem adequada e individualizada é necessária a aplicação de uma SAE, baseada em uma teoria específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam cuidado. Além disso, esta deve estar ajustada conforme as possibilidades de cada instituição: número de funcionários, horas semanais de serviço, dentre outros. Isso se torna ainda mais complexo em se tratando de uma unidade de terapia intensiva onde os pacientes ali internados cujas funções vitais exigem maiores cuidados, além de existir um número considerável de procedimentos técnicos exclusivos do enfermeiro.

OBJETIVOS

- **Objetivo geral:** Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem individualizada e humanizada na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital filantrópico de Brusque – Santa Catarina, tendo como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e o Diagnóstico de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) proposto em um estudo.

- **Objetivos específicos:** Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a SAE e incluindo a sua participação nesse processo.

REVISÃO DE LITERATURA

As teorias de enfermagem e o cuidado: resgate histórico

A enfermagem sempre se baseou em princípios, crenças, valores e normas tradicionalmente aceitos, porém a evolução da ciência mostrou a necessidade de se pesquisar para se construir o saber. Assim, na década de 50 os enfermeiros perceberam a necessidade de desenvolver conhecimentos específicos e concluíram que isso só seria possível através da elaboração de teorias próprias⁽²⁾. O avanço

do conhecimento teórico beneficiou a descentralização do modelo biomédico do cuidado e favoreceu o foco do cuidado da enfermagem ao ser humano, e não em sua enfermidade. Todas as teorias publicadas destacam a pessoa como o foco principal, apresentada como um ser bio-psico-sócio-espiritual. Sendo assim, a unicidade e totalidade devem ser preservadas para que o cuidado seja adequado e alcance seus objetivos⁽²⁾.

Os modelos teóricos têm contribuído muito na prática assistencial da enfermagem quando utilizados como referencial para a sistematização da assistência de enfermagem. Isso proporciona meios para organizar as informações e os dados dos pacientes, para analisar e interpretar esses dados, para cuidar e avaliar os resultados desse cuidado. Acredita-se na ciência da enfermagem que vem se desenvolvendo através da criação de teorias próprias, do por meio de pesquisas específicas e da sistematização de seu conhecimento e assistência prestada. Com o avanço das teorias de enfermagem, foi preciso a criação de um método científico, específico e sistemático, para o fazer do enfermeiro, desenvolvendo-se o processo de enfermagem. Quando os enfermeiros colocam em prática modelos do processo de enfermagem, os pacientes recebem cuidados qualificados em um mínimo de tempo e um máximo de eficiência.

A aplicação da sistematização da assistência de enfermagem através do processo de enfermagem

Conforme a resolução do COFEN⁽³⁾ a SAE, atividade privativa do enfermeiro, busca a identificação das situações saúde/doença dos indivíduos através da utilização de um método e de uma estratégia de trabalho científicos que irão subsidiar ações de enfermagem contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos. O processo de enfermagem é a maneira sistemática e dinâmica de prestar cuidado de enfermagem, promovendo cuidado humanizado, orientado a resultados e de baixo custo. Além disso, impulsiona os enfermeiros a analisarem constantemente o que estão fazendo e a estudarem como poderiam fazê-lo melhor⁽⁴⁾. A SAE é essencial para que o enfermeiro possa gerenciar e desenvolver uma assistência de enfermagem organizada segura, dinâmica e competente⁽⁵⁾.

O processo de enfermagem possui cinco etapas distintas, porém inter-relacionadas, que são: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essa inter-relação deve ocorrer, pois uma coleta inadequada de dados leva a uma determinação errônea dos problemas apresentados (diagnósticos de enfermagem) e conseqüentemente um planejamento de ação inapropriado⁽⁴⁾. A utilização do processo de enfermagem traz muitos benefícios tais como: redução da incidência e tempo das internações hospitalares à medida que agiliza o diagnóstico e o tratamento de problemas de saúde; cria um plano de eficácia

de custos; melhora a comunicação entre a equipe, prevenindo erros e repetições desnecessárias; elabora cuidados ao indivíduo e não apenas para a doença⁽⁴⁾.

Acredita-se que no cuidado em UTI o processo de enfermagem se torna imprescindível devido a gravidade da situação de saúde dos pacientes internados, dificultando a entrevista e exigindo uma observação e exame físico adequados, a necessidade de ação rápida, segura e efetiva da equipe de enfermagem e o longo tempo de permanência desses pacientes no ambiente hospitalar. Além disso, deve-se considerar a necessária participação ativa dos familiares na realização do processo de enfermagem na UTI, pois as maiorias dos pacientes ali internados não apresentam condições de colaborar para o desenvolvimento do mesmo.

MÉTODO

Tipo de pesquisa e local de realização: pesquisa ação realizada em um hospital filantrópico de Brusque, Santa Catarina, no período de outubro de 2006 a março de 2007.

Referencial teórico: utilizados como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta⁽⁶⁾ e o Diagnóstico de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁽⁷⁾.

Participantes: totalizaram 15 pessoas, sendo cinco clientes e dez componentes da equipe de enfermagem. Esta formada por 02 enfermeiros e 08 técnicos/auxiliares de enfermagem.

Aspectos éticos: o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), sob Parecer nº 06.217.4.04.II. Foi solicitado aos participantes, tanto os pacientes como os funcionários, a leitura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua assinatura no referido documento caso aceitasse participar. No caso dos pacientes com a autonomia reduzida, o seu representante legal que concedeu a aceitação.

Instrumentos da pesquisa: foram utilizados os seguintes instrumentos:

a. Entrevista estruturada aplicada aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI durante os meses de dezembro e janeiro. Os dados foram coletados pelas autoras, durante o horário de trabalho dos participantes, sendo que o mesmo foi previamente combinado.

b. Palestra educativa sobre a SAE para os integrantes da equipe de enfermagem da UTI, com o objetivo de orientá-los para que pudessem colaborar com a implementação da SAE neste setor. A palestra foi agendada de acordo com a disponibilidade de todos os envolvidos e ministrada por uma das autoras do estudo.

c. Formulários para registro da SAE: devido a peculiaridade de uma UTI, considerou-se ser necessário a elaboração de impressos específicos que pudessem ser preenchidos de forma rápida e precisa. Os formulários do histórico

de enfermagem, diagnóstico de enfermagem e prescrição de enfermagem foram elaborados pelas autoras a partir da experiência prática das mesmas, dos resultados das entrevistas e da consulta ao referencial teórico. Os diagnósticos de enfermagem bem como as intervenções foram elaborados a partir das necessidades alteradas que os pacientes apresentavam tendo como referencia a Teoria das Necessidades Humanas Básicas⁽⁶⁾ e NANDA⁽⁷⁾. A utilização destes formulários possibilitou a avaliação constante da eficiência e aplicabilidade, tanto das autoras que os conceberam quanto dos participantes do estudo, sendo que os mesmos foram modificados de acordo com o resultado que promoviam.

d. Análise dos resultados: Os dados foram submetidos a análise temática.

RESULTADOS

A partir da leitura atenta do material compilado que emergiu das entrevistas com os participantes deste estudo, percebeu-se que os integrantes da equipe de enfermagem têm noção sobre o valor do conhecimento para a ação em enfermagem, conferindo segurança e otimização de resultados desta ação. Por outro lado, foi evidenciado que tem dúvidas sobre o papel do enfermeiro e sua responsabilidade na execução da SAE. Pode-se apontar como resultados a elaboração de formulários, cuja utilização durante a realização da pesquisa facilitaram a implementação da SAE e a compreensão dos integrantes da equipe de enfermagem sobre a mesma. Foi durante o estudo que se elaborou o conjunto de formulários para o registro, os quais se apresentam a seguir. O primeiro passo foi desenvolver um roteiro de *Histórico de Enfermagem* (Anexo 1).

Como segundo passo, elaborou-se a folha de *Diagnósticos de Enfermagem* (Anexo 2) com os diagnósticos de enfermagem mais utilizados em UTI, sendo disponibilizado um espaço ao lado de cada um para preenchimento das características definidoras e os fatores relacionados.

Enfim, foi elaborada a folha de *Prescrição de Enfermagem* (Anexo 3) que englobou cuidados diversos, relacionados aos diagnósticos que foram identificados, com um espaço em branco ao lado de cada cuidado, para registro do aprazamento.

DISCUSSÃO

O conhecimento é, sem dúvida, um dos valores de grande importância para o agir profissional do enfermeiro uma vez que confere aos profissionais, segurança na tomada de decisões relacionadas ao paciente, a sua equipe e às atividades administrativas da unidade. Isso se reflete na equipe de enfermagem, haja vista que esta tem o enfermeiro como um condutor. Assim, a iniciativa para assumir condutas e atitudes está intimamente relacionada ao conhecimento que o profissional possui, pois este dá para os enfermeiros a certeza de estarem agindo da maneira mais correta e adequada⁽⁸⁾.

Durante as entrevistas foi possível identificar o desconhecimento da equipe sobre a SAE, pois os respondentes ficaram pensativos e demoraram a elaborar o seu conceito ou responderam rapidamente não saber do que se tratava. Seus depoimentos se sustentaram em conceitos práticos elaborados a partir do julgamento que o próprio nome, SAE, remete. Embora nenhum participante do estudo tenha dado um conceito totalmente adequado à SAE, todos a reconhecem como um programa desenvolvido pela enfermagem para que esta possa aplicar seus conhecimentos no cuidado aos pacientes. No entanto, não basta que se reconheça a SAE como um método sistemático e prático, ótimo para a aplicação de conhecimentos no cuidado aos pacientes. É necessário que toda a equipe de enfermagem, envolvida no processo de implementação desse sistema, saiba quais são os seus passos e, principalmente, como cada um destes deve ser implementado em sua prática diária.

Percebeu-se que a maioria dos entrevistados reconheceu a SAE como um suporte para que o trabalho da enfermagem seja aplicado corretamente, baseado em um levantamento apropriado de informações e aplicação de cuidados adequados. E que, além disso, sirva para o crescimento da enfermagem enquanto ciência. Um dos questionamentos feitos durante a entrevista foi em relação a importância que eles atribuíam à SAE. Com a utilização de uma escala de importância que variava de 1 a 10, sendo 1 importância mínima e 10 importância máxima, solicitou-se que eles quantificassem a SAE de acordo com a escala sugerida. A maioria dos participantes conferiu pouca importância e que isso ocorreu, principalmente, pela falta de conhecimento sobre o que é a SAE, sendo que apenas dois dos participantes afirmaram que ela era de máxima importância para o fazer da enfermagem, pois proporcionava um bom andamento do trabalho da equipe, porém se achavam pouco preparados para aplicá-la em sua prática diária.

No Brasil, segundo a resolução do COFEN⁽³⁾ a SAE é uma atividade privativa do Enfermeiro, mas considera-se importante salientar que todos os componentes da equipe de enfermagem fazem parte desse processo, pois todos podem contribuir, no momento oportuno, com informações ou atividades que favorecerão o cuidado ao paciente. Pareceu neste estudo que a função do Enfermeiro e da equipe de enfermagem na aplicação da SAE estava pouco definida, pois mesmo os enfermeiros tinham dúvidas quanto às suas responsabilidades nesse processo, e acabavam delegando algumas de suas funções aos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Essa dificuldade de reconhecer o verdadeiro responsável pela realização da SAE foi observada quando se perguntou se sabiam quem deveria realizá-la, e obteve-se as seguintes respostas:

A enfermeira (Begônia).

O enfermeiro e sua equipe (Tulipa).

Equipe de enfermagem (Gérbera).

Assim, se existiu uma dificuldade de responder quem é a pessoa responsável por realizar a SAE, tornou-se ainda

mais difícil reconhecer os seus próprios papéis na SAE, conforme citações a seguir:

Acredito que seja ajudar a seguir o roteiro elaborado por ela. Que seja isso (Lírio).

Colocar em prática tudo que a gente aprende né, do que a enfermeira ou a chefe do setor ensina pro pessoal, equipe de enfermagem. E tem que se fazer o melhor possível para botar em prática se não, não tem resultado nenhum, né (Margarida).

Implantar a SAE (Tulipa).

Os papéis estarão bem definidos a partir do momento que o Enfermeiro assumir as suas responsabilidades e delegar funções coerentes aos seus funcionários, ou seja, o Enfermeiro realiza a coleta de dados, com a ajuda de sua equipe, levanta os diagnósticos de enfermagem e elabora um plano de cuidados ou prescrição de enfermagem. Este será implementado por toda equipe, conforme complexidade do procedimento e disponibilidade de funcionários no período para, na seqüência, realizar a evolução de enfermagem. Neste momento serão avaliados os cuidados implementados. Neste sentido, a Enfermagem só conseguirá desenvolver uma sistematização de Assistência de Enfermagem adequada quando todos os seus componentes souberem quais são os seus papéis e, principalmente, suas responsabilidades.

Durante o desenvolvimento da SAE na prática assistencial, surgiram algumas dificuldades e facilidades, as quais serão citadas a seguir com o intuito de colaborar com todos os profissionais da enfermagem que desejam implementar a SAE. Uma das dificuldades foi em relação aos instrumentos utilizados, pois estes nunca haviam sido testados ou aplicados, ou seja, não se tinha uma idéia prévia, de como eles deveriam funcionar, e se estavam sendo aplicados de forma adequada para chegar no resultado desejado. Outra dificuldade foi desperdício de tempo do dia na atividade burocrática, desenvolvendo a SAE, do que o habitual, pois na rotina diária de trabalho, era realizada apenas uma evolução de enfermagem sintética. Assim, desenvolver a SAE tomaria mais tempo, mas em troca se alcançaria uma assistência de enfermagem com a qualidade desejada.

A principal facilidade deveu-se à rapidez de preenchimento dos impressos, mais especificamente na aplicação do histórico de enfermagem, onde apenas se assinalavam os itens necessários e se completavam os faltantes. O tempo gasto para a aplicação da SAE em cada paciente foi de aproximadamente 40 minutos. Porém, durante o desenvolvimento, constantemente se recebia solicitações para realizar atividades ao paciente, como: punção de uma veia; realizar uma sondagem vesical ou nasogástrica; ações estas que retardavam a finalização do processo.

Sem dúvida, o passo mais difícil e demorado da implementação do processo de enfermagem foi o diagnóstico. Isto porque não cabe ao profissional Enfermeiro apenas

identificá-lo, mas também descrever quais as suas características definidoras e fatores relacionados, no caso de problemas já estabelecidos. Tratando-se de potenciais problemas, compete ao Enfermeiro identificar os fatores de risco. Sendo assim, exige-se conhecimento, além de raciocínio rápido e lógico, para que se obtenha a associação dos sinais e sintomas com suas possíveis causas. É importante que a prescrição de enfermagem seja objetiva, mas que possa ser ampliada, conforme a necessidade de cada paciente. Esta foi uma das facilidades encontradas durante a sua execução. Nela, apresentavam-se cuidados básicos, com a possibilidade de acréscimo do que se fazia necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a aplicação dos processos de enfermagem percebeu-se a importância de existir na UTI a sistematização de assistência, pois só assim a Enfermagem é capaz de realizar uma assistência rápida e de qualidade. Conclui-se que os funcionários da UTI em questão pouco sabem sobre a SAE, e reconhecem ser necessário aprender mais, para poder aplicá-la na prática. Notou-se um grande interesse por parte de toda a equipe de enfermagem em conhecer melhor a SAE e torná-la parte de sua rotina. A associação entre a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e NANDA abriu o horizonte dos participantes, pois a mesma além de organizar o serviço despertou o desejo de es-

tudar e a sensação de se sentir parte da assistência, responsáveis pela assistência de enfermagem eficiente e individualizada.

A experiência oriunda deste trabalho foi repleta de facilidades, como: o bom relacionamento com a equipe de enfermagem; o empenho de todos em estarem participando do estudo; o amplo conhecimento que tinha dos impressos utilizados; e o interesse no assunto. Porém houve dificuldades, como: inexperiência na utilização de uma SAE na rotina diária, e a utilização de impressos nunca aplicados anteriormente. Facilidades e dificuldades que foram fundamentais para que ocorresse crescimento individual e coletivo. Enfim, existe satisfação com o trabalho desenvolvido e pretende-se dar a ele continuidade, através da implementação da SAE, utilizando os impressos elaborados, tornando-a parte da assistência de enfermagem prestada na UTI do estudo.

Neste sentido, o estudo mostrou uma fragilidade e limitação no cotidiano da enfermagem, uma vez que existem inúmeras Unidades de Terapia Intensiva no Brasil e que as mesmas podem estar na mesma situação desta do estudo. Por outro lado, permite afirmar que é possível a implementação da assistência de enfermagem, desde que exista a vontade e disposição da equipe de enfermagem, principalmente do Enfermeiro, em superar as dificuldades que existam.

REFERÊNCIAS

1. Gomes AM. Enfermagem na UTI. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1988.
2. Souza MF. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidados. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2001. p. 29-40.
3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE [legislação na Internet]. Brasília; 2002. [citado 2008 mar. 12]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>
4. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
5. Backes DS, Esperança MP, Amaro AM, Campos IEF, Cunha AD. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta Sci. Health Sci. 2005;27 (1):25-9.
6. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; c1979.
7. Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnósticos de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
8. Domingues TAM, Chaves EC. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2005;39 (n.esp):580-8.

Roteiro de Histórico de Enfermagem do Hospital Filantrópico de Brusque, Santa Catarina - outubro de 2006 a março de 2007

I. IDENTIFICAÇÃO							
Nome:						Idade:	
Sexo:		Estado Civil:		Religião:			
Profissão:				Naturalidade:			
Procedência:				Data Internação:		Registro:	
Setor procedência:		Leito atual:		Diagnóstico médico:			
II. ENTREVISTA							
Internações anteriores (nº de vezes e motivo):							
Antecedes:		()HAS	()DM	()Tabagismo	()Alcoolismo	() Outros:	
O que sabe sobre a doença atual?:							
Medos e ansiedades:							
()Dor (local e manifestação):							
III. EXAME FÍSICO							
1. Necessidades Psicobiológicas							
1.1 Regulação Neurológica							
Consciência:		()Alerta	()Letárgico	()Obnubilado	()Torporoso	()Comatoso	Glasgow:
Pupilas:		() Isocóricas	() Anisocóricas:	()Miose	()Midríase	()RFM	
Mobilidade física:		MMSS ()Preservada:	()Paresia:	()Plegia:	()Parestesia:		
		MMII () Preservada:	()Paresia:	()Plegia:	()Parestesia:		
		() Movimentos lentos	() Movimentos involuntários	()Crise convulsiva:			
Fala e linguagem:		()Afonia	()Dislalia	()Disartria	()Disfasia	() Afasia	
Medicações:		()Psicotrópicos:	dose:	ml/h			
		()Bloqueadores neuromusculares:	dose:	ml/h			
1.2 Oxigenação							
Respiração		()Espontânea	()Cateter	()Máscara	Prótese: ()TOT	()Traqueostomia	
		()Outros:	O ₂ :	litros/min	SpO ₂ :		
FR:		mpm	()Dispneía	()Taquipnéia	()Bradipnéia	()Hiperventilação neurogênica central	
()Apnêustica		()Biot	()Cheyne-Stokes	()Kussmaul	()Em Salvas		
()Ventilação mecânica		Modalidade:	VC:	FiO ₂ :	PEEP:	SpO ₂ :	Pressão cuff:
Ausculta Pulmonar:		MV Presentes	()Bilateralmente	()Diminuídos:			
		Ruídos adventícios:	()Roncos:	()Sibilos:	()Estertores:		
Presença de tosse:		()Improdutiva	()Produtiva	()Expectoração	()Aspiração (quantidade e característica):		
Drenagem torácica ()		Tempo e Características:					
Gasometria: Data/Hora:		pH:	pCO ₂ :	PO ₂ :	BIC:	BE:	TCO ₂ : sO ₂ :
1.3 Regulação Cardiovascular							
FC:		bpm	PA:	mmHg	PVC:	cmH ₂ O	PAM: mmHg
Pulso:		()Regular	()Irregular	()Impalpável	()Filiforme	()Palpável	()Cheio
Coloração da pele:		()Corado	()Hipocorado	()Cianose:			
Tempo de enchimento capilar:		()≤ 2 segundos	()> 2 segundos				
Marcadores enzimáticos:		Ck:	CkMB:	Troponina:			
Presença de edema:		()pés	()MMII	()MMII e MMSS	()Anasarca		

ECG: <input type="checkbox"/> Ritmo sinusal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Alterado:			
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Dopamina ml/h <input type="checkbox"/> Dobutamina ml/h <input type="checkbox"/> Noradrenalina ml/h			
1.4 Regulação Térmica			
Temperatura: °C			
1.5 Percepção dos Órgãos dos Sentidos			
Visão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada:		Audição: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada:	
1.6 Regulação Hormonal e Eletrolítica			
Glicemia:	Na:	K:	Ca:
1.7 Hidratação e Eliminação Vesical			
Turgidez da pele: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Diminuída			
Eliminação urinária: Volume: ml/h <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Dispositivo externo			
Características: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Outros:			
Função Renal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada: Uréia: Creatinina:			
1.8 Alimentação e Eliminação Intestinal			
Tipo de dieta:		Peso:	
Apetite: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído			
Via de administração: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Outras:			
Presença de: <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômito (quantidade e característica):			
Abdome: <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso à palpação <input type="checkbox"/> Outros:			
RHA: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado			
Ostomia <input type="checkbox"/> Local:			
Eliminação intestinal: Frequência: vezes/semana <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Outros:			
1.9 Integridade Cutâneo-mucosa			
Pele: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Petéquias:			
<input type="checkbox"/> Equimoses: <input type="checkbox"/> Hematomas: <input type="checkbox"/> Escoriações: <input type="checkbox"/> Outros:			
Olhos: <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Edema de conjuntiva <input type="checkbox"/> Outros:			
1.10 Terapêutica			
Rede venosa:			
Musculatura:			
Cateter: <input type="checkbox"/> Punção periférica <input type="checkbox"/> Jugular <input type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/> Duplo lúmen <input type="checkbox"/> Outro:			
Tempo de permanência:		Características do local:	
Dreno <input type="checkbox"/> Local:		características:	
1.11 Segurança Física			
<input type="checkbox"/> Necessidade de contenção no leito:		<input type="checkbox"/> Isolamento:	
2. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
2.1 Gregária e Segurança Emocional			
<input type="checkbox"/> Necessita de acompanhante <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Outros:			
3. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
<input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Necessidade de auxílio espiritual			
4. EXAMES LABORATORIAIS RELEVANTES			
Enfermeiro/carimbo:		Data/Hora:	

ANEXO 2

Folha de Diagnóstico de Enfermagem do Hospital Filantrópico de Brusque, Santa Catarina - outubro de 2006 a março de 2007

Nome:	Registro:	Leito:
1. NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS		
<i>1.1 - REGULAÇÃO NEUROLÓGICA</i>		
1 - Alteração no Processo de pensamento () _____		
2 - Memória prejudicada () _____		
3 - Confusão aguda () _____		
4 - Negligência unilateral () _____		
5 - Capacidade adaptativa intracraniana reduzida () _____		
6 - Disreflexia () ou Risco para () _____		
<i>1.2 - PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS</i>		
1 - Alterações sensoriais perceptivas: visual, auditiva, cinestésica, olfativa, gustativa, tátil () _____		
2 - Dor() _____		
3 - Náusea() _____		
<i>1.3 - OXIGENAÇÃO</i>		
1 - Padrão respiratório ineficaz () _____		
2 - Troca de gases prejudicada () _____		
3 - Incapacidade para manter respiração espontânea () _____		
4 - Desobstrução ineficaz das vias aéreas () _____		
5 - Resposta disfuncional ao desmame ventilatório () _____		
<i>1.4 - REGULAÇÃO VASCULAR</i>		
1 - Débito cardíaco diminuído () ou Risco para () _____		
2 - Alteração na perfusão tissular: cerebral, cardiopulmonar, renal, gastrointestinal, periférica () _____		
3 - Risco para disfunção neurovascular periférica () _____		
<i>1.5 - REGULAÇÃO TÉRMICA</i>		
1 - Risco para alteração da temperatura corporal () _____		
2 - Hipotermia () _____		
3 - Hipertermia () _____		
<i>1.6 - HIDRATAÇÃO</i>		
1 - Excesso no volume de líquidos() _____		
2 - Déficit no volume de líquidos() ou Risco para() _____		
3 - Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais() _____		
<i>1.7 - ALIMENTAÇÃO</i>		
1 - Deglutição prejudicada() _____		
2 - Alteração na nutrição: _____ do que o corpo necessita() _____		
3 - Alteração na nutrição: risco para _____ do que o corpo necessita() _____		

1.8 - ELIMINAÇÃO
1 - Alteração na eliminação urinária () _____
2 - Incontinência urinária _____ () ou Risco para () _____
3 - Retenção urinária () _____
4 - Constipação () _____
5 - Incontinência intestinal () _____
6 - Diarréia () _____
1.9 - INTEGRIDADE FÍSICA
1 - Integridade da pele prejudicada () ou Risco para () _____
2 - Integridade tissular prejudicada () _____
3 - Alteração na mucosa oral () _____
1.10 - SONO E REPOUSO
1 - Distúrbio no padrão de sono () _____
2 - Privação de sono () _____
3 - Fadiga () _____
1.11 - ATIVIDADE FÍSICA
1 - Mobilidade física prejudicada () _____
2 - Intolerância à atividade () ou Risco para () _____
3 - Andar prejudicado () _____
4 - Mobilidade no leito prejudicada () _____
5 - Recuperação cirúrgica retardada () _____
1.12 - CUIDADO CORPORAL
1 - Déficit no autocuidado: () _____
2 - Síndrome do déficit do autocuidado () _____
1.13 - SEGURANÇA FÍSICA/ MEIO AMBIENTE
1 - Proteção alterada () _____
2 - Risco para infecção () _____
3 - Risco para lesão () _____
4 - Risco para trauma () _____
5 - Manutenção do lar prejudicada () _____
6 - Risco para aspiração () _____
7 - Risco para sufocação () _____
8 - Risco para violência: direcionada () _____
9 - Síndrome do estresse por mudança () _____
10 - Controle ineficaz do regime terapêutico:() _____
2. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
2.1 - COMUNICAÇÃO
1 - Comunicação prejudicada () _____

<i>2.2 - GREGÁRIA</i>
1 - Interação social prejudicada () _____
2 - Isolamento social () _____
3 - Risco para solidão () _____
<i>2.3 - SEGURANÇA EMOCIONAL</i>
1 - Ansiedade () _____
2 - Medo () _____
3 - Impotência () _____
4 - Negação ineficaz () _____
5 - Síndrome pós-trauma () ou Risco para () _____
<i>2.4 - AMOR, ACEITAÇÃO</i>
1 - Processos familiares alterados () _____
2 - Sentimento de pesar () _____
3 - Tristeza crônica () _____
<i>2.5 - AUTO-ESTIMA, AUTOCONFIANÇA, AUTO-RESPEITO</i>
1 - Distúrbio da auto-estima () _____
2 - Distúrbio da imagem corporal () _____
<i>2.6 - LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO</i>
1 - Conflito de Decisão () _____
2 - Enfrentamento ineficaz () _____
3 - Enfrentamento defensivo () _____
<i>2.7 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE/APRENDIZAGEM</i>
1 - Ajustamento Prejudicado () _____
2 - Falta de conhecimento () _____
<i>2.8 - AUTO-REALIZAÇÃO</i>
1 - Alteração no desempenho de papel () _____
3. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
<i>3.1 - ESPIRITUALIDADE</i>
1 - Sofrimento espiritual () _____
2 - Risco para sofrimento espiritual () _____
Enfermeiro/carimbo: _____ Data/Hora: _____

ANEXO 3

Folha de Prescrição de Enfermagem do Hospital Filantrópico de Brusque, Santa Catarina - outubro de 2006 a março de 2007

Nome:	Registro:	Leito:
Controlar nível de consciência e padrão das pupilas		
Verificar sinais vitais e oximetria de pulso		
Observar e comunicar alterações do padrão respiratório		
Realizar aspiração oral, nasal, TOT, traqueostomia e troca do cadarço		
Realizar troca da traquéia próxima ao TOT e filtro		
Realizar troca de todas as traquéias		
Realizar limpeza/troca da MV		
Manter nível adequado de água nos umidificadores		
Medir e anotar pressão do cuff		
Observar e comunicar alteração do traçado cardíaco		
Comunicar se PÁS ≤ 90 ou ≥ 180 mmHg		
Comunicar se PAD ≤ 50 ou ≥ 100 mmHg		
Lavar SNE/gastrostomia com 20ml de água		
Controlar débito urinário, comunicando se ≤ 50 ou ≥ 200 ml/h		
Manter cabeceira elevada 30°		
Realizar rodízio de injeção subcutânea		
Realizar rodízio do sensor do oxímetro		
Trocar curativo da punção venosa		
Trocar curativo da incisão cirúrgica e comunicar características		
Controlar débito do dreno _____ e comunicar características		
Controlar validade da punção venosa, equipos e polifix		
Realizar limpeza do estoma da traqueostomia com SF		
Manter protetores de calcâneos		
Comunicar alterações da pele de dorso e/ou calcâneos		
Realizar higiene corporal no leito		
Realizar higiene do couro cabeludo		
Realizar higiene oral		
Realizar limpeza ocular e proteger com gaze umedecida		
Realizar massagem de conforto e mudança de decúbito		
Colocar sentado fora do leito		
Enfermeiro/carimbo:	Data/ hora:	